

Casebook zu Bioethik und Holocaust



United Nations
Educational, Scientific and
Cultural Organization



UNESCO Chair
in Bioethics
University of Haifa

Casebook

zu Bioethik und Holocaust

Autoren:
Tessa Chelouche
Geoffrey Brahmer

Beiträge:
Susan Benedict

THE UNESCO CHAIR IN BIOETHICS
Chairholder: Prof. Amnon Carmi
The International Center for Health, Law and Ethics, Faculty of Law, University of
Haifa, Israel

Israel National Commission for UNESCO
The International Center for Health, Law and Ethics
Faculty of Law, University of Haifa, Israel
Chairholder: Prof. Amnon Carmi

Prof. Wolfgang Freidl
Herausgeber der deutschsprachigen Ausgabe
Medizinische Universität Graz, Österreich
Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie

Mai 2013

Unesco Chair in Bioethics

E-Mail: acarmi@research.haifa.ac.il



Diese Publikation darf ohne die vorherige Zustimmung und unterzeichnete Bewilligung durch den UNESCO Chair in Bioethics weder reproduziert, noch gespeichert, noch in irgendeiner Form oder auf irgendeinem Wege übermittelt werden, sei es elektronisch oder mechanisch, durch Kopie oder Aufzeichnung. Grundsätzlich wird eine solche Bewilligung für die vollständige oder auszugsweise Durchsicht, Zusammenfassung, Reproduktion und Übersetzung dieser Publikation erteilt, jedoch nicht für den Verkauf oder die Verwendung zu kommerziellen Zwecken, vorbehaltlich der Anerkennung der ursprünglichen Publikation durch den UNESCO Chair in Bioethics, Universität Haifa, Israel.

Die in diesem Dokument geäußerten Ansichten unterliegen einzig der Verantwortung der Autorinnen und stellen nicht notwendigerweise die Ansicht der Organisationen dar, mit denen sie assoziiert sind.

COPYRIGHT © UNESCO Chair in Bioethics

Veröffentlichung: Publications Division, Department of Education, Israel

Alle Rechte vorbehalten © 2013

Cover: Mortis, 2003, Franz A. Freidl

Übersetzung: by PROHAMMER, Graz

Deutschsprachige Ausgabe, Graz 2019

ISBN 978-3-200-06763-9

Danksagungen

Besonderen Dank schulden wir Professor Amnon Carmi, UNESCO Chair in Bioethics, International Center for Health, Law and Ethics, Universität Haifa. Dieses Projekt wäre ohne seine Wahrnehmung der Bedeutung einer Arbeit wie der vorliegenden nicht möglich gewesen. Seine Inspiration, Anregung, Förderung und Unterstützung waren für uns von unschätzbarem Wert.

Inhaltsverzeichnis

Vorwort	9
Vorwort des Herausgebers der deutschsprachigen Ausgabe	11
Einleitung	14
TEIL 1: DIE NS-ÄRZTE	20
Historischer Hintergrund der NS-Medizin	20
1. Die Übernahme des Eugenik-Konzepts durch die NS-Medizin	26
1.1 Eugenik: Ärztliche Beteiligung an Entscheidungen über den Wert menschlichen Lebens	26
1.2 Eugenische Sterilisation	30
2. Rassismus und NS-Medizin	35
2.1 Rasse als medizinische Diagnose	35
2.2 Rassismus in der NS-Medizin	40
3. Medizinische Ausbildung unter der NS-Herrschaft	45
4. Medizinische Presse in der NS-Zeit	50
5. Ärzte und Doppel-Loyalitäten: Staat vs. Mensch	54
6. Der Druck der Wirtschaft auf die Medizin	58
7. Euthanasie	64
8. Die Bedeutung des hippokratischen Eides	71
9. Medizinische Forschung	76
9.1 Vertraulichkeit in der Arzt-Patientinnen-Beziehung	76
9.2 Informierte Zustimmung zu Humanexperimenten	79
9.3 Elterliche Zustimmung zu medizinischer Behandlung	86
9.4 Utilitarismus in der klinischen Forschung	89
9.5 Nutzung unethisch erworbener Körperteile	93
9.6 Fälschung von Krankengeschichten	99
9.7 Sollten die von NS-Ärzten erhobenen Daten verwendet werden?	102
10. Ärzte und Folter	108

11. Mitwirkung von Ärzten am Genozid	113
12. Die Ethik der Pharmafirmen in der medizinischen Forschung	118
13. Medizinisches Gewissen und Whistle-Blowing	124
TEIL 2: DIE HÄFTLINGSÄRZTE	131
Historischer Hintergrund der Häftlingsärzte	131
1. Medizinische Aussichtslosigkeit unter extremen Umständen	135
2. Medizinische Auslese	138
2.1 Missbrauch medizinischer Auslese: Die NS-„Selektionen“	138
2.2 Chancengleichheit	142
3. Risiken der medizinischen Versorgung:	145
3.1 Angabe des Berufes bei Lebensgefahr	145
3.2 Den Feind behandeln	148
3.3 Medizinische Versorgung unter gefährlichen Bedingungen – Ärztliche/pflegerische Leistungspflicht	151
3.4 Ethische Grundhaltungen ändern	154
3.5 Sich den NS-Ärzten fügen	157
4. Abtreibung: Sicht der NS-Ärzte und der Häftlingsärzte	161
5. Behandlung Sterbender	167
6. Die Wahrheit sagen	170
7. Eine Wahl, die keine ist, in der Medizin	174
ANHÄNGE	177

Vorwort

Die Initiative von Dr. Tessa Chelouche, einer bekannten israelischen Ärztin und Medizinhistorikerin, ein Buch über das Phänomen der medizinischen Behandlung und das Verhalten von Ärzten während des Holocaust herauszugeben, ist nicht hoch genug einzuschätzen. Das Sammeln der relevanten Daten und das Ausheben in unzugänglichen Archiven war vermutlich nicht nur eine komplizierte wissenschaftliche Aufgabe, sondern auch eine unglaublich schwierige emotionale Erfahrung.

Der große jüdische Historiker Shimon Dubnov soll sich, als er zusammen mit anderen Juden in Riga zur Exekution geführt wurde, zu diesen umgedreht und gesagt haben: „Erinnert euch, erinnert euch (auf Jiddisch: schreibt un verschreibt), schreibt alles nieder.“

Erinnern – wozu soll das gut sein?

Warum sollten wir Geister heraufbeschwören? Warum sollten wir die Gaskammern öffnen, die Büchse der Pandora der Folter und der Verzweiflung, die der Holocaust in uns wachruft? Warum sollten wir uns mit jeder Faser unseres Wesens erinnern, wenn es so weh tut?

„Wenn wir unsere Blicke allzu gespannt auf die Toten richten“, sagte Elie Wiesel, „laufen wir Gefahr, versucht zu sein, uns ihnen anzuschließen.“

Erinnern ist kein Selbstzweck, sondern ein Werkzeug. Die Verwendung dieses Werkzeugs lässt sich nur durch eine einzige Zielsetzung rechtfertigen: NIE WIEDER! Nicht zum Zwecke der wissenschaftlichen Aufzeichnung, nicht um den Tod der Märtyrer zu glorifizieren. Was geschah, kann nicht ungeschehen gemacht werden, und der Toten zu gedenken bringt sie nicht zurück. „Nie wieder“ verlangt nach dem Überleben der Menschheit, der Humanität.

Beim Durchlesen der Fälle, die von Tessa Chelouche, Geoffrey Brahmen und Susan Benedict zusammengetragen wurden, fragt man sich, wie ein Volk zu einem Volk von Mördern oder zumindest deren Mittäter werden konnte, und wie Mediziner Menschen solche Pein antun konnten.

Um mit Elie Wiesel zu sprechen: „Ich verstehe nicht, wie es geschehen konnte. Und mit zunehmendem Alter werde ich es immer weniger verstehen. Doch werde ich nicht aufhören zu lernen, und dies ist eine weitere Lektion – obwohl wir nicht verstehen, müssen wir doch stets weiter lernen.“

Der Lehrstuhl für Bioethik (Haifa) wurde von der UNESCO autorisiert, die Ethiklehre an medizinischen Ausbildungsstätten zu fördern und voranzubringen.

Der Lehrstuhl stellt Lehrenden und Studierenden eine Reihe von Leitfäden zur Verfügung, zu denen etwa diese Publikation gehört.

Die Gestaltung ethischer Kodizes und Bücher ist erst dann ausreichend, wenn diese auch umgesetzt werden. Umsetzung heißt Bildung.

Bioethik und der Holocaust bietet ein Verständnis des Phänomens Holocaust. Die Auseinandersetzung mit der unlösbaren Frage „Wie konnte es geschehen?“ kann unsere Studierenden in den Stand versetzen, den Wunsch und das Bedürfnis nach dem „Nie Wieder“ Realität werden zu lassen, und den letzten Willen des „schreibt und verschreibt“ zu erfüllen.

Prof. Amnon Carmi, Vorstand

UNESCO Chair in Bioethics (Haifa)

Vorwort des Herausgebers der deutschsprachigen Ausgabe

Es ist intellektuell und emotional kaum fassbar, was die Medizin und das Gesundheitswesen, die für die Pflege und Erhaltung von Gesundheit und Leben der Menschen verantwortlich sind, während der NS-Zeit für eine monströse Rolle für die Zerstörung von Gesundheit und Vernichtung von Leben gespielt haben. Bedauerlicherweise ist eine umfassend geführte, öffentliche Diskussion zu diesem Thema in Österreich zum Schaden unserer Gesellschaft bis in die 1980er Jahre ausgeblieben. Es ist umso mehr heute und zukünftig die Pflicht einer angemessenen Bildungspolitik in allen Bildungseinrichtungen, wie Schulen und Universitäten, eine intensive Auseinandersetzung mit diesem Kapitel unserer Geschichte zu pflegen.

Der Psychoanalytiker und Arzt Horst-Eberhard Richter schreibt „Aber Entsetzen und Entrüstung genügen nicht zur Stärkung der Widerstandsfähigkeit. Auch nicht, dass wir uns gegenseitig versichern, jene abscheulichen Konzepte und Taten seien uns unfassbar. Unserer Resistenz können wir uns nur dadurch versichern, dass wir Einsicht in die seinerzeit wirksamen Motive gewinnen und erst dadurch erkennen, auf welche möglichen eigenen Anfälligkeiten wir zur Prävention zu achten haben.“

Eine Gesellschaft ist intakt und auf psychosozial tragfähiger Basis, wenn sich Individuen helfend unterstützen und gegen Entsolidarisierung wachsam sind. Eine nicht sozial und rassistisch ausgrenzende Gesellschaft sollte für den Geschichtsunterricht - in diesem Kontext im Speziellen, aber auch im Allgemeinen - zumindest zwei Anforderungen definieren: es soll erstens gewährleistet sein, dass bestimmte relevante Inhalte nicht vergessen werden dürfen, und zweitens, dass von den Menschen aus den Fakten und Lehren der Geschichte die adäquaten Konsequenzen für die Gegenwart und die Zukunft abgeleitet werden.

Daher sollte die Geschichte des Nationalsozialismus einschließlich der Verbrechen des Massen- und Völkermordes und der nationalsozialistischen Medizinverbrechen integraler Bestandteil in den Ausbildungen zu verschiedensten Gesundheitsberufen in Österreich sein. *Erziehung nach Auschwitz* ist der Titel der für die Pädagogik bis heute grundlegenden Abhandlung des Philosophen und Sozialwissenschaftlers Theodor W. Adorno. Er hält fest, dass die Vermittlung und Aneignung von Wissen über den

Holocaust bei weitem nicht ausreicht. Im Vordergrund steht dabei vor allem die Erziehung zur Mündigkeit. Es müssen sich nach Adorno Persönlichkeiten entwickeln können, die "Kraft zur Reflexion, zur Selbstbestimmung, zum Nicht-Mitmachen" haben, damit sich dies nicht wiederholen kann. Der pädagogische Diskurs zu diesem Thema im Land der Täter und der Nachkommen der Täter, muss in sehr differenzierter Weise erfolgen, er muss als sehr wichtiges Element auch die Auseinandersetzung mit den Tätern, d.h. auch die emotionale Verarbeitung der Täterschaft der vorherigen Generation einschließen. Und im Fall von Gesundheitsberufen und speziell bei zukünftigen Ärzten und Ärztinnen zur Persönlichkeitsentwicklung und einer gefestigten ethischen Grundhaltung beitragen. „Die Forderung, daß Auschwitz nicht noch einmal sei, ist die allererste an Erziehung. Sie geht so sehr jeder anderen voran, dass ich weder glaube, sie begründen zu müssen noch zu sollen...Sie zu begründen hätte etwas Ungeheuerliches angesichts des Ungeheuerlichen, das sich zutrug", sagte Theodor W. Adorno in diesem Rundfunkvortrag.

Zu diesem fundamentalen Gedanken soll das Lehrbuch *Casebook zu Bioethik und Holocaust* des UNESCO Lehrstuhl für Bioethik einen wichtigen Beitrag in der Ausbildung von Ärztinnen und Ärzten, Pflegerinnen und Pflegern und allen anderen Gesundheitsberufen leisten, denn wie die Geschichte gelehrt hat, handelt es sich hier um einen besonders sensiblen Bereich, in welchem völlig desaströse Machtanmaßungen stattfinden können - wie wir aus verschiedenen Institutionen (wie beispielsweise Pflegeheimen) wissen, kann dies auch gegenwärtig in gewissen Ausformungen zu Tage treten.

Aus meiner Sicht war es von Tessa Chelouche ein sehr großzügiges Angebot an uns, dieses Buch als deutschsprachige Version herauszugeben, wofür ich ihr besonderen Dank aussprechen möchte. Dies ist als Chance zu verstehen, die Österreich als ein Täterland unbedingt im Sinne unserer Verantwortung für die folgenden Generationen annehmen musste. Einige europäische Länder ließen bereits Übersetzungen dieses Lehrbuches erstellen. In Österreich ließ sich leider keine Förderungsinstitution finden, die dieses Projekt finanziell unterstützen konnte. Daher wurde dieses Buch mit Eigenleistungen und erwirtschafteten Drittmitteleinnahmen der Medizinischen Universität Graz angefertigt. Ich bin davon überzeugt, dass dieses Buch in der Lage

ist, einen sehr wichtigen Beitrag zum vorhin formulierten Anliegen des Nicht-Vergessens und im Besonderen zur Reflexion und Prävention zu leisten.

Männliche und weibliche Formen werden im Text abwechselnd verwendet und stehen jeweils für beide Geschlechter. Zum Teil wurden deutsche Zitate aus dem Englischen rückübersetzt, daher kann es in der Formulierung zu geringfügigen Abweichungen kommen.

November 2019

Wolfgang Freidl
Medizinische Universität Graz
Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie

Einleitung

Der größte Makel an der Akte der Medizin des 20. Jahrhunderts ist die Rolle deutscher Ärzte während der NS-Zeit. Als die Nazis an die Macht kamen, gehörte die deutsche Medizin zu den höchst entwickelten der Welt. Die deutsche Medizin hatte zur wissenschaftlichen und klinischen Medizinpraxis weltweit beigetragen und diese geprägt. Trotz ihrer Vorrangstellung wurde die deutsche Ärzteschaft jedoch in die NS-Ideologie verstrickt und war weitgehend an der Konzeptualisierung und Verbreitung nationalsozialistischer Rassen- und Sozialprogramme beteiligt. Das Engagement der medizinischen Profession ging sehr weit und wurde von der aktiven Beteiligung und Unterstützung der akademischen Eliten angeführt. Die Medizin war in ihrer Unterstützung der nationalsozialistischen Politiken nicht alleine, jedoch unterschied sich diese Profession von anderen Berufszweigen durch ihr explizites Bekenntnis zu ethischen Grundlagen, eine humanitäre Grundhaltung und einen 2000 Jahre alten hippokratischen Eid, der den leidenden Menschen an die erste Stelle setzt.

Bei den Nürnberger Prozessen nach dem 2. Weltkrieg wurden nur zwanzig deutsche Ärzte wegen Verbrechens gegen die Menschlichkeit angeklagt. Nach diesem Prozess kultivierte die World Medical Association die Theorie, dass die Verstöße innerhalb der Profession von einer Handvoll Ärzten an entsprechenden Orten wie den Konzentrationslagern begangen worden waren. Der Prozess und der Nürnberger Kodex, welcher daraus hervorging, erhielt erst Mitte der 1960er Jahre nachhaltige Aufmerksamkeit. Was die medizinische Profession in NS-Deutschland getan hatte, schien für Ärztinnen im Rest der Welt komplett irrelevant.

Heute wissen wir es besser. Der gesamte Berufszweig – und nicht nur eine Handvoll Ärzte – war in die schwerwiegenden Verbrechen, die unter der Herrschaft der Nazis begangen wurden, verstrickt. In den 1980er Jahren begannen Historikerinnen Studien zu publizieren, welche zeigten, wie stark die deutsche Medizin vom Nazismus durchsetzt war. Mehr als die Hälfte der deutschen Ärzte waren Mitglieder der Partei, bei weitem der höchste Prozentsatz aller Berufsgruppen überhaupt.

Deutsche Ärzte stellten den Dienst am Staat über die medizinische Ethik, und dies lange vor dem Holocaust, wie man den Genozid an den Juden bezeichnet. Anfang des 20. Jahrhunderts unterstützten deutsche Ärzte Politiken der Rassenhygiene und Eugenik in ihrem Bestreben, die Fortpflanzung von Menschen mit angeblichen Erbkrankheiten zu beschränken. Von 1939 bis 1945 sterilisierten sie Schätzungen

zufolge 400.000 Deutsche mit geistigen und körperlichen Gebrechen. Deutsche Ärzte erfanden und implementierten die berüchtigte Aktion T4, in der ihre geistig und körperlich behinderten Patientinnen im Namen der „Euthanasie“ auf medizinischem Wege ermordet wurden. Für das Ziel, eine rein arische Rasse zu erzeugen, wurden grundlegende medizinethische Prinzipien hintangestellt. Die deutsche Medizin wurde zum verlängerten Arm der staatlichen Politik. NS-Ärzte sahen sich nicht zuvorderst als Ärztinnen mit einer Berufung und Ethik, die auf Heilung und Pflege zum Wohle von Menschen ausgerichtet war. Stattdessen ließen sie sich dazu verführen zu glauben, dass das Staatswohl über jenes ihrer Patienten zu stellen sei, und dass die Vernichtung Millionen von Menschen eine „Behandlung“ des Volkes darstellte.

Während des Krieges stellte die Politik der Nazis mit aktiver Unterstützung und Mitarbeit der Ärzteschaft Juden, Roma und andere Minderheiten als Metapher für Krankheit dar, wodurch die Schrecken des Holocaust legitimiert und rational erklärt wurden. Ärzte waren für den Betrieb der Konzentrationslager essentiell, sie entschieden, wer arbeitsfähig war und wer in den Gaskammern sterben würde und führten qualvolle Experimente an Gefangenen durch.

Einer der ersten Prozesse nach dem Krieg war der „Ärzteprozess“. Zum ersten Mal in der Geschichte wurden Ärzte der Verbrechen gegen die Menschlichkeit angeklagt, aufgrund ihrer Beteiligung an mörderischen und qualvollen Experimenten, die in den Konzentrationslagern der Nazis durchgeführt wurden. Im Schlussurteil formulierte das Gericht, was heute als der „Nürnberger Kodex“ bekannt ist, in dem die Rechte von Forschungssubjekten erklärt wurden, und verurteilte die unmenschlichen Experimente der Nazis sowie die meisten Angeklagten. Bereits vor dem Krieg waren andere Kodizes für Experimente an Menschen in Kraft, darunter ein extrem detaillierter deutscher Kodex aus dem Jahr 1931, jedoch war der Nürnberger Kodex der erste mit internationaler Gültigkeit. Danach entstanden eine Reihe internationaler Dokumente über Menschenrechte und Menschenversuche, darunter die Genfer Deklaration des Weltärztebundes, die Helsinki Deklaration und die UNESCO-Deklaration Bioethik und Menschenrechte. Obwohl diese Dokumente, und auch andere, über ethische Grundsätze zum Thema Bioethik und Humanexperimente in Nürnberg ihren Ursprung haben, beziehen sie sich nicht darauf. Es wurde bereits darauf hingewiesen, dass das Feld der Bioethik auf Nürnberg zurückgeht und nicht auf die 1960er Jahre, wie dies allgemein wahrgenommen wird.

Sicher ist, dass sich die Welt der Medizin noch Jahrzehnte nach dem 2. Weltkrieg darüber ausschweigt. Nürnberg, das als wichtiges historisches Ereignis betrachtet wurde, hatte keine formelle Auswirkung auf die medizinische Ethik. Die moderne Bioethik hatte zum Thema Holocaust auch wenig zu sagen. Die einzige Bezugnahme auf die NS-Medizin-Geschichte blieb über Jahrzehnte der Vergleich mit der NS-Medizin, meist in unangemessener Form und ohne informierte Grundlage.

Einer der Gründe für das Schweigen war vermutlich das Unbehagen, das bei der Konfrontation mit der Vergangenheit entstand. Es war leichter den Mythos fortzusetzen, die NS-Medizin sei unfähig, verrückt oder gezwungen gewesen und sich selbst von den NS-Ärzten zu distanzieren. Es war auch leicht, der Auffassung zu sein, dass dies Professionellen wie uns niemals passieren könnte. Es war nicht angenehm für uns als medizinisches Personal anzuerkennen, dass Ärzte wie wir daran beteiligt waren, die wissenschaftlichen Begründungen und Grundlagen für die Rassenprogramme der Nazis zu schaffen, welche letztlich im Genozid gipfelten. Die medizinische Weltgemeinschaft war nicht bereit zuzugeben, dass viele aus unserer Berufsgruppe das NS-Regime unterstützten und unter diesem geschäftlich erfolgreich waren, als sich die Medizin nicht nur von ihrem traditionellen Ethos verabschiedete, sondern auch in eine perverse Ideologie von Leid und Tod investierte.

Doch ginge der Diskurs über die Beteiligung der Medizin am Holocaust wohl fehl, wenn er nicht Unbehagen hervorriefe; genau dieses Unbehagen, das aus dem Diskurs entsteht, kann tatsächlich als eine der grundlegenden Prämissen der Bioethik betrachtet werden. Bioethik ist nicht zuletzt die reflexive Prüfung ethischer Themen im Gesundheitswesen und der Gesundheitspolitik mit dem Ziel, uns Medizin- und Pflegeberufe mit moralischen Standards zu versehen, die unseren Sinn für Unbehagen in der medizinischen Praxis ansprechen. Ein Unbehagen, das sich im Diskurs über Medizinethik ergibt, könnte durchaus als moralische Integrität wahrgenommen werden. Genau dieses „Unbehagen“ war es, das 1947 zur Formulierung des zehn Punkte umfassenden Nürnberger Kodex über Humanexperimente führte. Erstes und hauptsächliches Gebot des Kodex ist der Grundsatz der informierten Zustimmung; die folgenden Grundsätze der modernen Bioethik halten das Prinzip der Autonomie für eine der fundamentalen Grundlagen ethisch geprägter klinischer Pflege. Autonomie kann als Ermächtigung der Patientinnen angesehen werden, mit dem Recht auf informierte Zustimmung. Beide Themen, sowie auch andere in der Bioethik von heute,

liegen im „Unbehagen“ der medizinischen Vergangenheit begründet, auch darin, was im Dritten Reich geschah.

Andeutungen von Analogien zwischen der Art, wie die Nazis waren und wie wir sind, zwischen dem, was sie taten und wie wir handeln, werden von manchen für absurd erklärt. Ihrer Meinung nach war das, was während des Holocaust hervorkam, einzigartig und daher für den heutigen Diskurs über Bioethik unbrauchbar. Andere wiederum meinen, dass eine Untersuchung der Werturteile und moralischen Handlungen der NS-Ärzte in die derzeitige Debatte und Praxis einfließen sollte und den Gebrauch unzutreffender Vergleiche in der heutigen bioethischen Debatte verhindern könnte.

Die Herausgeberinnen dieses Casebooks schließen sich dem letzteren Standpunkt an. Wir sind der Meinung, dass Gesundheitsberufe diese Persionen der medizinischen Versorgung studieren und verstehen müssen, um einen tragfähigen und aufschlussreichen Dialog über bioethische Themen zu führen. Wir möchten jedoch betonen, dass unsere Beschäftigung mit den moralischen Argumenten, die wir aus den Lehren der NS-Medizin ziehen können, nicht gleichzeitig bedeutet, dass moralisch-ethische Bioethik-Diskurse oder –Meinungen von heute mit jenen der NS-Ärzte moralisch vergleichbar wären.

Warum sollten wir uns diese Ereignisse Jahre später wieder vor Augen führen? Nicht weil wir einen weiteren Holocaust befürchten, sondern weil die medizinischen Berufe hinsichtlich der Herausforderungen an die Integrität ihrer Ethik stets wachsam bleiben müssen. Mit traditionellen Sichtweisen der Kernwerte der Medizin wurde in den 1930ern und 1940ern tiefgreifend und gewaltsam gebrochen, als sich die medizinischen Berufe in Deutschland für die Wahrnehmungen und Prioritäten des Dritten Reiches hergaben. Die Geschichte der deutschen Biomedizin in der NS-Zeit drängt uns dazu, unsere eigenen zentralen Annahmen und gefühlten Wahrheiten, auf denen die moderne Medizin beruht, neu zu befragen.

Wir sollten keinesfalls vergessen, dass das, was die NS-Ärzte taten, die Fähigkeit zu Gewalt und Aggression in allen Menschen offenbart. Zahlreiche Experimente, Erfahrungen und Studien weisen darauf hin, dass wir alle unter den „richtigen“ Umständen zu Grausamkeit neigen und fähig sind, einer bösen Macht blind zu folgen. Ärztinnen sollten auch als Menschen daran erinnert werden, dass wir die Macht zu Entscheidungen über Leben oder Tod in Händen halten.

Der Holocaust war keine Abstraktion, sondern eher eine Folge der alltäglichen Handlungen, die Menschen wie du und ich setzten. Das Bild des Bösen offenbarte sich nicht als Ganzes, sondern geschah von Stunde zu Stunde, von Entscheidung zu Entscheidung, von einer nicht getroffenen Entscheidung zur anderen.

Das gleiche gilt für tugendhaftes Handeln. Die Liste der Ärzte, die Schreckliches begingen, steht jener der Häftlingsärztinnen gegenüber, die versuchten, auch unter den schrecklichsten Bedingungen und Umständen dem hippokratischen Eid Folge zu leisten, zum Besten ihrer Menschlichkeit und ihrer ärztlichen Berufung. Häftlingsärztinnen in den Ghettos und Lagern waren mit unglaublichen persönlichen und beruflichen Dilemmata konfrontiert, und gleichzeitig mit dem Schicksal der Vernichtung. Diese schwierigen Umstände führten zu unterschiedlichen und oft quälenden Reaktionen. 2005 schrieb Elie Wiesel, Holocaust-Überlebender und Nobelpreisträger, einen Artikel im New England Journal of Medicine über die Häftlingsärztinnen im Lager, die er kannte:

„Doch in den Konzentrationslagern, unter den Häftlingen, blieb die Medizin eine edle Profession. So gut wie überall versuchten Ärzte ohne Instrumente oder Medikamente verzweifelt, das Leiden und Unglück ihrer Mithäftlinge zu lindern, manchmal zum Preis ihrer eigenen Gesundheit oder ihres eigenen Lebens. Ich kannte einige solcher Ärzte. Für sie stellte jeder Mensch nicht eine abstrakte Idee dar, sondern ein ganzes Universum, mit seinen Geheimnissen, Schätzen, Quellen der Angst und den wenigen Möglichkeiten des Sieges, wie volatil auch immer, über den Tod und seine Jünger. In einer inhumanen Welt waren sie human geblieben.

Wenn ich an die Nazi-Ärzte denke, die ärztlichen Henker, verliere ich jegliche Hoffnung. Um diese wieder zu finden, denke ich an die anderen, die Opfer-Ärzte; ich sehe ihre brennenden Blicke, ihre aschfahlen Gesichter.

Warum gereichten einige der Menschheit zur Ehre, während andere sich in ihrem Hass von der Menschlichkeit abkehrten?“

Der Holocaust begann mit der Entpersönlichung der Opfer und endete mit der Entpersönlichung der Täter. Die medizinische Elite der Nazis begann mit der Entpersönlichung ihrer Patientinnen und endete mit dem Genozid. Eines der Ziele dieses Handbuchs ist es, sowohl Tätern als auch Opfern ein Gesicht zu geben. Einem Täterarzt einen Namen zu geben, einem Opfer der grausamen Handlungen oder

einem Arzt/einer Ärztin, der/die in einem NS-Ghetto oder Konzentrationslager inhaftiert war, lässt uns alle daran denken, dass wir zuallererst verwundbare Menschen sind, und erst in zweiter Linie Vertreter des medizinischen Berufsstandes. Indem wir diese historischen Ereignisse personalisieren, müssen wir uns selbst ganz neu betrachten, und in uns selbst und unseren Gesellschaften die Bürde und Verantwortung suchen, die wir alle tragen, zum Wohle der Menschlichkeit und der Medizin. Die Hinterfragung der Bioethik des Holocaust und die Verstrickung der deutschen Medizin bietet uns ein lebenswichtiges Werkzeug an, das uns bei dieser schwierigen aber spannenden Aufgabe helfen kann.

Dr Tessa Chelouche MD

Teil 1: Die NS-Ärzte

Historischer Hintergrund der NS-Medizin

Mittäterschaft oder Gleichgültigkeit den Verbrechen des NS-Staates gegenüber von Seiten einiger der höchstgebildeten Mitglieder der deutschen Gesellschaft ist eines der verstörendsten Themen, dem sich die Gesellschaft insgesamt zu stellen hat. Das irritierendste Beispiel hochgebildeten Fachpersonals als Täter in diesem Kontext ist die medizinische Elite. Ausgebildet um Kranke zu pflegen, Leiden zu lindern und Leben zu retten, verweigerten Ärzte die Pflege, fügten Schmerzen zu, indem sie an Menschen experimentierten, und begingen Morde. Jene, die nicht an solchen Verbrechen beteiligt waren, verhielten sich meist gleichgültig dem Verhalten ihrer Kollegen und dem Leiden der Opfer gegenüber oder brachten sogar Verständnis dafür auf. Ärzte und anderes medizinisches Fachpersonal wurden zu den todbringendsten Tätern von Verbrechen gegen die Menschlichkeit.

Die deutschen Ärzte der 1930er und 1940er Jahre reagierten auf die Rassenideologie der Nazis und die damit verbundenen Karrieremöglichkeiten nicht in einem wissenschaftlich und philosophisch luftleeren Raum. In den ersten drei Jahrzehnten des 20. Jahrhunderts war die Eugenikbewegung in Europa, Nordamerika und auch anderswo im Aufwind. Diese Bewegung bildet das notwendige Umfeld zum Verständnis der Rolle der deutschen Wissenschaft und Medizin bei den NS-Verbrechen gegen die Menschlichkeit. Der Begriff „Eugenik“ wurde in den 1880er Jahren von Francis Galton, einem Neffen von Charles Darwin, geprägt. Eugeniker vertraten die Meinung, dass viele gesellschaftliche Probleme durch Abschreckung oder Verhinderung der Fortpflanzung von Personen, die als genetisch ungeeignet galten (negative Eugenik), aus der Welt geschafft werden könnten, während erwünschte gesellschaftliche Merkmale durch die Förderung der Fortpflanzung unter jenen, die als genetisch am geeignetsten galten (positive Eugenik), stärker ausgeprägt werden könnten. Die Blütezeit der Eugenik war von großen gesellschaftlichen Umbrüchen in der ganzen Welt geprägt, von Industrialisierung, Verstädterung und zunehmend instabilen wirtschaftlichen Prozessen wiederkehrender Rezession und Arbeitslosigkeit. Die Eugeniker vertraten die Ansicht, ihre Herangehensweise sei der rationalste und effizienteste Weg, stetig wiederkehrende Probleme der Gesellschaft zu lösen. Aus eugenischer Sicht sollte die Wissenschaft, nicht die Religion oder

Gesellschaftsphilosophie, die Menschheit in ein biologisches, soziales und moralisches Utopia führen.

Die erste organisierte Eugenikgruppe in den USA wurde 1906 gegründet, das große Forschungszentrum vom Eugenics Record Office in Cold Spring Harbor, Long Island, organisiert. Viele ehrenwerte Fachleute waren Mitglieder von Beiräten und Gremien, und die Programme wurden von wohlhabenden philanthropischen Institutionen finanziert. Die Forschung sollte versuchen zu beweisen, dass gesellschaftlich unerwünschte Merkmale wie Armut, Schwachsinn, Kriminalität und anderes in gewissen ethnischen Gruppen gehäuft vorkamen. Über die Forschung hinaus waren Eugenikerinnen auch an gesellschaftlichen Aktivitäten interessiert und daran, Gesetze durchzubringen, die ihren Zielen zugutekamen. Eugeniker waren besonders bei der Erlassung der Einwanderungsgesetze der USA aktiv, wobei man der Meinung war, bestimmte Immigranten wären biologisch minderwertig und daher nicht ins Land zu lassen.

Eugenikerinnen setzten sich auch bei der Vorarbeit für Gesetze zur Zwangssterilisation ein. Der erste US-Staat, der ein Sterilisationsgesetz erließ, war Indiana 1907, und bereits 1935 hatten dreißig Staaten Gesetze, mit denen Insassen staatlicher Institutionen (Gefängnisse, Irrenanstalten, Sanatorien und psychiatrische Krankenhäuser) nach einer Untersuchung durch spezielle „Eugenik“-Kommissionen zwangssterilisiert werden konnten. Kategorien waren etwa „erblicher Schwachsinn“, „Gewohnheitskriminalität“, „sexuelle Perversion“, Epilepsie und andere. Bis 1935 wurden bereits mehr als 21.000 eugenisch motivierte Sterilisationen durchgeführt, und bis in die 1960er-Jahre waren in den USA geschätzte 64.000 Menschen sterilisiert worden. Ähnliche Zahlen für Sterilisationen im selben Zeitraum finden sich für Schweden.

Die Eugenikbewegung hatte in Deutschland seit 1905 bestanden, als die Gesellschaft für Rassenhygiene in Berlin gegründet wurde. Jedoch waren die deutschen Eugeniker in der Zeit der Weimarer Republik bei der Erlassung von Gesetzen oder Umsetzung eugenischer Grundsätze nicht erfolgreich. Erst mit der Machtergreifung der Nazis rückte die staatliche Politik die Eugenik in den Mittelpunkt.

1920 verfassten zwei anerkannte deutsche Gelehrte – der Jurist Karl Binding und der Arzt Alfred Hoche – ein viel beachtetes Werk mit dem Titel „Die Freigabe der Vernichtung lebensunwerten Lebens.“ Diese Studie reflektierte die nach dem 1. Weltkrieg in Deutschland grassierende Befürchtung, dass die besten jungen

Männer (und ihre Gene) auf dem Schlachtfeld verloren gegangen wären, und sich nur mehr die „minderwertigen“ frei fortpflanzen konnten. Die Studie legte nahe, dass durch die Beseitigung solch „minderwertiger Elemente“ die Balance wiederherzustellen sei. Dieses Buch hinterließ großen Eindruck bei Hitler, der während seiner Gefangenschaft 1924 in Landsberg „Mein Kampf“ schrieb, in dem er die Grundsätze der NS-Ideologie definierte. In dieser Nazi-Sichtweise eines „Neuen Deutschland“ war kein Platz für das „fremde Blut“ von Juden, Roma und „genetisch Minderwertigen“ der Gesellschaft.

Die erste eugenische Handlung der Nazis war die Erlassung des Sterilisationsgesetzes 1933. Dieses Gesetz, auch bekannt als „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“, basierte auf dem amerikanischen Sterilisationsgesetz, und es gab eine starke Zusammenarbeit zwischen amerikanischen und deutschen Fachleuten zugunsten dieser Gesetze. Personen, die an einer der neun Krankheiten litten, die man für erblich hielt, waren für die Sterilisation bestimmt: genetischer Schwachsinn, Schizophrenie, manisch-depressive Störungen, genetische Epilepsie, Chorea Huntington, angeborene Blindheit, angeborene Taubheit, schwere körperliche Deformierung und chronischer Alkoholismus. Das deutsche Sterilisationsprogramm ging weit über das Niveau anderer Länder hinaus: Bis Kriegsende wurden mehr als 400.000 Menschen sterilisiert. Auch wenn die Nazis ihr Sterilisationsprogramm später bei den Nürnberger Prozessen unter Hinweis auf die USA verteidigten, wurden im amerikanischen Programm doch niemals die Ausmaße des NS-Programms erreicht. Neben dem Sterilisationsprogramm erließen die Nazis 1935 die Nürnberger Gesetze, welche die Ehe und den Geschlechtsverkehr zwischen „Ariern“ und Menschen, die zu mehr als einem Viertel jüdischer Abstammung waren, verboten. Als sie für dieses Gesetz kritisiert wurden, rechtfertigten sich die Nazis wieder unter Hinweis auf die USA und andere Länder, in denen es bereits seit Jahrzehnten Verbote von Rassenmischung gab. Die medizinischen Eliten Deutschlands sahen die Nürnberger Gesetze als „Volksgesundheits“-Gesetze, mit denen das Gesundheitswesen im Deutschland der Nachkriegszeit (1.WK) gestärkt werden sollte. Vor dem Hintergrund der Krise der Weimarer Republik gab das eugenische Paradigma Anlass zu Überlegungen wie „nationale Effizienz“ und der Eliminierung von „unproduktiven Essern“ oder „lebensunwerten Lebens“. Die Eugenik bot die biologische Begründung für die Beschneidung von Aspekten sozialer Wohlfahrt und des Gesundheitswesens für jene, die als Last für die Gesellschaft galten sowie für jene, deren Behinderung als vererbt angesehen wurde. Rassismus und Antisemitismus waren nur eine

Komponente der eugenischen Ideologie vor der NS-Zeit, und Eugeniker waren zum Thema Rasse als eugenische Idee geteilter Meinung. Als jedoch die Nationalsozialisten die Macht ergriffen, wurden Eugenik-basierter Rassismus und Antisemitismus zur tragenden Säule der Politik des Dritten Reiches und als „wissenschaftliche Fakten“ akzeptiert.

Die Zwangssterilisation von Menschen, die an „Erbkrankheiten“ litten, erwies sich als kostspielig und ineffizient, und als zur gleichen Zeit der 2. Weltkrieg ausbrach, bot sich die Gelegenheit, die Programme auf die „Vernichtung unwerten Lebens“ auszudehnen. Der Krieg bot sowohl Ausrede und Deckung für Maßnahmen, die in Friedenszeiten wohl schwieriger zu bewerkstelligen gewesen wären. Die Entscheidung, das „Euthanasie“-Programm umzusetzen, fiel auf höchster politischer Ebene mit Hitlers Ermächtigung bestimmter Ärzte, den „Gnadentod“ gewähren zu dürfen. Die Ärzte wurden nie dazu gezwungen, sondern eher ermächtigt, dies zu tun. Dieses Programm wurde nie in ein Gesetz gegossen.

Das „Euthanasie“-Programm begann mit der Ermordung von Säuglingen und Kleinkindern mit physischen Missbildungen oder geistigen Herausforderungen, die in eigens dafür bestimmten „Kinderstationen“ für die Ermordung ausgewählt wurden. Diese Stationen wurden von medizinischem Personal, Ärzten und Krankenpflegerinnen, betrieben, deren einzige Funktion es war, die Kinder umzubringen. Die zur Ermordung eingesetzten Methoden umfassten die Überdosierung von Medikamenten, Injektionen und Nahrungsentzug. Mehr als 5.000 Kinder kamen in dieser ersten Phase des „Euthanasie“-Programms ums Leben. Das Programm, das später auch auf die Ermordung von Erwachsenen ausgedehnt wurde, lief unter der Bezeichnung Aktion T4. Es wurde ein System aufgebaut, in dem alle institutionalisierten Patientinnen unter dem Gesichtspunkt registriert wurden, ob sie arbeitsfähig waren, Besuche erhielten, länger als fünf Jahre hospitalisiert waren oder bestimmte psychiatrische oder neurologische Erkrankungen hatten. Ein Fachärztegremium wurde installiert, um diese Meldeformulare zu prüfen, ohne die Patientinnen zu untersuchen und danach zu entscheiden, wer getötet werden sollte. Die dazu bestimmten Patientinnen wurden dann in sechs eigens dafür ausgewählte Anstalten gebracht, welche mit Vergasungsanlagen ausgestattet worden waren. Als Gas für die Tötungen wurde Kohlenmonoxid verwendet und durch fingierte Duschköpfe eingebracht. Diese Anstalten wurden mit eigens ausgewählten Ärzten und Pflegepersonal ausgestattet. Die gesamte Operation war geheim zu halten. Die

Angehörigen erhielten Sterbeurkunden, auf denen fingierte Todesursachen vermerkt waren, die aus einer eigens dafür erstellten Liste ausgewählt wurden.

Schätzungen zufolge wurden in dieser Phase des „Euthanasie“-Programms etwa 70.000 Patientinnen durch ihre Ärzte umgebracht. Damit wurden auch alle behinderten Juden und Jüdinnen in den T4-Tötungszentren ermordet.

Solch ein ausgeklügeltes Täuschungssystem führte zu menschlichen Fehlern, die von den Familien und zuständigen Priestern entdeckt wurden. Dies führte zu Protesten einiger Priester und zu Unruhen in Deutschland. Daraufhin wurde das „Euthanasie“-Programm 1941 von Hitler gestoppt. Doch das Töten ging weiter. Ärzte und anderes medizinisches Personal in den Irrenanstalten Deutschlands fuhren fort, ihre Patientinnen dezentral in der sogenannten „wilden Euthanasie“ zu ermorden, noch Wochen nachdem die Alliierten das Gebiet besetzt hatten.

Die historische Forschung hat gezeigt, dass die medizinischen NS-Eliten im Bestreben die nationale Gemeinschaft von den „Untüchtigen“ zu säubern, diese Aktion, bei der schließlich mehr als 200.000 Menschen ermordet wurden, sorgfältig geplant und im geheimen ausgeführt hatten.

Als die Konzentrationslager ursprünglich erbaut wurden, mangelte es an Kapazitäten für Massentötungen, und es brauchte Methoden, um die wachsende Population in den Lagern zu reduzieren. Der Erfolg des „Euthanasie“-Programms hatte die NS-Führung überzeugt, dass Massenmord technisch machbar war, und so wendete sich die SS an das T4-Personal um Unterstützung bei diesem Vorhaben. Im Frühling 1941 begann eine neue Tötungsoperation in den Gaskammern der T4-Tötungszentren. Lagerinsassen, die von den Lagerärzten als krank eingestuft worden waren, wurden in die T-4-Räumlichkeiten geschickt, um von den Ärzten dieser Institutionen in einer Operation namens „14f13“ ermordet zu werden.

20.000 Lagerinsassen kamen im Verlauf dieses zweieinhalb Jahre dauernden Programms ums Leben, bis 1943, als der steigende Bedarf an Zwangsarbeiterinnen diese Phase beendete.

Die nächste Phase des „medikalisierten“ Tötens begann mit der Beauftragung des T4-Personals mit der Führung von Lagern der „Operation Reinhard“ im besetzten Polen. Dies war der Codename für die Beseitigung der Bevölkerung der großen jüdischen Ghettos in Polen und stellte eine wesentliche Verbindung zwischen der Aktion T-4 und der „Endlösung“ dar.

Ärzte waren in den Todeslagern allgegenwärtig und medikalisierten das Verfahren, indem sie die Triage von Menschen, die mit der Eisenbahn ankamen, übernahmen. Die Tötungsmethoden in den Todeslagern wurden ebenso von der Aktion T4 übernommen und je nach Bedarf der einzelnen Lager abgeändert. Das Personal des T4-Programms beriet und half bei der Führung der Vernichtungslager.

Ärzte verfügten nun über das „Menschenmaterial“, um sogenannte wissenschaftliche Studien an den Lagerinsassen durchzuführen. Die renommiertesten Forschungsinstitute und Medizinwissenschaftler Deutschlands arbeiteten mit Ärzten der Aktion T4 und später in den Konzentrationslagern zusammen, welche diese Experimente durchführten.

Das gesamte Tötungsunternehmen, welches im Januar 1940 mit der medizinischen Ermordung der hilflosesten Menschen, nämlich institutionalisierten Patientinnen begann, wurde 1941 auf Juden, Roma und andere ausgedehnt und kostete bis 1945 mindestens sechs Millionen Männer, Frauen und Kinder das Leben.

Literatur:

1. Robert N. Proctor, *Racial Hygiene: Medicine Under the Nazis* (Cambridge, MA: Harvard University Press, 1988).
2. Francis R. Nicosia, Jonathan Huener eds, *Medicine and Medical Ethics in Nazi Germany: Origins, Practices, Legacies* (Berghahn Books, 2002).
3. *Deadly Medicine: Creating the Master Race* (United States Holocaust Memorial Museum, 2004).

1. Die Übernahme des Eugenik-Konzepts durch die NS-Medizin

1.1 Eugenik: Ärztliche Beteiligung an Entscheidungen über den Wert menschlichen Lebens

Fallstudie:

Im Jahr 1922 wurde der deutsche Psychiater Dr. Hermann Pfannmüller Mitglied der NSDAP und trat 1933 der SA (die paramilitärische Gruppierung der Nazis, auch als „Braunhemden“ bekannt) bei. Um die Mitte der 1930er Jahre stand er dem Augsburger Büro für Rasse und Erbgut vor. Die nationalsozialistische Partei erkannte seine Fähigkeiten und setzte ihn als sachverständigen Vortragenden des „Erbgesundheitsgesetzes“ aus der Perspektive „rassisch-politischer“ und „erblich-medizinischer“ Belange ein. Die bayerische Regierung bestellte Pfannmüller 1938 zum Direktor der Irrenanstalt Elfling-Haar, eine Position, die er bis Kriegsende innehatte. 1939 legte er einer Gutachtergruppe der öffentlichen Versicherung einen Bericht über die Erhaltung „lebensunwerten Lebens“ in staatlichen Krankenanstalten vor. Dabei verließ er seiner Meinung über die Notwendigkeit, solche Patientinnen „auszumerzen“, mit den folgenden Worten Ausdruck:

„Als konfessionell ungebundener und glühend nationalsozialistischer Direktor einer Anstalt für Geisteskranke fühle ich mich verpflichtet, die wirtschaftliche Lage der Anstalten günstig zu beeinflussen. In dieser Position halte ich es für angemessen, klar auf die Notwendigkeit für uns Ärzte hinzuweisen, die Bedeutung der Ausmerzungen von lebensunwertem Leben zu erfassen. Diese unglücklichen Patienten, die nur ein Schattendasein eines normalen Menschen führen, die aufgrund ihrer Krankheit als Mitglied der menschlichen Gesellschaft völlig nutzlos geworden sind, deren Existenz für sie selbst, ihre Verwandten und ihr Umfeld zur Plage und Last geworden ist, sind einer rigorosen Ausmerzungen zu unterziehen. Genau diese Tage, an denen von unseren tapfersten Männern das schwerste Blut- und Lebensopfer gefordert wird, lehren uns eindeutig, dass es aus wirtschaftlichen Gründen nicht möglich sein sollte, Anstalten um eines hohen Prinzips medizinischer Pflege willen, das nicht mehr relevant ist, mit lebenden Leichen zu füllen. Für mich ist nicht vorstellbar, dass in voller Blüte ihres Lebens stehende Jugendliche an der Front sterben, während nicht besserungsfähige Asoziale und unverantwortliche Anti-Soziale in unseren Anstalten ein sicheres Auskommen haben.“

Bei seinem Nachkriegsprozess 1951, als er des Mordes von Kindern im Rahmen des „Euthanasie“-Programms angeklagt wurde, sagte er den Richtern: „Für mich bedeutet der Begriff „völkisch“ national und der Begriff „arisch“, dass Deutsche das Sagen haben. Nur wer deutschen Ursprungs ist, kann Arier sein.“

Literatur:

1. Henry Friedlander, *The Origins of Nazi Genocide. From Euthanasia to the Final Solution* (The University of North Carolina Press, 1995).
2. Michael S. Bryant, *Confronting the “Good Death”. Nazi Euthanasia on Trial, 1945-1953* (University Press of Colorado, 2005).

Hintergrund:

Im Gefolge der Entdeckungen von Charles Darwin im 19. Jahrhundert begannen Wissenschaftler Theorien menschlicher Ungleichheit als wissenschaftliche Tatsache darzustellen. Diese Wissenschaftler kamen zu dem Schluss, dass menschliche Unterschiede erblich und unveränderlich seien. Der Begriff „Eugenik“, den 1881 der britische Wissenschaftler Francis Galton erstmals prägte, war definiert als die „Wissenschaft von der Besserung der menschlichen Rasse durch bessere Zucht.“ Eugeniker glaubten, dass ebenso wie die Mendel'schen Gesetze die erbliche Weitergabe menschlicher Merkmale wie Farbenblindheit steuern, diese Gesetze auch die Vererbung sozialer Merkmale bestimmen.

Im frühen 20. Jahrhundert begannen nationalistische Politiker, eugenische Theorien anzuwenden, indem sie sich dafür einsetzten, dem „qualitativen Bevölkerungsabstieg“ Einhalt zu gebieten. Sie sahen Personen mit geistigen Schwächen als Belastung für die Gesellschaft. In vielen westlichen Nationen wurden Eugenik-Gesellschaften und – Forschungszentren aufgebaut. Eine der führenden Nationen in dieser Bewegung waren die Vereinigten Staaten von Amerika.

1824 erließen die Amerikaner das Einwanderungsgesetz, ein auf Eugenik basierendes Gesetz, das bestimmten Immigrantinnen (jenen aus Nordwesteuropa und Großbritannien) die Einreise erlaubte und die Aufnahme von Einwandererinnen aus Südosteuropa, dem Mittleren Osten und Asien ablehnte. Eine weitere von den Eugenikern vorgeschlagene Lösung für gesellschaftliche Probleme war die Sterilisation. Indiana war der erste amerikanische Staat, der 1907

Sterilisationsgesetze erließ, und bis 1925 wurden in den USA über 20.000 eugenisch motivierte Sterilisationen durchgeführt.

In Deutschland wurde die Eugenik als „Rassenhygiene“ bekannt. Nach der Niederlage Deutschlands im 1. Weltkrieg begannen deutsche Wissenschaftler und Politiker vermehrt, Eugenik mit Nationalismus sowie der sozialen „Volksgesundheit“ in Verbindung zu bringen. Zahlreiche Forschungszentren wurden gegründet, um das Feld der Rassenhygiene zu bearbeiten. 1920 brachten der Jurist Karl Binding und der Psychiater Alfred Hoche ein umstrittenes Buch heraus, mit dem Titel „Die Freigabe der Vernichtung lebensunwerten Lebens“. Das Buch warf die Frage auf, ob eine Nation, die vor einer Notlage stand, es sich leisten konnte, sogenanntes „lebensunwertes Leben“ aufrechtzuerhalten. Die Autoren argumentierten, dass die Gesellschaft „unheilbare Idioten“ töten sollte, ebenso wie die unheilbar Kranken und lebensgefährlich verletzte Menschen; dass Personen das Recht eingeräumt werden sollte, auf eigenen Wunsch durch die Vornahme eines schmerzlosen medizinischen Eingriffs zu sterben; und dass Ärzte, die diese Dienste leisteten, nicht strafrechtlich verfolgt werden sollten. Dieses Buch verursachte in Deutschland einige Aufregung, insbesondere unter Psychiatern. Die vorgeschlagenen Theorien wurden von der Nationalsozialistischen Partei bereitwillig aufgegriffen und umgesetzt, deren nationalistische Politik mit diesen Ansprüchen gut vereinbar war.

Mit der Machtergreifung der Nazis 1933 wurde die eugenische Rassenhygiene in ihre Gesundheits- und Sozialpolitik integriert. Diese Strategien wurden zunächst auf die Behinderten angewendet (physisch missgebildete und geistig gestörte Personen), die als Belastung für den Staat und als „lebensunwert“ erachtet wurden. Die Politik galt dann auch für Menschen, die rassisch anders waren (hauptsächlich Juden und Roma). Die Ärzteschaft spielte eine zentrale und essentielle Rolle in den mörderischen Programmen, die auf diese Theorien der Exklusion und eugenischen Rassengedanken basierten, einschließlich der „Euthanasie“-Programme, und auch der Endlösung.

Literatur:

Henry Friedlander, *The Origins of Nazi Genocide. From Euthanasia to the Final Solution* (The University of North Carolina Press, 1995).

Fragen:

Ist die Eugenik auch in der heutigen Medizin präsent?

Wenn ja, wie können wir damit umgehen?

Diskussion:

Eugenik kommt vom griechischen Wort *eugenes* (eu[gut] und genos[geboren]). Der Begriff bezieht sich auf eine Verbesserung der Rasse durch die Förderung gesunden Nachwuchses. Eugenik ist die Wissenschaft, die sich mit allen Einflüssen auseinandersetzt, welche die angeborene Qualität der menschlichen Rasse verbessern, insbesondere durch Steuerung erblicher Faktoren. Ein Eugenikprogramm ist eine staatliche politische Struktur, die dazu gedacht ist, Genfrequenzen in ganzen Populationen herbeizuführen. Negative Eugenik ist ein systematisches Bestreben, die Weitergabe von Genen hintanzuhalten, die als gesundheitsschädlich gelten. Positive Eugenik ist ein systematisches Bestreben, die Weitergabe von Genen zu maximieren, die als erwünscht gelten.

Wie wir für NS-Deutschland, die USA und andere Länder gezeigt haben, wurden in der Vergangenheit verschiedene rassische Merkmale zur Formulierung eugenischer Politiken verwendet, sowohl negative als auch positive. Grundlage der eugenischen Politik der Nazis war ein utilitaristisches Gedankengut. Insbesondere die NS-Ärzte und die NS-Gemeinschaft allgemein waren nicht der Meinung, dass menschliches Leben in jedem Fall zu respektieren sei. Sie waren vielmehr überzeugt, dass menschliches Leben nur zu respektieren sei, wenn es für die Gesellschaft wertvoll sei. Solche utilitaristischen Argumente zeigen sich auch heute. Gegenwärtig gibt es in einer Zeit der erhöhten Kosten für medizinische Versorgung und wachsenden finanziellen Druck auf externe Träger bereits wieder Vorschläge die Gesundheitsversorgung an beiden Enden des Spektrums abzubauen, nämlich bei Neugeborenen mit angeborenen Fehlbildungen oder genetisch bedingten Krankheiten, und bei Älteren oder chronisch Kranken. Pflegeressourcen werden aufgrund neuer Technologien ausgetrocknet, wobei Ältere besonders anfällig dafür sind, aus wirtschaftlichen Gründen diskriminiert zu werden. In der Mitte des Spektrums ist ein häufiges Thema, ein Urteil über Leben (oder Tod) von sterbenskranken Patientinnen und Entscheidungen darüber zu fällen, ob reanimiert wird oder nicht.

Das Human-Genom-Projekt hat neue Forschungsbereiche eröffnet. Seine Anwendungen haben sich in der klinischen Pflege bewährt, indem es Ärztinnen

ermöglicht, Kenntnisse des Humangenoms zu nutzen, um zukünftige Krankheiten zu diagnostizieren sowie die medikamentöse Therapie zu personalisieren. Heute ist Genetikberatung bereits ein fixer Bestandteil der modernen Medizin geworden. Oft beruhen medizinische Entscheidungen, die auf Basis der Genetik getroffen werden, auf kosteneffektiven oder utilitaristischen Überlegungen.

Für uns Medizinerinnen von heute kann es schwierig sein, objektiv über unsere Handlungen und Praktiken nachzudenken, insbesondere im Hinblick darauf, wie neue Fortschritte in Wissenschaft und Technik und deren Anwendung in der genetischen Beratung und klinischen Pflege der Gesundheit unserer Patientinnen möglicherweise abträglich sein können.

In der Vergangenheit, wie auch im obigen Fall, haben wir gesehen, wie ansonsten unbedenkliche medizinische Vorgangsweisen oder staatliche Politiken verzerrt und als negative Eugenik angewendet wurden, indem man die Rechte und Privatsphäre von Millionen Menschen außer Kraft setzte. Heute werden einige unserer akzeptierten Vorgangsweisen (z.B. pränatale Diagnose und Screening) von manchen als negative Eugenik angesehen, und eine intensive Debatte zu diesen Themen ist im Gange.

Ärztinnen besitzen das Wissen und die Fähigkeit, die Lebensqualität von Patientinnen realistisch einzuschätzen. Jedoch sollte die letztgültige Bewertung der eigenen Lebensqualität, ob in der pränatalen Diagnose oder am anderen Ende des Spektrums bei den Älteren oder Sterbenskranken, nur durch den einzelnen Patienten/die einzelne Patientin selbst erfolgen. Wo diese/r einzelne unfähig ist, die Entscheidung selbst zu treffen oder zuvor keine Erklärungen über solche Eventualitäten abgegeben hat, sollte die Bewertung durch die Familie oder deren Vertretung, falls notwendig unter Mitwirkung des Arztes/der Ärztin erfolgen.

1.2 Eugenische Sterilisation

Fallstudie:

Dorothea Buck wurde 1917 in Deutschland geboren. 1936 wurde sie im Alter von 19 Jahren in das Von Bodelschwingsche Irrenhaus in Bethel eingewiesen und erhielt die Diagnose Schizophrenie. In dieser Anstalt für Geisteskranke wurde sie ohne ihre Zustimmung sterilisiert. Darüber hinaus wurde ihr die wahre Natur ihrer Operation verschwiegen und von einer Stationsschwester mitgeteilt, ihr sei der Blinddarm

entfernt worden. Sie erfuhr erst später von einer Mitpatientin, dass sie sterilisiert worden war.

Bis 1959 litt Dorothea vier Mal an psychotischen Schüben und wurde jedes Mal ins Krankenhaus eingewiesen. Sie rehabilitierte sich letztlich selbst und wurde Bildhauerin. 1961, als sie vom Adolf Eichmann-Prozess alles über Sterilisations- und Euthanasieprogramme erfuhr, begann Dorothea die Geschichte der Sterilisation und Euthanasie in NS-Deutschland zu recherchieren. Dorothea verbrachte den Rest ihres Lebens damit, über die Verbrechen, die in psychiatrischen Anstalten begangen wurden, zu lehren, vorzutragen und zu schreiben. Sie wurde zu einer vehementen Kritikerin der Zwangssterilisationen und der Euthanasie wie auch verschiedener Behandlungen der Psychose.

Literatur:

Dorothea Buck, *“70 Years of Coercion in German Psychiatric Institutions, Experienced and Witnessed”*. Key note speech, 7 June 2007, Congress “Coercive Treatment in Psychiatry: A Comprehensive Review”, World Psychiatric Organization, Dresden, Germany.

<http://www.bpe-online.de/english/dorotheabuck.htm>

Hintergrund:

Bevor die Nationalsozialisten an die Macht kamen, waren operative Sterilisationen in Deutschland illegal. In den letzten Jahren der Weimarer Republik, die von einer schweren wirtschaftlichen Depression und politischen Unruhen geprägt waren, tauchte die eugenische Sterilisation als populärer Gedankengang unter Genetikerinnen, Wirtschaftsleuten, Politikern und im Gesundheitswesen auf.

Wenige Monate nach der Machtergreifung Hitlers 1933 erließen die Nazis das „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ (Sterilisationsgesetz), welches Zwangssterilisationen aufgrund „eugenischer Indikationen“ vorsah. Die Gesundheitsbranche unterstützte nicht nur die NS-Politik, sondern war in der Kampagne für die praktische Umsetzung auch federführend tätig. Viele Ärzte sahen dies als Möglichkeit, die „Regeneration“ der deutschen Nation zu beeinflussen, indem „Träger biologisch minderwertigen Erbgutes“ ausgelöscht wurden, um „den Genpool der deutschen Rasse zu säubern“. Diesem Gesetz zufolge konnte man gegen seinen Willen sterilisiert werden, wenn man nach Meinung eines Erbgesundheitsgerichts an einer

von mehreren „genetischen“ Krankheiten litt. Dazu gehörten „angeborener Schwachsinn“, Schizophrenie, manisch-depressive Geisteskrankheit, genetische Epilepsie, Chorea Huntington, „genetisch bedingte“ Blindheit oder Taubheit oder „starker Alkoholismus“. Dazu mussten Ärzte eine Ausbildung in „Erbpathologie“ machen, und es wurde ein medizinisches Fachjournal ins Leben gerufen, um sie bei der Bestimmung jener, die sterilisiert werden sollten und der jeweiligen Methoden zu unterstützen. Die NS-Ärztezeitung *Der Erbarzt* wurde als Beilage zum angesehenen *Deutschen Ärzteblatt* 1934 gegründet. Diese Beilage bot ein Diskussionsforum über Methoden und Kriterien sowie die rationale Fundierung des NS-Sterilisationsprogramms.

Das am 1. Januar 1934 in Kraft getretene Sterilisationsgesetz sah einen ganz bestimmten rechtlichen und medizinischen Vorgang vor: Ärzte sollten jeden Fall von Erbkrankheit, der ihnen zur Kenntnis gelangte, bei speziellen Erbgerichten melden, ohne die Erlaubnis des Patienten einholen zu müssen. Das Erbgericht bestand aus drei Mitgliedern: einem Richter, einem Amtsarzt und einem zweiten in Eugenik qualifizierten Arzt. Von 1934 bis 1939 ordneten die Gerichte über 375.000 Operationen an, davon waren 37 Prozent freiwillig, 39 Prozent unfreiwillig (gegen den Willen der Patienten) und 24 Prozent nicht-freiwillig (Zustimmung erfolgte durch einen Vormund). Der Beginn des Zweiten Weltkrieges im September 1939 verzögerte die Arbeit dieser Gerichte. Trotzdem wurden bis Ende 1944 fast 400.000 Menschen im Deutschen Reich sterilisiert. Ähnliche Sterilisationsprogramme gab es zu dieser Zeit auch in anderen Ländern, darunter die USA, Schweden, die Schweiz, Norwegen und andere. Diese Programme waren Vorbild für die deutschen Sterilisationsgesetze. In den USA wurde das erste Gesetz über Zwangssterilisation 1907 in Indiana verabschiedet, und schließlich hatten 28 Staaten Gesetze, die Zwangssterilisationen vorsahen. Bis 1930 waren 15.000 amerikanische Männer und Frauen sterilisiert. Die Nazis beriefen sich auf das amerikanische Beispiel als Rechtfertigung ihres Programms.

In vielen Ländern blieben diese Gesetze bis in die 1970er Jahre in Kraft. Auch heute noch gibt es Länder, in denen Zwangssterilisationen vorgenommen werden. In den USA haben vor kurzem Gerichte in North Carolina zugunsten einer Gruppe von Klägern, die in der Vergangenheit gegen ihren Willen und ohne informierte Zustimmung sterilisiert worden waren, entschieden. Der Staat wird diesen Patientinnen monetären Schadenersatz leisten müssen.

Literatur:

Robert N. Proctor, *Racial Hygiene. Medicine Under the Nazis* (Harvard University Press, 1988).

Frage:

Ist es ethisch vertretbar, Patientinnen zu zwingen, sich einer Sterilisation zu unterziehen?

Diskussion:

Unfreiwillige Sterilisation ist eine klare Übertretung der Fortpflanzungsautonomie von Patientinnen und eines grundlegenden Menschenrechts. Dies ist insbesondere im Falle von Personen mit Geisteskrankheiten oder anderen intellektuellen Defiziten relevant. Zu diesem Thema stellen sich Fragen, wie weit die Rechte von Eltern und Vormund hinsichtlich ihrer geistig behinderten Schützlinge reichen sollen. Wer ist für die medizinischen Rechte von geistig Behinderten verantwortlich, wenn es um ihre reproduktive Gesundheit geht? Ist es die Pflicht der Ärztin zu entscheiden, wer sich bei zukünftigen Entscheidungen der Familienplanung einem Eingriff unterziehen soll, der im Wesentlichen irreversibel ist?

Das NS-Programm der Zwangssterilisation verletzte das Recht der Patientinnen auf Selbstbestimmung, Menschenwürde, Privatsphäre und Autonomie. Es verletzte ferner den Grundsatz, für medizinische Interventionen die informierte Zustimmung des Patienten einzuholen, und weiter das Recht der Patientin oder das Recht des Vertreters auf Entscheidungsfindung bei der Familienplanung und reproduktiver Gesundheit.

Die Sterilisation ist ein dauerhaft lebensverändernder, invasiver Eingriff. Es mag Situationen geben, in denen Sterilisation etwas für sich hat, wenn die Patientinnen bzw. deren Vormund sich über die Natur und Konsequenzen des Verfahrens völlig im Klaren sind. Im September 2011 verurteilten die World Medical Association und die International Federation of Health and Human Rights Organisation (IFHHRO) die Praxis der Zwangssterilisation als Form von Gewalt, welche die körperliche und geistige Gesundheit von Patientinnen schwer schädigt und ihre Menschenrechte verletzt. Sie stellten aber gleichzeitig fest, dass die freiwillige Sterilisation eine Art der Empfängnisverhütung darstellt, die innerhalb der gesamte Bandbreite an alternativen Verhütungsmethoden jeder Person zur Verfügung stehen, zugänglich sein und leistbar

sein sollte. Barrieren gegen die Sterilisation, die auf einer informierten Entscheidung beruht, sollten abgebaut werden.

Obwohl es Umstände gibt, unter denen Sterilisationen ethisch und medizinisch angemessen sein mögen, sollte die Entscheidung zum Wohle der Patientinnen und nicht zum Wohle der Interessen der Gesellschaft oder anderer Beteiligter getroffen werden.

2. Rassismus und NS-Medizin

2.1 Rasse als medizinische Diagnose

Fallstudie:

Saul Friedländer bespricht 1939 in seinem Buch den Fall einer Frau namens Fräulein M. Sie wollte einen Beamten heiraten und sich ihrer arischen Vorfahren vergewissern, da der Name ihrer Großmutter Goldmann (ein gebräuchlicher jüdischer Familienname) dazu angetan war, Zweifel aufkommen zu lassen. Die voreheliche „genetische“ Untersuchung wurde in der Erblehre-Abteilung des Kaiser Wilhelm-Instituts für Anthropologie, menschliche Erblehre und Eugenik in Berlin durchgeführt. Die Leitung der Abteilung lag bei Professor Otmar von Verschuer, einem prominenten Arzt und Genetiker.

Eine der Fragen, die die Fachleute von Dr. von Verschuer zu lösen versuchten, war: „Kann Fräulein M. als Nicht-Arierin beschrieben werden, in dem Sinne, dass sie als solche von einem Laien auf Basis ihrer mentalen Einstellung, ihres Umfelds oder ihres Äußeren erkannt werden kann?“ Die „genetische“ Untersuchung, die auf Fotos der Verwandten von Fräulein M. und ihrer körperlichen Merkmale beruhte, führte zu positiven Ergebnissen – der ärztliche Bericht schloss jegliche Zeichen einer jüdischen Herkunft aus. Obwohl Fräulein M. eine „schmale, hohe und konvex vorstehende Nase“ hatte, schloss der Bericht, dass sie ihre Nase von ihrem Vater und nicht von ihrer Großmutter (mit dem Namen Goldmann) geerbt hatte. Fräulein M. wurde als Arierin anerkannt.

Literatur:

Saul Friedländer, *Nazi Germany and the Jews. Volume 1. The Years of Persecution, 1933-1939* (Harper Perennial Publisher, 1998).

Hintergrund:

Nach der Niederlage im 1. Weltkrieg machten zahlreiche deutsche Rassehygieniker und Wissenschaftler Juden und Kommunistinnen für die Niederlage der Nation verantwortlich, wie auch für viele soziale Missstände im Land. Adolf Hitler war zutiefst von den deutschen Rassehygienikern geprägt und übernahm ihre Vorstellungen von Rasse in seinem Buch *Mein Kampf*. Hitlers Machtübernahme versetzte deutsche Wissenschaftler und Politiker in die Lage, ihre rassistischen Ansichten auf die

Gesellschaft umzulegen. Wiewohl Hitler ein großer Katalysator dieser Bestrebungen war, spielten auch Ärzte und Wissenschaftler eine herausragende und essentielle Rolle.

Biologische Bilder spielten eine große Rolle in der Sozialpolitik der Nazis: Jüdinnen und Roma wurden als krank, als „Bazillen“, „Abszesse“ oder „Parasiten“ wahrgenommen, welche die „Volksgesundheit“ bedrohten. Die medizinischen Jahrbücher der Nazis setzten unter Verwendung rassistischer Metaphern in ihren Artikeln Juden und Roma mit Krankheiten gleich. Diese rassistische Metaphorik wurde auch vom Staat auf jeder gesellschaftlichen Ebene und in der Ausbildung von Erwachsenen und Kindern gleichermaßen verbreitet, von der Grundschule bis zur Universität.

Mit Hitlers Aufstieg zur Macht nahm der Deutsche Ärztenbund den Antisemitismus in seine Grundsätze auf, perpetuierte so die Meinung, dass Juden an speziellen Krankheiten litten, und warnte vor der Vermischung von jüdischem und nicht-jüdischem Blut. Deutsche Anthropologen und Genetiker versuchten Techniken zu entwickeln, welche die rassistischen Merkmale einer Person identifizierten. Deutschlands wichtigste Zeitschrift für Gesundheitswesen veröffentlichte detaillierte Berichte darüber, wie Rassenzugehörigkeit zu bestimmen sei. Ärzte meinten, Juden litten an einem Mangel an Hygiene und hätten außergewöhnliche hohe Raten an Geisteskrankheit und Homosexualität. Des Weiteren wurden Roma als rassistisch „Asoziale“ bezeichnet, welche die Reinheit der arischen Rasse schwächten und zu einer degenerierten Gesellschaft führen würden.

Im Herbst 1935 unterzeichnete Hitler drei Gesetze, die als Nürnberger Gesetze bekannt wurden, um die deutsche Bevölkerung von unerwünschten Elementen zu säubern. Zu diesen Gesetzen zählten:

1. Das „Reichsbürgergesetz“, welches zwischen Einwohnerinnen und Bürgern unterschied. Bürger waren von arischem Blut;
2. Das „Blutschutzgesetz“, welches die Ehe und sexuelle Beziehungen zwischen Juden und Ariern verbot;
3. Das „Gesetz zum Schutze der Erbgesundheit des deutschen Volkes“. Dieses Gesetz sah vor, dass Paare sich vor der Ehe einer medizinischen („genetischen“) Untersuchung zu unterziehen hätten, um die Erbgesundheit des zukünftigen Ehepaares und dessen Nachkommen zu bestimmen. Es verbot ferner die Heirat zwischen Menschen mit Geschlechtskrankheiten,

Schwachsinn, Epilepsie oder anderen „genetischen Schwächen“, wie sie im Sterilisationsgesetz von 1933 vorgegeben waren. Jenen, die als erbkrank galten, wurde erlaubt, andere Erbkrankte zu heiraten, jedoch erst nachdem sie sterilisiert waren, um sicherzugehen, dass sie keine Nachkommen zeugen würden.

Sowohl die Nürnberger Gesetze als auch die Sterilisationsgesetze waren für die Erweiterung der Macht und Zuständigkeiten der deutschen Gesundheitsberufe verantwortlich. Tausende Ärzte, darunter Rassenhygieniker, wurden angestellt, um Eheberatung zu machen, die zu einem integrierenden Bestandteil des deutschen Gesundheitssystems wurde. Neue Jobs wurden geschaffen, sodass trotz der Exklusion der deutsch-jüdischen Ärzte die Gesamtanzahl des Gesundheitspersonals während dieser Jahre anstieg. Zudem wurden die Gefahren der Rassenvermischung sowohl in der allgemeinen Presse als auch in der medizinischen Literatur publiziert.

Die Nürnberger Gesetze, welche hauptsächlich von Ärzten vollzogen wurden, wurden in der deutschen Ärzteschaft als Maßnahmen des öffentlichen Gesundheitswesens angesehen. Deutsche Medizinzeitschriften begrüßten diese Gesetze und brachten Artikel, die den deutschen Ärzten bei der Umsetzung der Rassengesetze und -politiken helfen sollten. Die führenden Gesundheitsbeamten Deutschlands sahen die Prävention menschlicher Erbkrankheiten sowie die Prävention und Beseitigung der Rassenvermischung als Bestandteil eines Programms verantwortlicher Gesundheitspolitik. In der deutschen Medizineliteratur dieser Zeit finden sich nirgendwo Aufzeichnungen über eine Ablehnung der Nürnberger Gesetze.

Mit der Machterweiterung Hitlers kam ein offener Antisemitismus und Rassismus in der Medizin auf, die sich der NSDAP anschloss. Ärzte waren federführend an der Formulierung und Umsetzung des Weltbildes der Nazis beteiligt. Diese Verbindung führte zu einer biomedizinischen Sicht der Dinge, welche drei sich ergänzende Bilder umfasste: 1) Juden und Roma als Krankheit, von der der Volkskörper gesäubert werden musste; 2) das deutsche Volk als Patient; und 3) der Nationalsozialismus als Arzt, mit Adolf Hitler als „großem Arzt der neu entstehenden arischen Nation“.

Im 2. Weltkrieg diente die NS-Medizin später dazu, Antisemitismus und Rassismus zu rechtfertigen. Das offizielle Organ des Deutschen Ärztebundes

publizierte während des Krieges eine regelmäßige Kolumne mit dem Titel „Lösung der Judenfrage“. Mit der Besetzung Polens durch die Deutschen im September 1939 rechtfertigte man die Ghettoisierung der Juden in Osteuropa damit, dass Juden „Krankheitsträger“ seien. Juden wurden unter dem Vorwand der Quarantäne systematisch in Ghettos verfrachtet. Durch die schauerlichen Bedingungen in den Ghettos waren infektiöse Epidemien durchaus verbreitet. Deutsche Medizinzeitschriften zogen dann Ghattostatistiken über infektiöse Krankheiten wie Typhus heran, um die jüdische „Rasse“ nochmals als krank zu denunzieren. Auch Roma wurden zusammengetrieben und in Ghettos oder Konzentrationslager gepfercht, was ebenso zu hohen Inzidenzen infektiöser Krankheiten führte. Solche Epidemien wurden dann als rationale Erklärung und Rechtfertigung dafür benutzt, sowohl Juden als auch Roma aus Deutschland und den besetzten Teilen Europas zu eliminieren (ermorden).

Literatur:

1. Michael H. Kater, *Doctors Under Hitler* (The University of North Carolina Press, 1989).
2. Robert N. Proctor, *Racial Hygiene. Medicine under the Nazis* (Harvard University Press, 1988).

Frage:

Wie können wir vermeiden, dass rassistische Themen medizinische Entscheidungen berühren?

Diskussion:

„Rasse“ ist ein komplizierter Begriff mit zahlreichen Definitionen. Einige Medizinwissenschaftlerinnen denken, dass Rasse für das Wissen um die Herkunft wichtig und für die klinische und biomedizinische Forschung unerlässlich ist. Obwohl es Bedenken hinsichtlich eines potentiellen Missbrauchs rassistischer und genetischer Informationen gibt, bleiben diese Wissenschaftler dabei, dass rassistische und ethnische Zugehörigkeiten wertvolle Informationen für epidemiologische Studien als auch die klinische und pharmazeutische Forschung liefern. Andere Forscherinnen hingegen bestehen darauf, dass Definitionen von Rasse und Ethnizität unzuverlässig sind und nur schwache Surrogate für die zahlreichen Umwelt- und genetischen Faktoren in der

Kausalität von Krankheiten, wie etwa die geographische Herkunft der Vorfahren, der sozioökonomische Status, Bildung und Zugang zu Gesundheitsversorgung.

Obwohl medizinische Eide und Ethik-Kodizes von einem Staat zum anderen variieren (und oft sogar im selben Land unterschiedlich ausfallen können), bestehen zahlreiche Gemeinsamkeiten, etwa die ethische Forderung, dass Ärztinnen, Pfleger und andere Gesundheitsanbieter Patientinnen oder medizinisches Personal nicht aufgrund von Rasse, Ethnizität, Religion, Klasse, Geschlecht oder sexueller Orientierung diskriminieren sollten. Dennoch und trotz des Vorhandenseins solcher Ethik-Kodizes sind Rasse und Rassismus in der Medizin weiterhin in den meisten Gesellschaften verbreitet und als Ursachen für Diskriminierung, Vorurteile, Marginalisierung und sogar sklavische Abhängigkeiten gegeben. In den USA etwa wurde dokumentiert, dass Schwarze, Hispanics und Native Americans oft eine qualitativ geringerwertige Gesundheitsversorgung haben als Weiße. Diese Disparität wird im Allgemeinen mit niedrigeren Einkommen, unzureichender Versicherung und einem Ärztemangel in Minderheitengebieten erklärt. All diese Faktoren können zu höheren Mortalitätsraten und niedrigeren Überlebensraten der Minderheiten im Vergleich zu Weißen führen, wenn sie an Krankheiten desselben Schweregrades leiden. Außerdem wird Minderheiten oft eine fortschrittliche Behandlung verwehrt, und sie haben eine höhere Wahrscheinlichkeit Behandlungen zu erhalten, die ihre Lebensqualität beeinträchtigen.

Obwohl gegenwärtig widersprüchliche Ansichten über Rasse und Humangenetik herrschen, bekennen sich die meisten Forscher und Klinikerinnen zur Gewinnung eines noch umfassenderen Wissens und besseren Verständnisses des Humangenoms im Sinne einer verbesserten Gesundheitsversorgung sowohl des Einzelnen als auch ganzer Populationen. Gleichzeitig gibt es aber auch gemeinsame Bedenken vieler hinsichtlich der potentiellen Gefahren, Irrtümer und des Missbrauchs dieser genetischen Forschung.

Historisch gab es, wie im obigen Fall, zahlreiche Fälle von Missbrauch in der Anwendung sogenannter „rassischer“ Wissenschaft. Auch hat die Menschheit eine lange Geschichte an Rassismus, Unterjochung und Versklavung von Minderheiten zu verzeichnen. In NS-Deutschland diente der Missbrauch des Wissens über genetische Medizin als Rechtfertigung für die deutsche Ärzteschaft, mörderische Programme „im Namen der Gesundheit und der Wissenschaft“ zu befürworten und sich selbst daran zu beteiligen. Diese auf Ignoranz, Fehlwahrnehmungen und Vorurteilen beruhende

Pseudo-Wissenschaft war weitgehend für die Vernichtung bestimmter Teile der Gesellschaft, besonders der Juden, verantwortlich.

Mehr Bildung über Rassenbewusstsein und kulturelles Verständnis ist einer der Wege, den die Medizin als Berufszweig beschreiten kann, um den Gefahren des Rassismus vorzubeugen.

Lehrveranstaltungen über die Beziehung zwischen Rassismus, Genetik und das wissenschaftliche Studium von „Rasse“ wären das Gebot der Stunde. Schließlich sollte innerhalb der langen, stets fortschreitenden Geschichte der Menschheit die Geschichte des Missbrauchs von Genetik und Rasse in der Medizin nicht vergessen werden – sie sollte allen Medizinstudentinnen gelehrt werden. Diese Lektionen sollten sich in Herz, Hirn und Gewissen der Menschen festsetzen, so dass die Wahrscheinlichkeit einer Wiederholung hintangehalten wird. Auch informative Lehrveranstaltungen und ein kritisch-reflexiver Diskurs werden dazu beitragen, das Problem des Missbrauchs genetisch-rassischer Daten zu klären, aber auch wie am besten damit umzugehen ist.

2.2 Rassismus in der NS-Medizin

Fallstudie 1: Medizin-Studenten

1935 studierte der Jude Moshe Prywes an der Medizinischen Fakultät der Universität Warschau. Der Akademische Senat der Universität Warschau erließ eigene anti-jüdische Gesetze, um jüdische von nicht-jüdischen Studentinnen zu trennen. In den Hörsälen waren eigene Bänke für nicht-jüdische Studenten reserviert. Die Auditorien waren ebenso zweigeteilt – Nicht-Juden auf der rechten Seite und Juden auf der linken. Dies war als das „Bankghetto“ bekannt. Zudem wurden Prüfungsunterlagen, die zuvor für den Professor anonym waren, nun verpflichtend mit dem Religionsbekenntnis der Studierenden zu stempeln. Diese Politik war auch an den anderen Universitäten im gesamten Reich gängige Praxis. Um sich gegen den Antisemitismus zu wehren, berief Prywes, der der Vereinigung jüdischer Medizinstudenten vorstand, eine Reihe von Besprechungen ein, um die Politik zu diskutieren und Gegenaktionen zu organisieren. Die jüdischen Studierenden einigten sich nach einer langen Debatte darauf, sich zu weigern, die für sie abgetrennten Sitze einzunehmen. Sie beschlossen vielmehr, sich in einer Reihe auf den Stufen zwischen

den Reihen aufzustellen und auf den Schultern des Studierenden vor ihnen mitzuschreiben. Moshe Prywes schreibt in seinem Buch *Prisoner of Hope*:

„Von 1935 bis zum Ausbruch des Krieges haben Studenten Klasse für Klasse, Tag für Tag, Jahr für Jahr ihre Studien so betrieben. In kurzer Zeit machten es alle jüdischen Studenten an den Universitäten Polens so. Ziemlich sicher hat man so etwas wie die stehenden Studenten Polens davor oder danach nicht gesehen.“

Literatur:

Moshe Prywes, *Prisoner of Hope* (Brandeis University Press, 1996).

Fallstudie 2: Ärzte

Dr. Lucie Adelsberger war eine deutsch-jüdische Kinderärztin, die am Robert Koch-Institut in Berlin im Bereich Immunologie tätig war. Sie publizierte von 1924 bis 1933 mindestens 15 Papers und war ein Gründungsmitglied der Gesellschaft deutscher Medizinerinnen. Im März 1933, zwei Monate nach der Machtübernahme der Nazis, wurden Dr. Adelsberger und achtzehn andere jüdische Wissenschaftler am Institut gekündigt. Sie war nun auf ihre private Praxis beschränkt und durfte sich nicht mehr „Doktor“ nennen. Dafür bekam sie einen „Aufseher“ zur Seite gestellt. Dr. Adelsberger wurde auch eine Kassenpraxis verwehrt und 1938 durfte sie keine nicht-jüdischen Patientinnen mehr behandeln. 1943 wurde sie nach Auschwitz deportiert.

Literatur:

Lucie Adelsberger, *Auschwitz. A Doctor's Story* (Northeastern University Press, 1995).

Hintergrund:

Im März 1933, als die Nationalsozialisten die deutsche Regierung unter ihre Kontrolle brachten, wurden vom neuen Regime unverzüglich antisemitische Erlässe herausgegeben. Die deutsche Ärzteschaft unternahm willfährig bedeutende organisatorische Schritte zur Unterstützung der antisemitischen Politik. Damals waren 13-17% der Ärzte in Deutschland jüdisch, und in Berlin waren es 50-60%. Binnen weniger Wochen nach der Bildung der neuen NS-Regierung wurden jüdische Ärzte aus ihren Stellungen in Krankenhäusern deutscher Großstädte entlassen.

Im April 1933 wurde das Beamtengesetz verabschiedet. Dieses verbot Juden und Kommunistinnen, Positionen in staatlichen Ämtern zu besetzen, einschließlich im medizinischen Bereich. Medizinische Standesorganisationen und Krankenversicherungen entließen ebenfalls jüdische Ärzte. Auf allen Ebenen des Staates, der Gesellschaft und am Arbeitsplatz wurde darauf gedrungen, jüdische durch nicht-jüdische Ärzte zu ersetzen. Ende 1933 folgte eine Reihe sowohl juristischer als auch administrativer Erlasse, die jüdischen Ärzten verboten, nicht-jüdische Patientinnen zu behandeln, mit nicht-jüdischen Kollegen beruflich zu verkehren und medizinische Ausbildungen abzuschließen. 1934 waren 31% der jüdischen Ärzte aus ihrer Praxis gedrängt worden.

Mit den 1935 in Kraft getretenen Nürnberger Gesetzen waren Juden nun rechtlich definiert, was für die deutschen Juden den Verlust der Staatsbürgerschaft bedeutete. Die Gesetze verhinderten die Teilhabe an den meisten Bereichen der deutschen Gesellschaft und hatten ernste Konsequenzen für Juden in medizinischen Berufen. Der Reichsärzteerlass vom Dezember 1935 sah vor, dass jüdische Ärztinnen keine Zulassung mehr erhielten.

1936 hinderten die meisten Fakultäten jüdische Studierende daran, arische Frauen gynäkologisch zu untersuchen. Die Entscheidung hinsichtlich der Anwendung dieser Einschränkungen überließ man dabei den Direktoren der Krankenhäuser, was für Juden, die in Gynäkologie famulierten, das Aus bedeutete. Da sie nicht mehr praktizieren durften, verließen zahlreiche Ärztinnen fluchtartig das Land. Durch die Vertreibung der Juden aus den Universitäten und anderen Institutionen wurden zahlreiche Positionen an Deutschlands medizinischen Fakultäten, Instituten und Kliniken frei. Diese Vakanzen wurden rasch mit jungen, arbeitslosen, nicht-jüdischen deutschen Ärzten aus dem jeweiligen Gebiet nachbesetzt.

1938 wurde dann ein endgültiges Gesetz erlassen, welches der deutsch-jüdischen Medizin den letzten Schlag versetzte. Die Reichsärztekammer entzog den jüdischen Ärzten ihre Zulassung. Jüdische Ärztinnen waren nun nicht mehr Mitglieder der medizinischen Community und durften andere Juden nur mit einer speziellen Bewilligung behandeln. Der Dokortitel wurde ihnen entzogen. Jüdische Ärzte, die nun ohne Berufsberechtigung dastanden, wurden von nun an nur mehr als Hilfspersonal betrachtet.

Schätzungen zufolge wurden zumindest 25% der deutsch-jüdischen Ärzte während des Holocaust ermordet, 5% begingen Suizid.

Literatur:

1. Michael H. Kater, *Doctors Under Hitler* (The University of North Carolina Press, 1989).
2. Saul Friedlander, *Nazi Germany and the Jews. Volume I. The years of Persecution, 1933-1939* (Harper Perennial, 1998).

Frage:

Wie können wir Rassenvorurteile in den Reihen der Gesundheitsberufe verhindern?

Diskussion:

Die meisten von uns leben zunehmend in multikulturellen Gesellschaften, sowohl hinsichtlich der Patientinnen, die wir behandeln, als auch der Kommilitonen und Kolleginnen in der ärztlichen Praxis. Obwohl Ärzte zuversichtlich sein sollten, dass ihre Karrierefortschritte einzig und allein auf ihren Fähigkeiten beruhen, gibt es vielerorts Hinweise darauf, dass Rasse eine Barriere für Beförderung sein kann. Chancenungleichheit ist ein Thema, das jedes Gesundheitssystem und jede/r in Gesundheitsberufen Tätige ernst nehmen sollte.

Diskriminierung aufgrund von Rasse, Geschlecht und Behinderung ist inakzeptabel. Diskriminierung kann zu mangelnder Motivation, Frustration und Vertrauensverlust führen. In vielen Ländern existiert Rassismus im Medizinsystem und betrifft oft Ärztinnen aus ethnischen Minderheiten. So wurde etwa gezeigt, dass Ärzte aus ethnischen Minderheiten als Gruppe schlechtere Arbeitsbedingungen und schlechtere Karriereaussichten haben als andere Ärztinnen. Ferner haben Forschungen ergeben, dass Minderheiten zuweilen schon bei der Aufnahme in eine Medizinhochschule diskriminiert werden. Weltweit verhindern Medizinvereinigungen noch heute, dass Ärzte aus anderen Kulturgruppen in ihre Reihen aufgenommen werden.

Der Code of Medical Ethics der American Medical Association sieht vor, dass Ärztinnen kein berufliches Vorhaben aufgrund von Rasse, Hautfarbe, ethnischer Zugehörigkeit oder nationaler Herkunft verwehrt werden kann. Die AMA ermutigt Personen, Ärzte bei örtlichen Medizingesellschaften anzuzeigen, bei denen rassische oder ethnische Diskriminierung vermutet wird.

Vertreterinnen der Gesundheitsberufe sollten bei der Eliminierung von Rassismus vorangehen und Auswahlverfahren fordern, die transparent sind und ausschließlich

auf Kompetenz basieren. Es ist eine Kultur des Respekts und der Fairness zu entwickeln, so dass sich alle Menschen wertgeschätzt und zuversichtlich fühlen, nur aufgrund ihrer Fähigkeiten beurteilt zu werden.

Einer der Wege, mit Rassismus umzugehen, ist die Diskussion über kulturelle Vielfalt und rassistische Vorurteile (wie im obigen Fall) in den Lehrplan an Medizinhochschulen aufzunehmen.

3. Medizinische Ausbildung unter der NS-Herrschaft

Fallstudie:

2010 entdeckte Dr. Theresa M. Duello bei Recherchen in der Bibliothek der Universität Wisconsin-Madison sechs Doktorarbeiten deutscher Medizinstudenten aus den Jahren 1937 bis 1940. Diese Arbeiten, welche als Voraussetzung für einen Abschluss in Medizin entstanden, zeigten die ersten fünf Jahre medizinischer Erfahrungen mit der Sterilisation hunderter Frauen durch Ärzte an deutschen Krankenhäusern auf. Die Forschung der Studenten wurde von den Ärzten und Krankenhausdirektoren der Institutionen, an denen die Sterilisationen vorgenommen wurden, supervidiert und approbiert.

Eine Dissertation, jene von Erich Bacher aus Würzburg 1940, analysierte 210 Frauen, die an der Frauenklinik des städtischen Krankenhauses Pforzheim sterilisiert worden waren. In seiner Einführung schrieb Bacher:

„Es ist von grundlegender Bedeutung, allfälliger öffentlicher Unruhe bezüglich der per Gesetz getroffenen Maßnahmen rasch zuvorzukommen und die Idee von Erbgesundheit fest in unserer Bevölkerung zu verankern.“

Bacher besprach auch die Weigerung von Patientinnen, sich gegen ihren Willen operieren zu lassen, sowie das Problem der Hospitalisierung sterilisierter Patientinnen zusammen mit anderen Patientinnen auf der Station. Der Student beschreibt zwei Fälle, in denen Frauen sterilisiert wurden:

„In einer Familie, wo der Vater Alkoholiker war und die Mutter schwachsinnig, mussten fünf von sieben Kindern in einer Anstalt gepflegt werden, weil drei hochgradig schwachsinnig und zwei Idioten waren. Eine Tochter ist verheiratet. Ein Kind ist unterdurchschnittlich intelligent. Das jüngste Mädchen liegt über dem Durchschnitt und hat in der Schule mehrfach Preise erhalten. Die gesamte Familie hat das staatliche Gesundheitssystem bereits mehr als 50.000 Mark gekostet. In einem anderen Fall muss die öffentliche Wohlfahrt für vier außereheliche Kinder aufkommen, die von vier verschiedenen Vätern stammen. Die Kinder sind ebenfalls schwachsinnig. Diese Familie hat mehrere Zweige, wo viele Fälle von Geisteskrankheit, Schwachsinn und Geistesschwäche beobachtet worden sind. Aufgrund unmöglicher Zustände im Haushalt mussten sechs Kinder der schwachsinnigen Mutter weggenommen und in die Hand der örtlichen Behörden gegeben werden. Von diesen haben sich auch vier

als schwachsinig erwiesen; zwei Mädchen wurden bereits sterilisiert. Das siebte Kind, das die Mutter erwartete, wurde dank dem Erbgesundheitsgericht nie geboren.“

Ein anderer Student namens Storch untersuchte 190 Fälle, die am städtischen Krankenhaus Speyer sterilisiert wurden. Er schreibt: „Wir als Ärzte sind verpflichtet, Personen, die unter das Gesetz fallen, die bestmögliche Pflege angedeihen zu lassen. Das wichtigste heute ist Leben zu bewahren ... Erst zukünftige Generationen werden in der Lage sein, das wahre Ergebnis des Gesetzes zu beurteilen; unsere Aufgabe ist jedoch nach wie vor, die Risiken der Operation auf ein Mindestmaß zu beschränken und Methoden anzuwenden, die so verlässlich wie möglich sind.“

Alle sechs Doktorarbeiten enthielten hochdetaillierte Dokumentationen über Einzelheiten der verschiedenen Operationsverfahren und operativen Komplikationen. Eine Bewertung der Definition der Bedingungen, welche als Rechtfertigung für das Vorgehen dienten, wurde nicht vorgenommen. Die Arbeiten würdigten den Vorteil des Sterilisationsgesetzes für die Besserung des deutschen Volkes und stellten die Eugenikpolitik des Dritten Reiches als Positivum für die Nation dar.

Literatur:

Theresa M. Duello, Misconceptions of “Race” as a Biological Category: Then and Now, in Sheldon Rubenfeld ed, *Medicine After the Holocaust. From the Master Race to the Human Genome and Beyond* (Palgrave MacMillan, 2010).

Hintergrund:

Die Bildungsreform war ein wichtiger Teil der Medizinpolitik der Nazis. Bereits 1922 forderte die Gesellschaft für Rassenhygiene, Rassenhygiene sei verpflichtend in den deutschen Medizinlehrplan aufzunehmen. Rassenhygiene wurde auch in die staatlichen Examina aus Medizin aufgenommen, welche für eine Graduierung Voraussetzung waren. Lehrveranstaltungen über Rassenhygiene umfassten Fächer wie Blutgruppenforschung, anthropologische Messungen, Zwillingsforschung, Genetik, Kriminalbiologie, Rassengesetz und Kriegsmedizin. Medizinische Fakultäten legten weniger Augenmerk auf Grundlagenforschung, änderten den klassischen Lehrplan ab und verkürzten die Studienzeit für Medizin, um mehr Ärzte für den NS-Staat ausbilden zu können.

Medizinstudenten erfuhren, dass diese Lehrveranstaltungen für ihre Berufsausbildung überaus wichtig seien, als Vorbereitung für ihre Pflichten als „Eheberater und Wächter

der genetischen Konstitution“. Medizinstudentinnen wurde auch gesagt, dass sie als „biologische Soldaten“ fungieren würden, ein Studiengang, der auch eine militärische und paramilitärische Ausbildung umfasste, um sie für den Dienst an der militarisiert-ideologisierten staatlichen Autorität vorzubereiten. Studenten schrieben Dissertationen über die verschiedenen Programme der Rassenmedizin. Rassen-ausbildung war auch Bestandteil postgradualer Ausbildungen für Ärzte mit dem Fachgebiet Sportmedizin, Organmedizin und Kriegsmedizin.

Literatur:

1. Michael H. Kater, *Doctors under Hitler* (University of North Carolina Press, 1989).
2. Robert J. Lifton, *The Nazi Doctors: Medical Killing and the Psychology Of Genocide* (Basic Books, 1986).

Frage:

Soll die medizinische Ausbildung von politischen oder anderen gesellschaftlichen Politiken tangiert werden?

Diskussion:

Um die Wende zum 20. Jahrhundert galt die Medizinausbildung in Deutschland als eine der fortschrittlichsten der Welt. 1910 legte Abraham Flexner, nachdem er die deutsche Methode der Medizinausbildung studiert hatte, den sogenannten „Flexner Report“ vor, welcher die Natur und den Prozess der Medizinausbildung verändern sollte. Der Bericht sprach sich für wissenschaftliches Wissen und dessen Förderung als bestimmendes Ethos eines modernen Arztes aus. Dieser Report wurde zur Grundlage der medizinischen Ausbildung weltweit. So basiert noch die heutige Medizinausbildung in den meisten Ländern auf dem deutschen System.

Dies änderte sich jedoch drastisch in der NS-Zeit. Die medizinische Ausbildung, und somit die Medizinstudentinnen in NS-Deutschland waren stark vom politischen Klima der Zeit beeinflusst. Wiewohl das für jeden Studierenden zu jedem Zeitpunkt gelten mag, unterschied sich NS-Deutschland darin, dass den Medizinstudentinnen gelehrt wurde, dass ideologisch-rassische NS-Politiken akzeptable Medizin und Wissenschaft wären. Die Studenten sollten für die politische und rassische Agenda der Nazis eintreten, diese wurde ihnen als gute „Wissenschaft“ verkauft.

In diesem durchstrukturierten, unter politischem Druck stehenden Umfeld wurde auch viel Wert auf Gehorsam gelegt, auf Zustimmung und Loyalität zur politischen Agenda der NS-Führer. Diese Haltung wurde ebenfalls von den Studentinnen erwartet.

In diesem politischen Klima wurde das Sterilisationsgesetz als gute Wissenschaft und gute Politik dargestellt. Es war eine Methode, um Deutschland von „Unerwünschten“ oder Menschen zu befreien, die für den Staat als belastend galten. Es gab eine feste Überzeugung, dass die „Volksgesundheit“ über die Pflege und Behandlung einzelner Menschen zu stellen sei.

Ethische Fragen hinsichtlich dieser Rassengesetze wurden nicht in Betracht gezogen. Sie wurden vielmehr in einer Art und Weise dargestellt, welche die Weltanschauung der Nazis einfach bewies und unterstützte. Dies kann als Form politischer Gehirnwäsche angesehen werden. Doch sollte eine solche Gehirnwäsche Teil einer medizinischen Ausbildung sein? Ist nicht kritisches und reflexives Denken eine der Grundlagen für die Entwicklung einer verlässlichen, kreativen und ethischen Medizinausbildung?

Was sind die Ziele der Medizinausbildung? Reicht wissenschaftliches Wissen aus, um gute Ärzte auszubilden? Sollten wir die Studierenden zu Ärztinnen ausbilden, die Techniker im Dienste der Wissenschaft sind, oder solchen, die ihr wissenschaftliches Wissen zum Wohle der Patientinnen einsetzen? Sollten sich Medizinstudenten (und Ärztinnen) für die Gesellschaft oder die Politik einsetzen?

Die Ziele einer medizinischen Ausbildung sind viele und der Ausbildungsprozess sollte lebenslang andauern, ein lebenslanges Lernen, von der Medizinuni weg bis zum Rückzug aus der Praxis. Genau wie die Vorbereitung der Studierenden auf die Anwendung wissenschaftlichen Wissens in der Prävention, Linderung und Heilung von Krankheit sollte die Medizinausbildung auch persönliche ethische Standards im Denken und Verhalten als auch kritisches Denken umfassen.

Die Medizinausbildung sollte den vollen Wert und die volle Macht der Werkzeuge nutzen, die der Arzt zur Verfügung hat, um eine bessere Gesundheit und bessere Sozialleistungen sicherzustellen. Studierende sollten ein Verständnis von Gesundheit haben, in dem umweltmäßige, soziale, Verhaltens-, physische, ökonomische und politische Faktoren signifikant zur Gesundheit und zum Wohlbefinden der Patientinnen beitragen. Studierende sollten auch gelehrt werden, dass Ärztinnen die gesellschaftliche Macht und Autorität besitzen, um zu einflussreichen Fürsprechern zum Wohle ihrer Patienten zu werden. Dies kann in einigen Fällen als politische

Fürsprache gesehen werden, sollte jedoch stets das Ziel des Wohlbefindens der einzelnen Patientin oder der Allgemeinheit vor Augen haben.

4. Medizinische Presse in der NS-Zeit

Fallstudie:

Eine der größten und am stärksten verbreiteten populär-medizinischen Zeitschriften NS-Deutschlands mit Ausgaben von über 100.000 Exemplaren war die Volksgesundheitswacht. Diese Zeitschrift fand sich in Patientenwartesälen in Kliniken und Spitälern des gesamten Reichs. Dr. Eugen Stähle, Neurologe und Präsident des Nationalsozialistischen Ärzteverbands sowie Leiter des Gesundheitsministeriums des Landes Württemberg schrieb 1934 einen Artikel mit dem Titel: „Blut und Rasse: neue Forschungsergebnisse“, die sich auf die Verwendung und Bedeutung menschlichen Blutes zur Identifizierung der Rasse konzentrierten:

„In der Beschreibung der verschiedenen Rassen darf es nicht bei der äußeren Körperform bleiben. Wir müssen darüber hinausgehen, um ebenso große Unterschiede in den inneren Organen zu untersuchen, Unterschiede, die auf größere physiologische Unterschiede zwischen den Rassen schließen lassen ...“

Dr. Stähle bat seine Leser auch:

„... Bedenken Sie was es bedeuten könnte, wenn wir Nicht-Arier im Reagenzglas identifizieren könnten! Dann könnten weder Täuschung, Taufe, Namenswechsel, Staatsbürgerschaft, nicht einmal Nasenoperationen (den Juden) helfen, (der Entdeckung zu entkommen). Blut kann man nicht verändern.“

Wenige Jahre später (1939) war Dr. Stähle ein dekorierte Veteran des 1. Weltkrieges und Mitglied der NSDAP, daran beteiligt, das geheime „Euthanasiezentrum“ in Schloss Grafeneck aufzubauen, das versteckt im Bezirk Münsingen lag. Das Schloss wurde zum Tötungszentrum, in dem geistig Behinderte von den Nazis im Rahmen der Aktion T4 ermordet wurden. Mehr als 10.000 Kinder sollen in weniger als 2 Jahren in Grafeneck ermordet worden sein. 1943 wurde Dr. Stähle von Adolf Hitler auf einen Lehrstuhl für Medizin berufen. Nach der Niederlage Deutschlands im 2. Weltkrieg wurde er für seine Mitwirkung am Euthanasieprogramm verhaftet und starb 1948 im Gefängnis.

Literatur:

Robert N. Proctor, *Racial Hygiene: Medicine Under the Nazis* (Harvard University Press, 1988).

Hintergrund:

Vor der Machtergreifung der Nationalsozialisten zählte die deutsche Medizinwissenschaft zu den lebendigsten und kreativsten Medizintraditionen der Welt. Die deutsche Medizinpresse spielte eine essentielle Rolle in dieser Tradition. 1933, kurz nachdem Hitler Kanzler geworden war, verschmolzen führende deutsche Mediziner die zwei ehemals größten Medizinzeitschriften zu einer einzigen Publikation, dem Deutschen Ärzteblatt. Diese Publikation wurde das Amtsblatt der Reichsärztekammer und der Vereinigung deutscher Versicherungsärzte. Diese Konsolidierung markierte einen Wendepunkt in der Kontrolle der Nazis über die deutsche Medizinpresse. Von diesem Zeitpunkt an mussten die Medizinzeitschriften von den Medizinbehörden genehmigt werden, die hauptsächlich aus loyalen NS-Ideologen bestanden. Politische Zensur war auf jeder Publikationsebene an der Tagesordnung.

Dies markierte auch den Beginn einer Kampagne zur Beseitigung von Juden, Kommunistinnen und Sozialisten aus der deutschen Medizinwissenschaft. Herausgeber und Berater der Medizinpresse waren nun ausschließlich deutsch-arischer Herkunft und treue Unterstützer des Nazi-Weltbildes. Das deutsche Ärzteblatt verkündete, dass die deutsche Medizinpresse „sich von nicht-deutschen Einflüssen reinigen“ würde, um den Berufsstand wieder zum „Deutsch-Fühlen“ und „Deutsch-Denken“ zurückzubringen. Sozialistische Medizinzeitschriften, die auf eine lange Tradition medizinischer Bekanntheit zurückblickten, wurden ebenso verbannt wie alle Publikationen, die Andersdenken gegenüber der medizinisch-politischen Vision der Nazis zuließen.

Von 1933 bis zum Ende des Krieges wurden in der Medizinpresse unzählige Artikel über die Reinheit der Rasse, Hygiene und Gesundheitspolitik veröffentlicht. Sie waren Teil einer staatlich geführten Kampagne mit dem Ziel, die Ärzteschaft mit den rassenhygienischen und politischen Ansichten der Nazis zu durchdringen. So verschob sich das Ziel der Veröffentlichung von der Zurverfügungstellung wissenschaftlich gültiger Information hin zur Unterstützung und Verbreitung staatlicher Politik.

Wenn Manuskripte zur Publikation angenommen wurden, dann aufgrund ihres Bekenntnisses, die Politiken des Nationalsozialismus zu fördern und nicht unbedingt aufgrund der Qualität der Forschung. Fachzeitschriften für Wissenschaftler und die Allgemeinbevölkerung erschienen aufgrund ihrer pseudowissenschaftlichen pro-

arischen und antisemitischen Vorstellungen. Eines der Hauptthemen der deutschen Medizinpresse war es, die Leser auf die Bedeutung der „Reinheit des Blutes“ für die arische Rasse und das Deutsche Reich einzuschwören. Diese Artikel warnten vor der Gefahr „verunreinigten Blutes“, dessen „Träger“ Behinderte, Erbkrankte, Juden, Schwarze und Roma waren. Die Gefahr, die angeblich von diesem „bösen Blut“ für den Volkskörper ausging, wurde später als politische und medizinische Erklärung für die hygienische und ethnische Säuberung genutzt.

Literatur:

1. Henry Friedlander, *The Origins of Nazi Genocide: From Euthanasia to the Final Solution* (University of North Carolina Press, 1995).
2. Michael H. Kater, *Doctors under Hitler* (University of North Carolina Press, 1989).
3. Robert N. Proctor, *Racial Hygiene: Medicine under the Nazis* (Harvard University Press, 1988).

Frage:

Welche ethischen Regeln haben für die Medizinpresse zu gelten?

Diskussion:

Vor der NS-Zeit zählten deutsche Medizinzeitschriften zu den angesehensten Medizinpublikationen der Welt und die in diesen Zeitschriften veröffentlichten Forschungsergebnisse galten als achtbar. Diese Situation änderte sich zusehends, als die Nazis nicht nur auf der politischen Bühne, sondern auch auf die Medizinpresse Kontrolle ausübten. Die Ethik der Medizinverlage wurde klar verletzt, da sich zwischen der medizinischen Community und der politischen Agenda des NS-Staates Interessenskonflikte ergaben. Sobald führende Mediziner, Wissenschaftler und Verlegerinnen von der politischen Agenda der Nazis vereinnahmt waren, erschienen keinerlei widerständige oder gegenläufige Gedanken in den Zeitschriften, die hinsichtlich der wissenschaftlichen Gültigkeit oder des Inhalts einiger Artikel Bedenken geäußert hätten. Solch eine Politik verletzte klar die Ethik, nicht nur des Medizinjournalismus, sondern des Journalismus ganz allgemein. Es war dies ein weiteres Beispiel für die ungesunde Beziehung zwischen NS-Medizin und NS-Politik. Verlegerische Ethik stellt eine bedeutende Grundlage wissenschaftlich valider Forschung dar. Es ist wichtig zu fragen, nicht nur ob und welche Ergebnisse publiziert

wurden, sondern auch warum und wie Ergebnisse zusammengetragen, interpretiert und veröffentlicht wurden. Heute sind Interessenskonflikte in der wissenschaftlichen Forschung durchaus ein großes Thema. Interessenskonflikte liegen vor, wenn sich eine vernunftbegabte Leserin bei späterer Aufdeckung in die Irre geführt oder getäuscht fühlen würde. Diese Konflikte können persönlich, kommerziell, ideologisch, politisch oder akademisch sein. Interessenskonflikte entstehen, wo Autoren, Reviewerinnen oder Herausgeber Interessen haben, die nicht offensichtlich sind und beeinflussen können, wer was publiziert, sowie auch auf Zeitpunkt, Umfang und die Methodik des Veröffentlichungsprozesses Einfluss haben.

Heute gilt als weltweit akzeptiert, dass medizinische Forschungsarbeiten vor der Publikation in einem Peer Review-Verfahren durchgesehen werden. Des Weiteren sollte die Veröffentlichung auch auf (potentielle oder tatsächliche) Verzerrungen aufgrund von Interessenskonflikten hinweisen. Allgemein wird erwartet, dass Verleger ihren Leserinnen ihre eigenen Interessenskonflikte bekanntgeben als auch jene ihrer Teams, Familienmitglieder, Redaktionsleitungen, Manager und Eigentümerinnen.

Das Interesse an Forschungsethik hat zur Schaffung institutioneller Review Boards geführt und zu der Bedingung, dass Forschungsvorhaben ethisch genehmigt werden müssen. Im gleichen Maße hat das Bewusstsein für verlegerische Ethik zur Entstehung verschiedener Institutionen beigetragen, die sich darum bemühen, die Beachtung einer ethischen Publikationspraxis zu fördern. Zu den wichtigsten zählen die World Medical Association of Medical Editors (WAME), das Committee on Publication Ethics (COPE) und das International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE), deren Kriterien für Autorinnen weithin akzeptiert sind.

Ethische Verstöße im Verlagswesen sind nicht von Verstößen gegen ethische Regeln zu trennen oder zu unterscheiden, welche den Umgang mit Patienten in der Forschung betreffen. Medizinische Zeitschriften sollten sich mit dem Vorantreiben medizinischen Wissens im Dienste der menschlichen Gesundheit befassen, und nicht Teil des Marketingarsenals kommerzieller Branchen werden. Sie sollten ferner auch nicht dazu genutzt werden, politische Ideologien und Politiken zu bewerben, es sei denn diese stehen mit dem Patientenwohl im Einklang.

5. Ärzte und Doppel-Loyalitäten: Staat vs. Mensch

Fallstudie:

Dr. Hans Deuschl wurde 1891 in Grafring bei München geboren. Er studierte in München Medizin, wo er sich einer Studentenverbindung anschloss. Wie sein späterer Freund und Wohltäter Heinrich Himmler (der später die SS anführen sollte), war Deuschl vom Geiste dieser Verbindung, den Auswirkungen der deutschen Niederlage nach dem 1. Weltkrieg und seiner Erfahrung als Freikorps-Kämpfer in Bayern beeinflusst. Er identifizierte sich schon in jungen Jahren mit dem deutschen Nationalismus.

Als praktischer Arzt machte Dr. Deuschl Fortschritte in seiner politischen Karriere als Ortsgruppenleiter des „Völkischen Blocks“ und kandidierte im Dezember 1924 für den Posten des Bürgermeisters von Grafring. Im September 1929 trat er dem Nationalsozialistischen Deutschen Ärztenbund (NSDÄB) bei und im Juni 1931 der SS. Als SS-Mitglied wurde er von Heinrich Himmler mit dem Aufbau und der Leitung des ärztlichen Dienstes der SS betraut. Dr. Deuschl wurde Direktor der Verbandszeitschrift des NSDÄB und äußerte sich öffentlich zur Politik, um seine Ärzteschaft zu ermutigen, beizutreten und dem Land zu dienen. Als Vorsitzender des NSDÄB schrieb er:

„Diese Organisation ist nicht nur eine Standesorganisation von Ärzten, sondern auch eine militärische. Unsere Mitglieder sind zuallererst Nationalsozialisten und erst dann Ärzte. Sie repräsentieren die gesamte Nation und sollten ihre persönlichen Interessen hintanstellen und Führer werden, die sich für die Interessen der gesamten deutschen Nation einsetzen.“

Dr. Deuschl war auch ein enger Freund des Reichsärztesführers Dr. Gerhard Wagner. 1935 wurde Deuschl zum Leiter der Führerschule der deutschen Ärzteschaft in Alt-Rehse ernannt.

Literatur:

1. Robert N. Proctor, *Racial Hygiene. Medicine under the Nazis* (Harvard University Press, 2002).
2. Michael H. Kater, *Doctors Under Hitler* (The University of North Carolina Press, 1989).

3. Wilhelm Boes, Medical Doctorate Dissertation [German] “On the person and the importance of the medical practitioner, Dr. Hans Deuschl (1891–1953), with special focus on his career in the period of National Socialism.” http://www.diss.fu-berlin.de/diss/receive/FUDISS_thesis_000000018876?lang=en

Hintergrund:

Kurz nach der Machtübernahme durch die NSDAP 1933 in Deutschland wurden die verschiedenen medizinischen Verbände koordiniert und in einer hierarchisch gegliederten Organisation namens Nationalsozialistischer Deutscher Ärztenbund (NSDÄB) zusammengefasst. Diese Körperschaft war der NSDAP unterstellt. In einer seiner ersten Reden vor dem Ärztenbund kündigte Hitler an:

„Ihr, ihr nationalsozialistischen Ärzte, ich kann keinen einzigen Tag auf Euch verzichten, keine einzige Stunde. Wenn ihr mich im Stich lasst, ist alles verloren.“

Die NS-Ideologie wurde oft in einer Art und Weise dargestellt, die für Ärzte attraktiv war. In Mein Kampf stellte Hitler fest:

„Wer diese Zeit, die innerlich krank und faul ist, heilen will, muß zunächst den Mut aufbringen, die Ursachen dieses Leides klarzulegen“

Durch den Gebrauch biologischer und wissenschaftlicher Bilder stellte die NS-Regierung bestimmte Teile der Bevölkerung als Ansteckungsrisiko dar, welche das deutsche Volk „infizieren“ und schwächen könnten. Ärzte waren nun die „Wahrer“ der Gesundheit des deutschen Staates und mussten in der Prävention und Behandlung „infektiöser Ansteckung“, wann und wo auch immer diese geortet wurde, tätig werden. Die führende Figur in der Organisation der Mediziner war Dr. Gerhard Wagner, der als „Ärztenbundführer“ anerkannt war. Wagner erklärte, dass:

„Gesundheitsversorgung durch Gesundheitsführerschaft zu ersetzen ist; die heilende Medizin durch die präventive Medizin und die individuelle Hygiene durch Rassenhygiene zu ersetzen ist.“

Nach Ansicht Wagners mussten Ärzte zu Ärzten der Nation werden. Sie sollten nicht länger Ärzte ihrer Patienten sein. Durch Wagner und andere medizinische und politische NS-Führer schloss sich die Ärzteschaft total der politischen Philosophie der Nationalsozialisten an. Diese Philosophie beruhte auf rassenhygienischen eugenischen Grundsätzen, in denen die „Volksgesundheit“ über die Gesundheit der einzelnen Patientin gestellt wurde.

Eines der politischen Ziele des Ärztesbundes war die Schulung deutscher Ärzte in den Überzeugungen der NS-Partei. Eine Führerschule deutscher Ärzte wurde in Alt-Rhese in Mecklenburg errichtet. Diese Schule war als „Charakterschule der deutschen Ärzte“ bekannt. Dr. Hans Deuschl stand ihr als erster Direktor vor.

Aufgabe der Führerschule war es, die traditionelle medizinische Ausbildung durch eine neue Ausrichtung zu ergänzen, nämlich Ärzte als NS-Gesundheitsführer auszubilden. Alle Vorlesungen wurden von hochrangigen Nazis durchgeführt. Die wie ein militärisches Trainingslager organisierte Schule erteilte Unterricht in NS-Medizin und –Politik, öffentlicher Gesundheitsverwaltung und ganzheitlicher Medizin. Genetik und Rassenwissenschaft standen im Mittelpunkt der Vorlesungen. Ärzte in Facharztausbildung folgten einem strikten Regime von militärischer Ertüchtigung und manueller Arbeit. Zu dieser Zeit stand in offiziellen Medizinzeitschriften zu lesen:

„Der neue Arzt in Deutschland war mehr als nur Heiler von Kranken geworden; er war nun ein Heiler der Erbgesundheit und ein Gesundheitsführer des deutschen Volkes.“

Bis Anfang 1936 waren knapp tausend Ärzte durch die Führerschule gegangen. Die Botschaft der Schule richtete sich hauptsächlich an jüngere Ärzte, die Potential für eine zukünftige politische Führerschaft zeigten. Viele dieser jungen deutschen Ärzte fühlten sich zur NSDAP hingezogen, da diese versprach, dass die Nationalsozialisten Deutschland wieder zu Macht verhelfen würden. Andere dachten, dass die Nazis die Ehre und Würde des Ärztestandes befördern würden. Schließlich sahen viele junge Ärzte und Wissenschaftler in der NSDAP eine Möglichkeit, um an bessere Jobs und in höhere akademische Positionen zu gelangen sowie bessere und lukrativere politische Beziehungen und wirtschaftliche Vorteile zu genießen.

Die Ärzte reagierten, indem sie früher und zahlreicher als irgendeine andere Berufsgruppe der NSDAP beitraten. 1942 war nahezu die Hälfte aller deutschen Ärzte bei der Partei. Damit waren sie viel zahlreicher vertreten als andere Berufe, wie etwa Lehrer oder Anwältinnen.

Literatur:

1. Robert M. Proctor, *Racial Hygiene. Medicine under the Nazis* (Harvard University Press, 1988).
2. Michael H. Kater, *Doctors Under Hitler* (The University of North Carolina Press, 1989).

Fragen:

Worin bestehen ärztliche Pflichten?

Ist die Ärztin zuerst der Organisation/politischen Zugehörigkeit verpflichtet oder ihren Patienten?

Welche Möglichkeiten gibt es, um Fragen der Doppel-Loyalität zu lösen?

Diskussion:

Heutige internationale Kodizes über Ethik in der Medizin sehen im allgemeinen die ungeteilte Loyalität dem Patienten gegenüber vor. In der Praxis sind Mitglieder von Gesundheitsberufen oft auch anderen Parteien als nur ihren Patientinnen verpflichtet. Im Kontext konkurrierender persönlicher und beruflicher Verpflichtungen kann es zu Doppel-Loyalitäten kommen, zwischen den klinischen Pflichten dem Patienten gegenüber und – expliziten oder impliziten, realen oder wahrgenommenen – Verpflichtungen gegenüber den Interessen Dritter.

Doppel-Loyalitäten können unvermeidbar und in der Arbeit von medizinischem Personal gang und gäbe sein. Dazu zählen beispielsweise die Familie des Patienten, Polizei- oder Gefängnisbehörden, eine medizinische Institution wie ein Krankenhaus oder ein Unternehmen, eine Arbeitgeberin, eine Versicherungsanstalt, die Öffentlichkeit, der Staat oder das Militär. Das Problem der Doppel-Loyalität kann sich daher in vielen Umfeldern zeigen.

6. Der Druck der Wirtschaft auf die Medizin

Fallstudie:

Wirtschaftliche Gründe des NS-„Euthanasie“-Programms

Das Argument der Nazis für die Vernichtung „lebensunwerten Lebens“ war nicht nur eine eugenische Überlegung für Euthanasie, sie wurde auch wirtschaftlich so begründet, dass bestimmte Kategorien kranker Menschen eine zu große Belastung für den Staat darstellten. 1934 veröffentlichte Dr. Heilig, ein Vertreter des NS-Ärztebundes einen Artikel in einer deutschen Medizinzeitschrift namens Deutsche Freiheit:

„Es muss jedem klar sein, der eine unheilbare Krankheit hat, dass die nutzlose Verschwendung kostspieliger Medikamente aus öffentlichen Beständen nicht gerechtfertigt werden kann. Eltern, die das schwierige Leben eines verkrüppelten oder schwachsinnigen Kindes gesehen haben, müssen überzeugt werden, dass obwohl sie eine moralische Verpflichtung haben, für das unglückliche Wesen zu sorgen, die breite Öffentlichkeit nicht gezwungen werden sollte ... die enormen Kosten, die mit einer langfristigen Institutionalisierung einhergehen könnten, zu übernehmen.“

Dr. Heilig erklärte auch, dass es sinnlos sei, Personen „an der Schwelle zum hohen Alter“ Dienstleistungen wie orthopädische Therapien oder Zahnspangen angedeihen zu lassen. Diese Leistungen, so meinte er, sollten den gesünderen Teilen der Bevölkerung vorbehalten bleiben. Heiligs Kommentare waren für die NS-Gesundheitsberufe typisch, da sie in populärwissenschaftlichen Magazinen der Medizin und Rassenhygiene die Kosten für die Erhaltung von Kranken auf dem Rücken der Gesunden darstellten.

Doch dieses wirtschaftliche Argument der Versorgung Behinderter, erblich und chronisch Kranker wurde nicht nur in NS-Deutschland gebraucht. Es wurde auch in anderen Ländern vorgebracht. 1927 würdigte der Richter des Obersten Gerichtshofes Wendell Holmes als Sprecher der achtköpfigen Mehrheit im Fall *Buck gegen Bell*, der vor dem Supreme Court in den USA verhandelt wurde, ein Sterilisationsgesetz aus Virginia, welches einiges der späteren Nazi-Argumente bezüglich der gesellschaftlichen Belastung für den Staat vorwegnahm, die mit der Pflege von Behinderten verbunden seien.

Richter Holmes schrieb:

„Wir haben mehr als einmal gesehen, dass das Gemeinwohl die besten Bürger aufrufen kann, ihr Leben zu opfern. Es wäre seltsam, wenn es nicht an jene appellieren

könnte, die bereits die Kraft des Staates auslaugen, geringere Opfer zu bringen ... um zu verhindern, dass wir in der Unfähigkeit untergehen. Es ist für jedermann besser, wenn die Gesellschaft, anstatt darauf zu warten, degenerative Nachkommen wegen Verbrechen hinzurichten oder sie wegen ihrer Geistesschwäche verhungern zu lassen, jene, die offensichtlich untüchtig sind, daran hindert, ihre Art fortzusetzen. Der Grundsatz, der verpflichtende Impfungen vorsieht, ist weit genug gefasst, um ein Durchtrennen der Eileiter zu rechtfertigen. Drei Generationen von Geistesschwachen sind genug.“

Literatur:

1. Robert N. Proctor, *Racial Hygiene. Medicine Under The Nazis* (Harvard University Press, 2002).
2. Edwin Black, *War Against the Weak. Eugenics and America's Campaign to Create a Master Race* (Four Walls Eight Windows, 2003).

Hintergrund:

Die Idee, geistig behinderte Patienten systematisch zu sterilisieren und dann zu „beseitigen“ (umzubringen), stieß nach der Niederlage Deutschlands im 1. Weltkrieg auf breitere Zustimmung. Rassenhygieniker meinten, dass die Kosten für die Erhaltung von „Geistesgestörten“ im Krieg, als der Hunger allgegenwärtig war, ein großes Problem darstellte. Zu dieser Zeit starb fast die Hälfte der Patientinnen in den psychiatrischen Anstalten Deutschlands an Krankheit oder Hunger.

1920 publizierten Dr. Alfred Hoche, Professor der Medizin, und Rudolf Binding, Professor für Rechtswissenschaften, ihr Buch „Die Freigabe der Vernichtung lebensunwerten Lebens“. Die Autoren meinten, dass das Prinzip der „erlaubten Tötung“ auf die unheilbar Kranken auszudehnen sei. Unter der Prämisse, dass psychiatrisch institutionalisierte Patienten ein „lebensunwertes Leben“ führten, schlossen sie, dass ihre „Beseitigung“ nicht nur tolerabel, sondern human sei und legalisiert werden sollte. Sie traten dafür ein, das Leben sterbenskranker Patientinnen zu beenden, die, wie sie meinten, ein Recht auf einen schmerzlosen Tod hätten. Sie behaupteten ferner, dass das Recht auf Leben verdient und gerechtfertigt werden müsse und nicht dogmatisch angenommen werden könne, und ferner, dass das menschliche Leben nicht nur nach seinem Wert für das Individuum, sondern auch nach seinem Wert (bzw. seiner Belastung) für die Gesellschaft zu bemessen sei.

Binding argumentierte, dass diese Patienten sowohl für ihre Verwandten als auch für die Gesellschaft „eine furchtbar schwere Last“ darstellten, „einen gesamten Berufsstand gesunder Personen beschäftigten und einen total missbräuchlichen Einsatz wertvoller Humanressourcen verursachten“. Hoche akzeptierte nicht die traditionelle Verpflichtung des hippokratischen Eides, nicht zu schädigen, und wies ihn als „Ärzteeid aus alter Zeit“ zurück. Die Autoren trieben auch eine Gesetzgebung voran, die Ärzte schützen würde, welche solche Patienten euthanasierten.

Das Buch von Hoche und Binding löste eine Deutschland-weite Debatte darüber aus, wann ein Arzt jemals gerechtfertigter Weise Leben nehmen dürfe. In den 1930er Jahren argumentierten Psychiater und andere Vorreiter der Rassenhygiene, dass die Versorgungskosten für Behinderte zu reduzieren seien. Diese wirtschaftliche Überlegung wurde auch von politischen Entscheidungsträgern und Politikern gebraucht, um Budgetkürzungen für diesen Teil der Bevölkerung zu rechtfertigen und führte zu verschlechterten Bedingungen in der Personalausstattung, Unterbringung, Verpflegung und medizinischen Behandlung für geistig Behinderte in psychiatrischen Kliniken. Diese Budgetkürzungen fanden genau zu dem Zeitpunkt statt, da Deutschland seine Wirtschaft umstrukturierte und in das Militär investierte. Die Kürzungen, welche politische Entscheidungsträger als „Einsparungen“ bezeichneten, wurden bis auf die regionale und lokale Ebene in ganz Deutschland heruntergebrochen. So entstanden wirtschaftliche Einbußen, lokale Prioritäten wurden umgestaltet und Spitäler und Gemeinwohleinrichtungen für die Behinderten in ganz Deutschland waren negativ betroffen.

Einzelne Mediziner sprachen sich gegen diese wirtschaftsbasierte Beseitigungsstrategie aus und warnten vor deren Umsetzung. Bei einem Treffen in München 1931 sagte der Psychiater Professor Oswald Bumke:

„Wenn die Sterilisation die Inzidenz geistiger Krankheiten verhindern kann, dann sollten wir das sicherlich tun, nicht um Geld für den Staat einzusparen, sondern weil jeder Fall von Geisteskrankheit unendliches Leid für den Patienten und seine Angehörigen bedeutet. Wirtschaftliche Standpunkte einzubringen ist jedoch nicht nur unangemessen, sondern vollständig gefährlich, da die logische Konsequenz aus der Vorstellung, dass aus finanziellen Gründen alle Menschen, auf die im Moment verzichtet werden könnte, vernichtet werden sollten, eine ziemlich monströse Folgerung ist; wir würden dann nicht nur die Geisteskranken und psychopathischen Persönlichkeiten töten müssen, sondern auch alle Krüppel, einschließlich der

behinderten Veteranen, alle alten Mägde, die nicht arbeiten, alle Witwen, deren Kinder ihren Abschluss gemacht haben und all jene, die von Einkünften leben und Pensionen beziehen. Das würde gewiss eine Menge Geld sparen, es ist jedoch wahrscheinlich, dass wir das nicht tun werden.“

1935 wurden jedoch beim Parteikongress der Nationalsozialisten in Nürnberg konkrete Pläne für die Vernichtung allen „lebensunwerten Lebens“ in Deutschland diskutiert. Einer der stärksten Befürworter des Plans war Dr. Gerhard Wagner, einer der prominentesten Ärzte Deutschlands und Führer des Nationalsozialistischen Ärztebundes. Wagner argumentierte, dass Geld, das für die „genetisch Minderwertigen“ ausgegeben würde, zu Lasten der normalen, gesunden Menschen im Lande ginge. Um diese Zeit informierte Hitler auch Wagner, dass die „Euthanasie“ umgesetzt würde, sobald der Krieg beginnt.

Mit dem Beginn des 2. Weltkriegs gewannen die wirtschaftlichen Argumente der Nazis für die Auslöschung der Behinderten an Kraft und erhielten Vorrang. Die wirtschaftliche Belastung für den Staat um „nicht lebenswerte“ Personen zu versorgen, wurde jener der heldenhaften, gesunden Soldaten gegenübergestellt, die sich zum Wohle der Heimat aufopferten. Außerdem wurden während der Durchführung des geheimen „Euthanasie“-Programms Aktion T4, in dem geistig Behinderte in Deutschland und Österreich systematisch ermordet wurden, wirtschaftliche Statistiken geführt, in denen man die „Einsparungen“ für den Staat errechnete, welche vorgeblich mit der Beseitigung der als „belastend“ eingestuften Menschen einhergingen.

Literatur:

1. Henry Friedlander, *The Origins of the Nazi Genocide. From Euthanasia to The Final Solution* (The University of North Carolina Press, 1995).
2. Robert N. Proctor, *Racial Hygiene. Medicine Under The Nazis* (Harvard University Press, 2002).
3. George J. Annas and Michael A. Grodin eds., *The Nazi Doctors and the Nuremberg Code. Human Rights in Experimentation* (Oxford University Press, 1992).

Frage:

Wie hat ein Arzt zwischen medizinischer Entscheidungsfindung, finanziellen Belangen und medizinischer Ethik abzuwägen?

Diskussion:

Das Einbringen wirtschaftlicher Argumente durch die Nazis, um rassenhygienische Programme einzuführen, ist ein extremes Beispiel dafür, wie wirtschaftliche Faktoren die medizinische Politik und Entscheidungsfindung beeinflussen können. Behinderte Patientinnen wurden ermordet, weil sie als finanzielle Belastung für den Staat galten. Ihr Tod war das Ergebnis der Sozialdoktrin der Nazis, welche „rassische Überlegenheit“ und „Survival of the fittest“ predigten. Der Utilitarismus des NS-Regimes im Allgemeinen und der Medizin als Berufsgruppe im Besonderen ermöglichte es, dass diese Patienten für das sogenannte „Staatswohl“ getötet wurden. Heute bedeutet der Grundsatz der Utilität, dass wir Angehörige von Medizinberufen unter allen Umständen danach streben sollten, bestmöglich zwischen Wert und Unwert für alle betroffenen Personen („Kosteneffizienz“) abzuwägen. In der Gesundheitsversorgung bedeutet utilitaristisches Denken, dass wo immer eine Wahl zwischen verschiedenen, jedoch gleich effizienten Behandlungsmethoden besteht, das Wohl der Patientinnen maximiert und die Kosten und Risiken minimiert werden sollten. Ist es jedoch in einer modernen Welt knapper Ressourcen, da Gesundheitsversorgungssysteme unter steigenden Druck geraten, die Kosten einzudämmen (oder Einsparungen zu tätigen), notwendigerweise unfair, den Einsatz von Ressourcen auf eine besondere Patientengruppe bzw. Population zu beschränken?

In einem allseits akzeptierten medizin-ethischen Diskurs ist Gerechtigkeit eines der Grundprinzipien, an das sich Gesundheitsberufe halten sollten. Eines der grundlegenden Patientenrechte kennt man unter dem Stichwort der Chancengleichheit, d.h. das Recht auf faire, gleiche und angemessene Behandlung. Im derzeitigen Umfeld jedoch zwingt der zunehmende wirtschaftliche Druck Ärztinnen dazu, Entscheidungen zu treffen, die vielleicht eher auf ökonomischen Sachzwängen beruhen als auf der traditionellen Ansicht, im besten Interesse des einzelnen Patienten zu handeln.

Weltweit ringen viele Gesellschaften mit der Frage, wie eine faire Gesundheitsversorgung im Kontext steigender Kosten und beschränkter Ressourcen zu ermöglichen sei. In solchen Debatten ist es wichtig zu erkennen, dass gerade die verletzlichsten Populationen (geistig Behinderte, chronisch Kranke, Alte und andere) besonders gefährdet sind.

Folgende Fragen ergeben sich dabei: Wie sollten wir Kranke in unserer Gesellschaft versorgen? Wie sollten wir chronisch Kranke versorgen? Gibt es eine Obergrenze

dafür, wieviel wir für eine Patientin oder eine Patientengruppe ausgeben können? Sollte es eine Altersgrenze für die Verteilung von Ressourcen oder medizinischen Behandlungen geben? Wenn ja, wo sollte diese Grenze gezogen werden?

In der heutigen medizinischen Praxis haben technologische und wissenschaftliche Fortschritte zusammen mit steigenden Kosten für die Gesundheitsversorgung und auch soziologischen Veränderungen eine beständige Debatte und Neubewertung des Arzt-Patienten-Verhältnisses ausgelöst. Nachdem die Kosten für die Gesundheitsversorgung steigen und Medikamente rationiert werden, sollten wir uns der moralischen Entscheidungen, die damit verbunden sind, ganz besonders bewusst sein.

Ärztinnen stehen mehr als jede andere Berufsgruppe in dieser lebenswichtigen wirtschaftlichen, gesellschaftlichen und ethischen Debatte im Namen der Patienten an vorderster Front. Wo Ärzte aufgrund ihres Berufes und ihrer Rolle in der Gesellschaft möglicherweise in Loyalitätskonflikte zwischen den Bedürfnissen ihrer Patientinnen und den ökonomischen Bedürfnissen (und Sozialpolitiken) des Staates geraten, sollten sie sich dafür entscheiden, mit all ihrer Kraft und Leidenschaft für ihre Patienten einzutreten. Wenn die Ärzte und andere Pflegeberufe dies nicht tun, wer soll es dann tun? In der Vergangenheit gab es bereits das unmoralische und mörderische Beispiel der NS-Ärzte, welches zeigt, was einer Gesellschaft passieren kann, wenn Ärzte ihrer Verpflichtung zur Loyalität ihren Patientinnen gegenüber nicht nachkommen.

7. Euthanasie

Fallstudie:

Im Juni 1942 wurde Dr. Adolf Wahlmann zum Chefarzt der Landesheilanstalt Hadamar ernannt, einem Krankenhaus für psychiatrische und behinderte Patienten in Deutschland. Noch bevor Wahlmann in Hadamar eintraf, waren 10.000 geistig behinderte Patientinnen im Rahmen der ersten Phase des als Aktion T4 bekannten „Euthanasie“-Programms der Nazis getötet worden. Das Töten kam von August 1941, als die Aktion T4 gestoppt wurde, bis August 1942, als Wahlmann Chefarzt wurde, ins Stocken.

Im August 1942 kamen weitere Transporte geisteskranker Patienten in die Klinik. Nun begann in Hadamar die zweite Phase des „Euthanasie“-Programms, die als „wilde Euthanasie“ bekannt wurde. Dr. Wahlmann ersann ein System von Morgenbesprechungen mit seinen Pflegern, um das Programm umzusetzen. Bei diesen Besprechungen nahmen sich Wahlmann und seine Krankenpflegerinnen die Krankengeschichten ihrer Patientinnen vor. Basierend auf diesen Prüfungen trafen sie dann die Entscheidung, ob eine Tötung indiziert war. Die endgültige Entscheidung oblag dabei Wahlmann. Wenn er seine Zustimmung gab, schrieben zwei Pflegerinnen den Namen des Patienten auf ein Blatt Papier und notierten die Menge an Narkotika, die Wahlmann angegeben hatte, um den Tod des Patienten herbeizuführen (etwa die Anzahl der Tabletten von Luminal [Phenobarbital] oder ähnliche Sedativa).

Das Blatt wurde den Stationsschwestern übergeben, die es dann als Freigabe zur Tötung der ausgewählten Patientinnen weiterreichten. In der Nacht wurden diesen Patienten große Überdosen solcher Medikamente verabreicht. Führt die Tabletten nicht zum Tod, wurde am folgenden Morgen eine Morphininjektion verabreicht, die dem Leben des Patienten dann ein Ende setzte. Nachdem die Patientin umgebracht worden war, beschaute Wahlmann kurz die Leiche und fingierte Todesursache und Todeszeitpunkt für den Totenschein.

Von Mitte 1942 bis zur Übernahme von Hadamar durch die amerikanischen Streitkräfte im März 1945 wurden in Hadamar weitere 4.400 Patientinnen durch eine tödliche Injektion oder Überdosierung von Medikamenten umgebracht.

Beim Wahlmann-Prozess 1947 wurde dieser vom Landesgericht wegen Mordes zum Tode verurteilt.

Literatur:

Michael S. Bryant, *Confronting the "Good Death". Nazi Euthanasia on Trial, 1945-1953* (University Press of Colorado, 2005).

Hintergrund:

Die Gesetzgebungswelle von 1933 bis 1936 definierte Kategorien „unwerten Lebens“, die für die nationalsozialistische Tötungspolitik von 1939 bis 1945 als Ziele galten. Die Überlegung, „lebensunwerte“ Menschen auszulöschen, leitete sich aus der biomedizinischen Sichtweise der Nazis ab, dass Behinderte und anderweitig „untüchtige“ Menschen mit Erbkrankheiten verunreinigte Gene und daher keine Lebensberechtigung hätten. Die Idee war, dass solche Menschen nicht nur den arischen Genpool schwächten und zu einer weiteren Degeneration der Gesellschaft führen würden, sondern auch eine große wirtschaftliche Belastung darstellten. Die politischen Entscheidungsträger der Nazis dachten, dass diese wirtschaftliche Belastung zu hoch sei und dass die Nation sich diese nicht leisten konnte, insbesondere nicht in Kriegszeiten.

Ende 1938 oder Anfang 1939 verlangte ein Verwandter, vermutlich der Vater, eines Säuglings namens Gerhard Herbert Kretschmar, der blind und ohne ein Bein und teilweise einen Arm geboren wurde, den „Gnadentod“ für sein Kind. Hitler befahl einem seiner Leibärzte, Dr. Karl Brandt, sich mit den Ärzten des Kindes zu beraten und diese zu „ermächtigen“, das Kind zu „euthanasieren“, wenn sie dies für angemessen hielten. Diesen Ärzten wurde die Befreiung von jeglicher Strafverfolgung zugesichert. Hitler beauftragte dann Dr. Brandt und Philipp Bouhler, den Leiter des deutschen Kanzleramtes, ähnliche Ermächtigungen zu erteilen, die sie für weitere Fälle in der Zukunft für notwendig erachten würden.

Bis in die späten 1930er hatten bereits Tausende deutsche Familien mit kranken Verwandten Petitionen an Hitlers Kanzleramt gesandt, in denen sie für ihre Lieben um „Euthanasie“ ansuchten. Der Fall Kretschmar läutete das „Kindereuthanasieprogramm“ ein, das dazu gedacht war, geistig und körperlich behinderte Kinder zu töten. Mit dieser geheimen (und gesetzlich gesehen illegalen) Initiative wurden Kinder durch eine Kombination von Nahrungsentzug und tödlicher Medikation zu Tode gebracht.

Das Töten ging wie folgt vonstatten: Behinderte Neugeborene und Säuglinge, die nicht hospitalisiert waren, wurden von Ärzten und Hebammen gemeldet. Die Eltern bzw. der

Vormund wurden gezwungen, ihre Kinder in eine der speziellen Kinderstationen zu geben. Die Akten dieser und bereits institutionalisierter Kinder wurden von einem Gremium medizinischer Fachleute geprüft, die von hohen NS-Beamten und –Ärzten bestellt worden waren. Die Ärzte in diesen Gremien hatten diese Kinder weder je gesehen noch untersucht und entschieden doch über deren Leben oder Tod.

Die Tötungsmethoden als solche wurden zur Grundlage von Experimenten und wissenschaftlichen Befragungen durch die mordenden Ärzte. Sobald der Tod des Kindes nahe war, wurden die Eltern mit einem standardisierten Brief, dass das Kind ernsthaft krank wäre, verständigt. Diese Briefe wurden oft zu spät, kurz vor dem Tod oder gar erst danach verschickt, so dass die Eltern keine Zeit hatten, ihre Lieblinge zu besuchen, von denen viele in Spitälern untergebracht waren, die für Besuche nicht leicht zugänglich waren. Einige Institutionen verhinderten auch Besuche durch die Eltern oder den Vormund. Nachdem das Kind tot war, fälschten die Ärzte die Totenscheine (sowohl Todesursache und Todeszeit), welche dann an die Familie geschickt wurden. Den Eltern wurde auch mitgeteilt, dass der Leichnam aufgrund drohender Seuchengefahr sofort kremiert werden müsse. In einigen Briefen stand sogar zu lesen, das medizinische Personal hätte sich „heldenhaft“ bemüht, das Kind zu retten, sei jedoch erfolglos geblieben. Manchmal wurde der Tod einige Monate lang nicht gemeldet, sodass die Institution weiterhin Zahlungen für die Versorgung der Patientinnen erhielt.

Schätzungen zufolge wurden etwa 5.000 Kinder durch Nahrungsentzug oder überdosierte Narkotika zu Tode gebracht. Dieses Programm sollte geheim bleiben, um Gegenwehr und Protest in der deutschen Öffentlichkeit hintanzuhalten. Die Patientinnen wurden ohne ihre eigene Zustimmung noch die ihrer Eltern oder ihres Vormunds umgebracht.

Kurz nachdem das „Kindereuthanasieprogramm“ ins Leben gerufen war, wurde es schon auf behinderte oder anderweitig invalide hospitalisierte Erwachsene ausgedehnt. Die Definition der Nazis von „Euthanasie“ – die Tötung „lebensunwerten Lebens“ – wurde auf große Gruppen behinderter und chronisch kranker Kinder und Erwachsener ausgeweitet. Die Zentrale des Programms lag in der Tiergartenstraße 4 in Berlin, daher auch der Name Aktion T4.

Die Aktion T4 entwickelte sich aus den Tötungsprotokollen des „Kindereuthanasieprogramms“. Nun wurden die Tötungen auch mit Gas durchgeführt, zunächst mit Kohlenmonoxid, aber auch durch Experimente mit anderen

Vergasungsmethoden, einschließlich die Verwendung von Zyklon B (später in Auschwitz und anderen Vernichtungslagern eingesetzt). Eigens konstruierte Gaskammern mit Kohlenmonoxid wurden in speziellen Institutionen eingebaut, die meisten Krankenhäuser, welche als Tötungszentren ausgestattet waren.

Ähnlich wie im „Kindereuthanasieprogramm“ fälschten auch die T4-Ärzte die Totenscheine. Zudem führten Ärzte Autopsien durch und übermittelten pathologische Proben für weitere Forschungsarbeiten an Medizininstitute in Deutschland.

Sowohl das „Kindereuthanasieprogramm“ als auch die Aktion T4 bereiteten den Boden für die „Endlösung“. Der Mord durch Gas, später verwendet um Millionen Juden und Hunderttausende Roma zu ermorden, wurde zuerst an geisteskranken Deutschen getestet. Die Gastötungen wurden von T4-Ärzten geplant, getestet, überwacht und bewilligt. Aus diesen „Euthanasieprogrammen“ ergingen Protokolle, Vorgangsweisen, medizinische Führer und Personal, die später die Ermordung von Millionen in den Todeslagern überwachten und umsetzten. Mehr als 70.000 Menschen wurden im Zeitraum Januar 1940 bis August 1941 im Zuge der Aktion T4 umgebracht.

Am 24. August 1941 ordnete Hitler die Einstellung des „Euthanasie“-Programms an, weil dieses zu öffentlich geworden war. Die Hauptquelle des öffentlichen Protests kam von Seiten deutscher protestantischer Pfarrer und katholischer Priester, sobald sie entdeckten, was in diesen Spitälern deutschlandweit geschah.

In Wahrheit wurde das Programm nicht beendet, sondern ging in eine weitere Phase über, die als „wilde Euthanasie“ bekannt ist. In dieser Phase der „wilden Euthanasie“ wurden die Tötungen dezentralisiert. Die Selektion erfolgte durch Ärzte und Krankenschwestern in vielen medizinischen Anstalten Österreichs, Polens und Deutschlands, wo Tötungen im Rahmen der normalen Krankenhausroutine stattfanden. Ärzte verwendeten dieselben „Euthanasie“-Methoden wie für die Kinder und töteten behinderte und chronisch kranke Erwachsene durch Nahrungsentzug und Überdosierung von Medikamenten. Andere geistig behinderte Patientinnen, besonders in den besetzten Gebieten, wurden einfach erschossen.

Während der Phase der „wilden Euthanasie“ wurden die Kategorien für die „Euthanasie“ auf „öffentliche Bedrohung“, Kriminelle, „Antisoziale“ und jene ausgedehnt, die als „rassisch minderwertig“ eingestuft wurden. Sogar deutsche Kriegszitterer, sowohl Zivile als auch Soldaten, wurden umgebracht, als auch Fremdarbeiter aus Osteuropa, die während ihrer Zwangsarbeit für die Deutschen

erkrankten. Etwa 200.000 Menschen wurden so im Zuge der „wilden Euthanasie“ ermordet.

Um diese Zeit füllten sich die Konzentrationslager und so wurde ein neues Tötungsprogramm namens „14f13“ initiiert. Die Lagerärzte, meist Mitglieder der SS, wählten die Opfer aufgrund rassistischer und eugenischer Richtlinien aus. Arbeitsfähigkeit wurde ebenso zum kritischen Faktor des Auswahlprozesses. Sobald die Opfer selektiert waren, kamen T4-„Fachärzte“ ins Lager, um die Auswahl der SS-Ärzte zu überprüfen. Zum damaligen Zeitpunkt waren die Lager noch nicht für Massentötungen ausgestattet und so wurden die Opfer in die deutschen Tötungszentren zurückgebracht und dort ermordet. In der Folge wurden unter der Anleitung der T4-Ärzte als Duschen getarnte Vergasungsstationen in die Todeslager eingebaut. Während der Aktion 14f13 wurden zwischen 10.000 und 20.000 Personen ermordet.

Holocaust-Historiker betrachten das „Kindereuthanasieprogramm“, die Aktionen T4, 14f13 und die „wilde Euthanasie“ als Vorläuferprogramme für die Ermordung von Millionen europäischer Juden, Roma und anderer Menschen, die als unerwünscht galten.

Literatur:

1. Henry Friedlander, *The Origins of Nazi Genocide. From Euthanasia to the Final Solution* (The University of North Carolina Press, 1995).
2. Robert J. Lifton, *The Nazi Doctors. Medical Killing and the Psychology of Genocide* (Basic Books, 1986).
3. Patricia Heberer, „Exitus Heute in Hadamar“: The Hadamar Facility and „Euthanasia“ in Nazi Germany. (Doctoral Dissertation, University of Maryland, 2001).
4. Ulf Schmidt, Karl Brandt. *Medicine and Power in the Third Reich* (Hambledon Continuum, 2007).

Frage:

Die Ethik von Euthanasie und ärztlicher Beihilfe zum Suizid?

Diskussion:

Abgeleitet von den griechischen Begriffen „eu“ (glücklich oder gut) und „thanatos“ (Tod), bedeutet Euthanasie wörtlich „glücklicher Tod“ oder „guter Tod“. Der Rat für

ethische und rechtliche Angelegenheiten der American Medical Association definiert den Begriff wie folgt: „Euthanasie wird im allgemeinen als Akt der Herbeiführung des Todes einer hoffnungslos kranken und leidenden Person auf relativ rasche und schmerzlose Weise aus Gründen der Gnade/Barmherzigkeit definiert.“

Die Verwendung des Begriffs „Euthanasie“ im NS-Kontext ist im Grunde falsch. War doch das „Euthanasie“-Programm der Nazis dazu da, die deutsche Gesellschaft von bestimmten Personen zu befreien, die als „nicht lebenswert“ galten. Viele dieser Patientinnen waren überhaupt nicht leidend und würden heute nicht einmal als geschäftsunfähig gelten. Des Weiteren fanden diese Tötungen ohne informierte Zustimmung statt, egal ob die Person geschäftsfähig war oder nicht. Weder die Betroffenen noch deren Familie oder Vormund wurde informiert. Die NS-Methode der „Euthanasie“ stellte keinesfalls einen „guten Tod“ dar, wie die ursprüngliche Wortbedeutung suggeriert, sondern ein völlig gnadenloses systematisiertes Tötungsprogramm.

Wenn das Wort heute verwendet wird, kann es eine Vielzahl verschiedener Dinge bedeuten, in Abhängigkeit vom Kontext, in dem es gebraucht wird. Aus diesem Grunde wurden für die Diskussion um die Euthanasie eine Anzahl von Begriffsdefinitionen geschaffen. Diese Begriffe helfen verschiedene Typen der Euthanasie zu unterscheiden und auseinanderzuhalten. Schlüsselbegriffe wären etwa:

freiwillig-/unfreiwillig und aktiv/passiv.

Freiwillige Euthanasie meint einen Tod, der von einem anderen mit Einwilligung der Person, die sterben will, herbeigeführt wird. Diese Zustimmung kann schriftlich erfolgen, so etwa im Falle einer Patienten- oder Vorausverfügung.

Unfreiwillige Euthanasie ist das Verabreichen der Euthanasie an eine geschäftsunfähige Person aufgrund der Entscheidung einer Stellvertreterin oder sogar des Arztes.

Passive Euthanasie umfasst, dem Patienten das Sterben zu ermöglichen, indem künstlich lebenserhaltende Systeme wie Atemgeräte und Magensonden entfernt oder medizinische Behandlungen zur Lebenserhaltung abgesetzt werden. Aktive Euthanasie hingegen bedeutet explizite Schritte um das Leben einer Patientin zu beenden, typischerweise durch eine tödliche Injektion. Das Recht auf passive Euthanasie wird auch mit dem „Recht zu sterben“ umschrieben, und es gibt Länder, in denen dieses Recht geschützt ist.

Ärztliche Beihilfe zum Suizid, also wenn der Arzt einem Patienten hilft, Suizid zu begehen, ist etwas anderes als Euthanasie. Euthanasie und Beihilfe zum Suizid unterscheiden sich durch den Grad, bis zu dem ein Arzt oder eine andere Partei an der Handlung beteiligt ist, welche zum Tode führt. Euthanasie braucht die Ärztin oder jemand anderen, der die unmittelbar lebensbeendende Handlung setzt. Beihilfe zum Suizid ist dann der Fall, wenn ein Arzt oder eine andere Person das Sterben ermöglicht, indem er dem Patienten die notwendigen Mittel bzw. Informationen zur Verfügung stellt, um es Patienten zu erleichtern, die lebensbeendende Handlung selber zu setzen.

Die Erklärung zur Euthanasie der World Medical Association, die von der 38. World Medical Assembly in Madrid, Spanien im Oktober 1987 verlautbart wurde, stellt fest: „Euthanasie, d.h. der Akt das Leben eines Patienten willkürlich zu beenden, selbst auf eigenen Wunsch des Patienten oder auf Wunsch enger Angehöriger hin, ist unethisch. Dies hindert den Arzt jedoch nicht daran, den Wunsch eines Patienten zu respektieren, in der Endphase einer Krankheit dem natürlichen Sterbeprozess seinen Lauf zu lassen.“

In der Erklärung zur ärztlichen Beihilfe zum Suizid der WMA, die von der 44. WMA Assembly in Marbella Spanien im September 1992 verabschiedet wurde, heißt es: „Ärztliche Beihilfe zum Suizid ist wie die Euthanasie unethisch und ist von der Medizin als Berufsstand zu verurteilen. Wenn die Beihilfe des Arztes intentional und absichtlich darauf gerichtet ist, einer Person zu ermöglichen, ihr Leben zu beenden, so handelt der Arzt unethisch. Jedoch ist das Recht eine Behandlung abzulehnen ein Grundrecht des Patienten, und der Arzt handelt nicht unethisch, wenn das Respektieren eines solchen Wunsches zum Tod des Patienten führt.“

Die World Medical Association hält jedoch fest, dass die Praxis der aktiven Euthanasie mit ärztlicher Beihilfe in einigen Ländern in Gesetze gegossen wurde.

Heute wird in der Diskussion über Euthanasie und ärztliche Beihilfe zum Suizid meist auf das NS-Programm verwiesen und entsprechende Vergleiche angestellt. Man sollte jedoch dabei nicht vergessen, dass das NS-Programm mit Euthanasie nichts zu tun hatte – es war Mord.

8. Die Bedeutung des hippokratischen Eides

Fallstudie 1:

Dr. Alina Brewda, eine jüdische Gynäkologin und Geburtshelferin, wurde 1905 in Warschau geboren. 1940 wurde sie in das Warschauer Ghetto gesperrt, wo sie als Ärztin arbeitete. Im Frühjahr 1943 nahm Dr. Brewda an der Revolte im Warschauer Ghetto teil und versorgte verletzte und sterbende Juden in versteckten Bunkern, geheimen Tunneln, Kellern und Kanälen. Sie überlebte den Aufstand, wurde jedoch von der SS gefangen genommen und nach Majdanek deportiert. Später wurde sie nach Auschwitz gebracht, wo sie als Gefangene die Nr. #62761 erhielt.

In Auschwitz erfuhr Dr. Brewda von den gynäkologischen Experimenten, die die Nazis ausführten. Da sie eine erfahrene Gynäkologin war, hatte sie keine Zweifel, dass sie gebeten werden würde, diese Operationen zu machen. In ihren Erinnerungen notiert sie:

„Dass an jüdischen Mädchen gewisse Operationen vorgenommen wurden, wusste ich bereits und auch, dass die Deutschen sehr wütend wurden, wenn sie [eine ebenfalls inhaftierte Ärztekollegin] es ablehnte zu kooperieren. Dass ich mit demselben Dilemma konfrontiert werden würde, erschien sehr wahrscheinlich. Ich bin nicht der heldische Typ. Ich weiß nur, was richtig ist und was falsch. Ganz an erster Stelle stand für mich stets der hippokratische Eid, den ich geleistet hatte, als ich Ärztin wurde und ich habe immer versucht, diesem gerecht zu werden, in allem was ich als praktizierende Medizinerin und Chirurgin getan habe. Dass ich erschossen oder in die Gaskammer geschickt würde, wenn ich mich weigerte zu kooperieren, lag durchaus im Bereich des Möglichen.“

Wie sie befürchtet hatte, wurde Dr. Brewda in den berüchtigten Block 10 zur Arbeit geschickt (jener Block, in dem bekanntermaßen medizinische Experimente durchgeführt wurden). Sie wurde mit der medizinischen Versorgung der Patientinnen betraut, darunter junge jüdische Frauen, an denen Experimente durchgeführt wurden. Obwohl diese Experimente geheim waren, konnte sie durch die Nähe zu den Opfern Einzelheiten über die grausamen Vorgänge erfahren und die desaströsen Auswirkungen auf die Patientinnen beobachten. In vielen Fällen wurde ihr von den deutschen Ärzten Eduard Wirths und Horst Schumann befohlen, experimentelle Operationen durchzuführen. Sie weigerte sich. Obwohl sie keine Vorräte an Medikamenten oder Ausrüstung hatte, um sie zu behandeln, tat sie alles was nur

möglich war, um die hilflosen Opfer zu beruhigen und zu versorgen. Zudem versuchte sie, niedrige Dienste für ihre Patientinnen zu finden, um zu verhindern, dass sie für die Experimente ausgewählt wurden.

Wie sie es auch im Warschauer Ghetto getan hatte, schloss sich Dr. Brewda der Untergrundwiderstandsbewegung in Auschwitz an. Eine ihrer Aktivitäten war das Stehlen von Medikamenten aus der SS-Ausgabestelle für ihre Mädchen in Block 10. Jahre später beschrieb eine der Patientinnen Dr. Brewdas Arbeit:

„Wenn Dr. Brewda nicht gewesen wäre, würde ich nicht mehr leben. Sie war im wichtigsten Moment meines Lebens an meiner Seite. Ich werde mich immer daran erinnern. Während der Operation, so gegen Ende, war mir speiübel und ich sagte etwas wie „Oh Mother!“, und Dr. Brewda sagte: ‚L’opération est finie mon petit. C’est fini.‘ Und nochmals: Ich erinnere mich, wie Dr. Brewda an meinem Kopfende saß, wie eine Mutter.“

Nach dem Krieg wanderte Dr. Brewda nach England aus, wo sie weiterhin als Gynäkologin tätig war.

Literatur:

R.J Minney, I Shall Fear No Evil. The Story of Dr Alina Brewda (William Kimber and Co, 1966).

Fallstudie 2:

Dr. Ella Lingens-Reiner, eine Nichtjüdin, wurde 1908 in Wien geboren. Sie hatte einen Dokortitel in Jura und studierte an der Wiener Universität Medizin. Während des Krieges versteckten sie und ihr Mann, Dr. Kurt Lingens, 1941-1942 einige jüdische Freunde mehrere Monate lang in ihrer Wohnung. Am 13. Oktober 1942 wurde das Paar wegen Beihilfe für ihre jüdischen Freunde inhaftiert. Kurt Lingens wurde einer Einheit von Soldaten zugeordnet, die als Bestrafung für verschiedene Verbrechen an die russische Front geschickt wurden. An der Front wurde er ernsthaft verwundet. Ella war zunächst vier Monate in einem Gefängnis der Gestapo in Wien inhaftiert, wurde wiederholt verhört und dann nach Auschwitz gebracht, wo sie als Ärztin der Lagerinsassen tätig war.

In ihren Memoiren aus dem Jahre 1948 erinnert sie sich an ein Gespräch, das sie mit einem NS-Arzt, Dr. Klein, führte:

„Zu Beginn zeigte er doch Bedenken hinsichtlich seiner nicht-jüdischen Patienten, was die unsäglichen Grausamkeiten jüdischen Häftlingen gegenüber noch stärker hervorstechen ließ. Ich sagte ihm, dass ich mich schäme, Deutsche zu sein. Er fragte naiv: ‚Warum?‘ Ich zeigte auf den Kamin des Krematoriums und antwortete: ‚Wie können Sie fragen – Sie als Arzt? ... Die einzige Frage hier ist: ‚Haben Sie als Arzt keinen Respekt vor dem menschlichen Leben? Wie können Sie das mit dem hippokratischen Eid, den Sie als Arzt geleistet haben, vereinbaren?‘“

Dr. Klein war um keine Antwort verlegen. Er sagte nur:

„Natürlich bin ich Arzt und möchte Leben erhalten. Aus Respekt vor dem menschlichen Leben würde ich einen eitrigen Blinddarm aus einem kranken Körper holen. Die Juden sind der brandige Blinddarm im Körper der Menschheit.“

Dr. Ella-Lingens Reiner wurde auf einen Todesmarsch von Auschwitz nach Dachau geschickt und es gelang ihr, den Krieg zu überleben. Sie starb 2002 in Wien. Am 3. Januar 1980 erkannte der Yad Vashem (Gedenkstätte der Märtyrer und Helden des Staates Israel im Holocaust) die Ärzte Kurt und Ella Lingens als Gerechte unter den Völkern an.

Literatur:

1. Ella Lingens-Reiner, *Prisoners of Fear* (Victor Gollancz Ltd, 1948).
2. Robert J. Lifton, *The Nazi Doctors. Medical Killing and the Psychology of Genocide* (Basic Books, 1986).
3. Michael Grodin, *Historical Origins of the Nuremberg Code*, in John J. Michalczyk ed, *Medicine, Ethics and the Third Reich: Historical and Contemporary Issues* (Sheed and Ward, 1994).

Fragen:

Was ist die Bedeutung des hippokratischen Eides?

Ist der hippokratische Eid auch heute noch relevant?

Diskussion:

Der griechische Arzt Hippokrates (460-377 v.u.Z.) gilt traditionell als Begründer der wissenschaftlichen Medizin und medizinischen Ethik. Der hippokratische Eid, der zunächst von Ärzten der Antike und des Mittelalters geleistet wurde, fordert hohe

ethische Standards von den Ärzten. Auch heute noch gelten seine Grundsätze in der Berufs- und Ethikausbildung von Ärztinnen als bedeutend.

Die Leistung des hippokratischen Eides markiert einen wesentlichen Zeitpunkt in der Entwicklung von Ärzten. Er legt die Grundlage für ihre weitere Karriere und ihre zukünftige Fürsorge für Patientinnen. Wiewohl der Eid rechtlich nicht bindend ist, wird er als kritischer Moment im Leben eines Arztes betrachtet. Er ist ein Symbol von persönlicher Bedeutung, gemeinsamer Feierlichkeit und eines lebenslangen Bekenntnisses zu einer ethischen und mitfühlenden Versorgung der Patienten. Mit dem Eid treten Ärztinnen in die Fußstapfen von Hippokrates und der vielen Generationen von Ärzten vor ihnen, sowie auch zukünftiger Ärztegenerationen, die noch folgen werden. Der hippokratische Eid hat sich über Jahrhunderte gehalten. Er hat sich über die Zeit bewährt, indem er die ureigene Natur der Medizin anspricht als auch ihren ethischen Auftrag. Wenn die Sprache auch altmodisch erscheinen mag, seine Grundsätze gelten heute noch genauso wie in der Zeit von Hippokrates.

Die Bedeutung des hippokratischen Eides für die medizinische Praxis ist universell anerkannt. Einige Ärzte hinterfragen auch heute noch seine Gültigkeit, und manche Medizinhochschulen verwenden ihn nicht mehr bei ihren Promotionen. Außerdem wurden auch neue Versionen verfasst, um ihn zu aktualisieren und für heutige Ärzte bedeutungsvoller zu machen. Einige Leute meinen, der hippokratische Eid sei heute nicht mehr dazu angetan, die Realität der modernen Medizin abzubilden, und dass er radikal abgeändert oder überhaupt abgeschafft werden sollte. Die meisten Ärztinnen jedoch, wie auch die informierte Öffentlichkeit, meinen vermutlich, dass die Berufung eines Arztes auch ein Bekenntnis zu den hippokratischen Grundsätzen der Heilung und der Vermeidung von Schaden umfassen sollte (ob in überholter oder modernisierter Form).

Die obigen Fälle zeigen, wie unterschiedlich Ärztinnen die Grundsätze des Eides sehen können. Der Einfluss der politischen und kulturellen Werte einer Gesellschaft lässt sich an den zwei sehr unterschiedlichen Zugangsweisen zu dem Eid erkennen. Die Ansicht der Häftlingsärzte zum Eid war nach deren eigenen Aussagen, dass er für ethisches Handeln im Allgemeinen stand. Sie sahen den Eid als Symbol ihrer persönlichen und beruflichen moralischen Wertvorstellungen. Selbst unter den schwierigsten Umständen schafften es die Häftlingsärztinnen zumeist, diese Prinzipien im Lager einzuhalten.

Die Ansicht der NS-Ärzte über den Eid hingegen repräsentierte einen verzerrten Sinn für medizin-ethische Werte, welche größeres Augenmerk auf die rassistischen und politischen Ziele der Nazis legten, als auf jene von einzelnen Menschen und Patientinnen. Die Ansichten und Werte dieses NS-Arztes spiegelten die Ideologie und das Verhalten der Gesundheitsberufe unter der NS-Herrschaft. Robert Lifton schreibt in seinem Buch „The Nazi Doctors“, dass die SS-Ärzte Hitler als SS-Militäroffiziere einen Treueeid schwuren. Dieser Eid war dem traditionellen hippokratischen Eid übergeordnet, der als kaum mehr als ein entferntes, verhaltenes Ritual wahrgenommen wurde, das bei Promotionen durchgeführt wurde.

Heute wissen wir nicht genau, wie der Eid Ärzte in ihrem medizinischen Handeln beeinflusst. Studien haben gezeigt, dass nur ein kleiner Prozentsatz von Ärzten glaubt, dass der Eid, den sie nach der medizinischen Ausbildung leisteten, ihr Handeln beeinflusste.

Medizinstudentinnen sollte Gelegenheit gegeben werden, den Inhalt des hippokratischen Eides zu analysieren und wie seine Werte mit konkreten Situationen der medizinischen Praxis in der Vergangenheit und Gegenwart in Zusammenhang stehen. Im Lernen über klar gezogene Grenzen des hippokratischen Eides und anderer einschlägiger Eide und Kodizes werden Studierende in den Stand versetzt, den Wert alter und traditioneller Grundsätze, welche medizinische Ethik und medizinisches Handeln über Jahrhunderte getragen und geprägt haben, zu schätzen. Dr. Andrew Ivy, einer der wichtigsten medizinischen Gutachterzeugen im Ärzteprozess in Nürnberg 1947, formulierte dies so:

„Die moralische Verantwortung, welche das Verhalten eines Arztes leitet oder leiten sollte, ist den Ärzten einzuprägen, wie auch Verantwortlichkeiten anderer Art, und diese Grundsätze werden im Eid des Hippokrates klar dargelegt und ausgesprochen, womit jeder Arzt und jede Ärztin vertraut sein sollte. Meines Wissens stellt er die Goldene Regel des ärztlichen Berufsstandes dar. Er erklärt, wie ein Arzt von einem anderen Arzt behandelt werden möchte, falls er krank ist. Und genauso sollte ein Arzt seine Patienten oder Versuchspersonen behandeln. Er sollte sie so behandeln, als wäre er selbst die Versuchsperson.“

9. Medizinische Forschung

9.1 Vertraulichkeit in der Arzt-Patientinnen-Beziehung

Fallstudie:

Helene Lebel, die als Katholikin in Wien, Österreich, aufwuchs, zeigte mit neunzehn erste Anzeichen einer Geisteskrankheit. Als sich ihr Zustand verschlechterte, musste sie ihr Jurastudium und ihren Job als Rechtsanwaltssekretärin an den Nagel hängen. 1936 erhielt sie die Diagnose Schizophrenie und wurde in die psychiatrische Klinik am Steinhof in Wien eingewiesen.

Im März 1938 erfolgte der Anschluss Österreichs an Deutschland. Helenes Zustand hatte sich in der Klinik verbessert, sodass ihre Eltern informiert wurden, sie werde bald in eine Klinik in der Nähe der Familie verlegt. Stattdessen wurde Helene in ein ehemaliges Gefängnis nahe Brandenburg in Deutschland verbracht, wo sie entkleidet, einer körperlichen Untersuchung unterzogen, in einen „Duschraum“ geführt und mit Gas getötet wurde.

Literatur:

<http://www.holocaust-trc.org/lebel.htm>

Hintergrund:

Im August 1939 schufen die Nazis eine Organisation mit dem Namen Reichskomitee für den wissenschaftlichen Umgang mit Schwerkranken infolge von Erbschäden und Veranlagung“, die einen streng geheimen Erlass mit dem Titel „Meldepflicht für missgebildete Neugeborene“ herausgab. Die Richtlinie erforderte, dass „zur Klärung wissenschaftlicher Fragen im Bereich der erblichen Missbildung und geistigen Zurückgebliebenheit für alle Kinder unter drei Jahren eine Meldepflicht besteht, die an einer der folgenden schweren Erbkrankheiten leiden: Idiotie, Down-Syndrom, Mikrocephalie, Hydrocephalie, physische Missbildungen und Formen spastischer Lähmung.“

Sowohl Hebammen und Ärzte wurden beauftragt, solche Kinder zu melden. Distriktärzte waren für die Beglaubigung der Meldungen zuständig, und die Primärärzte aller Gebärkliniken wurden verständigt, dass im Reich solche Meldungen erforderlich seien. Das Formular fragte sowohl demographische Informationen als

auch eine detaillierte Beschreibung der Krankheit, Krankenhausaufenthalte, Lebenserwartung sowie Chancen auf Besserung ab. Später wurden auch andere Details über die Patientinnen und die Familiengeschichte mit aufgenommen, etwa Erbkrankheiten, Alkohol- und Nikotinkonsum, Details der körperlichen und geistigen Entwicklung, sowie Beschreibung von Krämpfen.

Die Formulierung der Fragebögen ließ viele Ärzte in dem Glauben, dass die betroffenen Kinder nur zu statistischen und wissenschaftlichen Zwecken registriert wurden. Zu keinem Zeitpunkt waren aus dem Erlass die eigentlichen Gründe für die Meldepflicht behinderter Kinder ersichtlich. Solche Meldepflichten wurden in zahlreichen medizinischen Zeitschriften veröffentlicht. Ärzte und Hebammen, die dieser Verpflichtung nachkamen, wurden pro Fall bezahlt.

Die Formulare wurden an das Reichskomitee in Berlin geschickt, wo sie von Referenten bearbeitet und dann an drei Fachärzte übermittelt wurden: Professor Werner Catel (Professor der Psychiatrie), Dr. Ernst Wentzler (Kinderpsychiater) und Dr. Hans Heinze (Leiter der Landesanstalt Görden). Diese drei Ärzte waren eifrige Proponenten der „Euthanasie“ und Mitglieder des Planungskomitees. Sie legten ihrer medizinischen Entscheidung ausschließlich diese Fragebögen zugrunde, ohne die Kinder zu untersuchen, befragten deren Vormund oder lasen ihre Krankengeschichten. Kinder, die sterben sollten, wurden mit einem Plus-Zeichen markiert, jene die weiterleben durften, mit einem Minus-Zeichen. Mit einem solchen Plus-Zeichen versehene Kinder wurden in eine der achtundzwanzig Anstalten verlegt, die rasch mit Vernichtungsanlagen ausgestattet wurden. Zu diesen „Tötungsanstalten“ gehörten auch einige der ältesten und renommiertesten Krankenhäuser Deutschlands. Den Eltern wurde gesagt, dass der Transport notwendig gewesen sei, um eine bessere Behandlung für ihr Kind zu gewährleisten.

Literatur:

1. Robert J. Lifton, *The Nazi Doctors. Medical Killing and the Psychology of Genocide* (Basic Books, 1986).
2. Robert N. Proctor, *Racial Hygiene. Medicine under the Nazis* (Harvard University Press, 1988).
3. Henry Friedlander, *The Origins of Nazi Genocide. From Euthanasia to The Final Solution* (The University of North Carolina Press, 1995).

Frage:

Was bedeutet Vertraulichkeit in der Arzt-Patienten-Beziehung?

Diskussion:

Vertraulichkeit ist kein ethischer Grundsatz an sich, kann jedoch als Verpflichtung des der Ärztin ihren Patienten gegenüber angesehen werden. Im Wesentlichen meint dies die Verpflichtung des Arztes Vertraulichkeit zu wahren, d.h. dass ein Arzt keinerlei medizinische Informationen, die ihm von einem Patienten anvertraut werden oder vom Arzt im Laufe der Behandlung der Patientin entdeckt werden, weitergeben darf.

Im Allgemeinen sehen medizin-ethische Kodizes vor, dass Informationen, die eine Ärztin im Rahmen der Arzt-Patienten-Beziehung erhält, bis zum höchstmöglichen Grad vertraulich sind. Der Sinn der ärztlich-ethischen Pflicht, Patientenvertraulichkeit zu bewahren, ist es, der Patientin die Möglichkeit zu geben, frank und frei an den Arzt zu berichten, in dem Wissen, dass dieser die offengelegte Information vertraulich behandelt. Als Gegenleistung für die Ehrlichkeit des Patienten darf die Ärztin keinerlei vertrauliche Mitteilungen oder Informationen ohne die ausdrückliche Zustimmung des Patienten weitergeben, es sei denn, gesetzliche Erfordernisse stünden dem entgegen. Es gibt nur wenige Ausnahmen zu dieser Regel, etwa wenn der Patient droht, sich oder andere Personen körperlich zu verletzen. Einige Länder haben Meldepflicht-Gesetze, welche Ärzte oder andere Gesundheitsversorger verpflichten, Patientinnen mit bestimmten medizinischen Beschwerden oder Verletzungen an Gesundheitsministerien oder Exekutivbehörden zu melden, von denen bekannt ist oder vermutet wird, dass sie aus unsittlicher Quelle stammen. Die erste Gruppe umfasst Patientinnen mit Anfällen, anderen Bewusstseinslücken oder infektiösen Krankheiten sowie Personen, von denen vermutet wird, dass sie unter Drogen Auto fahren. Die zweite Gruppe umfasst Opfer von Kindesmissbrauch, sexueller Nötigung oder häuslicher Gewalt sowie Patienten mit Verletzungen durch Gewaltanwendung. Die Nichtbeachtung solcher Gesetze kann straf- oder zivilrechtliche Folgen haben. Gesetzliche Verpflichtungen bergen Konflikte, wenn der Patient nicht will, dass seine Beschwerden gemeldet werden. Etwa bei Anfällen, Bewusstseinslücken oder HIV bei einem Ehe- oder anderen Sexualpartner wird argumentiert, dass die Pflicht, andere Mitglieder der Gesellschaft zu schützen wichtiger ist, als die Interessen der einzelnen Patientin. Daher sind die Grundsätze des wohlthätigen Wirkens und der Chancengleichheit höher einzuschätzen als Grundsätze wie Nicht-Schaden,

Autonomie und Vertraulichkeit. Wiewohl oft gerechtfertigt, versetzt dies den Arzt in die wenig erstrebenswerte Lage, eher im Sinne des Staates zu handeln als im Sinne des einzelnen Patienten. Dies könnte manche Patienten davon abhalten, medizinische Hilfe in Anspruch zu nehmen.

Bei den heutigen technologischen Fortschritten mit computergestützter medizinischer Datenverarbeitung ist der Zugang zu vertraulichen Informationen weiter verbreitet. Heute besteht eine der Herausforderungen für Ärztinnen darin, diese neue und in Entwicklung befindliche Technologie zu nutzen und gleichzeitig die Vertraulichkeit dem Patienten gegenüber zu honorieren und zu respektieren.

Die NS-Ärzte verletzen ihre Verpflichtung der Vertraulichkeit im Arzt-Patienten-Verhältnis, indem sie Dritte über ihre Patienten informierten, ohne die Zustimmung der Patientinnen oder des gesetzlichen Vormunds einzuholen. Die medizinische Information, die vertraulich hätte sein sollen, wurde ohne deren Wissen gegen die Patienten verwendet und führte zum staatlich geförderten Mord für die „utilitaristischen Zwecke“ des Staates.

Zu Beginn mögen einige Ärzte vielleicht nichts vom wirklichen oder letztlich Zweck dieser Berichte gewusst haben. Dennoch hätten die Ärzte in Einhaltung dessen, was in der langjährigen medizinischen Tradition der Vertraulichkeit im Arzt-Patienten-Verhältnis akzeptabel ist, die Gründe für diese Meldepflicht hinterfragen müssen, bevor sie medizinische Informationen über ihre Patientinnen weitergaben.

9.2 Informierte Zustimmung zu Humanexperimenten

Fallstudie:

Sterilisationsexperimente wurden von März 1941 bis Januar 1945 durchgeführt, hauptsächlich in den Konzentrationslagern Auschwitz und Ravensbrück. Diese von den Gynäkologen Dr. Carl Clauberg und Dr. Horst Schumann vorgenommenen Eingriffe waren Versuche, eine Sterilisationsmethode zu entwickeln, mit der Millionen Menschen in kurzer Zeit effektiv sterilisiert werden konnten. Zweck der Sterilisationen war es, die Fortpflanzung von Rassen, welche die Nazis als „minderwertig, unrein oder genetisch kontaminiert“ ansahen, zu verhindern.

Rosalinde de Leon, eine jüdische Überlebende aus den Niederlanden, die in Auschwitz inhaftiert war, machte am 26. Juli 1956 folgende Zeugenaussage gegen Clauberg:

„Im Allgemeinen wurden wir von der Blockältesten verständigt, dass Dr. Clauberg die Absicht hatte, wissenschaftliche Experimente an uns durchzuführen, und wenn wir nicht gehorchten, würden wir nach Birkenau [wo die Gaskammern waren] geschickt. Wir sagten, wir würden dann lieber nach Birkenau gehen und dass wir bereits wüssten, dass wir getötet werden würden. Ich kann mich an keine Frau erinnern, die solchen Experimenten zugestimmt hätte – im Gegenteil, Dr. Clauberg führte an meiner Person eine Sterilisation ohne meine Zustimmung durch. Ich protestierte nicht, da es sinnlos gewesen wäre. Es wäre ohnehin geschehen.

Zwei Krankenschwestern assistierten ihm – eine davon war selbst eine Gefangene ... Die Sterilisation erfolgte durch Injektion und zwar mit einer sehr großen Spritze in meine Vagina und einer weißen Substanz, die mir in den Körper gespritzt wurde. Wahrscheinlich wurde sie in meine Gebärmutter injiziert. Die Spritze war etwa 30 cm lang. Solche Injektionen erhielt ich dreimal, in Abständen von 3-4 Monaten. Nach jeder Injektion spürte ich ein furchtbares Brennen im Unterbauch. Nach jeder Injektion wurden Röntgenaufnahmen gemacht und eine weitere am nächsten Tag. Nach der Injektion musste ich eine Woche lang im Bett bleiben. Soweit ich mich erinnern kann, war der Schmerz nach jeder Injektion gleich, und die Injektionen waren so schmerzhaft, dass die Krankenschwestern auf den Armen der Patientinnen sitzen mussten.“

In Lore Shelley's Buch „Criminal Experiments on Human Beings in Auschwitz and War Research Laboratories“ beschrieb eine ehemalige Insassin von Block 10, Renée Duering aus Amsterdam, wie die Neuankömmlinge von einem Mann informiert wurden, dass sie sich „für bestimmte körperliche Untersuchungen einzutragen“ hätten, sonst würden sie umgebracht. Duering machte auch eine Skizze des „Einwilligungsformulars“, das sie unterzeichnet hatte. Sie erklärt:

„Fast alle unterschrieben das Papier. Manche Frauen, die es durchgemacht haben, sagten, sie hätten niemals etwas für die Nazis unterzeichnet, aber sie haben es doch getan; alle, die in Block 10 untergebracht waren und als Versuchskaninchen dienten, haben es gemacht, wenn sie am Leben bleiben wollten.“

Duering erinnert sich an eine Frau, die sich weigerte zu unterschreiben und danach nach Birkenau gebracht wurde. Diese Frau überlebte den Krieg.

Literatur:

1. Susan Benedict and Jane M. Georges, Nurses and the sterilization experiments of Auschwitz: a postmodernist perspective. *Nursing Inquiry* 13(4): 277–288 (2006).
2. Lore Shelley, Criminal Experiments on Human Beings in Auschwitz and War Research Laboratories (Mellen Research University Press, 1991).

Hintergrund:

Die NS-Ärzte waren für ihre grausamen Medizin-Experimente berüchtigt. Die medizinischen Experimente der Nazis lassen sich in drei Kategorien unterteilen:

1) Experimente, mit denen das Überleben von deutschem Militärpersonal ermöglicht werden sollte, 2) Humanexperimente, die Pharmazeutika und Behandlungsmethoden für Verletzungen und Erkrankungen des deutschen Militärpersonals im Felde testeten, 3) Medizinexperimente, mit denen die rassistischen und ideologischen Grundsätze des Nazi-Weltbildes befördert werden sollten.

In den Konzentrationslagern der Nazis gab es zumindest 70 verschiedene Versuchsprogramme, an denen Tausende Insassen und Hunderte Ärzte, die entweder im NS-Gesundheitssystem oder direkt in den Konzentrationslagern tätig waren, teilnahmen. Diese NS-Forscher unterhielten enge berufliche und wissenschaftliche Kontakte zu führenden medizinischen und wissenschaftlichen Institutionen, Pharmafirmen und Universitäten in Deutschland. Einige der aus den Humanexperimenten gewonnenen Daten wurden für akademische Präsentationen, Veröffentlichungen und Verkaufsaktionen herangezogen.

Die Opfer dieser Medizinexperimente wurden gezwungen, sich grausamen, extrem schmerzhaften Verfahren zu unterziehen, ohne jegliche Form einer informierten Zustimmung. Darüber hinaus wurden die Insassen beständig terrorisiert und mussten um ihr Leben fürchten, entweder aufgrund der Experimente selber oder weil sie zu viel wussten. Die große Mehrheit der Probandinnen starb an Komplikationen infolge der Versuche, wurde durch letale Injektionen ermordet oder in die Gaskammern geschickt. Einige Opfer der Versuche aus Block 10 (bekanntermaßen die Versuchsbaracke in Auschwitz), erinnern sich, auch „Einwilligungsformulare“ unterzeichnet zu haben. Aufgrund der Art der Experimente, der Risiken und der Todesdrohung im Falle der Nichtunterzeichnung sind diese Papiere jedoch gewiss nicht als Einwilligungsformulare zu bezeichnen.

Die medizinischen Experimente stellen nur einen kleinen Teil der umfassenden NS-Medizinprogramme dar. Dennoch waren es diese ohne *informierte* Zustimmung durchgeführten Experimente, die zum Nürnberger Kodex führten. 1946 wurden während des Ärzteprozesses dreiundzwanzig Beklagte (20 deutsche Mediziner und 3 Beamte) der Kriegsverbrechen und Verbrechen gegen die Menschlichkeit angeklagt. Dieser Prozess bot Gelegenheit für eine inhaltliche Analyse medizin-ethischer Standards. Das Urteil dieses Prozesses enthält dokumentierte Beweise für medizinische Verbrechen und beschäftigt sich dann mit der Zulässigkeit von Medizinexperimenten. Es schließt mit einem 10 Punkte umfassenden Ethik-Kodex für Humanexperimente, der als Nürnberger Kodex bekannt ist. Die Grundsätze des Kodex bilden die Grundlage moderner ethischer Kriterien für Humanexperimente, darunter als wichtigster Punkt die informierte Zustimmung. (Siehe Anhang 1)

In Deutschland gab es bereits vor der Erklärung des Nürnberger Kodex explizite Leitlinien über das Wohl von Personen, die sich Humanexperimenten unterzogen. 1900 erließ der preußische Minister für Religions-, Medizin- und Bildungsfragen die erste Regelung über Humanexperimente. (Siehe Anhang 2) Diese als Reaktion auf eine öffentliche Debatte über Humanexperimente erlassene Regelung wies Mediziner an, sämtliche medizinische Interventionen, außer zum Zwecke der Diagnose, Heilung und Immunisierung, unter allen Umständen auszuschließen, wenn „der Proband minderjährig oder aus anderen Gründen nicht geschäftsfähig“ ist, oder wenn die Probandin nicht ihre „unzweideutige Zustimmung“ erteilt, und dies nach einer „geeigneten Aufklärung über die möglichen nachteiligen Folgen“ des Eingriffs. Außerdem konnten Eingriffe zu Studienzwecken nur durch den medizinischen Leiter oder mit dessen Ermächtigung durchgeführt werden.

Obwohl diese Richtlinie rechtlich nicht bindend war und wir nur wenig über deren Einfluss auf Humanexperimente wissen, ist sie in der Geschichte der Entwicklung von Leitlinien für nicht-therapeutische Humanexperimente außerordentlich wichtig. Die Richtlinie setzt nicht nur inhaltliche Maßstäbe für ethisches Verhalten in der Forschung, sondern enthält auch spezifische Details, um die Verantwortung für die Forschung sicherzustellen.

Einige Jahrzehnte später, im Jahr 1931, gab die Reichsregierung aufgrund der öffentlichen Kritik an unethischen Humanexperimenten in der Presse, im deutschen Parlament als auch im Kontext der politischen Reform des deutschen Strafgesetzes

detaillierte „Richtlinien für die neuartige Heilbehandlung und die Vornahme wissenschaftlicher Versuche am Menschen“ heraus. (Siehe Anhang 3)

Diese Richtlinien unterschieden klar zwischen therapeutischer („neuartige Heilbehandlung“) und nicht-therapeutischer Wissenschaft („Versuche am Menschen“) und sehen Vorkehrungen und Schutzmaßnahmen für menschliche Probandinnen vor. Zusätzlich zu den Grundsätzen des Patientenwohls und Nicht-Schadens basierten die Regelungen auf Patientenautonomie und einem Rechtsgrundsatz der informierten Zustimmung. In einigen Fällen waren die Regeln sogar noch strenger und detaillierter vorgesehen als jene des Nürnberger Kodex und der viel späteren Deklaration von Helsinki. (Siehe Anhang 4)

Literatur:

1. Aly Götz, Peter Chroust and Christian Pross, *Cleansing the Fatherland: Nazi Medicine and Racial Hygiene* (The Johns Hopkins University Press, 1994).
2. Robert J. Lifton, *The Nazi Doctors: Medical Killing and the Psychology of Genocide*. (Basic Books, 1986).
3. Robert N. Proctor, *Racial Hygiene: Medicine under the Nazis* (Harvard University Press, 1988).
4. Paul J. Weindling, *Nazi Medicine and the Nuremberg Trials: From Medical War Crimes to Informed Consent* (Palgrave MacMillan, 2004).
5. Vivien Spitz, *Doctors from Hell: The Horrific account of Nazi Experiments on Humans* (Sentient Publications, 2005).
6. <http://www.ushmm.org/wlc/en/article.php?ModuleId=10005168>
7. Irene Strzelecka, *Voices on Memory Series, volume 2. Medical Crimes: Medical Experiments in Auschwitz* (Auschwitz-Birkenau State Museum, Oswiecim, 2008).

Fragen:

Welche ethischen Voraussetzungen sind bei der Einholung einer informierten Zustimmung zu beachten?

Hat Zwang bei der Einholung einer informierten Zustimmung einen Platz?

Diskussion:

Die Medizinexperimente der Nazis waren dazu gedacht, sowohl die deutschen Kriegsanstrengungen zu stützen als auch die Rassenideologie des NS-Regimes

voranzutreiben. Wie deutsche Ärzte diese abscheulichen Versuche an Menschen mit der medizinischen Prämisse des hippokratischen Grundsatzes „nicht zu schaden“ rechtfertigten, ist ein komplexes Thema.

Die Nazis rechtfertigten ihre Taten sowohl durch utilitaristische als auch durch wirtschaftliche Überlegungen. Sie stempelten geistig Behinderte, Wiederholungstäter, körperlich Behinderte und Patienten mit chronischen Krankheiten als Personen, die ein „lebensunwertes Leben“ lebten, ab. Aus Sicht der Nazis war es legitim, diese Personen aufgrund der Art ihrer Beschwerden und der wirtschaftlich belastenden Kosten, die für deren Pflege anfielen, zu opfern, um die Gesundheits- und Lebensqualität der Mehrheitsbevölkerung zu heben.

Die utilitaristische Rechtfertigung fand auch in den Konzentrationslagern statt, wo Gefangene nicht als Personen gesehen wurden, sondern als Menschenmaterial, das für Projekte der „medizinischen Forschung“ zum „Wohl des Staates“ und „zum Wohle der arischen Rasse“ zu gebrauchen war. Da sich die Ärzte in NS-Deutschland durch utilitaristische Moralprinzipien leiten ließen, mussten sie eine informierte Zustimmung erst gar nicht in Betracht ziehen. Wenn ein größeres gesellschaftliches Ziel ohne die individuelle Zustimmung zu erreichen war, wurde es als moralisch zulässig angesehen.

Nach dem Krieg, als diese furchtbaren Experimente beim Nürnberger „Ärzteprozess“ ans Licht kamen, ergab sich international der Wunsch nach Schutz von Personen, die an Menschenforschungsprogrammen beteiligt waren. Im Rahmen seines schriftlichen Urteils verfasste das Kriegsverbrechertribunal den „Nürnberger Kodex“, der als erster internationaler Ethik-Kodex für Versuche am Menschen gilt. Der Kodex beginnt mit einer einfachen Aussage, die sich vom Rest deutlich abhebt:

„Die freiwillige Zustimmung des menschlichen Probanden ist absolute Voraussetzung.“

Der Nürnberger Kodex enthält ferner detaillierte Erklärungen zu anderen kritischen Elementen des Prinzips der freiwilligen Zustimmung. Seit Nürnberg wurden jedoch noch andere Kodizes entwickelt, so etwa die Deklaration von Helsinki und andere, die versuchen, die „informierte Zustimmung“ noch klarer zu umreißen. Diese neuen Kodizes erschienen notwendig, da Menschenversuche weiterhin ohne die informierte Zustimmung menschlicher Probanden und Patientinnen stattfanden.

Informierte Zustimmung im Gesundheitsbereich ist ein Verfahren, in dem geschäftsfähige Patienten freiwillig einer Intervention zustimmen oder diese ablehnen,

und das auf einer gründlichen Weitergabe von Information durch ein Mitglied der Gesundheitsberufe zu der Art und den potentiellen Risiken des vorgeschlagenen Eingriffs basiert. Autonomie ist das oberste ethische Prinzip, das als Grundlage für die informierte Zustimmung dient. Informierte Zustimmung unterstützt und respektiert den Patienten in seinem Recht, sich für eine Behandlungsoption zu entscheiden. Sie ermöglicht und fördert auch den Input von Patientinnen beim medizinischen Entscheidungsfindungsprozess. Der Grundsatz der Autonomie unterstreicht, dass geschäftsfähige Erwachsene stets das Recht haben zu entscheiden, was mit ihnen geschieht oder auch nicht, vorausgesetzt die Ausübung dieses Rechts verstößt nicht gegen ein vergleichbares Recht anderer Personen.

Vom ethischen Standpunkt betrachtet, gab es bei der Unterzeichnung der sogenannten Zustimmungsfomulare in Block 10 keine freiwillige Zustimmung. Weder die Autonomie der weiblichen Gefangenen noch deren medizinische Beschwerden oder Bedürfnisse wurden respektiert oder auch nur in Betracht gezogen. Hingegen wurde ganz klar Zwang in seiner strengsten Form ausgeübt.

Auch heute kann es in manchen Situationen noch zum Zwang kommen, wenn auch nicht immer in offensichtlicher Form. So kann etwa ein potentielles Forschungssubjekt überzeugt oder zumindest überaus optimistisch sein, dass ein klinischer Versuch persönlich von Nutzen sein kann, obwohl die Wahrscheinlichkeit eines Nutzens gering sein könnte. Dennoch kann die Teilnahme die einzige Quelle der Hoffnung für diese Person und Familie sein.

Ein anderes Beispiel wäre, wenn Leute bezahlt werden, um als Probanden an Studien teilzunehmen. Selbst kleine Zahlungen oder Geschenke können ausreichen, um Menschen dazu zu bringen, teilzunehmen. Wenn jemand sehr beschränkte Ressourcen zur Verfügung hat, kann jede finanzielle Zuwendung als eine Form des Zwangs betrachtet werden. In solchen Fällen hat gewiss jeder die Freiheit nicht teilzunehmen. Wenn jemand jedoch arbeitslos oder in einer finanziellen Notlage ist, könnte die Bereitschaft zur Teilnahme übermäßig hoch sein.

Obwohl die NS-Experimente zu den extremsten Beispielen der Verletzung der informierten Zustimmung für Forschungszwecke gehört, haben doch alle Fälle, bei denen Menschen nur als Gegenstand der Forschung dienen, anstößigen Charakter. Und doch haben Wissenschaftler selbst nachdem die NS-Verbrechen weltweit bekannt wurden, weitergeforcht, ohne sich um die informierte Zustimmung zu kümmern. 1966 publizierte Henry Beecher, Professor für Anästhesiologie in Harvard,

einen Artikel im New England Journal of Medicine mit dem Titel „Ethics and Clinical Research“. Der Artikel machte auf zweiundzwanzig Fälle unethischer klinischer Forschung aufmerksam, wo das Leben von Probanden in Gefahr war. Zu diesen Versuchen zählten die Tuskegee-Syphilis-Studie und auch andere Studien, in denen unter anderem an Häftlingen, die keine Wahl hatten oder Zustimmung hätten geben können, gesundheitsschädliche Versuche durchgeführt wurden.

Trotz aller Ethik-Richtlinien, -Kodizes und -Regeln, die in der Vergangenheit entwickelt wurden, blicken Wissenschaft und Medizin auf eine lange Geschichte des Ignorierens bzw. des Missbrauchs des ethischen Grundsatzes zurück, dass Menschen nur in Forschung involviert sein sollten, wenn sie freiwillig und in vollem Bewusstsein daran teilnehmen.

9.3 Elterliche Zustimmung zu medizinischer Behandlung

Fallstudie 1:

Friedrich S. wurde 1937 in Deutschland geboren. Als er vier Jahre alt war, litt er an Meningitis und in der Folge an Epilepsie (Hirnkrämpfen). Seine Eltern wurden überredet, ihren Sohn in das psychiatrische Krankenhaus Eichberg einweisen zu lassen. Der Direktor der Anstalt schrieb der Mutter:

„Ihrem kleinen Sohn geht es gut. Es ist ein Fall von Hirnschaden, dessen Ursache wir noch nicht sicher sagen können, da wir ihn erst kurz hier in Beobachtung haben. Sollten wir irgend etwas anderes finden oder ihr Kind krank werden, werden wir sie umgehend verständigen. Sie müssen sich keine Sorgen machen. Wir haben kürzlich mit einer medizinischen Behandlung begonnen.“

Die Eltern besuchten das Kind zu seinem vierten Geburtstag am 21. Oktober 1941 im Krankenhaus. Sie bemerkten, dass es mit blauen Flecken übersät und unterernährt war. Der Arzt verbot ihnen, den Jungen mit nach Hause zu nehmen, mit der Begründung, dass er noch in Behandlung stünde. Sie sollten in einem Monat wiederkommen. Nach zwei Wochen schrieb der Vater an die Anstalt. Er erhielt eine Antwort, die am 14. November 1941 abgeschickt worden war, dass ihr kleiner Sohn Friedrich bereits tot sei.

Fallstudie 2:

Margot E. wurde am 28. Januar 1941 geboren. Sie war geistig zurückgeblieben. Auf den Rat des Distriktsarztes hin wurde Margot in die Heil- und Pflegeanstalt Kaufbeuren eingewiesen. Der Mutter wurde bedeutet, das Kind in den ersten fünf Wochen nicht zu besuchen, damit es sich besser in der neuen Umgebung eingewöhnen könne. Nachdem der Direktor viele Anfrageschreiben bezüglich des Wohlergehens des Kindes erhalten hatte, schrieb er endlich zurück und informierte die Mutter, dass Margot „gestört sei und ununterbrochen weint.“ In einem zweiten Schreiben informierte er sie, dass Margot „begonnen hat zu spielen und einige Worte zu sprechen.“ Im selben Schreiben ließ der Direktor sie wissen:

„Leider bin ich nicht in der Lage ihnen alle vierzehn Tage zu berichten. Wenn sie bedenken, dass wir 1.300 Patienten haben und wir für jeden alle vierzehn Tage einen Bericht schreiben sollten, hätten wir für medizinische Tätigkeiten keine Zeit mehr.“

Fünf Tage später war das Kind tot. Bei der Ankunft in der Anstalt wurde der Mutter die Todesursache vorenthalten und sie sah, dass am unterernährten Leichnam ihrer Tochter eine Autopsie durchgeführt worden war.

Literatur:

Michel Burleigh, *Death and Deliverance. 'Euthanasia' in Germany 1900- 1945* (Cambridge University Press, 1994).

Hintergrund:

Im Rahmen des Kinder-„Euthanasie“-Programms wurden tausende geistig und körperlich kranke Kinder aus den verschiedensten Kliniken Deutschlands in „Tötungsanstalten“ überstellt, wo man sie verhungern ließ oder ihnen Überdosen an Narkotika verabreichte. In manchen Fällen kam die Initiative, ein Kind in eine der Kinderkliniken Deutschlands einzuweisen von den Eltern. In anderen Fällen empfahlen das Pflegepersonal oder Ärzte des NS-Gesundheitssystems die Hospitalisierung und überzeugten die Familien, dass ihre Kinder in diesen Institutionen besser und gezielter behandelt werden könnten.

Wenn Kinder in solche „Tötungsanstalten“ überstellt wurden, wurden die Eltern meist nicht informiert. In Fällen, wo dies dennoch geschah, wurde den Familienmitgliedern gesagt, dass sie sie nicht besuchen könnten. Nach einer gewissen Zeit wurden die Angehörigen dann vom Anstaltspersonal verständigt, dass ihre Kinder ernsthaft

erkrankt seien. In Wahrheit war das Kind bereits tot und Eltern oder Vormund wurde keine Gelegenheit gegeben, ihre Lieben zu besuchen. Die Familien hatten auch die Begräbniskosten zu tragen.

Eine Zustimmung wurde von den Eltern oder vom Vormund der Kinder weder verlangt noch eingeholt.

(Für weitere historische Einzelheiten und Verweise auf das NS-„Euthanasie“-Programm siehe den Hintergrund des Kapitels „Euthanasie“).

Frage:

Ist es ethisch vertretbar, dass ein Arzt eine minderjährige oder anderweitig rechtlich nicht geschäftsfähige Patientin ohne die Zustimmung des Vormunds/der Eltern behandelt?

Diskussion:

Die Helsinki-Deklaration des Weltärztebundes (WMA) hält fest, dass Menschen, die geschäftsunfähig sind, ob es sich dabei um Minderjährige oder Erwachsene handelt, oder die körperlich oder geistig unfähig sind eine Zustimmung zu erteilen, für diagnostische, therapeutische, rehabilitierende oder Forschungsverfahren nicht herangezogen werden können, es sei denn, die folgenden Bedingungen treffen zu: 1) Das Verfahren ist zur Gesundheitsförderung der repräsentierten Bevölkerung erforderlich. 2) Dieses Verfahren kann nicht alternativ an geschäftsfähigen Personen durchgeführt werden. Sind diese Bedingungen erfüllt, hat der Arzt bzw. haben die Forscher die Zustimmung gesetzeskonform vom rechtlich ermächtigten Vertreter die Zustimmung einzuholen. Diese Zustimmung muss sämtliche üblichen Bedingungen für die informierte Zustimmung erfüllen. (Siehe Anhang 4)

Wie bei anderen ethischen Fragen werden die bereits komplexen und ungelösten Probleme der Zustimmung noch erschwert, wenn es um Kinder geht. Die Annahme, dass Eltern für ihre Kinder eine informierte Zustimmung erteilen können, beruht auf der Voraussetzung, dass sie fähig sind, diese für sich selbst zu erteilen. Es gibt jedoch Belege dafür, dass auch gebildete, geschäftsfähige Eltern oft nicht adäquat informiert sind, um eine sinnvolle Zustimmung zu erteilen. Auch das Recht des Vormunds für andere zu sprechen ist manchmal zu hinterfragen. Dies liegt oft nicht an einem Mangel an Intelligenz oder Motivation auf Seiten des Elternteils, Angehörigen oder Vormunds, sondern eher an den komplexen Faktoren des Falles, etwa rechtlichen

Voraussetzungen, Interessenskonflikten, der Art der Krankheit, Stress und Angst, die durch die Krankheit entstehen, das einschüchternde Milieu im Krankenhaus als auch an Achtung vor, Vertrauen zu und Abhängigkeit von den Ärzten. All diese Faktoren können zusammenwirken, um die Einholung der Zustimmung zum Ritual verkommen zu lassen, wo nur wenige sinnvoll informiert werden. Diese Themen können noch schwerer ins Gewicht fallen, wenn Patientinnen geistig behindert oder nicht geschäftsfähig sind.

Darüber hinaus wird bisweilen akzeptiert, dass Kinder selbst aktiv am Zustimmungsprozess teilnehmen. Je nach Alter kann man argumentieren, dass Kinder fähig sind, an ihren Behandlungsentscheidungen auf Augenhöhe mitzuwirken und dass sie das Recht auf Information haben, angehört zu werden und auch ihre Zustimmung zu geben oder zu verweigern, wenn sie als fähig gelten, diese zu erteilen. In den oben dargelegten Fällen waren die Patienten beide minderjährig und mit einer Geisteskrankheit diagnostiziert (damals fiel Epilepsie unter die Geisteskrankheiten). Diese Patienten wurden hospitalisiert und „falsch behandelt“, unter völliger Umgehung der Zustimmung von Eltern, gesetzlichem Vormund oder den Patienten selbst. Auch wurden Aufzeichnungen gefälscht, um Verbrechen zu vertuschen. Dies sind wohl extreme Fälle des Missbrauchs einer Zustimmung durch Eltern oder Vormund, jedoch wertvolle Lektionen der Medizingeschichte, die uns daran erinnern, was geschehen kann, wenn die Rechte von Patienten, Eltern oder Rechtsvertreterinnen außer Acht gelassen werden.

9.4 Utilitarismus in der klinischen Forschung

Fallstudie:

Beim Ärzteprozess in Nürnberg 1946 brachten manche der angeklagten Ärzte ethische Argumente zur Verteidigung ihrer Experimente in den Konzentrationslagern vor. Einige brachten die Begründung, dass es vernünftig sei, die Interessen der wenigen zum Wohle der Mehrheit zu opfern.

Ein Arzt, der dieses Argument bemühte, war Dr. Gerhard Rose, akademisch tätig und Weltautorität im Fach Tropenmedizin, Chef der Abteilung Tropische Medizin am „Robert Koch-Institut“ in Berlin. Als beratender Hygieniker für den Medizininspektor der deutschen Luftwaffe wurde Dr. Rose zum Brigadegeneral der Reserve befördert. Er

war auch medizinischer Berater von Dr. Leonardo Conti, Reichsgesundheitsführer und Staatssekretär für Gesundheitswesen.

Rose führte an inhaftierten Patienten in den Konzentrationslagern Dachau und Buchenwald Experimente durch. Wenngleich ursprünglich gegen potentiell letale Humanexperimente zur Entwicklung von Typhusimpfungen eingestellt, kam Rose zu dem Schluss, dass:

„Es keinen Sinn hatte, das Leben Hunderter Menschen nicht zu riskieren, wenn täglich Tausend deutsche Soldaten an der Ostfront an Typhus sterben.“

Zusätzlich argumentierte Rose aufgrund seiner Entdeckung, dass die Sterberate unter seinen Probanden unter jener der allgemeinen Häftlingspopulation lag, dass die Wahrscheinlichkeit zu überleben für seine Probandinnen größer sei als für andere Häftlinge. So rechtfertigte Rose seine Menschenversuche mit der Begründung, dass sie die Überlebenschancen seiner Probanden erhöhen könnten.

Während seines Prozesses gab Rose folgendes zu Protokoll:

„Was war der Tod Hunderter Menschen gegen den möglichen Nutzen einer prophylaktischen Impfung, mit der Zehntausende gerettet werden konnten?“

Literatur:

George J. Annas and Michael A. Grodin, The Nazi Doctors and the Nuremberg Code: Human Rights in Human Experimentation (Oxford University Press, 1992).

Hintergrund:

Während des Krieges breitete sich unter den Truppen rasch Typhus aus. Deutsche Militär- und Zivilforscher versuchten, Impfstoffe und Medikamente zu entwickeln, um die Krankheit zu verhindern bzw. zu behandeln. Bei einer Konferenz 1941 kamen hochrangige deutsche Gesundheitsbeamte zu dem Schluss, dass „da Tierversuche keine angemessene Evaluierung von Typhusimpfungen liefern können, Versuche am Menschen durchzuführen sind.“ Zunächst lehnte Professor Gerhard Rose die Vorstellung, Häftlinge für die Versuche zu benutzen ab, doch Dr. Leonardo Conti, Reichsgesundheitsführer und der mächtigste NS-Arzt Deutschlands, argumentierte, dass die deutsche Volksgesundheit auf dem Spiel stünde. Rose fügte sich und initiierte eine Studie für eine Mausleberimpfung, die er später an Insassen des KZ Buchenwald ausprobierte.

Beim Nürnberger Ärzteprozess konnte der Staatsanwalt Roses Argument nur schwer nachvollziehen. Die Anwälte von Rose argumentierten, dass die Alliierten selbst die verpflichtende Einziehung von Männern zum Militärdienst über den gesamten Krieg hinweg rechtfertigten, obwohl sie wussten, dass viele sterben würden, und zwar mit der Begründung, dass die Opferung weniger zur Rettung der Mehrheit moralisch gerecht sei. Darüber hinaus machen seine Fürsprecher darauf aufmerksam, dass Medizinforscher in westlichen Ländern seit eh und je auf verschiedenste Ausformungen des Utilitarismus zurückgegriffen hätten, wenn es darum ging, gefährliche Experimente an Häftlingen und institutionalisierten Personen zu rechtfertigen.

Rose beschuldigte auch die Amerikaner im Rahmen seiner Verteidigung, unter Zwang Experimente mit Malaria in staatlichen Besserungsanstalten durchzuführen. Wenn solche Forschungen am Menschen stattfanden, insistierte Dr. Andrew Ivy, Ethikberater des amerikanischen Ärztesbundes (American Medical Association) beim Prozess, so handelte es sich bei diesen Versuchen um freiwillige Experimente und es wurde keinerlei Zwang ausgeübt.

Dr. Gerhard Rose wurde wegen Kriegsverbrechen und Verbrechen gegen die Menschlichkeit zu lebenslänglicher Haft verurteilt. Nach einer Berufung wurde seine Strafe auf 15 Jahre herabgesetzt, Rose wurde 1955 aus dem Gefängnis entlassen und starb 1992.

Literatur:

1. Arthur L. Caplan, How Did Medicine Go So Wrong? In Arthur L. Caplan ed. When Medicine Went Mad. Bioethics and the Holocaust (Humana Press, 1992)
2. Nuremberg Trials Project. A Digital Collection.
http://nuremberg.law.harvard.edu/php/docs_swi.php?DI=1&text=overview
3. Naomi Baumslag, Murderous Medicine. Nazi Doctors, Human Experimentation, and Typhus (Praeger Press, 2005).
4. Paul J. Weindling, Nazi Medicine and the Nuremberg Trials. From Medical War Crimes to Informed Consent (Palgrave MacMillan, 2004).

Frage:

Ist Utilitarismus ein ethisch vertretbarer Grund für Menschenversuche?

Diskussion:

Der Weltärztebund (WMA) hat den Konsequentialismus als ethische Entscheidungsfindung definiert, mit der wahrscheinliche Konsequenzen oder Ergebnisse verschiedener Wahlmöglichkeiten und Handlungen abgewogen werden können. Der Konsequentialismus sieht jene Handlung als richtig an, welche die besten Ergebnisse zeitigt. Freilich kann Uneinigkeit darüber bestehen, was als gutes Ergebnis gelten darf.

Der Utilitarismus ist eine der am besten bekannten Formen des Konsequentialismus. In diesem philosophischen Kontext wird Utilität als „größter Nutzen für die größte Anzahl“ definiert. Gemäß utilitaristischen Grundsätzen sollten der potentielle Nutzen und Schaden gemessen und eine ausgewogene Entscheidung über den verhältnismäßigen Nutzen, der durch eine bestimmte Wahl oder Handlung zu erzielen ist, getroffen werden. Ein besonderer Konflikt oder ein besonderes Problem ergibt sich, wenn eine Gruppe, die einen potentiellen Schaden zu gewärtigen hat, wahrscheinlich keinen Nutzen daraus zieht, wie dies manchmal bei klinischen Studien der Fall sein kann.

Das potentielle Risiko für die Teilnehmerinnen einen Schaden zu erleiden, hat zu dem weit verbreiteten Konsens geführt, dass in der klinischen Forschung tragfähige ethische Standards zu beachten sind, unabhängig vom eventuell zu generierenden Nutzen. Der Zweck selber, wie gut er auch immer sein mag, reicht als Rechtfertigung der eingesetzten Mittel, wenn diese die Betroffenen schädigen können, nicht aus.

In der NS-Zeit waren Versuchspersonen zumeist Lagerinsassen, die als Untermenschen, rassistisch minderwertig oder „lebensunwertes Leben“ galten. Aus der Sicht der Nazis waren diese Menschen der Menschenrechte nicht würdig, und hatten auch kein Recht darauf. Einige, so etwa die jüdischen Insassinnen der Konzentrationslager, waren doppelt gefährdet – sie fielen in mehr als eine „Untermenschen“-Kategorie. Nachdem sie bereits als Menschen unerwünscht waren und für den Tod in der „Endlösung“ vorgesehen waren, wurden sie als Gruppe von gefangenen Forschungsobjekten betrachtet, die völlig entrechtet war. Das Vorhandensein einer solchen Gruppe gefangener potentieller Probandinnen, gekoppelt mit der deutschen Auffassung von Gesundheit – dass nämlich die Volksgesundheit wichtiger sei als die des einzelnen Menschen – wurde der perfekte Rahmen für das Abtesten utilitaristischer Werte geschaffen, mit katastrophalen Ergebnissen.

Von utilitaristischen Moralprinzipien geleitet, mussten die NS-Ärzte keinen Gedanken an informierte Zustimmung verschwenden. Im Sinne der NS-Medizinethik war der zu erwartende Nutzen höher einzustufen als die ethische Norm, eine Zustimmung zu den Experimenten zu erlangen. Dies wurde als moralisch legitim angesehen.

Dass NS-Ärzte sich auf das utilitaristische Prinzip beriefen, um ihre grausamen und inhumanen Versuche zu begründen, ist nur ein Beispiel dafür, wie dieses Prinzip zynisch missbraucht werden kann. Die Experimente wurden an schutzlosen Lagerinsassen ohne Rücksicht auf ethische Grundsätze, wie sie von klinischen Forscherinnen erwartet werden, durchgeführt. Die utilitaristische Begründung war nur eine der Ausreden, die in den Nachkriegsprozessen gebraucht wurden.

Wir kennen viele weitere Beispiele für den Missbrauch des utilitaristischen Grundsatzes an anderen schutzlosen Populationen in vielen Teilen der Welt. Diese Menschen wurden mit der Rechtfertigung Versuchen unterzogen, dass die Experimente „dem höhere Wohle der Gesellschaft“ dienten. Gefängnisinsassen, Soldaten, ethnische Minderheiten, Dritte-Welt-Bürgerinnen und institutionalisierte Patienten waren oft Opfer solcher Menschenversuche. Im letzten Jahrzehnt gab es in der Medizinliteratur eine Debatte über klinische Versuche in Entwicklungsländern, insbesondere seitens der Pharmafirmen, die medikamentennaive Probandinnen mit prävalenten Krankheiten für Studien heranziehen möchten. Eine utilitaristische Sicht auf diese klinischen Forschungsprojekte in diesen Populationen wäre, dass die Überlebensinteressen der Probanden über die Profitinteressen der Anteilseignerinnen der an den Versuchen beteiligten Pharmafirmen zu stellen sind.

Utilitaristische Überlegungen für Humanexperimente sollten weder als Begründung herangezogen noch als solche akzeptiert werden, wenn die Konsequenzen dieser utilitaristischen Entscheidungen nicht berücksichtigt werden.

9.5 Nutzung unethisch erworbener Körperteile

Fallstudie:

Dr. August Hirt, Professor der Anatomie, war Dekan der Medizinischen Fakultät an der Universität Straßburg. Er verfolgte ein anthropologisches Schädelprojekt in der Hoffnung nachweisen zu können, dass arische Schädel verlässlich von jüdischen Schädeln zu unterscheiden seien. Um die Bewilligung, Finanzierung und Unterstützung für seine Studien zu erhalten, kontaktierte Dr. Hirt die Ahnenerbe

Gesellschaft, eine Organisation, deren Aufgabe es war, Forschungsförderung für die NS-Ideologie zu betreiben. Der Leiter der Ahnenerbe Gesellschaft war Wolfram Sievers. Zusammen mit Heinrich Himmler, dem Chef der SS, bewilligte er das geheime Projekt.

Der Plan sah folgendes vor: Die NS-Wissenschaftler bestimmten unter der Leitung von Dr. Hirt, dass eine Skelettsammlung vonnöten wäre, um ihre Hypothese zu belegen. Sie beschlossen, dass die Skelette von Gefangenen in Auschwitz kommen sollten. Im Juni 1943 wurden achtundsechzig lebende Probandinnen, deren Skelette verwendet werden sollten, von Dr. Bruno Beger, einem Medizin-Philosophen und SS-Hauptsturmführer, ausgewählt. Die Häftlinge wurden in Auschwitz vom Rest der Gefängnisinsassinnen abgeschottet und auch nach Geschlecht getrennt. Dann wurden sie untersucht und von Dr. Beger als passende Probanden freigegeben. Adolf Eichmann war für den Transport der Lebenden von Auschwitz ins KZ Natzweiler-Struthof zuständig.

Bei der Ankunft in Natzweiler wurden die Probanden entkleidet und nackt in eine Gaskammer geschoben, wo sie vergast wurden. Im Juli 1943 wurden die Leichen rasch in Hirts Anatomie-Institut nach Straßburg transportiert. Dazu wurden sie in eigens angefertigte Container gelegt, wo sie ein Jahr lang verblieben, ohne dass man sie anrührte. Schädelmessungen wurden nie vorgenommen.

Mit dem Vordringen der Alliierten in Deutschland wurden die verwesenen Leichen von den Franzosen entdeckt. Fotos wurden gemacht und später bei einem Kriegsverbrecherprozess vorgelegt. Dr. Hirt beging nach seiner Inhaftierung durch die französischen Streitkräfte am 2. Juni 1945 Selbstmord. Sievers wurde beim Nürnberger Ärzteprozess der medizinischen Verbrechen schuldig befunden und gehängt.

Am 11. Dezember 2005 wurde eine Gedenktafel mit den Namen der achtundsechzig Opfer am Anatomie-Institut des Straßburger Krankenhauses und am jüdischen Friedhof Cronenbourg in Frankreich enthüllt. Bei der Enthüllung waren Verwandte der Opfer Hirts aus Thessaloniki, London, Deutschland, Israel und Frankreich zugegen. Auf der Tafel steht zu lesen:

„Souvenez-vous d’elles pour que jamais la médecine ne soit dévoyée.“ (Gedenket ihrer, auf dass die Medizin nie wieder fehlgeleitet werde).

Hintergrund:

Der Rückgriff auf tote Häftlinge bzw. Hingerichtete zum Zwecke der Sektion, Illustration und anatomischen Forschung bildet ein langes Kapitel der Menschheitsgeschichte, das bis auf Herophilus in Ägypten 300 v.u.Z zurückgeht. Im Mittelalter, wo religiöse Gesetze die Entweihung des Körpers verboten, wurden Leichen oft illegal für medizinisches Wissen und künstlerische Darstellungen beschafft. Im 17. und 18. Jh. waren die Leichen Hingerichteter die einzige legale Möglichkeit.

Mit der Erweiterung der Gesundheitsberufe und der Errichtung von Medizinschulen stieg der Bedarf an Leichnamen an und eine neue Gesetzgebung für die Requirierung war gefragt. In den USA war Massachusetts der erste Staat, der 1830 Gesetze erließ, um nicht beanspruchte Leichname für die Sektion und anatomische Zwecke freizugeben. Weitere Staaten folgten, in denen es erlaubt war, unbeanspruchte Leichen aus Spitälern, Irrenanstalten und Haftanstalten für die medizinische Forschung zu verwenden.

1908 fuhr Eugen Fischer, ein glühender deutscher Eugeniker, ins deutsch besetzte Südwestafrika (heute Namibia). Dort hatte die deutsche Armee viele Einheimische in Konzentrationslager gesperrt. Die Leichen der exekutierten Gefangenen aus diesen Lagern wurden zur Sektion nach Deutschland gebracht. Fischers Bemühungen, die rassische Minderwertigkeit der örtlichen Bevölkerung zu belegen, wurden 1913 in einer Arbeit mit dem Titel „Die Rehobother Bastards“ veröffentlicht und stieß in Deutschland auf ein enormes Echo. 1921 war Fischer neben Erwin Baur und Fritz Lenz Mitautor von „Grundriss der menschlichen Erblichkeitslehre und Rassenhygiene“, eines der Werke, auf das sich Hitler in „Mein Kampf“ bezog und das deshalb essentielle Auswirkungen auf die Rassendoktrin der Nazis hatte. 1927 wurde er Direktor des Kaiser Wilhelm-Instituts für Anthropologie, menschliche Erblehre und Eugenik in Berlin, wo er sich hauptsächlich mit dem Aufbau biologischer Grundlagen für den Antisemitismus beschäftigte.

In NS-Deutschland unterstanden die Universitäten direkt dem Reichsministerium für Wissenschaft, Erziehung und Volksbildung (REM). Dieses Ministerium war für die Schließung der „nicht-arischen“ Fakultät und die Gleichschaltung der Wissenschaft mit der nationalsozialistischen Doktrin verantwortlich. Das REM war auch für anatomische Institute an medizinischen Ausbildungsstätten verantwortlich, darunter die Beschaffung von Leichen. Unter anderem gewährte ein preußisches Gesetz aus dem Jahr 1877 den anatomischen Instituten das Recht, die Leichname Hingerichteter für

Sezierarbeiten zu benutzen, wenn kein Verwandter den Körper beanspruchte. Diese Gesetze wurden 1933 und 1939 verschärft. Als sich Anatomen über die Notwendigkeit, die Familien zu verständigen, beschwerten, wurde 1943 verfügt, dass die Angehörigen Hingerichteter nicht um ihre Zustimmung für die Sektion gefragt werden mussten. Darüber hinaus war es verboten, die Körper von Juden, Polinnen und von Personen, die wegen Hochverrats hingerichtet wurden, an ihre Verwandten freizugeben.

Jeder Hinrichtungsstelle waren bestimmte Anatomie-Institute zugeordnet, die von größeren Exekutionen verständigt wurden, sodass die Leichen effizient an die Anatomen überstellt werden konnten. Insgesamt einunddreißig Anatomie-Institute waren es in Deutschland, Österreich, der Tschechoslowakei und Polen. Ein sehr hoher Prozentsatz der Anatomen waren Mitglieder der NSDAP (wie die Ärzte im Allgemeinen). Viele von ihnen unterrichteten an medizinischen Fakultäten Rassenhygiene im Rahmen des normalen Lehrplans. August Hirt, Dekan der medizinischen Fakultät in Straßburg, war SS-Offizier und unterstützte zahlreiche medizinische Forschungsprojekte für das NS-Regime. Diese Projekte förderten eugenisches Denken und wurden als „kriegswichtig“ eingestuft. Hirt führte neben dem „Skelett-Sammelprojekt“ medizinische Experimente mit Senfgas an Insassen des Lagers Natzweiler durch.

Johann Paul Kremer war Professor der Anatomie und in Auschwitz tätig. Er war an den Auswahlverfahren an der Rampe beteiligt und führte Studien über die Auswirkungen von Hunger auf den menschlichen Körper durch. Für diese Studien wählte er Häftlinge vor der Exekution für intrakardiale Phenolinjektionen aus und entnahm nach dem eingetretenen Tod Gewebeproben. Kremer wurde beim Auschwitz-Prozess im November-Dezember 1947 der Kriegsverbrechen für schuldig befunden und zum Tode verurteilt. Das Urteil wurde später in lebenslänglich umgewandelt.

Literatur:

1. Alfred Pasternak, *Inhuman Research: Medical Experiments in German Concentration Camps* (Akadémiai Kiadó, Budapest, 2006).
2. Alexander Mitscherlich and Fred Mielke, *Doctors of Infamy. The Story of the Nazi Medical Crimes* (Henry Schuman, 1949).

3. Benjamin Madley, From Africa to Auschwitz: How German South West Africa Incubated Ideas and Methods Adopted and Developed by the Nazis in Eastern Europe. *European History Quarterly* (2005), 35(3).

4. For additional reading on current research of Anatomy during the Third Reich see: S. Hildebrandt and C. Redies (Eds.) Anatomy in the Third Reich. *Annals of Anatomy*, 2012, Vol. 194, Issue 3.

Frage:

Dürfen wir unethisch erworbene Körperteile für die medizinische Forschung oder andere Studien oder Versuche verwenden?

Diskussion:

Dieser Fall hinterfragt die Verwendung des Körpers bzw. von Körperteilen für therapeutische, Studien- oder andere medizinische Zwecke.

Bestehende Gesetze (etwa der Uniform Anatomical Gift Act in den USA aus dem Jahr 1968) sehen vor, dass Körperspenden ein Recht sind, das auf der freien Wahl des Spenders basiert. Diesem Gesetz zufolge sollten die Wünsche des Spenders respektiert werden, auch wenn Familienmitglieder und nahe Verwandte Einwände gegen eine solche Spende erheben. Der 1987 novellierte Uniform Anatomical Gift Act verbietet den Verkauf von Organen und Gewebe für die Transplantation, jedoch nicht für den Gebrauch in Forschung und Lehre.

Es gab und gibt jedoch eine große Grauzone, in der Medizinpraktiker und –wissenschaftlerinnen ohne Hinterfragung der Ethik menschliche Körper an sich nehmen, aufbewahren und für ihre Zwecke gebrauchen.

Das konstante Anwachsen der klinischen Forschung in den letzten Jahren, für die Blut- und Gewebeproben erforderlich sind, sowie das exponentielle Anwachsen der Menge an persönlichen Daten, die aus Körperteilen gewonnen werden können, stellen die Frage nach rechtmäßigem Eigentum, respektvoller Entsorgung, informierter Zustimmung und biologischer Privatsphäre mit nie gekannter Intensität, gründlicher Überprüfung und kritischem Bewusstsein. So ist und bleibt etwa die Verwendung menschlicher Substanzen zu therapeutischen Zwecken, von der Bluttransfusion bis hin zur Implantierung fötaler Gehirnzellen, weiterhin umstritten.

Finanzielle Anreize für die Versorgung mit und die Beschaffung von Organen und Gewebe stehen der Ethik der Freiwilligkeit entgegen und sind mit

Gerechtigkeitsprinzipien unvereinbar. Die Weltgesundheitsorganisation WHO und der Weltärztebund WMA haben erklärt, dass die Kommerzialisierung menschlicher Organe eine „Verletzung der Menschenrechte und Menschenwürde“ darstellt und als solche zu verbieten sei. Nichtsdestotrotz ist die Geltendmachung eines therapeutischen Nutzens derzeit der überzeugendste Weg, um die Verwendung von Humansubstanzen als akzeptabel darzustellen. Sich auf die „Wissenschaft“ zu berufen, ist jedoch sehr doppelbödig. Was einige als „gut für die Wissenschaft“ erachten mögen, könnte für andere die Entmenschlichung der Person bedeuten. Das Argument der Notwendigkeit für die Lehre, wie etwa der Bedarf an menschlichen Leichen für Medizinstudentinnen, fällt hier etwa in die Mitte des Spektrums, da gewisse Praktiken, wie etwa die Sektion, mit dem angenommenen therapeutischen Nutzen durch gut ausgebildete Praktiker gerechtfertigt werden.

Wir können hinterfragen, warum die Anatomen in NS-Deutschland sich so verhielten. Warum lehrten und praktizierten sie Rassenhygiene und verwendeten die Körper von NS-Opfern für die Sektion? Zu dieser Zeit waren die Leichen von Häftlingen ein wertvolles Gut für ihre Forschung und daher ihre Karriere. Die NS-Gesetze sowie die noch größere Verrohung durch den Krieg boten den NS-Anatomen die seltene Gelegenheit, ihre rassistischen Theorien ohne Skrupel und mit nur wenigen Regelungen oder Einschränkungen zu „testen“. Menschliche Probandinnen wurden einfach zu Datenquellen, ohne Rücksicht auf jeglichen grundlegenden menschlichen Anstand oder jegliche Ethik.

Die Beschaffung menschlicher Körper durch das NS-Regime stand zunächst in einer in Deutschland und anderen Ländern bewährten Tradition. Diese Praktiken wurden vom NS-Regime aufgenommen und radikal erweitert, aufgrund der fast unbegrenzt verfügbaren Anzahl menschlicher Probanden (und Leichen) durch das System der Konzentrationslager aber auch deren medizinischer Institutionen. Damals war die Rassenhygiene in Deutschland eine akzeptierte Wissenschaft. Wenn Ärzte und Wissenschaftler Bedenken über die NS-Politiken hatten, begehrten sie meist nicht auf. Die Entscheidungen und Handlungen der NS-Ärzte und Anatomen wurden damit gerechtfertigt, dass sie der deutschen Volksgesundheit dienten und galten somit im Rahmen der Kultur NS-Deutschlands als ethisch einwandfrei.

Heute ist die Entnahme, Aufbewahrung und der Gebrauch menschlichen Gewebes für eine Reihe von Zwecken in der westlichen Biomedizin gang und gäbe. Ein Rückblick in die Geschichte erinnert uns jedoch schmerzlich daran, dass Praktiken üblicherweise

(offene oder verborgene) kulturelle Werte ausdrücken, und dass kulturelle Werte von Bevölkerung zu Bevölkerung und in verschiedenen Zeiten sehr unterschiedlich sein können. Um sinnvolle, faire, humane und sensible ethische Richtlinien für die wissenschaftliche Verwendung von Humanmaterial zu schaffen, ist es nötig, dass wir die Diversität der Meinungen und Praktiken in einer pluralistischen Gesellschaft berücksichtigen. Darüber hinaus ist es überaus wichtig, dass sich alle Gesellschaften für den Respekt der menschlichen Person, ob lebend oder tot, einsetzen sowie medizinische und Forschungspraktiken, welche die menschliche Person entmenslichen oder beschädigen – unabhängig von Rasse, Geschlecht, Ideologie oder Klasse – sorgsam überwachen. Klar ist, dass solcherlei ethische Überlegungen im oben beschriebenen NS-Experiment nicht berücksichtigt wurden, und dass die Begründung dieses unethischen Verhaltens kulturell erklärt werden kann.

9.6 Fälschung von Krankengeschichten

Fallstudie:

Ein Auszug aus der Zeugenaussage von Adam Zacharski, ehemals Häftling Nr. 18.293, der im Häftlingsspital im Hauptlager Auschwitz eingesetzt war, lautet:

„Ich arbeitete in diesem Spital, in der Kanzlei – will heißen, ich arbeitete in einer Fabrik für all diese falschen Dokumente, die auf Befehl der SS-Behörden und des Lagerbürokommandanten ... mit Todesursachen auszufüllen waren. Die Ursachen ... waren folgende: natürlicher Tod, Tod durch Vergasung, Injektion, Hinrichtung in Block 11. Mit aller gebührenden Betonung möchte ich erklären, dass die Fälschung darin bestand, dass all diese Leute als Patienten des Krankenhauses eingetragen wurden ... Es gab insbesondere vier Gefangene, die im Ausstellen falscher Urkunden Perfektion erreicht hatten. Jeder hatte ein kleines Büchlein zur Hand, in dem zwanzig Arten der verschiedensten Krankheiten enthalten waren. Dann bedienten sie sich des deutschen Lehrbuches „Innere Medizin“ und kopierten daraus die verschiedensten Typen von Krankheiten, samt Verlauf und Symptomen ...

In der Krankengeschichte war es wichtig, mit dem Zeitpunkt zu beginnen, zu dem der Patient im Krankenhaus erschien, mit Temperatur, Krankheitssymptomen, Fieber, verabreichten Medikamenten und Injektionen, die der Patient erhielt ... Einige der Fälle waren tragikomisch. Ich erinnere mich an einen Zwischenfall, als 120 Jungen in das Lager kamen, 8-, 12- und 14-jährige Kinder aus der Region Zamosc. Die Kinder

wurden von ihren Eltern getrennt, diese verblieben in Birkenau, und sie selbst wurden ins Hauptlager geschickt. Dann gab es diesen tragischen Moment, der fast mit dem Tod des Häftlings endete, der einen Fehler machte und als Diagnose für ein 8-jähriges Kind eintrug: Altersschwäche ...“

Literatur:

Irena Strzelecka, Voices of Memory Series, Volume 3. *Medical Crimes: The Hospitals in Auschwitz* (Auschwitz-Birkenau State Museum in Oswiecim, Oswiecim, 2008).

Hintergrund:

Gefälschte Krankengeschichten gab es nicht erst seit Auschwitz. Sie waren bereits in den „Kinder- und Erwachseneneneuthanasieprogrammen“ der Aktion T4 gängige Praxis. Diese unethischen, illegalen Praktiken, mit denen der wahre Gesundheitszustand des Patienten als auch die Todesursache verborgen werden sollten, wurde vom Krankenhausumfeld in die Konzentrationslager übertragen. Viele Ärzte und Verwaltungspersonal, die am „Euthanasie“-Programm mitwirkten, waren auch mit der Planung, Durchführung und Praxis in den Konzentrationslagern betraut.

Die für die Spitalsbüros in Auschwitz-Birkenau ausgewählten Häftlinge mussten umfangreiche Aufzeichnungen machen. Diese Aufzeichnungen halfen den SS-Ärzten bei der Überwachung und im Auswahlverfahren. Sie boten auch die dokumentarische Grundlage für die Fälschung der Krankenakten, mit der die Vernichtungsfunktion von Auschwitz und auch anderer Gefängnisse und Konzentrationslager vertuscht werden sollte.

Die mit der Dokumentation betrauten Gefangenen führten Buch über kranke Insassinnen und andere, die aus dem Krankenhaus entlassen wurden. Ihre vordringlichste Aufgabe jedoch war, posthume Krankengeschichten für Häftlinge zu erfinden, die entweder im Krankenhaus oder anderswo zu Tode gekommen waren. Die Dokumentation umfasste auch Gefangene, die erschossen, zu Tode gefoltert oder durch Humanexperimente umgebracht wurden, aber auch jene, die in den Gaskammern oder durch eine letale Injektion ums Leben kamen.

Die Dokumentation enthielt entweder eine fingierte Todesursache oder keine. Die Todesursachen wurden einer Liste mit Krankheiten entnommen, die speziell von den SS-Ärzten für die Verwendung durch Kanzleimitarbeiter zusammengestellt wurde. Dazu gehörten Herzanfall, Lungenentzündung, Sepsis, koronare Herzkrankheit und

anderes. In fast allen Fällen enthielt der sogenannte Ärztebericht eine umfassende fiktive Beschreibung des Krankheitsverlaufs und wies meist darauf hin, dass der Gefangene bereits im schlechten Zustand in das Lager kam, womit ein Überleben trotz eifriger medizinischer Behandlung unmöglich war. Wenn Häftlinge in größeren Gruppen getötet wurden, fälschte man in der posthumen Dokumentation die Sterbedaten, die sich über ein paar Wochen zogen, mit verschiedenen Zahlen von Gefangenen, die täglich starben.

Zeugen im Nürnberger Ärzteprozess 1946 sagten aus, dass wenn die Nazis nicht unterlegen wären, ein distanzierter Beobachter aus den Krankengeschichten und Behandlungsprotokollen der Patientinnen hätte schließen können, dass Auschwitz ein Vorbild an guter sanitärer, hygienischer und medizinischer Praxis war, und dass man den Gefangenen eine Versorgung angedeihen ließ, die den neuesten Standards der Wissenschaft und Medizin entsprach.

Literatur:

Irena Strzelecka, Voices of Memory Series, Volume 3. *Medical Crimes: The Hospitals in Auschwitz* (Auschwitz-Birkenau State Museum in Oswiecim, Oswiecim, 2008).

Frage:

Kann es je ethisch vertretbar sein, Krankenakten zu fälschen?

Diskussion:

Der obige Fall ist ein extremes Beispiel dafür, wie NS-Ärzte in den Lagern ihre medizinische Ethik und Moral über Bord warfen, als sie anordneten, die Krankenakten zu fälschen. Es war dies nur ein Aspekt des Missbrauchs medizinischer Ethik durch die NS-Ärzte und der „medizinischen Aura“ in den Krankenhäusern der KZs, er kann jedoch als Lehrstück dafür dienen, wie medizinische Ethik missbraucht werden kann. Die vorsätzliche Abänderung, Fälschung oder Vernichtung von Krankenakten laufen allen Standards der Medizinethik zuwider und gelten als Fehlverhalten mit ernststen rechtlichen Konsequenzen, selbst wenn den Patienten daraus kein Schaden erwächst. Krankenakten gelten als sehr persönliche Dokumente, und sollten von einem ethischen und rechtlichen Standpunkt aus betrachtet korrekt geführt werden. Selbst wenn bei der medizinischen Behandlung Fehler passieren, ist es unumgänglich, dass diese dem Patienten oder dessen Familie mitgeteilt und die Aufzeichnungen nicht

manipuliert werden. Es gibt gute Gründe zur Offenlegung von Fehlern, darunter das Aufrechterhalten der Vertrauensbeziehung zwischen Ärztin und Patientin und die Möglichkeit, dass eine Offenlegung die Anzahl der medizinischen Fehler zukünftig auf ein Minimum beschränkt.

Medizinische Aufzeichnungen sollten nicht gefälscht werden, um Fehler oder Begründungen für den Behandlungsprozess zu vertuschen.

9.7 Sollten die von NS-Ärzten erhobenen Daten verwendet werden?

Fallstudie:

Eduard Pernkopf promovierte an der Wiener Fakultät für Medizin im Jahre 1912 und diente ein Jahr lang im 1. Weltkrieg als Arzt in der Armee. 1933, als Professor der Medizin und Direktor des Anatomie-Instituts in Wien, trat er der NSDAP bei. Ein Jahr später war er bei den Sturmtruppen und während der gesamten NS-Zeit ein glühender Unterstützer der Nazis. Dr. Pernkopf, der 1943 zum Rektor der Universität berufen wurde, war Herausgeber eines der bedeutendsten Anatomiebücher überhaupt, mit dem Titel *Topographische Anatomie des Menschen*. Der sieben Bände starke Pernkopf-Atlas enthält mehr als 800 Darstellungen des menschlichen Körpers. Nach allen medizinischen und künstlerischen Standards stellt er ein Meisterwerk der anatomischen Illustration und Kunst dar.

Pernkopf begann 1933 seinen Anatomie-Atlas zusammenzustellen, und das Werk wurde nach seinem Tod im Jahr 1955 fertiggestellt. Er wandte sich an Künstler, die das Buch illustrierten, viele davon ebenfalls glühende Anhänger der Nazis. Zu diesen Künstlern zählten Erich Lepier, Franz Batke und Karl Endtresser, die vielfach durch Signieren ihrer anatomischen Zeichnungen mit NS-Zeichen ihre Treue zur Sache der Nationalsozialisten demonstrierten. Erich Lepier unterzeichnete oft mit seinem Namen und einem Hakenkreuz. Karl Endtresser signierte eine anatomische Abbildung des Oberschenkels eines offensichtlich beschnittenen Mannes mit einem SS-Symbol in seinem Namen. Hans Batkes Signatur eines anatomischen Schnittes des Halses zierte ein SS-Symbol. Dies sind nur wenige Beispiele für NS-Zeichen, die in den deutschsprachigen Ausgaben des Buches erschienen.

1938, kurz nach dem Anschluss Österreichs an Deutschland wurde Dr. Pernkopf zum Dekan der Medizinischen Fakultät an der Universität Wien berufen und auch zum Chefredakteur des offiziellen Organs der Gesellschaft der Ärzte in Wien. Nach dem

Krieg war er, wenn auch keines Verbrechens überführt, drei Jahre in Haft. Bei seiner Entlassung aus dem Gefängnis wurden Pernkopf sämtliche Titel entzogen, er arbeitete jedoch weiter an seinem Atlas. Pernkopf verstarb 1955, die letzten anatomischen Bände wurden posthum veröffentlicht.

Neuere Ausgaben des Buches zeigen noch immer dieselben Illustrationen, wobei die meisten NS-Zeichen verschwanden und die Signaturen verändert wurden. Für Studierende oder Chirurgen, welche die neueren Versionen des Pernkopf-Atlas verwenden, sind die Sympathien Pernkopfs und seiner Künstler für die Nazis somit nicht mehr erkennbar.

Hintergrund:

Viele Jahrzehnte nach dem Krieg wurde nur wenig über die persönliche Geschichte Pernkopfs oder die Entstehung seines Atlanten gesagt oder geschrieben. Anfang der 1960er Jahre wurden die Hakenkreuze von den Druckplatten der Illustrationen entfernt und der Atlas in mehrere Sprachen übersetzt.

1990 kommentierte eine Rezension des Atlas im New England Journal of Medicine, dass „dieses herausragende Buch für Anatomen und Chirurgen von großem Wert“ sowie „einzigartig und weiterhin als Nachschlagewerk geschätzt sei, selbst wenn die enormen Kosten und der Detailreichtum es für Studierende der Medizin unerschwinglich erscheinen lassen.“ Eine andere Rezension im Journal of the American Medical Association, ebenfalls 1990 erschienen, bezeichnete diesen Atlas als „Klassiker unter den Anatomie-Atlanten“ und als „höchst wertvoll für Hals-Nasen-Ohren-Ärzte, plastische Chirurgen, Hals- und Kopfchirurgen, Augenärztinnen, Gesichts- und Kieferchirurgen sowie Orthopädinnen.“

Bände des Pernkopf-Atlas sind in führenden Zentren der Medizin rund um den Globus zu finden. Ganz unzweifelhaft leistet dieser klassische Anatomie-Atlas seit Jahrzehnten seinen Beitrag zur Ausbildung und Praxis zahlreicher Anatomen, Chirurgen und anderer Ärzte.

1985 publizierte Gerald Weissman einen Artikel über Pernkopfs Rede zu „Nationalsozialismus und Wissenschaft“, der sich mit seiner virulent nationalistischen, rassenhygienischen Rhetorik beschäftigt sowie mit Taten anderer NS-Ärzte der damaligen Zeit. 1988 erschien ein Artikel von David Williams über die Geschichte des Atlas mit detaillierten biographischen Angaben über die politischen Aktivitäten von Pernkopf. 1995 berichtete ein Artikel im Jahrbuch der Internen Medizin über die

Geschichte der Universität Wien im Jahr 1938. Er enthält Einzelheiten über Pernkopfs administrative und politische Aktivitäten und beschreibt seine berufliche Arbeit an der Veröffentlichung des Anatomie-Atlas. Der Atlas soll Material von Kindern enthalten, die an einem Wiener Spital getötet wurden, und das Anatomie-Institut von Pernkopf soll die Leichen Hingerichteter in der Lehre verwendet haben.

Diese Artikel und weitere Forschungen zum Thema mündeten 1995 in eine offizielle Anfrage durch die Israel Holocaust and Martyrs Remembrance Authority, Yad Vashem, die Universität möge eine offizielle Untersuchung des Hintergrunds des Pernkopf-Atlas durchführen.

Ein Artikel gab Anlass zu einer neuerlichen Kontroverse um den Pernkopf-Atlas, nämlich ein Leserbrief der JAMA im November 1996, unterzeichnet von einem Professor der Zahnmedizin an der Universität Columbia, Dr. Howard Israel, und einem Professor für Familien- und Sozialmedizin von der Universität Toronto, Dr. William Seidelman. Ihnen fiel insbesondere auf, dass einige Bilder auf Sympathie für die Nazis schließen ließen (Hakenkreuze und SS-Runen in den Signaturen der Künstler). Ihr Brief bezeichnete den Pernkopf-Atlas als Vermächtnis der tragischen Ära, als medizinischer Missbrauch im gesamten medizinischen Berufsstand verbreitet war.

Der Schlussbericht der Kommission an der Universität Wien erschien am 1. Oktober 1998. Die Untersuchung ergab:

„Dass das Institut für Anatomie mindestens 1.377 Leichen Hingerichteter bezog, darunter 8 Opfer jüdischer Herkunft. ... Auf Basis eines allgemeinen Erlasses vom 18. Februar 1939 wurden die Körper von hingerichteten Personen an das Anatomie-Institut der nächstgelegenen Universität für Forschungs- und Lehrzwecke überstellt. ... Kein Nachweis fand sich dafür, dass das Wiener Anatomie-Institut Leichen aus dem Lagerkomplex Mauthausen erhalten hätte. ... Vermutungen und Verdächtigungen, dass einige Illustrationen von Kriegsgefangenen oder jüdischen Opfern stammen könnten, fußen hauptsächlich auf Eindrücken, die dem kritischen Beobachter ins Auge fallen. In diesen Fällen konnte die Untersuchung die Verdachtslage jedoch weder bestätigen noch widerlegen. Aufgrund der systematischen Anonymisierung von Proben erscheint eine endgültige Aufklärung der Verdachtslage derzeit nicht möglich.“

Der horrende Machtmissbrauch durch NS-Ärzte ist bestens dokumentiert. Im 2. Weltkrieg wurden von den Nazis unsägliches Verbrechen an unschuldigen Menschen verübt. Einige dieser Verbrechen betrafen Hinrichtungen, andere aber ein langsames Sterben durch Folter im Alltag oder bei NS-Medizin-Versuchen. Die NS-

Medizinversuche lösen auch heute noch im Rahmen des Fortschreitens der medizinischen Forschung Kontroversen aus. Viele Fragen beziehen sich darauf, ob NS-Daten, die von Häftlingen und anderen ohne deren Zustimmung erhoben wurden, zur Verbesserung der Medizin in bestimmten Bereichen verwendet werden sollen oder nicht. So etwa waren die berüchtigten hypothermischen Versuche von Dr. Sigmund Rascher in Dachau nicht das Werk eines fehlgeleiteten Wahnsinnigen in einem abgeschiedenen Konzentrationslager. Raschers Versuche, bei denen man KZ-Häftlinge in eiskaltes Wasser tauchte, wurden für die Luftwaffe durchgeführt. Die Ergebnisse der hypothermischen Versuche Raschers werden weiterhin in der medizinischen Literatur zitiert.

Die deutsche Medizinwissenschaft ergriff die Morde der Hitler-Zeit auch als Gelegenheit, die Überreste der Toten auszubeuten. Es gab reguläre Transporte aus den Exekutionskammern der Gestapo-Gefängnisse an die Universitätsinstitute für Anatomie. Soweit wir heute wissen, nahmen alle Anatomie-Institute der medizinischen Fakultäten in Deutschland die Leichen ausnahmslos bereitwillig ohne Zögern an.

Derzeit wird viel über die ethische Rolle deutscher Anatomen im Dritten Reich und den Missbrauch von Hinrichtungsopfern geforscht.

Literatur:

1. Michel C. Atlas, Ethics and Access to Teaching Materials in the Medical Library: the Case of the Pernkopf Atlas. *Bull Med Libr Assoc.* 89(1): 51-58 (January 2001).
2. Robert L. Berger, Nazi Science: Comments on the Validation of the Dachau Human Hypothermia Experiments. In Arthur L. Caplan, When Medicine Went Mad. Bioethics and the Holocaust (Humana Press, 1992).
3. S. Hildebrandt, Anatomy in the Third Reich: Outline, Part 1. National Socialist Politics, Anatomical Institutions and Anatomists. *Clinical Anatomy* 22:883-893(2009).
4. S. Hildebrandt, Anatomy in the Third Reich: Outline. Part 2: Bodies for anatomy and related medical disciplines. *Clinical Anatomy* 22, 894–905 (2009).
5. Howard A. Israel, William E. Seidelman, Nazi Origins of an Anatomy Text: The Pernkopf Atlas. *JAMA* 276(20): 1633 (1996).
6. S. Hildebrandt and C. Redies (Eds.) Anatomy in the Third Reich. *Annals of Anatomy* 194, Issue 3 (2012).

Frage:

Ist es ethisch vertretbar, Daten der NS-Medizin zu verwenden?

Diskussion:

Die Fallstudie Pernkopf zeigt die Verwendung eines Anatomie-Atlas, der Zeichnungen von Opfern der NS-Verbrechen enthielt. Er wurde Jahrzehnte vor der Verbreitung anatomischer Bilder aus anderen Quellen zusammengestellt und von vielen, wenn nicht den meisten Fakultäten für medizinische Bildung verwendet. So ist der bedeutende Beitrag dieses klassischen Anatomie-Atlas für die Gesundheitsberufe über die Jahre unbestritten. Eine Untersuchung des Umfelds von Eduard Pernkopf und seiner Künstler und insbesondere darüber, wie dieses Werk entstand, wirft jedoch bedeutende Fragen der biomedizinischen Ethik auf, die heute überaus relevant sind. Einige Fragen, die sich aus diesem Fall ergeben: Ist es wichtig, die Herkunft der Personen im Pernkopf-Atlas zu bestimmen? Ist es angemessen, diese Information zu verwenden? Wie gehen wir mit wissenschaftlichen Daten um, die auf unethischem Wege erworben wurden?

In dieser ethischen Debatte gibt es mehrere Positionen:

- 1) Der Atlas und andere Daten sollten, wenn erforderlich, für die medizinische Forschung und Lehre ohne Einschränkung oder Zensur verwendet werden. Heute lässt sich nichts mehr daran ändern, wie man an die Leichen kam. Wissenschaftliches Wissen kann sich oft aus Bedingungen (etwa Kriegen) ergeben, die nicht immer ideal oder ethisch sind. Wenn wir die Daten heute verwenden, kann aus dem Gebrauch des Atlas Gutes oder Nutzenbringendes entstehen, um Leben zu retten oder es einem Chirurgen zu ermöglichen, geschickter vorzugehen.
- 2) Die Daten sollten für die Forschung und Lehre nur mit Beschränkungen und Zensur verwendet werden. Einige der Einschränkungen könnten sein: a) Untersuchung des Themas; b) Gedenken an die Opfer; c) Würdigung der Geschichte Pernkopfs und des Atlas in neuen Ausgaben; d) eingeschränkte Zensur (nicht öffentlich verfügbar).
- 3) Andere argumentieren, dass wir durch die Nicht-Verwendung von Daten Holocaust-Leugnern erlauben, ihre Ansprüche stärker geltend zu machen und gleichzeitig die unschuldigen Opfer vergessen, die die Versuche über sich ergehen lassen mussten. Sie sind der Meinung, dass durch die Veröffentlichung

der Daten nicht nur bewiesen werden kann, dass diese Gräueltaten tatsächlich verübt wurden, sondern auch durch das Gedenken verhindert werden kann, dass ähnliches wieder geschieht. Indem man die Daten veröffentlicht, meinen sie, wird das Leiden der Opfer gewürdigt.

- 4) Einige der Überlebenden der Experimente glauben, dass die Daten genutzt werden sollten, und da sie ihre zerstörerische Wirkung am eigenen Leib erfuhren, können sie für jene sprechen, die nicht so viel Glück hatten wie sie.
- 5) Wieder andere mögen argumentieren, dass der wirkliche Zweck der Wissenschaft darin besteht, der Menschheit zu dienen, indem Leid gelindert und die Lebensqualität verbessert wird. Die NS-Versuche und der Anatomie-Atlas erfolgten ohne jegliche Form der Zustimmung und mit grausamen unethischen Methoden und Folter. Die Vertreterinnen dieser Meinung betonen, dass Wissenschaft und Ethik untrennbar miteinander verbunden sind; und dass es unmöglich sei, die Verwendung wissenschaftlicher Daten zu rechtfertigen, wenn diese von Ärzten stammen, die bei der Durchführung ihrer Studien unfassbares menschliches Leid verursachten und ihren ethischen Wertekanon missachteten.
- 6) Andere halten die moralisch-ethischen Beweggründe der Forscher (oder wie in diesem Fall der Künstler) für einen wesentlichen Faktor bei der Durchführung medizinischer Experimente. Sie würden meinen, dass wir das „Werk vom Menschen trennen“ sollten. Wieder andere meinen, dass wir niemals das Werk von der Person trennen sollten.
- 7) Weitere Argumente wären, dass die Verwendung wissenschaftlicher Daten, die aus NS-Verbrechen stammen, ein Umfeld für die wiederholte Nichtbeachtung biomedizinischer Ethik-Grundsätze schaffen, in dem dann weitere potentielle Rechtfertigungen und Begründungen für unethische medizinische Versuche im Namen der Förderung wissenschaftlicher Forschung Platz greifen.
- 8) Ein weiteres Bedenken, das geäußert wurde, betrifft die wissenschaftliche Validität der NS-Experimente.
- 9) Eine weitere Begründung, die Daten nicht zu verwenden ist der Anspruch, dass Experimente, die korrekt durchgeführt werden sollen, wiederholbar sein müssen. Die grausamen Versuche der Nazis wären so gut wie nicht wiederholbar, insbesondere aufgrund der Verfassung, in der sich die Patienten befanden.

10. Ärzte und Folter

Fallstudie:

Georges-André Kohn wurde am 23. April 1932 in Paris geboren. Im August 1944 wurde er nach Auschwitz geschickt und in Block 11 untergebracht, in dem sich neunzehn weitere jüdische Kinder im Alter von fünf bis zwölf Jahren aus ganz Europa befanden. NS-Ärzte planten, diese Kinder für medizinische Versuche heranzuziehen. Ende November 1944, als die Rote Armee nach Auschwitz vordrang, wurde Georges zusammen mit den neunzehn anderen Kindern in das KZ Neuengamme bei Hamburg verbracht. In Neuengamme führte der SS-Arzt Kurt Heissmeyer grausame und schreckliche Medizinversuche an den Kindern durch: Zuerst infizierte er sie mit Tuberkulose, einer letalen Lungenkrankheit. Bereits vor Weihnachten waren alle Kinder ernsthaft erkrankt. Georges war besonders schwach und konnte nicht stehen, wie später französische Ärzte und holländische Krankenschwestern, die selbst dort inhaftiert waren, aussagten. Diese Ärzte und Krankenpflegerinnen kümmerten sich um und behandelten die Kinder, wurden sozusagen ihre Ersatzeltern.

Dr. Heissmeyer entfernte dann die Lymphknoten der Kinder, da er meinte, diese enthielten spezielle Substanzen, die der Körper erzeugte, um sich gegen die Tuberkulose zu schützen. Nachdem den Kindern alle Lymphknoten entfernt worden waren, wurden sie fotografiert. Die Kinder hoben die Arme, um ihre Operationsnarben in die Kamera zu halten.

Im April 1945, als das Ende des Krieges nahte, befürchteten die SS-Ärzte und die Führer des Lagers Neuengamme, dass die Alliierten sie bestrafen könnten, wenn diese Gräueltaten ans Licht kämen. Um ihre medizinischen Experimente zu vertuschen, brachten die SS-Führer die Kinder zusammen mit ihren Pflegern in die Schule am Bullenhuser Damm in einem ausgebombten und verlassenen Viertel Hamburgs. Am 20. April 1945 wurden alle Kinder im Keller der Schule von der SS erhängt. Die Leichen wurden auf Lastwagen geladen und nach Neuengamme überführt, wo sie verbrannt wurden. Siebzehn Tage später war der Krieg in Europa vorbei.

Hintergrund:

Kurt Heissmeyer studierte in Marburg Medizin, wo er sich einer antisemitischen Burschenschaft namens *Arminia* anschloss. Mit der Zulassung zur Praxis 1933 zog er

in das Auguste-Victoria-Krankenhaus in Berlin. 1937 trat Dr. Heissmeyer der NSDAP bei und wurde ein Jahr darauf zum Primararzt in Hohenlychen bestellt, einem Kurzentrum des Roten Kreuzes in Uckermark nördlich von Berlin, wo er schließlich zum stellvertretenden Direktor aufstieg.

Um sein Ziel, Professor der Medizin zu werden, zu erreichen, erbot sich Heissmeyer, Experimente zu Tuberkulose durchzuführen. Obwohl er nur wenig über die Krankheit wusste, war er in NS-Kreisen doch gut vernetzt und erhielt die Genehmigung, seine Experimente an KZ-Häftlingen fortzusetzen. Im Juni 1944 begann er seine Versuche in Neuengamme, wo er zunächst mit einem Strang lebender Tuberkulose-Bakterien an Erwachsenen experimentierte, um dann mit Kindern als Testgruppe weiterzumachen. Jeden Mittwoch fuhr er die 265 Kilometer von Hohenlychen nach Neuengamme, um seine Versuche an den Gefangenen zu überwachen.

Obwohl die Krankengeschichten von nur 32 Probandinnen erhalten sind, wird vermutet, dass Heissmeyer an über 100 Personen Versuche durchführte. Die Kinder wurden aus dem Konzentrationslager Auschwitz ausgewählt. Es waren zehn Jungen und zehn Mädchen im Alter von fünf bis zwölf Jahren. Die zweitägige Reise nach Neuengamme erfolgte mit der Bahn. Heissmeyer ordnete jedem Kind ein Meerschweinchen zu und dann wurden beide mit denselben Bakterien infiziert. Nach einem Monat waren aufgrund subkutaner Injektionen von Tuberkulose-Bakterien alle Kinder krank.

Als sich ihr Zustand verschlechterte, dachte Heissmeyer, dass es interessant wäre zu untersuchen, wie die Achsellymphknoten der Kinder auf die Bakterien reagierten. Da er kein Chirurg war, befahl er dem tschechischen Arzt Bogumil Doclik, selbst Insasse, die Lymphknoten zu sezieren. Diese grausamen Verfahren wurden unter Lokalanästhesie durchgeführt, und die Wunden wurden offen tamponiert und nicht geschlossen vernäht. Eine Woche nach der Operation wurde der Tampon herausgenommen. Binnen zweier Wochen waren jedem Kind auf beiden Seiten Achsellymphknoten entnommen worden. Die Knoten wurden in Formalin aufbewahrt und sobald alle Verfahren beendet waren, alle Proben an einen Pathologen geschickt. Nach den Eingriffen wurden die Kinder immer schwächer und mussten in ihren Baracken bleiben. Nun stand Heissmeyer vor einem Dilemma: Was tun mit zwanzig kranken und sterbenden jüdischen Kindern? Um Beweise zu vertuschen, wurde beschlossen, die Kinder zu ermorden. Am Abend von Hitlers Geburtstag (20. April) wurden die Kinder erhängt.

Dr. Heissmeyer verließ am 21. April 1945 Hohenlychen. Er siedelte sich in Magdeburg an, wo er als Lungenspezialist arbeitete. Achtzehn Jahre lang praktizierte er erfolgreich als Direktor der einzigen privaten Tuberkulose-Klinik Deutschlands. 1966 wurde er in Bautzen zu lebenslänglicher Haft verurteilt. Vierzehn Monate später starb er an einem Herzinfarkt.

Nach anfänglich starkem Widerstand wurde die Schule am Bullenhusen Damm schließlich doch zur Gedenkstätte für die ermordeten Kinder. Heute ist sie unter dem Namen „Janusz Korczak Schule“ bekannt, nach dem jüdischen Arzt, der ein Waisenheim in Warschau leitete und zusammen mit den Waisen im August 1942 in Treblinka ermordet wurde.

Literatur:

Gunther Schwarberg, The Murders at Bullenhusen Damm. The SS Doctor and the Children (Indiana University Press, 1980).

Frage:

Ist es ethisch vertretbar, sich als Arzt an Folter zu beteiligen?

Diskussion:

Während der NS-Zeit traten oft rassistische Ideologien aber auch politische, wirtschaftliche und militärische Zweckdienlichkeiten an die Stelle der medizinischen Ethik. Das Weltbild der Nazis legitimierte Folter und die Vernichtung kranker, geistig zurückgebliebener aber auch gesunder Menschen. Sowohl die Begründung der Folter als auch deren Methoden wurden oft von Ärzten erarbeitet. Manche Ärzte beteiligten sich auch aktiv an der Folter. Dies wird insbesondere anhand der unmenschlichen Medizinversuche der Nazis klar, in deren Verlauf Tausende Opfer verstümmelt und getötet wurden.

Während die von Nazis vor mehr als einem halben Jahrhundert begangenen Gräueltaten wohl die bekanntesten Menschenrechtsverletzungen im globalen Bewusstsein darstellen, werden Folter und andere inhumane Taten heute noch verübt. Folter wird heute noch in vielen Ländern gerechtfertigt und begangen und galt im globalen „Krieg gegen Terror“ als notwendiges Übel. Obwohl es nur schwer vorstellbar ist, wie Ärzte mit Folter in Verbindung stehen, ist gut dokumentiert, dass Ärzte mancherorts auch heute noch an Folter beteiligt sind. ÄrztInnen sind dazu ausgebildet, Leiden zu

minimieren und Leben zu retten. Folter jedoch bedeutet das absichtliche Zufügen von Leid, manchmal bis zum Tod. Wie können wir die Beteiligung von Ärztinnen an Folter rechtfertigen?

Ärzte kamen auf vielerlei Weise mit Folter in Kontakt. Folteropfer benötigen oft medizinische Zuwendung, ob im Gefängnis, in Untersuchungshaftanstalten oder im Krankenhaus. So stehen Ärzte bei der Entdeckung von Folter oft an vorderster Front, da sie es sind, die die Opfer als erste untersuchen. Folterer suchen manchmal Hilfe und Rat bei Ärzten. Berichte aus verschiedenen Ländern deuten darauf hin, dass Ärzte bei der Folterung anwesend waren und bisweilen auch als medizinische Berater oder Überwacher der Folter fungierten. Ärzte nutzen auch ihr Wissen um die Gefolterten während des Vorgangs zu behandeln, um diese am Leben zu erhalten oder wiederzubeleben. In anderen Fällen wurden Ärzte gerufen, um nach der Folter medizinische Protokolle zu erstellen und in einigen Fällen auch, um gefälschte oder unrichtige Aufzeichnungen zu erstellen.

Folter findet üblicherweise im Gefängnis, in der U-Haft und in militärischen Institutionen statt. Gefängnis-, Polizei- und Militärärzte sind daher am ehesten mit Fällen von Folter konfrontiert. Sie fallen ihr auch am ehesten zum Opfer.

Es kann viele Gründe geben, warum Ärzte mit Folter zu tun haben, etwa Loyalität am Arbeitsplatz, Gewaltandrohung, religiöse, ideologische oder nationale Überzeugungen, und in einigen Fällen vielleicht auch Sadismus. Ethische Fragen in der Medizin sind selten nur Schwarz oder Weiß, mit Richtig oder Falsch zu beantworten, im Falle der Folter jedoch stehen wir nahe an der Gewissheit. Die Beteiligung von Ärztinnen an der Folter, egal in welcher Form oder bis zu welchem Grad, ist stets mit medizinischer Ethik unvereinbar. Dessen sind sich alle internationalen und regionalen Menschenrechtsstandards sicher.

Es gibt Belege dafür, dass die meisten Ärzte konsequent versuchen, stets zum Wohle ihrer Patientinnen zu handeln. Sie finden Folter abscheulich und wollen in keinsten Weise daran mitwirken oder irgendwie beteiligt sein. Dennoch und trotz dieser Beweggründe und Bedenken (siehe oben) können Ärzte in Umstände gelangen, wo sie gezwungen sind, in einer Art und Weise zu handeln, die den Grundsätzen der medizinischen Ethik entgegensteht.

Jeder Arzt sollte sich weigern, an Folter mitzuwirken. Es ist jedoch anzuerkennen, dass die Belastung durch die Weigerung in äußerst stressigen Situationen und Umständen dem Einzelnen eine schwierige Entscheidung auferlegen kann. Die Weigerung der

Ärztin, sich an Folter zu beteiligen, fiel unermesslich leichter, wenn das kollektive Gewicht der Medizin- und Rechtsberufe hinter dieser Weigerung stünde.

11. Mitwirkung von Ärzten am Genozid

Fallstudie:

Irmfried Georg Rolf Eberl wurde 1910 im österreichischen Bregenz geboren. Er begann in Innsbruck mit dem Studium der Medizin und trat 1931 der NSDAP bei. Nach dem Studienabschluss zog er nach Dessau in Deutschland, wo er als Leiter des Amtes für Volkswohlfahrt tätig war. 1939 wurde Dr. Eberl trotz eingeschränkter Psychiatrie-Kenntnisse zum Leiter der Anstalt in Brandenburg ernannt, ein Gefängnis, das zum ersten T4-„Euthanasie“-Zentrum wurde.

In seiner Brandenburger Zeit war Dr. Eberl für die Organisation und Durchführung der „Euthanasie“ an seinen geisteskranken Patienten verantwortlich. Danach wurde er zum Leiter der psychiatrischen Klinik in Bernburg berufen, wo er wieder mit dem Aufbau eines „Euthanasie“-Programms betraut war, auch mit der Tötung durch Vergasung. Dr. Eberl spielte auch eine wichtige Rolle bei der Geheimhaltung des Programms, etwa durch Fälschung von Sterbeurkunden. Im Verlauf des „Euthanasie“-Programms Aktion T4 wurden in Brandenburg 9.772 Patienten und in Bernburg 8.601 Patienten unter dem Vorwand der „Euthanasie“ getötet. Insgesamt fielen der 18 Monate dauernden Aktion (1939-1941) 70.273 Menschen zum Opfer.

Im April 1942 wurde Dr. Eberl mit der Bauaufsicht für Treblinka betraut, ein Todeslager, das eigens für den Massenmord an Juden errichtet wurde. Am 23. Juli 1942 traf dort der erste Judentransport aus dem Warschauer Ghetto ein, gefolgt von täglichen Waggonladungen Hunderttausender argloser Opfer. Gegen Ende August 1942 wurde Dr. Eberl seiner Pflichten in Treblinka enthoben, da ihm, obwohl er eine Sterbekartei über die Anzahl an ermordeten Menschen führte, vorgeworfen wurde, dass er bei der Beseitigung der Leichen administrativ ineffizient arbeite.

Schätzungen zufolge wurden in den sechs Wochen, als Treblinka Dr. Eberl unterstand, 280.000 Menschen ermordet. Von Juli 1942 bis November 1943 wurden im Todeslager Treblinka zwischen 870.000 und 925.000 Menschen getötet. 1944 ging Dr. Eberl zur Wehrmacht, wo er für den Rest des Krieges verblieb. Er wurde im Januar 1948 festgenommen und erhängte sich am 15. Februar 1948 in seiner Zelle.

Literatur:

1. Rael Strous, Dr. Irmfried Eberl (1910–1948): Mass Murdering MD. *IMAJ*, VOL 11, April (2009).

2. Yitzak Arad, Belzec, Sobibor, Treblinka: The Operation Reinhard Death Camps (Indiana University Press, 1987).

Hintergrund:

Die Aktion T4, das erste NS-Massenermordungsprogramm zielte auf deutsche Bürger ab, darunter geistig Behinderte und Erbkrankte, die alle als „unwertes Leben“ und wirtschaftliche Belastung für den Staat galten. Dieses „Euthanasie“-Programm begann mit dem Aufbau des Organisationspersonals und der Organisationsprotokolle sowie der bürokratischen und wissenschaftlichen Mechanismen für den effizienten Massenmord.

Einige Ärzte und Techniker, die mit der Tötung psychiatrischer Patienten bereits Erfahrung hatten, wurden später in die Vernichtungslager, hauptsächlich nach Polen, geschickt, um dort den Genozid an Juden und Roma zu überwachen und durchzuführen. Zu diesen Lagern zählten etwa Chelmno, Belzec, Treblinka, Madjanek und Auschwitz.

Die Mitwirkung von Ärzten am Genozid konnte mehrere Formen annehmen. Einige Ärzte, so etwa Dr. Imfried Eberl, wurden mit der Errichtung, Organisation und dem Betrieb der Vernichtungsanlagen beauftragt. In anderen Fällen dienten Ärzte neben Chemikern und anderen Wissenschaftlern und Technikern als Berater, um die spezialisierten Tötungsmethoden – ob Injektion, Nahrungsentzug oder Vergasung – zu überwachen und zu perfektionieren.

Ärzte bestimmten über „die Wahl zwischen Leben und Tod“ der Gefangenen, sowohl bei der Ankunft im Lager als auch später, nachdem die Gefangenen bereits ein paar Tage, Wochen, Monate oder in einigen Fällen sogar Jahre im Lager verbracht hatten. Ärzte entschieden, welcher Häftling arbeitstauglich war und wer in die Gaskammern geschickt wurde. Ärzte erteilten Ratschläge, wie das Auswahlverfahren reibungslos abzuwickeln sei. Ärzte wurden konsultiert, wenn es um den effizienten Betrieb der Krematorien ging, sie bestimmten die fingierten Todesursachen der Opfer und waren für die Fälschung der Sterbeurkunden verantwortlich. In vielen Fällen verabreichten NS-Ärzte letale Injektionen oder instruierten das Pflegepersonal, die Tötung durchzuführen. Ärzte waren für die Initiierung und Umsetzung der barbarischen, grausamen und unethischen Menschenversuche verantwortlich.

Ärzte waren auch an der eigentlichen Ermordung beteiligt, vom berechneten Beginn bis zur post-mortem Untersuchung einiger Opfer.

Literatur:

1. Robert J. Lifton, *The Nazi Doctors. Medical Killing and the Psychology of Genocide* (Basic Books, 2000).
2. Robert N. Proctor, *Racial hygiene: Medicine under the Nazis* (Harvard University Press, 1988).

Frage:

Haben Ärzte in staatlich-unterstützten Tötungsaktionen jemals einen Platz?

Diskussion:

Wie vereinbaren Ärzte ihren hippokratischen Eid mit dem Auftrag zum Genozid? Wie viele andere Berufsgruppen auch sind Ärzte gleichzeitig Mitglieder einer Gesellschaft und hängen vom vorherrschenden moralischen Code und dem gesellschaftlichen Klima ab. Ärztinnen sind jedoch ebenfalls dafür ausgebildet, ihrem Berufsethos entsprechend zu handeln und Dienst zu leisten. In den meisten Gesellschaften gelten Ärzte als Beamte; ihnen wird auch von den meisten Menschen der Community oder der ganzen Nation Respekt und Vertrauen entgegengebracht. Manchmal versuchen politische Behörden, Ärzte für die Bereitstellung eines legitimierenden Rahmens für staatliche Aktionen einzuspannen. Wenn ein Staat eine Exklusions-Politik des übertriebenen Nationalismus schafft, können alle Staatsbürgerinnen, eben auch die Ärztinnen, sich selbst auf beiden Seiten der Trennlinie wiederfinden. In solchen Zeiten können Ärzte in eine Situation beruflicher und ethischer Doppelbödigkeit abrutschen. Wem sind sie verpflichtet – ihren Patientinnen oder dem Staat? Ob als freiwillig Mitwirkende oder widerstrebende Mittäter waren Ärzte in die Planung und Umsetzung von Massenmord in vielen Ländern verstrickt.

1915 führten einige osmanisch-türkische Ärzte Medizinversuche durch, wirkten an Massendeportationen mit und förderten eine genozidale Ideologie, durch die weite Teile der armenischen Bevölkerung zu Tode kamen. Keine zwei Jahrzehnte später begingen Ärzte in NS-Deutschland ebensolche Gräueltaten in einem System, das mit dem Holocaust seinen Höhepunkt fand. Ein Blutbad wurde angerichtet, als Hutu-Ärzte sich während des Genozids in Ruanda gegen Tutsi-Patientinnen wendeten. In ähnlicher Weise klagte ein internationales Tribunal serbische Ärzte der Kriegsverbrechen an, so

etwa für deren Rolle bei ethnischen Säuberungen in Bosnien und im Kosovo. Dies sind nur einige Beispiele von Ärzten, die an Fällen von Genozid beteiligt waren.

Selbst in Situationen, die nicht notwendigerweise als Genozid im großen Maßstab angelegt waren, haben Ärztinnen ihre medizinische Expertise zur Verfügung gestellt, im Bestreben „unerwünschte“ Teile der Bevölkerung zu entfernen oder einzuschränken. So waren etwa Mitglieder von Gesundheitsberufen in Argentinien, Bolivien, Chile, dem Irak und anderswo an der Folterung und am Tod von Dissidenten und Staatsfeinden beteiligt. Ein weiteres Beispiel für die Verstrickung von Ärzten in staatlich geförderte Tötungen wären Exekutionen, etwa auch in den USA.

Zahlreiche Theorien bzw. Sichtweisen versuchen zu erklären, wie Ärzte Programme rechtfertigen und mittragen, die ihrer Rolle als Heilende so sehr zuwiderlaufen. Eine Theorie wäre, dass Ärzte den Weg der medizinischen Ethik nicht verlassen, um eugenische oder genozidale Politiken zu verfolgen, sondern diese Ethik eher uminterpretieren, sodass sie mit der jeweils vorherrschenden und dominierenden politischen Agenda der jeweiligen Zeit übereinstimmt.

Eine zweite Theorie spricht für die Idee der Mitwirkung über die „slippery slope“ (Salamitaktik), wobei Überschreitungen der medizinischen, ethischen und gesellschaftlichen Moralvorstellungen in kleinem Maßstab beginnen, jedoch Schritt für Schritt erweitert werden und letztlich außer Kontrolle geraten.

Eine dritte Theorie argumentiert damit, dass Ärzte mitwirken, weil sie sich nicht heraushalten können, ohne schwerwiegende persönliche, berufliche oder körperliche Schäden davonzutragen.

Eine letzte Theorie wäre, dass einige Ärztinnen von sich aus bestrebt sind, am Völkermord oder an Eugenikprogrammen mitzuwirken mit Begründungen, die vom opportunistischen Wunsch nach persönlicher oder beruflicher Bereicherung bis hin zu einer tief verwurzelten Überzeugung hinsichtlich der Vernichtungsideologie reichen, wie sie von der politischen Macht und Autorität vertreten wird.

Es scheint daher nur angebracht zu überlegen, ob Ärzte bzw. Pflegepersonal bei der Mitwirkung an staatlich geförderten Tötungen überhaupt einen Platz haben. Der Weltärztebund WMA tritt für eine konsequente Ethik ein, die nicht zwischen Krieg und Frieden differenziert. Deren Richtlinien zufolge hat die medizinische Ethik in Zeiten bewaffneter Konflikte ebenso auszusehen wie in Friedenszeiten. Die oberste Verpflichtung eines Arztes gilt den Patienten; in der Ausübung ihrer beruflichen

Aufgaben sollte das Gewissen der praktizierenden Ärztin sowie die langjährige Tradition der Ethik in der Medizin als Leitlinie gelten.

Es besteht kein Zweifel daran, dass die Handlungen von Irmfried Eberl und anderer Ärzte unter dem NS-Regime unethisch waren, als sie im Namen des Staates töteten. Einige ihrer Verteidigungsstrategien waren: 1) Sie hätten nur Befehle ausgeführt; 2) Euthanasie erlöste Menschen von ihrem Leiden; 3) Sie heilten das Volk, indem sie ungesunde Teile daraus entfernten. Einige wurden für ihre Verbrechen verurteilt und bestraft. Einige, wie Irmfried Eberl, begingen lieber Selbstmord, als sich den Gerichten zu stellen. Die meisten NS-Ärzte-Täter lebten ihr Leben nach dem Krieg einfach normal weiter, ohne den Preis für ihr Handeln zu bezahlen.

12. Die Ethik der Pharmafirmen in der medizinischen Forschung

Fallstudie:

SS-Hauptsturmführer Dr. Helmuth Vetter, geboren 1910 in Rastenberg, Thüringen, war mehrere Jahre bei der Pharmafirma Bayer Gruppe WII der IG Farben Industrie Leverkusen als Verkäufer und Pharmareferent beschäftigt. Im Rahmen seiner Tätigkeit fuhr er auch Auschwitz, Mauthausen und andere Lager an, um Medizinversuche zu administrieren, die mit Medikamenten an den Lagerinsassen durchgeführt wurden. Von 1942 bis 1944 pendelte Vetter zwischen Auschwitz und Mauthausen, um klinische Versuche bezüglich der Wirkung von Bayer-Produkten auf Krankheiten wie Typhus, Fleckfieber, Paratyphus, Diarrhöe, Tuberkulose, Rotlauf und Scharlach zu überwachen.

Um Probandinnen für seine Forschung zu bekommen, wählte Vetter Insassen aus, die an spezifischen Krankheiten litten. Die Lagerinsassen wurden aufgrund verschiedener Kriterien ausgewählt, einschließlich der Kontrollgruppen, die verschiedene Stadien des Krankheitsverlaufs repräsentierten. Den Häftlingsprobanden wurden vorgeschriebene Dosen verabreicht, um die Toxizität und Wirkung der Präparate zu testen. In Auschwitz allein zog Vetter zwischen 150 und 250 Häftlingspatientinnen für diese Versuche heran. In jedem Fall wurden detaillierte Krankengeschichten und Resultate dokumentiert. Von den Versuchspersonen wurde weder eine Zustimmung eingeholt noch abgegeben.

Diese pharmakologischen Experimente dienten nicht dazu, den Patientinnen zu helfen. Beabsichtigt war nur, zu beobachten und die Reaktionen, welche die Medikamente bei den Patienten hervorriefen, aufzuzeichnen. Auch wenn die Medikamente offensichtlich toxisch waren, extrem schmerzhaft Zustände verursachten und keine therapeutischen Effekte hatten, wurden die Versuche weitergeführt, um wissenschaftliche Daten für die Pharmafirma zu sammeln. Diese Daten sollten dazu dienen, neue Medikamente derselben Firma herzustellen, zu produzieren und zu verkaufen. Ein hoher Anteil der Häftlingspatientinnen starb an den Versuchen.

Dr. Helmut Vetter wurde 1947 als Kriegsverbrecher verurteilt. Er wurde 1949 hingerichtet.

Hintergrund:

Die IG Farben, zur damaligen Zeit die größte Chemiefirma der Welt, war ein mächtiges deutsches Kartell bestehend aus BASF, Bayer, Hoechst und anderen deutschen Chemie- und Pharmafirmen. Die IG Farben, der größte Einzelspender der Wahlkampagne für Adolf Hitler, spendete Hitler und der NSDAP 400.000 Mark kurz bevor er Kanzler wurde. Durch die Unterstützung der NS-Kriegsmaschinerie wurde die IG Farben mit ihren Tochterfirmen zu einem der größten Profiteure des Krieges.

Einige der Pharma-Abteilungen des IG Farben-Kartells zogen Gefangene für Menschenversuche heran, um neue und aufkommende Medikamente und Impfungen zu testen. Das Gas Zyklon B, welches zuerst als Pestizid und später als Vergasungsmethode für die Ermordung von Millionen Menschen diente, stammte aus einer der Tochterfirmen des IG Farben-Konzerns, der *Deutschen Gesellschaft für Schädlingsbekämpfung* (Degesch).

In Auschwitz zahlte Bayer Leverkusen, eine weitere Konzerntochter, für 150 weibliche Häftlinge, die zu Versuchszwecken herangezogen wurden. Die Korrespondenz zwischen dem Lagerkommandanten von Auschwitz und der Firma Bayer brachte folgendes ans Licht:

„Im Hinblick auf die geplanten Versuche mit einem neuen Schlafmittel würden wir es begrüßen, wenn sie uns einige Insassen zur Verfügung stellen könnten ... Wir bestätigen ihre Antwort, meinen jedoch, dass der Preis von 200 RM pro Frau zu hoch ist. Wir schlagen nicht mehr als 170 RM pro Frau vor. Wenn dies für Sie akzeptabel ist, gehen die Frauen in unseren Besitz über. Wir würden etwa 150 Frauen benötigen ... Wir bestätigen Ihre Freigabe des Vertrags. Bitte bereiten Sie für uns 150 Frauen im bestmöglichen Gesundheitszustand vor. ... Bestellung über 150 Frauen erhalten. Trotz ihrer geschwächten Verfassung wurden sie als zufriedenstellend beurteilt. Wir halten Sie über die Entwicklungen hinsichtlich der Versuche am laufenden ... Die Versuche wurden durchgeführt. Alle Versuchspersonen starben. Wir werden Sie in Kürze wegen einer neuerlichen Sendung kontaktieren.“

Ein ehemaliger Auschwitz-Insasse machte folgende Aussage über diese Menschenversuche der Firma Bayer:

„Es gab eine große Tuberkulose-Station in Block 20. Die Firma Bayer schickte Medikamente in unbeschrifteten Ampullen ohne Namen. Diese wurden den Tuberkulose-Kranken injiziert. Diese unglücklichen Menschen wurden nicht in der Gaskammer getötet. Man musste nur warten, bis sie starben, was nicht lange dauerte

... 150 jüdische Frauen, die von Bayer vom Lageraufseher gekauft worden waren ..., dienten Versuchen mit unbekannten Hormonpräparaten.“

Im Mai 1943 lobten zwei einflussreiche NS-Ärzte, Karl Gebhart und Fritz Fischer, die Militärmedizinakademie in Berlin für Finanzförderung der neuen Medikamente, die von der Pharmagruppe Bayer des IG Farben Konzerns produziert wurden. Die Ärzte berichteten über die Studien, die Dr. Helmuth Vetter an 200 weiblichen Insassen von Auschwitz durchgeführt hatte. Ihr Bericht zeigte, wie Vetter Gas oder Bakterien in die Lunge der Frauen gespritzt hatte, wodurch sie an einem Lungenödem starben. Ihre Präsentation, die im KZ Ravensbrück stattfand, wurde publiziert und die Versuchsergebnisse an die deutsche Ärzteschaft weitergereicht.

Der SS-Arzt Dr. Waldemar Hoven in Buchenwald, einer der Beklagten im Nürnberger Ärzteprozess des Jahres 1947, bezeugte die Rolle der IG Farben bei den Menschenversuchen, die in Konzentrationslagern durchgeführt wurden:

„Es sollte allgemein bekannt sein, und insbesondere in wissenschaftlichen Kreisen Deutschlands, dass die SS keine nennenswerten Wissenschaftler zu ihrer Verfügung hatte. Es ist klar, dass die Experimente in den Konzentrationslagern mit IG Präparaten nur im Interesse der IG stattfanden, die mit allen Mitteln danach strebte, die Wirkung dieser Präparate zu ermitteln. Sie ließen die SS sozusagen die Drecksarbeit in den KZs machen. Es war nicht Absicht der IG, etwas davon an die Öffentlichkeit zu bringen, sondern Experimente eher zu vertuschen, sodass sie die Gewinne einstreifen konnten. Nicht die SS, sondern die IG ergriff die Initiative für die KZ-Experimente.“

Neben ihrer Rolle bei den Menschenversuchen und der Herstellung von Zyklon B zog die IG Farben zehntausende Insassen zur Zwangsarbeit heran, um das Lager Buna-Monowitz in Auschwitz zu bauen und darin zu arbeiten. Zwangsarbeiterinnen mussten insbesondere synthetischen Gummi und Treibstoffe herstellen, was einen Großteil der Kriegsaktivitäten des Kartells ausmachte.

1946 stellte ein amerikanisches Militärtribunal dreiundzwanzig führende Ärzte und Verwaltungsbeamte wegen ihrer bereitwilligen Mitwirkung an Kriegsverbrechen und Verbrechen gegen die Menschlichkeit vor Gericht. Angeklagt waren unter anderem deutsche Ärzte, die an tausenden KZ-Insassinnen ohne deren Zustimmung Medizinversuche durchgeführt hatten. Die meisten Versuchspersonen starben daran oder wurden zum Krüppel gemacht. Ein unmittelbares Ergebnis des Prozesses war der Nürnberger Kodex aus dem Jahr 1948, in dem es heißt:

„Die freiwillige Zustimmung der menschlichen Versuchsperson ist absolut erforderlich.“

Der Kodex stellt klar und deutlich fest, dass Versuchspersonen ihre Zustimmung erteilen müssen, und dass der Nutzen der Forschung größer sein muss als die Risiken. Wenn er auch keine Gesetzeskraft hatte, war der Nürnberger Kodex das erste internationale Dokument zum Thema Menschenversuche, das für freiwillige Teilnahme und informierte Zustimmung eintrat. (Siehe Anhang 1)

Im August 1947 wurden vierundzwanzig Führungskräfte der IG Farben wegen Kriegsverbrechen angeklagt, unter anderem wegen Plünderung, Raub, Sklaverei und Mord. Der IG Farben-Prozess führte zur Verurteilung von dreizehn Führungskräften. Elf Beklagte wurden freigesprochen. Aufgrund politischer Veränderungen nach dem Krieg hatten viele der verurteilten Manager nur geringe Haftstrafen zu verbüßen.

1951 wurde das Kartell in mehrere große Firmen zerschlagen, darunter Bayer, Hoechst, BASF und andere. Mitte der 1970er Jahre zählten diese drei Firmen bereits wieder zu den größten Unternehmen der Welt.

1964 legte die WMA Empfehlungen für Ärztinnen in der biomedizinischen Forschung mit menschlichen Probanden fest, die als die Deklaration von Helsinki bekannt sind. Die Deklaration regelt internationale Forschungsethik und definiert Regeln für die „Forschung in Kombination mit klinischer Pflege“ sowie die „nicht-therapeutische Forschung“. Die Deklaration von Helsinki wurde 1975, 1983, 1989, 1996, 2000, 2002, 2004 und 2008 (zuletzt 2014) revidiert und gilt heute als das ultimative Dokument für die Durchführung klinischer Studien. (Siehe Anhang 4)

Literatur:

1. Robert J. Lifton, The Nazi Doctors. Medical Killing and the Psychology of Genocide (Basic Books, 1986).
2. Naomi Baumslag, Murderous Medicine. Nazi Doctors, Human Experimentation, and Typhus (Praeger Press, 2005).
3. Diamuid Jeffreys, Hell's Cartel: IG Farben and the Making of Hitler's War Machine (Metropolitan Books, 2008).

Frage:

Welche ethischen Fragen stellen sich, sobald Pharmafirmen in medizinische Studien involviert sind?

Diskussion:

Der Fall IG Farben zeigt, wie Pharmafirmen in der Vergangenheit sämtliche ethischen Grundsätze über Bord warfen und ohne Rücksicht auf die beteiligten Patientinnen Forschung betrieben.

Die pharmazeutische Forschung spielt auch heute noch eine große Rolle in der Medizin, und mehr und mehr werden Ärzte und Gesundheitsorganisation eingeladen, Partnerinnen der medizinischen Forschung zu werden, die von der Industrie finanziert wird. Die Kosten medizinischer Studien sind enorm, und so ist man oft auf die finanzielle Unterstützung durch Pharmafirmen angewiesen.

Einer der entsprechenden Konflikte in der Partnerschaft zwischen Arzt und Pharmaindustrie ist, potentiell zum verlängerten Arm der Industrie zu werden, auf Kosten der Patientinnen. Vor dem Hintergrund dieser wirtschaftlichen Realität arbeiten Ärztinnen, Krankenhäuser und renommierte Forschungsinstitute mit der Pharmaindustrie und anderen Unternehmen zusammen, um die Medizin voranzubringen, jedoch auch um Profite zu maximieren.

Forschungsethik betrifft alle, die in die medizinische Forschung involviert sind, ob als Einzelforscher oder Pharmafirma. Ziel sollte das Patientenwohl sein. Jedoch ändert die von der Industrie finanzierte Forschung grundlegend nicht nur die Arzt-Patienten-Beziehung, sondern auch die ethischen Bedenken der klinischen Forscherinnen. Pharmafirmen sind typischerweise auf Profit konzentriert, sowie auf die Erhöhung von Aktienpreisen und Marktanteilen. Tatsächlich ist es so, dass Unternehmen ihren Aktionärinnen verpflichtet sind, auf höhere Marktanteile und Aktienpreise hinzuarbeiten. Diese Herangehensweise kann Unternehmen durchaus dazu verleiten, neue medizinische Behandlungen zu verfolgen, welche wenig oder gar kein Potential haben, die Gesundheit und das Wohlergehen von Patienten zu verbessern.

Um Zugang zu Patienten und Ärztinnen für die Forschung zu bekommen, bezahlt die Industrie oft Ärzte als Konsulenten oder gewährt ihnen entweder monetäre oder andere Vorteile (Konferenzen, gratis Reisen, Kost&Logis, Geschäftskontakte, Jobs für Familienmitglieder etc.). Ärzte, die von einer Industrie bezahlt werden oder andere Vergünstigungen erhalten, haben eher Interessenskonflikte zwischen ihrem Verhältnis mit der Industrie vs. ihrer Verantwortung für und die Versorgung der Patienten. Dieses Verhältnis kann auch die Forschungsziele und –ergebnisse von Ärzten oder Wissenschaftlinnen negativ beeinflussen. Es erzeugt auch eine höhere Wahrscheinlichkeit, Beurteilungen in einer Art und Weise zu berühren oder zu

verzerren, die mit einer angemessenen Behandlung der Patientinnen im Widerspruch steht, aber auch mit dem Schutz der Studienteilnehmer.

Manchmal gewährt die Medikamentenbranche auch finanzielle Anreize und Zahlungen an Patienten. Obwohl die Praxis Studienteilnehmerinnen zu bezahlen weit verbreitet ist, kann ihre Angemessenheit insofern hinterfragt werden, als sie den ethischen Schutz einer freien und informierten Zustimmung potentiell untergräbt.

Ethische Regelungen für die Involvierung der Pharmazie in klinische Versuche gibt es in vielen Ländern und in unterschiedlichen Ausformungen. Einige Ärzteverbände haben strikte ethische Richtlinien für das Verhältnis zwischen Ärzten und Pharmafirmen erlassen, um die verschiedenen Interessen in Einklang zu bringen und gleichzeitig höchstmögliche Transparenz und Integrität für alle Beteiligten zu wahren. Diese Verbindung zwischen Ärztinnen einerseits und Pharmafirmen andererseits ist komplex, und es braucht komplexe und strenge Kodizes für ethisches Verhalten, die auch überwacht werden müssen. Es ist unabdingbar, dass Ärzte sich von jedwedem Verhältnis freimachen, das dem Arzt-Patienten-Verhältnis schaden könnte.

13. Medizinisches Gewissen und Whistle-Blowing

Fallstudie:

Am 15. August 1940 wurde Gottfried Ewald, Professor der Psychiatrie und Direktor des Staatskrankenhauses Göttingen, nach Berlin eingeladen und gebeten, das geheime NS-Projekt „Erwachseneneuthanasie Aktion T4“ zu leiten. Die angebotene Position erforderte zu beurteilen, ob bestimmte Patienten von medizinischem Personal getötet werden sollten. Im Kreise anderer hochrangiger Ärzte und Führungskräfte im Projekt weigerte sich Dr. Ewald mitzumachen, indem er sich auf sein „medizinisches Gewissen“ und eine „innere Notwendigkeit“ berief, woraufhin er die Besprechung verlassen musste. Ewald sagte dazu:

„Grundsätzlich würde ich mich nicht dazu hergeben, Patienten, die mir anvertraut sind, umzubringen.“

Er wies auch darauf hin, dass Schizophrenien „nicht so leer und hoffnungslos“ seien, wie immer behauptet wurde und dass sie von neuen Therapieformen, die damals gerade erst entwickelt wurden, profitieren könnten.

Daraufhin schrieb Dr. Ewald einen Protestbrief an den Dekan seiner Fakultät an der Universität Göttingen und auch an andere hochrangige NS-Medizinführer in Berlin, in dem er seiner Abneigung gegen staatlich finanzierte „Euthanasie“ Ausdruck verlieh. Er argumentierte, dass Euthanasie laut Definition ein „höheres medizinisches und allgemeines Ziel“ für Patienten war, die bereits sterbenskrank waren und einen Gnadentod herbeisehnten. Er betonte, dass die Familienbande zwischen Eltern und Kind und anderen geistig behinderten Angehörigen stets Respekt und Würde verdiene, und dass das „Euthanasie“-Programm der Nazis für ihn inakzeptabel sei.

„Ich kann keinen Beruf erwähnen, dessen tägliches Geschäft es ist, eine kranke Person aufgrund dieser Krankheit zu beseitigen, nachdem diese Person oder deren Verwandte sich vertrauensvoll um Hilfe an mich gewandt haben.“

Trotz seiner Angst vor Repressalien war ihm nichts geschehen.

Literatur:

Robert J. Lifton, The Nazi Doctors: Medical Killing and the Psychology of Genocide (Basic Books, 1986).

Hintergrund:

Der berufliche Status der Ärzte stellte für deren Beteiligung an NS-Verbrechen kein Hindernis dar und zahlreiche Ärzte demonstrierten ein tiefes Bekenntnis zu den Gräueln. Viele Ärzte halfen dabei, ein System der Identifizierung, Verständigung, Verlegung und Tötung hunderttausender Geisteskranker sowie „rassisch und kognitiv beeinträchtigter“ Personen in zentralisierten psychiatrischen Krankenhäusern, Gefängnissen und Vernichtungslagern aufzubauen.

Die Rolle des Arztes war zentral und für den Erfolg der NS-Politiken und –Pläne außerordentlich wichtig. Psychiater halfen neben vielen anderen Ärzten mit, die ideologischen Medizinpraktiken des Regimes zu ermöglichen. Nur sehr wenige Ärzte leisteten Widerstand oder drückten auch nur ihr Missfallen gegenüber den NS-Zielen oder –Methoden aus.

Mehr als die Hälfte der deutschen Ärzte waren Mitglieder der NSDAP. Ärzte spielten eine herausragende, zentrale Rolle bei der Sterilisation und den „Euthanasie“-Programmen. Ärzte saßen in Planungsgremien für beide Prozesse und lieferten allem Anschein nach den theoretischen Unterbau. Ärzte meldeten ihre Patienten an die Behörden weiter, koordinierten ihre Verlegung aus ganz Deutschland in Gaskammern der Tötungsanstalten und ermöglichten deren Tötung. Schließlich waren es auch Ärzte, die die Todesursachen und –zeitpunkte auf den Urkunden fälschten, die den nächsten Angehörigen zugeschickt wurden.

Ein Großteil dieses Prozesses fand statt, bevor der Plan die Juden, Roma, Homosexuelle und andere Gruppen in Europa auszulöschen, entstand. Hitler erteilte nie den Befehl, Patientinnen mit Geisteskrankheiten umzubringen. Er erlaubte es nur in einem Schreiben vom Oktober 1939, das auf 1. September 1939 rückdatiert wurde. Ärztinnen wurde daher niemals befohlen, dieses Vorgehen zu ermöglichen oder Geisteskranke zu ermorden, sie wurden eher ermächtigt dies zu tun. Diese Aktivität, die in psychiatrischen Anstalten erfolgte, stellte die Verbindung zwischen „Euthanasie“ und der Vernichtung von Juden und anderen „Unerwünschten“ im großen Maßstab dar, dessen, was wir heute als den Holocaust bezeichnen.

Dr. Leo Alexander, der wichtigste medizinische Berater beim Nürnberger Ärzteprozess von 1946, stellte das Handeln deutschen Gesundheitspersonals jenem von Ärzten in den Niederlanden unter deutscher Besatzung gegenüber, die sich weigerten, den ersten kleinen Schritt in Richtung Genozid zu machen. Im Dezember 1944 erging von den NS-Behörden an alle niederländischen Ärzte folgende Order:

„Es ist die Pflicht des Arztes Personen, die seiner Fürsorge anvertraut sind, mit Rat und Tat, bewusst und nach besten Kräften bei der Erhaltung, Verbesserung und Wiederherstellung ihrer Vitalität, physischen Effizienz und Gesundheit zur Seite zu stehen. Die Erfüllung dieser Pflicht ist eine öffentliche Aufgabe.“

Diese Aussage könnte beim ersten Lesen unbedenklich und harmlos erscheinen. Die holländische Ärzteschaft, die sich des NS-Vernichtungssystems bewusst war, erkannte jedoch, dass diese Anordnung als Grundlage für den Erlass neuer Standards in der Gesundheitsversorgung dienen könnte. Diese Standards würden in erster Linie auf die Rückkehr der Patienten in die Produktivität für den Staat abzielen, und nicht auf eine mitfühlende Behandlung und das Lindern von Leid. In diesem Kontext würden Patienten und Ärztinnen folglich dem Staat und seinen Interessen des Machterhalts sowie der Koordination der Gesellschaft und der Maximierung wirtschaftlicher Effizienz und Utilität nachgeordnet sein.

Die niederländischen Ärzte weigerten sich einhellig, diese Order zu befolgen. Als die Nazis drohten, Ärzten die nicht kooperieren wollten, die Zulassung zu entziehen, gaben die niederländischen Ärztinnen ihre Zulassungen zurück und schlossen ihre Praxen, machten aber für die Patientinnen auf privater Ebene weiter. Die Nazis inhaftierten dann 100 niederländische Ärzte und schickten sie ins KZ. Das Ergebnis war, dass kein holländischer Arzt an einer Tötung mitwirkte, und die NS-Pläne für medizinische Tötungen in den Niederlanden nicht ausgeführt wurden.

Dr. Gottfried Ewald war einer der wenigen deutschen Ärzte, die sich öffentlich gegen die „Euthanasie“ geistig Behinderter stellte. Er tat dies nicht als Gegner der Nationalsozialisten, sondern als deren Unterstützer. Er unterstützte die NSDAP, wurde aber nicht als Mitglied aufgenommen, vermutlich weil er nur einen Arm hatte, der andere war ihm nach einer Verletzung im 1. Weltkrieg amputiert worden. Er wurde so daran gehindert, aktiv in der SA zu dienen. Ewalds hauptsächliche Begründung war, dass das „Euthanasie“-Programm seinem persönlichen Gewissen und seiner beruflichen Verantwortung als fürsorglicher, leidenschaftlicher Arzt zuwiderlaufe. Er war auch der Meinung, dass das NS-„Euthanasie“-Programm das Vertrauen der Patienten und deren Angehörigen in die Ärzte grob schädigen könnte.

Nur wenige andere Ärzte weigerten sich wie Ewald an den Tötungen mitzuwirken, einer davon war Dr. Friedrich Hölzel, Arzt in Eglfind-Haar. In einem Schreiben an den Direktor der Anstalt teilte er mit:

„Das erinnert mich an den Unterschied zwischen einem Richter und einem Henker. Daher, trotz intellektueller Einsicht und gutem Willen meinerseits, kann ich nicht umhin festzustellen, dass ich aufgrund meiner persönlichen Natur für diese Aufgabe nicht geeignet bin. So gerne ich auch in vielen Fällen den natürlichen Lauf der Dinge zum besseren wenden würde, so abstoßend ist es für mich, dies als eine systematische Politik nach kaltblütiger Überlegung und gemäß objektiver wissenschaftlicher Grundsätze sowie ohne Gefühle dem Patienten gegenüber auszuführen.“

Hölzel kündigte daraufhin seine Stellung.

Die „Erwachseneneuthanasie Aktion T4“, der bereits 70.000 Menschen zum Opfer gefallen waren, wurde von Hitler im August 1941 aufgrund von Protesten prominenter Kirchenoberer, sowohl des protestantischen als auch des katholischen Lagers, offiziell gestoppt. Hitler befürchtete, dass weitere Proteste in Deutschland zu schlechter Öffentlichkeitswirksamkeit führen und die Kriegsmoral negativ beeinflussen könnten. Wenngleich der „Euthanasie“ von Erwachsenen offiziell ein Ende gesetzt worden war, wurde das medizinische Töten jedoch nur an neue Orte verlegt, darunter Krankenhäuser in den besetzten Gebieten, Gefängnisse und Konzentrationslager. Einige deutsche Ärzte ermordeten weiterhin ihre Patienten in der sogenannten „wilden Euthanasie“, bei der mehr als 200.000 Personen mit Geistesstörungen aller Art ums Leben kamen. Zusätzlich wurde auch das Kinder-„Euthanasie“-Programm in ganz Deutschland weiter vorangetrieben.

Beim Ärzteprozess in Nürnberg nach dem Krieg sagte Dr. Andrew Ivy, medizin-wissenschaftlicher Beirat der Staatsanwaltschaft, folgendes aus:

„Es wäre vielleicht zu viel zu sagen, dass eine einzige mutige Person, ein einziger würdiger Repräsentant der deutschen Medizin mit weniger Rücksicht auf seine eigene Bequemlichkeit die Ehre des gesamten Berufsstandes hätte retten können. Ich bin jedoch überzeugt, dass so ein Mensch etwas hätte tun können, um die Gräueltaten, die in diesem Buch [Doctors of Infamy: The Story of the Nazi Medical Crimes] beschrieben sind, etwas abzumildern. Hätte sich der Berufsstand vor dem Krieg eindeutig gegen die Massentötung kranker Deutscher gestellt, ist es durchaus denkbar, dass die gesamte Idee und Technik der Todesfabriken für den Genozid nicht umgesetzt worden wäre.“

Literatur:

1. Leo M. Alexander, *Medical Science Under Dictatorship* (Bibliographic Press, 1996, Reprinted from the NEJM, July 1949).
2. Rael D. Strous. Psychiatry during the Nazi era: ethical lessons for the modern professional. *Annals of General Psychiatry*, 6:8 (27 Feb 2007).
3. Alexander Mitscherlich, Fred Mielke, *Doctors of Infamy. The Story of the Nazi Medical Crimes* (Henry Schuman, 1949).
4. Michael Burleigh, *Death and Deliverance* (Cambridge University Press, 1994).
5. Robert Proctor, Nazi Science and Nazi Medical Ethics: Some Myths and Misconceptions. *Perspectives in Biology and Medicine*, 43: 335-46 (2000).

Frage:

Die Frage des medizinischen Gewissens: Ist Whistle-Blowing eine ärztliche Verpflichtung?

Diskussion:

Unter dem NS-Regime unterstützte die Medizin die Zwangssterilisation und „Euthanasie“ der körperlich und geistig Kranken und später die Tötung „minderwertiger“ Rassen. Sie taten dies, indem sie wissenschaftlich nicht valide Schlüsse aus der Evolutionsbiologie umsetzten. Wenngleich diese philosophischen Konstrukte und wissenschaftlichen Paradigmen der Evolutionstheorie ihre Schwachstellen hatten, waren sie auch unmoralisch und liefen grundlegenden Prinzipien der medizinischen Ethik und klinischen Praxis zuwider. Forschungen legten nahe, dass der Niedergang der NS-Medizin hauptsächlich durch das Versagen [deutscher] Ärzte bedingt war, den inhaltlichen Kern der NS-Werte anzuzweifeln. In diesem Kontext waren zu viele Ärzte bereit, mit dem politischen Strom zu schwimmen. Zu viele Ärzte waren nicht bereit Widerstand zu leisten, und zu viele waren nicht bereit, von den allgemein akzeptierten Praktiken abzuweichen, die von einem rassistischen Staat eingeführt worden waren.

Es ist hier nicht der Platz, die Frage zu stellen, warum es unter den deutschen Ärzten so wenig Widerstand oder Weigerung gab mitzumachen. Wichtig zu betonen ist es, dass wo es eine bedeutende Weigerung auf Seiten der Ärzteschaft gab, wie im Falle der niederländischen Ärzte, der Prozess der Ermordung im Namen der Wissenschaft erfolgreich aufgehalten werden konnte. Dieses Beispiel zeigt uns, wie wirkmächtig das

medizinische Gewissen als Werkzeug sein kann. Die Handlungen der niederländischen Ärzte basierten auf deren tugendhafter Haltung, die ihnen vorschrieb, dass ihre ersten Überlegungen dem Patientenwohl zu dienen hätten und keinen anderen ideologischen Politiken, ob politischer, sozialer oder wirtschaftlicher Natur. Aufgrund der ethisch begründeten Weigerung der Ärzte, sich an dem mörderischen System zu beteiligen, blieben die Geisteskranken in Holland verschont. Man kann nur die rhetorische Frage stellen: Was wäre durchgedrungen, wenn es mehr Aufdecker wie Dr. Ewald gegeben hätte?

Die Verpflichtung, Inkompetenz, Schädigung oder das Fehlverhalten eines Kollegen aufzudecken, oft als Whistle-Blowing bezeichnet, wird in vielen Kodizes medizinischer Ethik betont. So stellt etwa der International Code of Medical Ethics des Weltärztebundes WMA fest:

„Ein Arzt ist verpflichtet, Ärzte, die in ihrer Praxis unethisch oder inkompetent agieren oder die an Betrug oder Schwindel beteiligt sind, den entsprechenden Behörden zu melden.“

Enthüllungen im Gesundheitsbereich können sich auf eine Reihe von Aktivitäten beziehen, von der Ehrlichkeit gegenüber Patienten im Falle medizinischer Fehler bis hin zur öffentlichen Enthüllung institutioneller Inkompetenz oder unethischer Praktiken. Enthüllungen können als „aktiviertes Gewissen“ betrachtet werden, das Gewissen als Grundstein der medizinischen Ethik und einer tugendhaften Berufspraxis. In der Medizin sollte ein Handeln aus dem Gewissen und professionelle Integrität die Regel sein, nicht die Ausnahme. Dies bedeutet, dass Praktikerinnen nicht nur darüber nachzudenken haben, was richtig ist, sondern auch ethische Grundsätze und Praktiken für ihre Patienten umsetzen sollten.

Ärztinnen können es aufgrund ihres professionellen Gewissens ablehnen, gewisse Forderungen zu erfüllen und sie können sich weigern, einen Eingriff durchzuführen, insbesondere wenn dieser Eingriff mit der medizinischen Ethik und den ureigenen Zielen der Medizin unvereinbar ist. Darüber hinaus sollten Ärzte Fehlverhalten aufdecken, da alles andere eine Perversion der grundlegenden beruflichen Werte darstellt, welche die Rolle als Ärztin definieren.

Die Anwendung solch ethischer Prinzipien ist jedoch selten leicht. Ärzte, die einen Missbrauch melden oder sich weigern, ein Verfahren oder eine Politik mitzutragen, die aus ihrer Sicht ethisch falsch sind, können nachteilige Folgen zu gewärtigen haben. Ein solches Handeln könnte als „Verrat“ an Kollegen, Vorgesetzten oder an der

Gesellschaft, in der man lebt und arbeitet, ausgelegt werden. Feindseligkeit, beruflicher und politischer Revanchismus sowie persönliche und missbräuchliche Angriffe könnten die Folge sein. Dennoch ist es trotz dieser möglichen Nachteile die berufliche Pflicht eines jeden Arztes, das ethisch richtige zu tun. Zudem sind Ärztinnen auch dafür verantwortlich, auf den guten Ruf ihrer Profession zu achten. Sie können oft als einzige in der Lage sein, Inkompetenz, Schädigung oder Fehlverhalten zu erkennen.

Die Erwartung der Öffentlichkeit und der gesamten Profession sollte daher sein, dass eine Verhaltensänderung hin zur Akzeptanz und Ermöglichung von Whistle-Blowing in der medizinischen Lehre und Praxis wünschenswert und dringend notwendig sind. Es ist sowohl notwendig als auch umsichtig, dass Medizin- und Pflegeausbildungen Curricula und Ausbildungsprogramme entwickeln, in denen Studierende lernen, die komplexen ethischen, rechtlichen und menschenrechtlichen Grundsätze zu verstehen, welche eine Enthüllung rechtfertigen. Historische Fälle sollten gelehrt werden, um reale menschliche Vorbilder an medizinischem und menschlichem Gewissen anzubieten.

Teil 2: Die Häftlingsärzte

Historischer Hintergrund der Häftlingsärzte

In den ersten Jahren des NS-Regimes errichtete die nationalsozialistische Regierung Konzentrationslager, um politische und ideologische Gegner anzuhalten. In den Jahren vor Kriegsausbruch wurden von der SS und Polizeibeamten mehr und mehr Juden, Roma und andere Opfer ethnischen und Rassenhasses in diesen Lagern inhaftiert.

Um die jüdische Bevölkerung zusammenzutreiben und zu überwachen sowie deren spätere Deportation zu ermöglichen, schufen die Nazis und ihre Kollaborateure in den besetzten Ländern Ghettos, Durchgangslager und Arbeitslager für die Juden in den Kriegsjahren.

Die Ghettos waren oft geschlossene Stadtviertel, in Wahrheit Lager, in denen die Juden unter extrem harten Bedingungen angehalten wurden, wo ihnen vom NS-Regime unter Gewaltanwendung von außen ein bestimmtes Leben und eine bestimmte Organisation aufgezwungen wurde. In den Ghettos wurden Jüdinnen isoliert, indem man jüdische Gemeinschaften von der nicht-jüdischen Bevölkerung sowie von anderen jüdischen Gemeinschaften trennte.

Eine der Rechtfertigungen für die Errichtung von Ghettos war die Verhinderung der Ausbreitung von Infektionskrankheiten durch die Juden. Manche Wissenschaftler behaupten, dass die Ghettos als indirektes Vernichtungsinstrument gedacht waren, als Mittel, Jüdinnen physisch zu vernichten, indem man ihnen die Lebensgrundlagen entzog und nicht durch den Gebrauch tödlicher Waffen. Die Nazis eröffneten zumindest 1000 Ghettos in den deutsch besetzten Ländern, im annektierten Polen und in der Sowjetunion.

Die Deutschen sahen die Errichtung dieser Ghettos als provisorische Maßnahme, um die Juden zu kontrollieren und zu segregieren, während die NS-Führung in Berlin über Optionen beriet, wie das Ziel der Vernichtung der jüdischen Bevölkerung zu erreichen sei. Manche Ghettos gab es nur wenige Tage, andere Monate oder Jahre.

Mit der Umsetzung der „Endlösung“ (des Plans alle europäischen Juden zu ermorden) ab Ende 1941 zerstörten die Deutschen systematisch alle Ghettos. Die Deutschen und ihre Helfershelfer erschossen entweder die Insassen in nahe gelegenen

Massengräbern oder deportierten sie, meist per Bahn, in Tötungsanstalten, wo sie ermordet wurden.

Die Katastrophen, die aufgrund der miserablen Bedingungen in vielen Ghettos passierten, waren hauptsächlich medizinischer Natur. Dichte Überbevölkerung war ein Merkmal aller Ghettos, und das Leben im Ghetto drehte sich hauptsächlich darum, genug Essen zu bekommen um nicht zu verhungern und einer Schwächung vorzubeugen, die einen anfällig für Krankheiten machte. Die Bedrohung durch Krankheit und Hunger war spürbar, lange bevor der endgültige Plan der Nazis erkannt wurde, und die jüdischen Gemeinschaften hatten alle Hände voll zu tun, die Gesundheitsversorgung und das öffentliche Gesundheitswesen in einer enorm überbevölkerten Lage aufrechtzuerhalten. Die Ghetto-Bewohnerinnen lebten unter furchtbarsten Bedingungen auf engstem Raum und hatten kaum Nahrung, Wasser, Heizung, Elektrizität, Kanalsystem und sanitäre Einrichtungen zur Verfügung. Der medizinische und ärztliche Bedarf war groß, und die Versuche, diesen Bedarf zu decken, kompliziert und meist nicht erfolgreich. Trotz der Entbehrungen gab es medizinische Einrichtungen, die es zu führen galt, und neue mussten je nach Lage und Bedarf der Ghettos geschaffen werden. Die Praktiker hatten nicht nur mit denselben Sorgen und Ungewissheiten zu kämpfen wie anderswo, sondern auch mit vielen anderen, die besonders mit dem Leben in einem NS-Ghetto verbunden waren. Im Ghetto waren effektive Behandlungsmethoden für ansonsten behandelbare Krankheiten nicht verfügbar. In den Ghettos herrschten alle Bedingungen, die den Zusammenbruch eines Gesundheitssystems und die Verbreitung ansteckender Krankheiten befördern. Ironischerweise wiesen die deutschen Behörden die jüdischen Gemeinschaften an, sich dieser Probleme unter Führung der Judenräte in den jeweiligen Lagern anzunehmen, jedoch wurden den jüdischen Ärzten und anderem medizinischen Personal nicht die Voraussetzungen gegeben, dies wirksam zu bewerkstelligen. Die deutsche Methode, ansteckende Krankheiten unter Kontrolle zu bringen, waren brutale Quarantäne und Desinfektion oder das Abbrennen von Krankenhäusern, in denen sowohl Patientinnen als auch Personal gefangen saßen. Trotz dieser Entbehrungen bekämpften die jüdischen Krankenabteilungen in vielen Ghettos diese Infektionskrankheiten und waren in vielen Fällen sogar vorübergehend erfolgreich.

Ein weiterer Faktor, den es zu berücksichtigen galt, war die konstante Gefahr und Angst, die zum Leben der Ghetto-Bewohnerinnen gehörten. Verhaftungen durch die

Deutschen behinderten eine kontinuierliche medizinische Betreuung durch Juden, wie in jedem anderen Lebensbereich.

Die deutschen Behörden errichteten auch zahlreiche Arbeitslager für Nichtjuden und eine kleine Minderheit von Jüdinnen, deren Arbeitskraft sie auszubeuten trachteten.

Im Gegensatz zu Konzentrationslagern, die hauptsächlich als Anhalte- und Arbeitslager dienten, waren Tötungsanstalten (auch als „Vernichtungslager“ oder „Todeslager“ bezeichnet) so gut wie immer „Todesfabriken“. Von 1941 bis 1944 deportierten die deutschen NS-Behörden Millionen Juden aus Deutschland, den besetzten Gebieten und aus den Ländern vieler Achsenbündnispartner in Ghettos und Vernichtungslager. Deutsche SS und Polizei ermordeten gut 2.700.000 Juden in den Tötungsanstalten, entweder durch Erstickern mit Giftgas oder Erschießen.

Das größte Vernichtungslager war Auschwitz.

SS-Ärzte waren offiziell für die Gesundheit der Häftlinge verantwortlich, entschlugen sich jedoch all ihrer medizinischen Verpflichtungen den Häftlingen gegenüber und hielten nur eine Fassade der medizinischen Behandlung aufrecht. In den ersten Jahren von Auschwitz waren Häftlingsärzte, wenn sie überhaupt ihren Beruf ausüben durften, ausschließlich als Pflegepersonal tätig, und die Krankenstationen galten nur als Schutz vor den Gräueln des Lagerlebens oder als ein Ort, an dem man relativ friedlich sterben konnte. Für kranke Insassen gab es kaum eine medizinische Versorgung, und selbst ernsthaft erkrankte Insassen bemühten sich solange es ging, eine Hospitalisierung zu vermeiden. Mit dem Beginn der Selektionen durch die SS-Ärzte und die Verurteilung von kranken Insassinnen zum Tod durch Phenolinjektionen oder in den Gaskammern wurden die Spitäler in Wahrheit zu „Wartezimmern für die Krematorien“. Es gab kaum medizinische Instrumente oder Medikamente, und was die meisten Häftlingspatienten an Pflege erhielten, war eher eine Farce als akzeptierten Standards entsprechende Versorgung. Die wenigen Häftlingsärzte, die zu dieser Zeit arbeiten durften, konnten in Wahrheit praktisch gar nichts tun, um das Leiden ihrer Patientinnen zu lindern.

Als der deutschen Kriegswirtschaft mehr Arbeitskräfte fehlten, die durch KZ-Häftlinge wettgemacht werden konnten, versuchte die SS, die hohe Sterblichkeitsrate in den Lagern zu senken. Die SS-Behörden bauten neue Stationen und andere medizinische Dienste auf und erlaubten mehr Häftlingsärzten im Krankenhaussystem der Lager tätig zu werden. Diese Entscheidung bedeutete aber nicht, dass sich die Bedingungen auf den Stationen verbesserten, sondern eher, dass es Häftlingsärzten gestattet war, ihren Mithäftlingen wenigstens eine primitive Form medizinischer Behandlung angedeihen

zu lassen. In einigen Fällen konnte das Behandlungsniveau angehoben werden, jedoch erreichte es nie das Niveau akzeptierter Standards für die medizinische Versorgung. In dieser Phase machte das Lagerspitalsystem seine medizinischen Kapazitäten nur jenen Häftlingen zugänglich, deren Verfassung eine rasche Erholung und Rückkehr an die Arbeit versprach. Für ernsthafter kranke Häftlinge, insbesondere Jüdinnen, fungierte es weiterhin als Vernichtungsinstrument. Die Bemühungen der Häftlingsärzte, so viele ernsthaft erkrankte und ausgezehnte Häftlinge als möglich zu schützen, wurden systematisch durch die weiter von der SS geübten Praxis der Selektion von Patienten für den Tod in den Gaskammern zunichtegemacht. Häftlingsärzte versteckten oder entließen häufig Patientinnen kurz vor bevorstehenden Selektionen. Indem sie die Flüchtigkeitsfehler von SS-Ärzten nutzten, die nie selbst ihre Patienten untersuchten, sondern nur ihre Krankengeschichten durchsahen, fälschten Häftlingsärzte medizinische Aufzeichnungen und präsentierten die Patienten so, als hätten sie gute Überlebenschancen.

Viele dieser jüdischen Ärzte überlebten, da sie als Angehörige von Gesundheitsberufen Qualifikationen hatten, die sich in den Ghettos und Lagern gebrauchen ließen, und sie auch willens oder fähig waren, diese dort umzusetzen. Sie waren sich des Systems bewusst, welches normale ethische Werte beiseitegeschoben und seine Opfer gezwungen hatte, zu kollaborieren. Das Nebeneinander von NS-Medizin, die unschuldigen Opfern Schmerz und Leid zufügte, und der Versuche jüdischer Ärzte, selbst ohne die grundlegendsten Werkzeuge zur Verfügung zu haben, Leid zu lindern und Leben zu erhalten, zeigt wie diametral entgegengesetzt sich medizinische Fähigkeiten einsetzen lassen. Ärzte fanden als Ärzte, die sich für ihre Patienten einsetzen, einen Grund, den Kampf ums Überleben aufzunehmen. Die Handlungsweise, für die sie sich entschieden, war zumeist jene, die sie für ihre Mitinsassinnen am besten erachteten. Die Häftlingsärzte und –pflegerinnen taten im Allgemeinen alles, was sie konnten, um ihren Patienten trotz unglaublich schwieriger Umstände zu helfen, und ihre Arbeit in den NS-Ghettos und –Lagern konfrontierte sie mit nie gekannten ethischen Zwickmühlen. Einige dieser ethischen Dilemmata werden in den im Text präsentierten Fällen besprochen.

1. Medizinische Aussichtslosigkeit unter extremen Umständen

Fallstudie:

Dr. Albert Haas, ein jüdischer Arzt ungarisch-französischer Abstammung, wurde von der französischen Widerstandsbewegung rekrutiert. Nachdem er informiert und exponiert wurde, nahmen ihn die Nazis gefangen, folterten ihn und schickten ihn ins KZ Dachau. Später wurde Dr. Haas ins Konzentrationslager Gusen II verlegt, das zum Lagerkomplex Mauthausen in Österreich gehörte. Dort wurde er in die Krankenstation geschickt, in der man sich um Lagerinsassen kümmerte, die zu krank waren um zu arbeiten. Es gab kaum Ressourcen. Die Ärzte konnten nur sehr wenig tun. Sie versuchten, mit dem wenigen, das sie zur Verfügung hatten, die Patientinnen am Leben zu erhalten. Die meisten Patienten starben an Hunger oder Erschöpfung oder wurden von grausamen Aufsehern getötet, bevor sie überhaupt behandelt werden konnten.

Bei seiner Ankunft in der medizinischen Station im Lager Gusen II bat Dr. Haas einen Kollegen, Dr. Henri Desoille, der bereits einige Zeit dort war, ihm die Aufgaben eines Lagerarztes zu erklären. Dr. Desoille antwortete:

„Wie kann ich die Aussichtslosigkeit unseres Berufes an diesem Ort erklären? Ich bin sicher, Sie waren als Student auch Idealist, mit Träumen, tödliche Krankheiten in den Griff zu bekommen. Sie haben hart gearbeitet, sich bemüht den menschlichen Körper zu verstehen und haben schließlich den ewigen Kampf gegen den Tod aufgenommen ... Wenn Sie die Patienten im HKB (Häftlingskrankenbau) sehen, werden Sie sich fragen, ob die Deutschen den hippokratischen Eid nicht zur grausamsten Farce verkommen lassen!“

Nach dieser ärztlichen Einführung bemerkte Dr. Haas sehr rasch, wie die Realität eines Arztes in Gusen aussah. In seinen Erinnerungen schreibt Haas:

„Beim Betreten der Station schlug mir ein unerträglich ekeliger Geruch entgegen. Die Betten waren voller verschlungener halb-bewusstloser Körper, fleischloser Arme und Beine, die sich langsam irgendwie bewegten, Körper, die aufeinander defäkierten und urinieren. In jedem Bett lagen sechs bis acht dieser lebenden Skelette übereinander, die sich langsam wanden, nur Haut und Knochen, stechende Augen, die im Vergleich mit dem abgezehrten Kopf und Körper riesig aussahen. Man konnte kaum glauben, dass dies einmal gesunde, glückliche Menschen waren ... Die an Ruhr leidenden

Kranken warteten hier auf ihren Tod. Sie erhielten keinerlei medizinische Behandlung, und nur die Hälfte der ohnehin dürrtigen Rationen, die anderen Kranken gegeben wurden.“

„Wir konnten für die Insassen, die Ruhr hatten, nichts wirklich Effektives tun, außer ihnen ein Glas Wasser mit Aspirin zu reichen und einige Worte der Ermutigung zu sprechen, so dass sie sich nicht total allein gelassen fühlten. Für Typhusopfer konnten wir nur eines tun, nämlich eine Dehydrierung während der Fieberschübe zu vermeiden.“

„Dann erlitten die Patienten einen Schlag, der sich rasch nekrotisch auswirkte. Ich tupfte die Stelle ab, aber da keine Antiseptika vorhanden waren, war es nur eine Frage der Zeit, bis die Patienten septisch wurden und im HKB verstarben, entweder an der Infektion oder von der Hand des Blockältesten.“

„Und so begann ich meine medizinische Karriere als Arzt der Verdammten in Gusen II.“

Literatur:

Albert Haas, *The Doctor and the Damned* (St. Martin's Press, New York, 1984)

Hintergrund:

Die Häftlingsärzte und -pflegerinnen wurden manchmal in die Krankenstationen (Baracken) der Konzentrationslager geschickt. Diese Krankenbaracken wurden eingerichtet, als die Nazis bemerkten, dass die Häftlinge wertvolle Zwangsarbeit in ihren Fabriken verrichten konnten, und dass es im nationalen Interesse lag, sie so gesund wie möglich zu erhalten, dass sie für den militärischen und wirtschaftlichen Bedarf des Reiches arbeiten konnten. In Wahrheit waren diese Krankenstationen Hütten wie die anderen auch, die nur für Häftlinge gedacht waren, die auf irgendeine Form der medizinischen Behandlung hofften. Diese sogenannten Spitalsbaracken waren kärglich ausgestattet und extrem überbelegt, so dass eine medizinische Behandlung nur sehr eingeschränkt stattfinden konnte. Die meisten Patientinnen in den Spitalsbaracken der Lager erlagen ihren Krankheiten, bevor sie in den Gaskammern oder mit anderen Methoden wie Injektionen, Erschießen oder Erhängen zu Tode gebracht wurden.

Frage:

Die ethische Frage der medizinischen Aussichtslosigkeit: Was können Ärztinnen in aussichtslosen Situationen tun, wenn jegliche Hoffnung vergeblich erscheint?

Diskussion:

In diesem Fall geht es um medizinische Aussichtslosigkeit. Im Kontext des Todes, der Beengung, von Folter, Seuchen, Hunger und extrem beschränkten Ressourcen wurden Ärzte mit der Realität konfrontiert, was sie als Ärzte wirklich bewirken konnten. Trotz der grauenhaften Bedingungen versuchten viele Häftlingsärzte Patienten zu behandeln, sie am Leben zu erhalten, so gesund wie möglich zu erhalten, manchmal unter Gefährdung ihres eigenen Lebens, um Patientinnen vor der Vernichtung zu retten.

Der Fall von Dr. Haas zeigt, dass Ärzte in vielen Fällen nur mehr auf niedrigstem Niveau palliativ wirken konnten: ermutigende Worte, ein Glas Wasser, ein Aspirin. Jedoch können selbst diese einfachen pflegerischen Handlungen für das Wohl des Patienten einen Unterschied machen. Dies wurde in vielen Erinnerungen von Überlebenden berichtet. Viele erinnern sich an die Menschlichkeit der Ärzte und Pflegerinnen, die sich um sie kümmerten, als den Hauptgrund, warum sie am Leben blieben.

Ärztinnen und andere Pflegekräfte können nicht immer heilen und Patienten das Leben retten. Oberste Zielsetzung sollte jedoch sein, die Prognose, das Wohlbefinden, Wohlbehagen oder die generelle gesundheitliche Verfassung von Patientinnen zu heben. Ihre Berufung, basierend auf ihrer medizinischen Expertise und Ethik, ist es, ihren Patienten die besten Bemühungen angedeihen zu lassen. Wenn es keine Heilung gibt oder medizinische Ressourcen nur beschränkt bis gar nicht vorhanden sind, ist manchmal alles, was ein Pflegender tun kann, seine Patientinnen mitfühlend zu umsorgen. Medizinische Umstände und Ressourcen waren und sind von Patient zu Patient und von Klinik zu Klinik unterschiedlich. Die medizinischen Umstände können auch zwischen den optimalsten Pflegebedingungen und den schrecklichsten variieren. Dennoch ist es Aufgabe einer Medizinerin oder medizinischen Personals eine mitfühlende Betreuung zu leisten, egal in welcher Situation oder in welchem Umfeld. Der Pflegende oder Mediziner sollte nach Kräften versuchen, die besten Bedingungen für Gesundheit und Heilung herzustellen, Schmerz und Leid zu lindern und die bestmögliche Versorgung zu leisten, die unter den gegebenen Umständen möglich ist.

2. Medizinische Auslese

2.1 Missbrauch medizinischer Auslese: Die NS-„Selektionen“

Fallstudie 1: Dr. Lucie Adelsberger

Lucie Adelsberger, eine jüdische Kinderärztin, wurde 1895 in Nürnberg, Deutschland, geboren. Sie wurde 1943 nach Auschwitz, wo sie in einem Romalager arbeitete und später in das Frauenlager als Lagerhäftlingsärztin gebracht. In ihren Erinnerungen beschreibt sie den Prozess der „Selektion“ durch die NS-Ärzte:

„Kennzeichen der Konzentrationslager in Auschwitz war die Selektion. Damit meine ich das Aussortieren von Leuten, die in die Gaskammer geschickt und anschließend verbrannt wurden. Davon waren fast ausschließlich Juden betroffen und drei Kategorien von Menschen, drei ‚Einträge‘: Neuankömmlinge in Auschwitz, Häftlinge aus dem Lager und Kranke aus beiden Gruppen. Alte, Schwache und offensichtlich kranke und arbeitsunfähige Personen wurden automatisch zur Selektion überstellt ...

... Das Selektionsverfahren war zu fest etabliert und jeder kannte die Details. Der Lagerarzt kommandierte einen oder mehrere Blocks ab und wies die nackten Häftlinge an, in Reihen an ihm vorüberzugehen. Er wählte dann aus, wer aufgrund von Schwäche oder Unterernährung, Hungerödemen oder Krätze oder Sonnenbrand – dies reichte als Grund aus – ins Gas geschickt wurde. Die ID-Nummern dieser Unseligen wurden sofort aufgezeichnet und sie wurden unverzüglich in den Selektionsblock verlegt, wo sie der Tod erwartete, oft ohne Essen und im vollen Bewusstsein ihres Schicksals ...

... Das Problem für uns in Auschwitz war nicht, dass die Selektion geschah, sondern wann und wie.“

Fallstudie 2: Dr. Eduard Wirths

Dr. Eduard Wirths wurde 1909 in Deutschland geboren. In seiner Zeit an der Medizinischen Fakultät der Universität Würzburg trat er der NSDAP und 1933 der SA bei. 1939 meldete er sich freiwillig zum Militärdienst und wurde bei der Waffen-SS aufgenommen, er diente in Norwegen und an der Ostfront, wo er als für den Kampf ungeeignet erklärt wurde. 1942 wurde Dr. Wirths als leitender Sanitätsoffizier nach Auschwitz abkommandiert.

Ursprünglich war Dr. Wirths ein Gegner der Todesselektionen und dass Ärzte diese vollziehen mussten. Später jedoch war er überzeugt, dass es eine der wichtigsten

Verantwortlichkeiten der Lagerärzte war, diese Selektionen durchzuführen und begann selbst persönlich im Rahmen seiner ärztlichen Verpflichtungen an den Selektionen mitzuwirken. Zudem übte er auch Druck auf seine medizinischen Untergebenen aus, sich an dieser Arbeit zu beteiligen. Die Selektionen, die diese Ärzte vornahmen, wiesen Menschen als „arbeitsfähig“ oder „untauglich“ aus; mit anderen Worten, sie entschieden, wer sterben und wer am Leben bleiben würde.

Als Chefarzt gab Wirths auch die Anzahl der Insassinnen vor, die zum Sterben ausgewählt wurden. Diese Zahlen basierten auf der Lagerkapazität und den „Produktionsquoten“ des Lagers, wie sie vom NS-Arbeitsministerium und der SS vorgegeben wurden. Aufgrund der ständig wechselnden Kriegsumstände und des konstanten Zuflusses von deportierten Juden, Roma, Häftlingen und Fremdarbeitern variierten die Häftlingszahlen in den Lagern. Selektionen fanden häufig statt, um Platz für neue Insassinnen zu machen, einer Überfüllung der Lager entgegenzuwirken, Produktionsquoten einzuhalten sowie die Ausbreitung von Seuchen zu verhindern. Wirths war auch (zusammen mit anderen Ärzten und Lagerfunktionären) für die Entscheidung zuständig, ob bei den Selektionen Mütter von ihren Kindern getrennt wurden.

Nach dem Krieg wurde Dr. Eduard Wirths von den Briten gefangen genommen. Er beging im September 1945 Suizid.

Literatur:

1. Robert J. Lifton, *The Nazi Doctors. Medical Killing and the Psychology of Genocide* (Basic Books, 2000).
2. Hermann Langbein, *People in Auschwitz* (The University of North Carolina Press, 2004).

Hintergrund:

Bei der Ankunft in Auschwitz wurden Juden, Roma und andere einem „Aufnahmeverfahren“ unterworfen. Dieses war auch als „Selektion“ berüchtigt. Es war dies in Wahrheit ein extremer Missbrauch der medizinischen Ersteinschätzung (Triage), wobei dieser ursprünglich aus dem französischen Heereswesen stammende Terminus die Zuwendung beschränkter Ressourcen für die Behandlung jener, die gerettet werden könnten, bezeichnet.

Selektionen wurden üblicherweise von den SS-Ärzten durchgeführt, zusammen mit Zahnärzten, Pharmazeuten und anderen SS-Funktionären. Diesen Selektionen wurden hauptsächlich Rasse, Alter und „Arbeitsfähigkeit“ zugrunde gelegt. Einige Personen, die spezielle physische, erbliche oder angeborene Merkmale aufwiesen, wie etwa Zwillinge, wurden für Menschenversuche selektioniert.

SS-Ärzte führten auch andere Formen der Selektion durch. Im Lager wurden oft jüdische Insassinnen ohne Vorwarnung in einer Reihe aufgerufen, wo die kränksten und schwächsten zum Sterben ausgelesen wurden, um Platz für neu ankommende Deportierte zu schaffen. Selektionen fanden auch in den medizinischen Blocks statt, wo die Ärzte stark gebrechliche und geschwächte Patienten auswählten, insbesondere solche, die mehr als zwei oder drei Wochen zur Erholung gebraucht hätten. SS-Ärzte wurden herangezogen, um die beste Art und Weise zu bestimmen, die Selektionen effizient zu organisieren und zu gestalten. Sie gaben Empfehlungen über die Selektion von Müttern und ihren Kindern ab. Sie dienten als medizinische Berater für die besten Methoden, wie große Mengen an Menschen effizient und rasch getötet werden könnten. Sie berieten über Todesquoten in den Lagern und wogen die wirtschaftlichen Kosten gegen den Nutzen für das NS-Regime ab, Gefangene am Leben zu erhalten oder sie der Vernichtung preiszugeben.

Die Selektionen in Auschwitz waren eine Fortführung des „Euthanasie“-Programms in psychiatrischen Anstalten Deutschlands, wo das Prinzip der Tötung von Kranken und Unerwünschten bereits in NS-Ärzteteams verankert war.

Robert Jay Lifton drückte dies so aus:

„Die NS-Versionen der „Euthanasie“ und Endlösung fielen in den medizinischen Blocks von Auschwitz in eins, und so wurden sie zu einer wichtigen Geschäftsstelle der Auschwitzer Ökologie des medikalisierten Mordes.“

Literatur:

Robert J. Lifton, The Nazi Doctors. Medical Killing and the Psychology of Genocide (Basic Books, 2000).

Fragen:

Welche ethischen Überlegungen gibt es bei der Durchführung medizinischer Triage?

Diskussion:

Die Triage bzw. Ersteinschätzung ist ein medizinisches Verfahren, um Prioritäten für die Behandlung und das Management von Patienten zu setzen, und zwar aufgrund einer raschen Diagnose und Prognosebeurteilung jedes einzelnen Patienten. Triage hat systematisch zu erfolgen, wobei der medizinische Bedarf, die medizinischen Möglichkeiten und verfügbaren Ressourcen zu berücksichtigen sind.

Idealerweise ist Triage die Sache autorisierter erfahrener Ärztinnen oder anderer medizinischer Teams wie Pfleger mithilfe kompetenten Personals. Bei der Auswahl der Patientinnen, die gerettet werden können, sollte der Arzt nur die gesundheitliche Verfassung berücksichtigen und jedwede andere Überlegung aufgrund nicht-medizinischer Kriterien ausschließen. Der Arzt sollte nach Maßgabe der Bedürfnisse der Patientinnen und verfügbaren Ressourcen handeln. Die Ärztin sollte versuchen, für die Behandlung eine Prioritätenreihung zu erstellen, mit der die größte Anzahl von Leben gerettet werden und die Sterblichkeit auf ein Minimum reduziert werden kann.

Die NS-Ärzte führten eine extreme und zynische Form der medizinischen Triage im Rahmen ihrer beruflichen Tätigkeit in den Lagern durch. Die Triage erfolgte nicht an kranken Patienten, die medizinische Behandlung benötigt hätten, sondern eher an hilflosen kranken Gefangenen, die nicht aufgrund ihres medizinischen Bedarfs ausgelesen wurden, sondern aufgrund von den Nazis erstellten grausamen Kriterien, wie sie für das Funktionieren der Konzentrationslager als notwendig erachtet wurden. Die von den NS-Ärzten gefällten Entscheidungen fußten nicht auf dem ethischen Grundsatz, Triage nach der größtmöglichen Anzahl von zu rettenden Leben auszuführen, sondern in dem Wissen, dass ihre Entscheidungen in Wahrheit den Tod der Selektionierten bedeutete. Das medizinische Wissen des ausführenden Personals wurde extrem missbräuchlich eingesetzt, wie auch der Gesundheitszustand keine Rolle spielte, da dieser Selektionsprozess in Wahrheit eine Form des „organisierten Mordes unter dem Deckmantel der Triage“ darstellte. Diese professionell geschulten NS-Ärzte waren vielfach erfahrene Ärzte, die sehr wohl wussten, was mit Triage gemeint ist. Indem sie sich dafür entschieden, an diesen unmoralischen Selektionen in den Lagern mitzuwirken, traten sie sämtliche ethischen, moralischen und professionellen Überlegungen mit Füßen.

2.2 Chancengleichheit

Fallstudie:

Dr. Abraham Wajnryb wurde 1912 im polnischen Kielce geboren. Er absolvierte ein Medizinstudium in Warschau. 1941 arbeitete er im Gesundheitsministerium Vilna, als die Stadt von der deutschen Wehrmacht übernommen und das Ghetto Vilna errichtet wurde. Im Ghetto war Dr. Wajnryb für die Verwaltung des jüdischen Krankenhauses zuständig. Das Krankenhaus funktionierte unter kärglichsten Umständen mit Hunderten Patienten in schlechtester Verfassung. Die Deutschen verboten offiziell die Lieferung von Medikamenten für die Juden im Ghetto, was zu ernsthafter Verknappung von Medikamenten und für die Ghetto-Bewohnerinnen regelmäßig zu lebensgefährdenden Verhältnissen führte. Als Leiter des Krankenhauses musste er einen Weg finden zu entscheiden, welche Patienten eine Behandlung aus dem knapp bemessenen Vorrat erhalten sollten und welche nicht.

Dr. Wajnryb erklärte dieses Dilemma, mit dem jüdische Ärzte konfrontiert waren. Er sagte dazu:

„Wer sollte das Recht haben zu entscheiden, wer leben und wer sterben sollte? Die Medikamente waren nicht für alle Patienten ausreichend. Es ist nicht die Anzahl, die diese Frage so problematisch machten, denn die Anzahl der Patienten war nichts gegen die Anzahl, die der Judenrat zu betreuen hatte. Das Thema war, wie sollte man mit dieser Frage auf humane Weise umgehen? Ein Mensch hat nicht das Recht über das Schicksal eines anderen zu entscheiden, egal um wie viele Menschen es dabei geht ...

Die Versorgung der Juden im Ghetto mit Medikamenten wurde komplett gestoppt. Ich erinnere mich an ein Treffen mit dem Pharmazeuten Frumkin, wir sprachen über Kalzium. Damals galt Kalzium als das einzige Mittel, mit dem Tuberkulose-Patienten behandelt werden konnten ... Die Vorräte gingen zur Neige, und es gab nur eine Lösung, nämlich die Dosierung zu senken und auch die Anzahl der Patienten, die es bekommen sollten. Aber das Medikament wirkt nur in bestimmten Dosen! Wer würde Kalzium bekommen und wer nicht? Wer hätte das Recht dies zu entscheiden? Wer würde leben und wer sterben?“

Niemand in der Gesundheitsbehörde des Ghettos konnte dieses Dilemma lösen. Wajnryb entschied, ein Komitee aus drei Spezialisten, einem Rabbi und einem Anwalt zu bilden. Bei dem Meeting erklärte er die Bedeutung dieses Medikaments für die

Patientinnen und stellte die furchtbaren Folgen dar, wenn sie es nicht bekommen konnten. Der Rabbi legte seine Position dar, nämlich, dass Gott allein Leben gibt und nimmt und dass sie kein Recht hätten, das zu entscheiden. Die übrigen Ärzte verließen den Raum. Der Anwalt versuchte, das Dilemma aus der rechtlichen Perspektive zu erklären. Das Komitee konnte das Problem nicht lösen, und so verließen alle den Raum.

Dr. Wajnryb war allein mit dem Problem. Der Kalziumvorrat ging langsam zur Neige und war nach zwei Monaten aufgebraucht.

Literatur:

Abraham Wajnryb, Personal testimony: Memoirs of a Doctor from the Wilno Ghetto.

Fragen:

Kann die Frage der Chancengleichheit von einem Arzt allein entschieden werden?
Welche Instrumente hat die Ärztin bei diesem Entscheidungsprozess zur Verfügung?

Diskussion:

Einer der Leitsätze medizinischer Ethik ist Gerechtigkeit, die gleichbedeutend ist mit Fairness und zusammengefasst werden kann als moralische Verpflichtung, auf Basis einer fairen Entscheidung zwischen widerstreitenden Ansprüchen zu handeln. Chancengleichheit in der Medizin meint die faire Zuteilung knapper Ressourcen. Es gilt als weithin akzeptiert, dass ein Arzt die Pflicht hat, alles nur Mögliche für das Wohl des einzelnen Patienten zu tun. Unter Bedingungen, wo Ressourcen beschränkt sind, kann die Möglichkeit des Arztes diese Pflicht zu erfüllen, jedoch ebenfalls beschränkt sein. Im Diskurs und der gesellschaftlichen Debatte über Chancengleichheit in der Medizin haben Ärztinnen aufgrund ihrer beruflichen Expertise eine Verpflichtung, die Interessen ihrer Patienten zu wahren. Während Ärzte in solchen Fällen nicht unbedingt allein entscheiden sollten, ist es unabdingbar, dass sie an der ethischen Debatte und am Entscheidungsfindungsprozess teilnehmen, um die Interessen von Patientinnen auf gesellschaftlicher Ebene zu wahren und dafür einzutreten.

Der Fall der Ausgabe beschränkter Medikamente im Ghetto Vilna beschreibt ein extremes Beispiel von Chancengleichheit. Der Arzt, Dr. Wajnryb, musste sich entscheiden. Er anerkannte die Bedeutung anderer bei der Entscheidungsfindung, indem er ein Komitee aus den Schlüsselsektoren der Ghetto-Gesellschaft einberief. Er

hoffte, ein solches Ethik-Komitee würde eine moralisch akzeptable und gerechte Entscheidung fällen können. Dies ist vergleichbar mit Entscheidungsfindungsprozessen über Chancengleichheit, wie sie heute in Organisationen und im größeren gesellschaftlichen und politischen Kontext stattfinden. Dennoch zeigt dieser Fall auch, dass wenn keine gerechte Lösung formuliert oder erreicht wird, das Problem weiterhin besteht. Praktizierende Medizinerinnen sind somit weiterhin mit diesem ethischen Dilemma konfrontiert und sollten versuchen, das in der jeweiligen Situation bestmögliche zu tun.

Es gibt zwei Wege, die das Komitee zur Lösung dieses furchtbaren Dilemmas hätte einschlagen können: Lotterie und Triage. Triage erfolgt oft in Situationen, in denen Gesundheitspersonal, Verfahren oder Behandlungen nicht für alle ausreichen, die sie brauchen. Bei der Triage in Notsituationen werden jene Menschen zuerst behandelt, deren Überlebenswahrscheinlichkeit am höchsten ist. Diejenigen mit der niedrigsten Überlebenswahrscheinlichkeit werden zuletzt behandelt, wenn überhaupt. Im Falle limitierter Medikamentenvorräte wären Personen mit hoher Überlebenswahrscheinlichkeit vom Komitee identifiziert worden und hätten eine Behandlung erhalten. Der Vorteil dieser Methode ist, dass diejenigen, die die besten Überlebenschancen haben, die Medikamente erhalten. Der Nachteil wäre, dass nicht alle Personen eine gleiche Chance bekommen hätten, die Medikation zu erhalten und dass das Komitee gezwungen gewesen wäre, Entscheidungen zu treffen, welche den Tod von Menschen befördert hätten.

Die zweite Lösung wäre, das Los entscheiden zu lassen. Setzt man voraus, dass alle Leben gleich viel wert sind, dann sollten alle die gleiche Chance haben, eine Behandlung zu erhalten. Das Komitee hätte ein Verfahren erarbeiten können, um die maximale Anzahl der zu Behandelnden zu bestimmen, dann wären entsprechende Personen durch das Los ausgewählt worden. Der Vorteil dieser Methode ist, dass es keine Frage der Fairness gibt und die Auserwählten zufällig ausgewählt werden. Es muss keine Entscheidung getroffen werden, weder vom Komitee noch von einer einzelnen Person. Der Nachteil ist, dass einige Personen, die insgesamt eine schlechtere Prognose hatten, die wertvolle Medikation erhalten hätten, während andere, deren Chance robuster gewesen wäre, diese nicht erhalten hätten und vielleicht gestorben wären, obwohl man sie sonst hätte retten können.

3. Risiken der medizinischen Versorgung:

3.1 Angabe des Berufes bei Lebensgefahr

Fallstudie:

Dr. Gottfried Block wurde 1914 in Böhmen geboren. Er studierte Medizin in Prag, wurde jedoch 1938 gezwungen, im letzten Semester abzugehen, nachdem die Deutschen in die Tschechoslowakei einmarschiert waren und jüdische Medizinstudentinnen ihr Studium nicht fortsetzen durften. Nach dem Anschluss an Deutschland arbeitete er in einem jüdischen Gemeindezentrum als psychologischer Berater.

1943 wurde Dr. Bloch zusammen mit seiner Familie in das Ghetto Theresienstadt geschickt. Er arbeitete dort als Arzt und erfuhr vom „Verschwinden von Menschen auf mysteriösen Transporten Richtung Osten.“ Nach einigen Monaten in Theresienstadt wurde Dr. Bloch selbst nach Auschwitz-Birkenau deportiert und im tschechischen Familienlager inhaftiert. Nachdem ihm eine Nummer auf den Arm tätowiert worden war, wurde ihm von einem anderen Gefangenen gesagt, dass nur jene eine gute Überlebenschance hätten, die für die Arbeit im Lager benötigt würden. Kurz darauf hörte er eine Pfeife und den Befehl, alle Ärzte sollten sich zum Appell melden.

In seinen Erinnerungen schreibt Dr. Bloch, dass er wusste, dies sei ein *„entscheidender Moment in meinem Leben“*. Er würde sich entscheiden müssen, ob er kundtun würde, dass er Arzt ist oder nicht. Damals hatte er noch keine Ahnung, wie wichtig diese Entscheidung war.

Bloch rannte los und stellte sich mit seinen Mithäftlingen in eine Reihe. Sie warteten endlos lange auf den SS-Arzt. Die Spannung war unerträglich. Als die Häftlingsärzte alle in einer Reihe standen und der SS-Arzt sie inspizierte, trat Bloch vor und erklärte, er sei noch kein voll ausgebildeter Arzt. Der SS-Arzt lachte ihn nur aus (*„Es war das erste und letzte Mal, dass ich in Auschwitz ein Lachen hörte.“*) und wies ihn an, in der Spitalsbaracke zu arbeiten. Laut Dr. Bloch rettete diese Entscheidung sein Leben. Er schreibt:

„Ich war enorm erleichtert über meine Zuteilung. Ich ahnte, dass eine Entscheidung für meinen Beruf wichtig war. Ich wusste jedoch damals nicht, wie lebenswichtig sie war.“

Dr. Bloch arbeitete weiter in verschiedenen Lagern in Auschwitz. Er durfte überleben, weil er als Arzt arbeiten konnte (und Ärzte wurden in einigen Häftlingslagern gebraucht, um andere Häftlinge zu behandeln, das heißt sie für die Arbeit am Leben zu erhalten). Bloch wurde später mit anderem medizinischem Häftlingspersonal in ein Arbeitslager verlegt, nach Ohrdruf, wo sich seine eigene gesundheitliche Verfassung aufgrund von Erschöpfung und stark infizierter Fußwunden verschlechterte. Nachdem er einem Mithäftling dort trotz seiner eigenen schlechten Gesundheit geholfen hatte, wurde er nochmals von einem Mithäftlingsarzt gebeten, doch weiterzuarbeiten:

„Ich dachte an die Verletzungen an meinen Füßen, die bei jedem Schritt weh taten, jedoch sorgsam unter den Hosen verschwanden. Ich hätte derjenige sein können, der auf dem Tisch lag. Die nächsten Minuten, wusste ich, würden darüber entscheiden, ob ich Patient und als menschlicher Müll entsorgt oder wieder als Arzt aufgenommen werden würde ...“

Und wieder wurde sein Leben verschont, weil er zugegeben hatte, dass er Arzt war.

Literatur:

Gottfried R. Bloch, *Unfree Associations. A Psychoanalyst Recollects the Holocaust* (Red Hen Press, 1999).

Frage:

Sollte ein Arzt immer angeben, dass er Arzt ist, wenn sich die Notwendigkeit ergibt?

Diskussion:

Der obige Fall kam in einer Extremsituation zustande, wo ein Arzt gebeten wird, seinen Beruf trotz angsterregender, ungewisser und gefährlicher Umstände auszuüben. Im Gesundheitswesen können sich Situationen ergeben, in denen eine Ärztin aufgerufen ist, medizinische Hilfe zu leisten, wenn ihr Leben in Gefahr sein könnte. Wenngleich Ärzte rechtlich nicht verpflichtet sind, den guten Samariter zu spielen, so drängt sich doch im allgemeinen die moralische Verpflichtung auf, sich zu melden, wenn es heißt: „Ist ein Arzt zugegen?“

Eine der Tugenden medizinischer Professionalität ist die Pflicht zur Fürsorge. Wer Arzt wird, verspricht, seine Fähigkeiten im besten Sinne einzusetzen. Dieses Versprechen ist selbst schon eine Verpflichtung, und Ärztinnen sind moralisch daran gebunden, dieser nachzukommen, auch wenn dadurch das eigene Leben gefährdet wäre. Es ist

sehr schwierig zu entscheiden, ab welchem Punkt „Gefahr“ besteht, und so kann auch die Fürsorgepflicht eines bestimmten Arztes hinterfragt werden, wenn seine persönliche Sicherheit unmittelbar bedroht ist.

Fürsorgepflicht ist nicht klar definiert und umfasst die grundlegenden Regeln der Medizinethik wie Patientenwohl, Nicht-Schaden, Respekt für die Autonomie sowie andere bewährte ethische Prinzipien.

Fürsorgepflicht kann auch für verschiedene Menschen in verschiedenen Kontexten unterschiedliches bedeuten, und ist auch im Kontext anderer Rechte, Beschränkungen und Verantwortungen zu sehen. Denken wir etwa an Umstände, wenn Ärztinnen Patienten mit hochansteckenden Krankheiten behandeln sollen, etwa SARS oder zu Beginn der AIDS-Epidemie. Sollte ein Arzt oder eine Pflegende gezwungen werden, diese Patienten zu versorgen? Ärzte oder Pflegepersonal, die ansteckende oder gefährliche Patienten versorgen, haben auch eine Fürsorgepflicht für sich selber und ihre eigenen Kinder und Angehörigen, und diese vor Infektionen oder Gefahr zu bewahren. Man könnte meinen, dass in Ausnahmefällen Ärzte oder Pflegepersonal, die ihrer Fürsorgepflicht nicht nachkommen, nicht unbedingt ein moralisches Fehlverhalten an den Tag legen, wie ernst auch die Folgen für die im Stich gelassenen Patientinnen sein mögen.

Dr. Bloch war sich im Klaren, dass seine Entscheidung vorzutreten und den Status seiner Medizinausbildung getreu auszusagen größere Konsequenzen für sein Leben hätte haben können. Er erkannte, dass seine Entscheidung sowohl seine persönliche Sicherheit gefährden als auch sein Leben retten könnte. Er erkannte auch, dass seine Entscheidung insofern essentiell war, als er den Status eines Arbeiters bekommen konnte, der für eine bestimmte Funktion im Lager notwendig war. Im gleichen Augenblick wurde ihm klar, dass seine Eigenschaft als Arzt nicht nur sein eigenes Leben retten könne, sondern auch das von Mitgefangenen, die medizinische Hilfe benötigten.

Hat Dr. Bloch in beiden Fällen die ethisch richtige Entscheidung getroffen? Was hätte passieren können, wenn er beschlossen hätte, seine Identität und seinen Status als Mediziner nicht anzugeben?

3.2 Den Feind behandeln

Fallstudie 1:

Dr. Elkhanan Elkes war gewählter Leiter des Jüdischen Rates im Ghetto Kovno in Litauen. In dieser Eigenschaft hatte er oft Entscheidungen über Leben und Tod zu treffen, die nicht nur seine Patientinnen, sondern die gesamte jüdische Gemeinde betrafen. Im Kovnoer Ghetto war es wie in allen anderen jüdischen Ghettos jüdischen Ärzten nicht gestattet, nicht-jüdische Patienten zu behandeln, und nicht-jüdischen Ärzten war die Behandlung von Juden ebenso verboten.

Eines Tages erkrankte SS-Oberscharführer Schtitz, der mit den jüdischen Angelegenheiten im Ghetto betraut war. Er verlangte, dass Dr. Elkes, ein prominenter Internist, ihn untersuchen und eine geeignete Medikation verschreiben sollte. Wenngleich die NS-Rassengesetze jüdische Ärztinnen daran hinderten, Deutsche zu behandeln, wurden diese von den SS-Führern im Felde oft nicht beachtet, sie ließen sich öfters von jüdischen Ärzten behandeln. Schtitz war ein grausamer Mann und hatte bereits mörderische Exekutionen im Ghetto angeordnet und ausgeführt, auch war bekannt, dass er Jüdinnen im Ghetto viel von ihrem Besitz abgenommen hatte.

Dr. Elkes war zwischen seiner Verpflichtung als Führer der jüdischen Gemeinschaft im Ghetto und seiner ärztlichen Pflicht hin- und hergerissen. Er entschied sich dafür, den NS-Scharführer zu untersuchen und dem kranken Mann die notwendige Medikation zu verschreiben.

Nach dem Vorfall erzählte Dr. Elkes Abraham Tory, einem jüdischen Mitbewohner des Ghettos:

„Dieser Patient, den zu untersuchen mich das Schicksal gezwungen hat, ist extrem schockierend. Ihn – dessen Hände mit dem Blut von Juden befleckt sind – auch nur zu berühren, war entsetzlich. Ich glaube aber, ich habe getan, was ich sollte. Vielleicht werden dadurch Leben gerettet.“

Literatur:

Abraham Tory, *Surviving the Holocaust. The Kovno Ghetto Diary* (Harvard University Press, 1990).

Fallstudie 2:

Dr. Zymunt Klukowski, ein 55-jähriger polnischer Arzt, verbrachte einen Großteil der Kriegszeit als Leiter des Kreiskrankenhauses Zamosc in Szczebrzeszyn. Im November 1942 wurde Zamosc zum ersten offiziellen NS-Umsiedlungsgebiet in Polen erklärt, wo die jüdische Bevölkerung, etwa 60.000 Menschen, bereits im Rahmen der ethnischen Säuberungsaktion der Nazis ermordet worden war. Darüber hinaus wurden mehr als 100.000 aus der Region zwangsausgesiedelt und in Zwangsarbeitslager geschickt. Während des Krieges führte Dr. Klukowski, der sich im polnischen Untergrund engagierte, geheim Tagebuch. Die untenstehenden Passagen sind daraus entnommen:

„23. Juli 1940: Der Landeschirurg aus Bilgoraj, Dr. Snacki ... rief alle Ärzte zusammen und gab uns die neuen Regelungen über die Behandlung von Juden bekannt. Wir dürfen keine Bestätigungen wie etwa Krankschreibungen ausstellen ... Wir dürfen Juden nicht helfen. Nachdem ich dies hinterfragte, weil in Szczebrzeszyn nicht einmal ein einziger jüdischer Arzt ordiniert, stimmten die Deutschen zu, dass das Krankenhaus Juden eine Stunde am Tag medizinisch betreuen darf, aber nur wenn keine anderen Patienten da sind. Wir dürfen Juden jedoch nicht aufnehmen, außer wenn es sich um infektiöse Krankheiten handelt ... Ich war gezwungen, einige Juden aus dem Spital zu entlassen ... Viele behielt ich im Krankenhaus, um sie vor der Deportation ins Arbeitslager zu bewahren, und nicht aufgrund irgendeiner Krankheit.“

„8. Mai 1942: Gegen 3 Uhr Nachmittag war in der Stadt die Hölle los. Aus Zamosc kam eine Gestapo-Einheit an. Sie befahlen dem Judenrat, 100 Juden für die Zwangsarbeit zur Verfügung zu stellen und gaben ihnen nur eine Stunde ... Nachdem eine Stunde vorbei war, begann die Gestapo mithilfe der Gendarmen die Juden einzufangen, das artete aber in einer Massenerschießung aus ... Sie erschossen die Menschen wie die Enten, töteten sie nicht nur auf der Straße, sondern auch in ihren eigenen Häusern – Männer, Frauen und Kinder, ganz egal ... Juden kamen zu mir und flehten mich um Hilfe an, so ließ ich einige Mannschaften mit Bahren ausfahren, um die Verwundeten aufzulesen. Plötzlich kam mir in den Sinn: Ich habe ja Anweisung ... Juden keine ärztliche Hilfe zu leisten. Also rief ich bei der Polizei an und musste hören, dass mich die Juden nichts angehen. Dann rief ich den Kreisarzt in Bilgoraj an. Dieser sagte mir, das Krankenhaus wäre nicht berechtigt, Juden zu helfen, da es einen jüdischen Arzt in der Stadt gäbe ... Ich postierte einige Leute am Krankenhauseingang, um zu erklären, dass wir keine Juden aufnehmen dürfen.“

Gegen 4 Uhr kamen zwei Gestapo-Polizisten, ein Gendarm und ein Mitglied der „blauen Polizei“ ins Foyer des Krankenhauses, alle mit Maschinengewehren bewaffnet, und fragten mich, ob ich Juden aufgenommen oder geholfen hätte. Ich sagte nein.

Gegen 5 Uhr kam Dr. Bolotny, der einzige jüdische Arzt der Stadt zu mir und flehte mich an, ihm zu helfen. Mir tat es so leid, dass ich jede Hilfe verweigern musste. Ich tat dies aufgrund der strengen Befehle der Deutschen. Es war gegen mein eigenes Gefühl und gegen die ärztliche Pflicht zu helfen. Ich habe noch immer die Wagen mit den Toten vor Augen ... und viele Verletzte, die gegenüber von meinem Spital auf dem Gehsteig lagen, wo es mir verboten war, ihnen zu helfen.“

Literatur:

Zygmunt Klukowski, *Diary from the Years of Occupation, 1939-1944* (University of Illinois Press, 1993).

Frage:

Wie sollten Ärztinnen agieren, wenn sie Patienten behandeln, die als Feinde gelten?

Diskussion:

In den obigen Fällen wurden die Ärzte, ein Häftling (Elkes) und ein „besiegter“ nicht-kämpfender polnischer Arzt (Klukowski), aufgefordert, Patienten zu behandeln (oder auch nicht zu behandeln), die als Feinde definiert waren. Die Umstände des Krieges diktierten die Definitionen, wer als „Feind“ zu gelten hatte, obwohl diese Professionisten nicht im militärischen Kontext Dienst taten. Die ethischen Dilemmata können jedoch ähnlich aussehen wie jene, mit denen Angehörige medizinischer Berufe konfrontiert sein könnten, insbesondere im Militärdienst.

Potentielle Dilemmata wären: Kranke und Verletzte behandeln oder nicht behandeln? Seinem Gewissen oder einer externen Autorität folgen? Medizin-ethischen Traditionen und Kodizes folgen oder den Anweisungen einer staatlichen Behörde, einem Militäroffizier oder Gefängniswärter? Seine eigene Sicherheit wahren oder diese durch den Versuch, andere zu behandeln oder zu retten, riskieren?

Die Fälle zeigen auch, dass wechselnde militärische und politische Situationen auch zu Inkonsequenz und Wankelmüt in ethischen Entscheidungen führen können.

In Kriegszeiten kommen Gesundheitsberufe häufig in die Situation, wo sie ihre Verantwortung und Hingabe an die Patientinnen gegen die Loyalität Dritten gegenüber abwägen müssen. Unter manchen militärischen (oder anderen) Umständen müssen die ethischen Grundsätze des Patientenwohls, Nicht-Schadens, der Patientinnenautonomie und Selbstbestimmung nicht unbedingt mit militärischen oder zivilen Verpflichtungen von Ärzten zusammengehen. Viele ethische Dilemmata können sich auf dem Schlachtfeld oder anderswo in einer Kriegsregion ergeben, so etwa bei der Behandlung von Gefangenen und die Prioritätsfrage, ob verletzte Feindsoldaten oder –zivilistinnen zuerst zu behandeln sind.

Solcherlei Situationen können zum Problem der doppelten Loyalität führen, das sich als Konflikt zwischen beruflichen Verpflichtungen gegenüber Patienten und solchen gegenüber Dritten manifestiert. Sie können auch dazu führen, dass Angehörige von Gesundheitsberufen an Menschenrechtsverletzungen und der Nichtbeachtung medizinethischer Grundsätze beteiligt sind. Manche Situationen können sich ergeben, wenn die persönliche Sicherheit des Arztes durch das Militär oder staatliche Behörden bedroht wird. Wem gegenüber ist die Ärztin verpflichtet?

Da Gesundheitspersonal zwischen der Pflicht zu heilen einerseits und der Unterstützung militärischer Ziele andererseits hin- und hergerissen ist, führen diese Spannungen unweigerlich zu ethischen und menschenrechtlichen Folgen für Soldaten und Zivilistinnen gleichermaßen. Wo immer sich Ärzte zwischen der Befolgung staatlicher oder nationaler Politiken und der Einhaltung internationaler Prinzipien des humanitären Rechts und der medizinischen Ethik im Konflikt befinden, sollten sie sich für das letztere entscheiden.

3.3 Medizinische Versorgung unter gefährlichen Bedingungen – Ärztliche/pflegerische Leistungspflicht

Fallstudie:

Im Spätherbst 1944 war das Ghetto in Lodz bereits aufgelöst. Von den mehr als 200.000 Jüdinnen, die einst im Ghetto lebten, waren nur etwa 900 übrig. Sechshundert Juden gehörten zum Säuberungsteam, das in einem gut bewachten Arbeitslager lebte, die anderen dreihundert versteckten sich in Kellern, verlassenen Gebäuden und geheimen Bunkern.

Eines nachts kam ein Mann unentdeckt ins Lager. Seine Frau, die sich in einem verlassenen Haus versteckte, drohte zu verbluten, nachdem sie einem Sohn das Leben geschenkt hatte. Nachdem er einen Chirurgen um Hilfe gebeten hatte, der dies verweigerte, wurde dem Mann gesagt, dass sich eine Hebamme im Lager befände, die vielleicht zur Hilfe bereit war. Die Hebamme, Rachel Herschenberg, war verheiratet und Mutter einer halbwüchsigen Tochter, Salomea. Die Familie Herschenberg hatte im Lodzer Ghetto überlebt, seit es am 1. Mai 1940 versiegelt worden war.

Rachel beschloss, mit dem Mann mitzugehen, um seiner Frau und dem Kind beizustehen. Ihre Tochter Salomea weiß folgendes darüber zu berichten:

„In einem dreckigen gut versteckten Keller untersuchte meine Mutter die stark blutende Frau, entfernte die Plazenta aus ihrem Körper mit nicht zu sauberer Hand ohne Handschuhe. Sie wartete, bis die Blutung aufhörte, untersuchte das Kind und kam dann alleine ins Lager zurück. ‚Sally‘, sagte sie strahlend vor Stolz, ‚es ist ein gesunder wunderschöner Junge.‘“

Rachel wollte nun nochmals ihre Patientin besuchen, um zu sehen, ob nach der Behandlung alles gut gegangen war. Salomea versuchte, sie davon abzubringen:

„Oh nein, Mutter, das ist keine Geburtsvisite, es ist ein gefährliches Unternehmen. Du spielst mit dem Tod. Der Chirurg war vernünftig genug, nein zu sagen. Außerdem war die Frau verrückt sich zu verstecken, als sie schwanger war. Es ist ein doppeltes Ticket in den Tod. Ich verstehe nicht, wie man mitten im Hunger, der Zerstörung und Deportation schwanger werden kann.“

Rachel antwortete:

„Das Verlangen nach Intimität ist sehr stark, selbst unter den schlechtesten menschlichen Bedingungen, obwohl viele von uns durch den Hunger asexuell geworden sind ... Siehst du denn nichts Symbolisches in dieser Geburt?“

Salomea erwiderte:

„Nein, ich sehe, dass dein Leben in Gefahr ist und Symbole sind mir egal. Lass mich nicht ohne dich sterben und nicht ohne dich überleben. Bitte geh nicht hin.“

Rachel ging auf die Ängste ihrer Tochter ein, sagte dann aber:

„... Die Nazis haben uns das Recht genommen, schwanger zu werden und Kinder zu bekommen. Ich bin dazu ausgebildet, Babys auf die Welt zu bringen, und Babys sind ein Versprechen auf Leben. Sie sind die Wiedergeburt unseres neuen Volkes.“

Rachel ging ein zweites Mal alleine hin. Sie kam freudestrahlend und mit einem Laib Brot in der Hand zurück. Mutter und Kind waren wohlauf.

Literatur:

Solomea Kape, The Midwife of Łódź,

<http://www.kozerawski.com/2010/12/27/lodz-ghetto-the-midwife-from-lodz-by-salomea-kape/>

Frage:

Sind Vertreterinnen von Gesundheitsberufen verpflichtet, Patienten zu versorgen, wenn ihr eigenes Leben bedroht ist?

Diskussion:

In dieser Situation erlebt die Hebamme einen Interessenskonflikt: Das Patienteninteresse, angemessene medizinische Behandlung zu erhalten und ihr persönliches Interesse am Leben zu bleiben, stehen einander gegenüber. Auch ihre Verpflichtungen stehen im Konflikt: die Pflicht, Patientinnen aufgrund ihrer beruflichen Ausbildung zu behandeln, und ihre Verpflichtung als Mutter.

Die medizinethische Tradition hat lange den Grundsatz empfohlen, dass Gesundheitspersonal (Ärztinnen, Pfleger und andere) bedürftige Patienten ohne Rücksicht auf ihr persönliches Risiko behandeln sollen. Dies bedeutet nicht, dass sie Risiken für sie selbst außer Acht lassen sollten, jedoch sollten Risikobedenken nicht an oberster Stelle stehen. Wenn man einen Gesundheitsberuf ergreift, schwört man einen Eid als Heiler und den Kranken zu dienen. Es wird allgemein erwartet, dass Medizinberufe danach streben sollten, alles nur Menschenmögliche zu tun, um einer Patientin beizustehen. Wenngleich es zweifellos über die Pflicht hinausgehen mag, von Ärztinnen oder Pflegern zu erwarten, dass sie ihr Leben für das Leben anderer opfern, so darf man doch erwarten, dass sie im Bedarfsfall mutig und human handeln. Dieser Fall betrifft den Grundsatz der Pflicht. Ärztinnen, Pfleger und Hebammen haben die Pflicht, andere zu versorgen. In diesem Fall jedoch gibt es auch die Pflicht, die eigene Familie zu schützen. Wie wägt man die berufliche Verpflichtung mit jener ab, auch die Familie zu schützen und für sie zu sorgen? Ebenso wie es nicht erwartet wird, dass jemand sein Leben hergibt, um einen Patienten zu retten, wird nicht erwartet, dass man ein Familienmitglied einer Todesgefahr aussetzt, um eine Fremde zu retten. In diesem Fall hatte die Hebamme eine halbwüchsige Tochter. Die Frage bleibt, wie sie entschieden hätte, wenn ihre Tochter ein Baby gewesen wäre.

Der Fall der Hebamme in Lodz zeigt auch einen weiteren Aspekt von Humanität und in vielen Fällen von medizinischer Professionalität: die Freiheit, dass jede Person Entscheidungen, eine Wahl treffen muss, um einen Sinn im Leben zu finden.

Viktor Frankl, jüdischer Psychiater und Holocaust-Überlebender, betonte dies in seinem Buch „Der Mensch auf der Suche nach Sinn“. In seiner Theorie der Logotherapie bemerkt Frankl, dass ein Mensch sehr wohl seines Besitzes, seiner Familie, Ehre und Lebensgrundlage beraubt werden kann; was man ihm jedoch nicht nehmen kann, ist die Fähigkeit zu denken, Erfahrungen zu machen und persönliche Entscheidungen zu treffen. Rachel Herschenberg, die Hebamme, verstärkt Frankls Herangehensweise. Sie hatte keine moralische Verpflichtung, ihr Leben oder das ihrer Familie für jemanden anderen zu riskieren, und doch traf sie eine bewusste, professionelle Entscheidung, ihr Leben aufs Spiel zu setzen, um einer Patientin zu helfen, und indem sie dies tat, für sich persönlich einen Lebenssinn zu generieren, allen bedrückenden Bedingungen im NS-Ghetto zum Trotz.

Literatur:

Victor Frankl, *Man's Search for Meaning* (Pocket Books, 1984).

3.4 Ethische Grundhaltungen ändern

Fallstudie:

Als die Nazis im Juni 1941 Lwow besetzten, verlor Professor Ludwig Fleck, ein bekannter Bakteriologe, Heim und Haus, und er und seine Familie mussten ins Ghetto ziehen. Dort setzte Professor Fleck mit einigen Kollegen die Forschung über einen Typhusimpfstoff fort. Ihre Mühen unter extremsten Bedingungen wurden belohnt, und sie konnten tatsächlich einen Impfstoff entwickeln. Dieser Impfstoff auf Urinbasis jüdischer Patienten, rettete das Leben vieler Patientinnen. Während sie wegen Typhus behandelt wurden, waren die Patienten auch vor den Todeselektionen geschützt.

Im Januar 1943 wurden Dr. Fleck und seine Frau nach Auschwitz deportiert. In Auschwitz bekam Dr. Fleck Typhus, da er sich aber selbst geimpft hatte, zeigte die Krankheit bei ihm einen milden Verlauf. Obwohl Fleck ursprünglich in Auschwitz Schwerarbeit verrichtete, wurde er später ins Labor verlegt, wo er bakteriologische Forschungen für Häftlinge durchführte.

Im Januar 1944 wurde Dr. Fleck nach Buchenwald, Block 50, verlegt, um weitere Forschungen zu Typhusimpfungen zu betreiben. Gemeinsam mit zwei Kollegen entdeckte er, dass der Impfstoff, der dort produziert wurde, unwirksam war. In diesem Wissen trafen Fleck und seine Kollegen eine bewusste Entscheidung, die Produktion des unwirksamen Impfstoffes fortzusetzen, um die Arbeit der NS-Ärzte zu sabotieren. Dieser unwirksame Impfstoff wurde der Wehrmacht für die Impfung von Soldaten zur Verfügung gestellt. Laut Flecks Zeugenaussage nach dem Krieg, hatten die NS-Ärzte, die am Impfstoff arbeiteten, nur sehr beschränktes Wissen über diese Forschung. Dieses beschränkte Wissen reichte für Fleck und seine Kollegen aus, um den unwirksamen Impfstoff weiter zu produzieren. Zur selben Zeit schafften es Fleck und Kollegen, einen wirksamen Impfstoff herzustellen, den sie ihren Mithäftlingen verabreichten. Einige der wirksamen Seren wurden den Deutschen als Kontrollproben übergeben, und so wurden die falschen nie entdeckt.

Nach dem Krieg sagte Dr. Fleck in Nürnberg als Fachgutachter gegen den deutschen Pharmakonzern IG Farben aus, der mit SS-Ärzten zur Entwicklung von Impfstoffen Menschenversuche durchführte.

Hintergrund:

Der von Läusen übertragene Typhus war sowohl im 1. Weltkrieg, 2. Weltkrieg und anderen Kriegen zuvor eine schwere Infektionskrankheit. Schlechte sanitäre Bedingungen, zu viele Menschen auf engstem Raum, wie in den Ghettos oder Konzentrationslagern, führten zur Verbreitung der Krankheit, die schließlich epidemische Ausmaße annahm. Die deutschen Behörden hatten vor allem Sorge, dass sich der Typhus auf die Soldaten und die Zivilbevölkerung ausbreiten könnte. Die Angst vor Typhus und anderen Infektionskrankheiten war eine der Begründungen, die die Deutschen vorbrachten, um die Errichtung von Ghettos in den besetzten Gebieten zu rechtfertigen. Die Ghettos selber wurden zu „Quarantäne“-Gebieten, um die Krankheit hauptsächlich auf die jüdische Bevölkerung zu beschränken.

Deutsche Militärärzte erkannten, dass die überfüllten und schlechten sanitären Bedingungen im Ghetto noch mehr Typhus-Fälle unter den Einwohnern des Ghettos hervorrufen würden. Bei der Errichtung einiger Ghettos arbeiteten deutsche mit jüdischen Ärzten zusammen, um medizinische Protokolle aufzubauen und Typhus zu bekämpfen.

Sobald jedoch die deutschen Behörden dachten, dass eine Typhusepidemie bevorstand, handelten sie rasch und brutal. Im Dezember 1941, als das Romalager (ursprünglich 5.000 Menschen) im Ghetto Lodz mit Typhus infiziert war, leerten die SS und die deutsche Polizei das Lager und sandten alle Roma nach Chelmno, wo sie ermordet wurden. Ein weiteres Beispiel ist das Ghetto Kovno (Kaunas) in Litauen, wo die Deutschen am 4. Oktober 1941 etwa 2.000 Menschen in dem kleinen Ghetto selektierten und ermordeten, einschließlich derer im jüdischen Krankenhaus, das mit Diesel überschüttet und angezündet wurde, wobei alle Patientinnen und Betreuer darinnen gefangen waren. Die Angst vor Typhus war eine der Rechtfertigungen für Mord.

In allen Ghettos Osteuropas und in den Konzentrationslagern taten jüdische, aber auch nicht-jüdische Häftlingsärzte alles Menschenmögliche, um den Typhus in den überbevölkerten Lagern und schlechten sanitären Verhältnissen in den Griff zu bekommen. Darüber hinaus versuchten diese Ärztinnen auch, Ausbrüche von Typhus vor den deutschen Gesundheits- oder Verwaltungsbehörden zu verheimlichen oder zu vertuschen. Sie wussten, dass wenn die Deutschen je Typhus in den Lagern bzw. Ghettos entdeckten, die Wahrscheinlichkeit hoch war, dass viele Menschen getötet würden.

Literatur:

1. Ludwig Fleck, Survivor Testimony/Document 0-3/650, Yad Vashem, Jerusalem.
2. Naomi Baumslag, Murderous Medicine: Nazi Doctors, Human Experimentation, and Typhus (Praeger, 2005).
3. Robert S. Cohen, Thomas Schnelle eds., *Cognition and Fact. Materials on Ludwig Fleck* (Reidel Publishing Company, 1986).

Fragen:

War es ethisch richtig, dieses falsche Serum herzustellen?

Gibt es Umstände, in denen es ethisch vertretbar ist, medizinische Werte zu ändern?

Diskussion:

Dr. Fleck und Kollegen arbeiteten nicht in einer typischen Forschungsumgebung. Sie waren Gefangene in einem Konzentrationslager, und ihr Leben sowie das ihrer Angehörigen war jederzeit in Gefahr. Dennoch entschieden sie, ihr medizinisches

Wissen zu nützen um Mithäftlingen zu helfen und auch die deutschen Kriegsbemühungen auf die einzige Art und Weise, die ihnen zur Verfügung stand, zu sabotieren. Sie erkannten, dass die Fälschung von Forschungsdaten unter normalen Umständen unethisch war, und dass ihr Handeln den deutschen Soldaten nicht zugutekommen, ja sogar Schaden nach sich ziehen würde. Obwohl sie inhaftiert waren und in einer Hochrisikosituation lebten, nutzten sie ihr medizinisches Wissen als strategische Gelegenheit, den Nazis Widerstand zu leisten. Aus ihrer Häftlingsperspektive war ihr Handeln gerechtfertigt. Die harte Realität der NS-Konzentrationslager erforderte unweigerlich, dass Häftlingsärzte Entscheidungen trafen, die nicht mit deren vergangenen ethischen Wertesystemen vereinbar waren. Medizinberufe sind verpflichtet, Werte wie Wahrheit und Ehrlichkeit hochzuhalten, jedoch können in unterschiedlichen Settings unterschiedliche Realitäten und unterschiedliche Standards dazu entstehen, wie man beurteilt, was ehrlich und ethisch wahrhaftig ist. Was jedoch, wenn diese Werte mit anderen wichtigen Werten in Konflikt geraten, wie dem Leben selbst, Mildtätigkeit oder Freiheit? Kann eine Lüge oder eine andere unethische Verhaltensweise gerechtfertigt sein, wenn dadurch ein Menschenleben oder eine Gemeinde gerettet oder noch größeres Übel abgewendet wird?

War es in diesem Fall ethisch zulässig, einen Impfstoff zu liefern, von dem man wusste, dass er für Soldaten des Feindes unwirksam war? Diese Frage stellt eine Kriegshandlung (Lieferung unwirksamer Impfstoffe an den Feind) und ein Element des hippokratischen Eides, das einmahnt „nicht zu schaden“, gegenüber. Wem gegenüber schulden Ärzte in Kriegszeiten Loyalität? Sollten Ärztinnen verpflichtet sein, das Leben jener zu retten, die zur Ermordung von Unschuldigen bestimmt waren? Ist es dem Arzt bei Kriegsanstrengungen immer möglich, mit der höchsten ethischen Integrität zu handeln, und was bedeutet ethische Integrität in dieser Extremsituation?

3.5 Sich den NS-Ärzten fügen

Fallstudie:

Miklos Nyiszli wurde 1901 in Samlyo, Rumänien geboren. Er begann sein Medizinstudium an der Universität Clug, setzte sein Studium in Kiel, Deutschland, fort und absolvierte 1930 in Breslau. 1944 wurde Dr. Nyiszli mit Frau und Tochter nach

Auschwitz-Birkenau deportiert. Bei der Ankunft in Birkenau wurden sie vom SS-Arzt Dr. Josef Mengele in die Gruppe der Arbeitsfähigen selektioniert. Mengele befahl allen Ärzten in der Gruppe vorzutreten und sagte ihnen, er suche einen Arzt, der sich in der Gerichtsmedizin auskenne. Nachdem er von Mengele befragt worden war, wurde Nyiszli von der Gruppe getrennt, rasiert, desinfiziert und tätowiert. Dann wurde er in einen neu renovierten Sezierraum gebracht, um Autopsien vorzunehmen.

Dr. Nyiszli musste Autopsien an Kleinwüchsigen und Zwillingen durchführen, die Menschenversuche mitgemacht hatten, sowie die Leichen anderer Häftlinge, die für die medizinische Forschung seziiert wurden. Nyiszli musste seine anatomischen Studienberichte an das Kaiser Wilhelm-Institut für Anthropologie, Erbwissenschaften und Eugenik in Berlin schicken. Im Rahmen seiner Arbeit musste er auch SS-Leute und das *Sonderkommando* – jüdische Lagerhäftlinge, die die Leichen aus der Gaskammer ins Krematorium brachten – medizinisch versorgen.

Durch seine Arbeit erfuhr Nyiszli wie genau die barbarischen Experimente durchgeführt wurden und welche Methoden angewandt wurden, um die Opfer zu ermorden. Nyiszli schreibt wiederholt, dass er nicht erwarte, das Lager zu überleben, wusste aber, dass wenn er seiner beruflichen Pflicht als Arzt nicht nachkam, sicher ermordet würde. Nyiszli sagt aus:

„Mir standen buchstäblich die Haare zu Berge, wenn ich darüber nachdachte, wieviel ich bereits in meiner kurzen Zeit am Krematorium erfahren hatte und wieviel ich noch erfahren müssen würde, ohne ein Wort der Widerrede, bevor ich an der Reihe war. Mir wurde das unvermeidliche klar, sobald ich durch das Tor des Krematoriums ging, doch nun wusste ich so viele Geheimnisse, dass ich nicht den geringsten Zweifel hatte, dass ich bereits ein toter Mann war. Es war unmöglich zu hoffen, dass Dr. Mengele und das Institut in Berlin-Dahlem jemals zulassen würden, dass ich dort lebend herauskomme.“ Dr. Nyiszli und seine Mithäftlinge aus dem *Sonderkommando* dokumentierten die Einzelheiten über Täter, Opfer, Methoden und Geräte des Massenmords. Die Mitglieder des *Sonderkommandos* unterzeichneten das Dokument und vergruben es. Während dieses eine Dokument nie gefunden wurde, hat man doch ähnliche nach dem Krieg entdeckt.

Ende Januar 1945 wurde Dr. Nyiszli nach Mauthausen deportiert, wo er am 6. Mai 1945 von amerikanischen Truppen befreit wurde. Seine Frau und Tochter wurden in Bergen-Belsen befreit. Nach dem Krieg kehrte Dr. Nyiszli in die Stadt Ordea zurück

und war dort wieder als Arzt tätig. Im Mai 1956 starb Dr. Miklos Nyiszli an einem Herzinfarkt.

Die Erinnerungen Dr. Nyiszlis wurden erstmals 1946 publiziert und dienen bis heute als die frühesten und am besten dokumentierten Zeugnisse über die NS-Experimente, die Gaskammer und Krematorien in Auschwitz.

Literatur:

Miklos Nyiszli, *Auschwitz. A Doctor's Eyewitness Account* (Arcade Publishing, 1993).

Frage:

Ist es für Ärzte ethisch vertretbar, sich dem Feind zu fügen?

Diskussion:

Obwohl beide Ärzte mit den Grundlagen und Zielsetzungen der Forschung zu tun hatten, arbeiteten Dr. Mengele und Dr. Nyiszli nicht für dasselbe Ziel. Dr. Mengeles Studien waren dazu gedacht, die biorassischen Theorien der Nationalsozialisten abzusichern und dienten auch seinen eigenen beruflichen, akademischen und ideologischen Zwecken. Dr. Nyiszli, der zwar an Mengeles Studien als Arzt und Anatom beteiligt war, tat dies als Häftling sowie für sein eigenes Überleben und das seiner Familie. Die Zielsetzungen der beiden Ärzte waren also sehr unterschiedlich. Wer solche schrecklichen Umstände nicht selbst erlebt oder durchlebt hat, kann nicht um die Grenzen oder Versuchungen des Mitmachens wissen. Wir sollten demütig sein in unserer ethischen Beurteilung aus zeitlicher Ferne. Darüber hinaus machten selbst in den besten Beispielen der Menschlichkeit die Zeit und Umstände einen Unterschied. Im Falle Dr. Nyszlis sind jedoch einige Punkte hervorzuheben:

- 1) Er erfüllte seine ärztliche Pflicht, da dies nicht zu tun vermutlich seinen Tod und den Tod seiner Familie bedeutet hätte. Dies ist eine unleugbare Tatsache.
- 2) Er nahm nicht an den Selektionen teil, sondern war als Pathologe tätig. Er verursachte nicht den Tod und konnte auch kein Leben retten. Zu diesem Zeitpunkt konnte er nur sein eigenes Leben retten und dadurch, dass er sich fügte, das Leben von Frau und Tochter.
- 3) Er arbeitete als Arzt und half dabei einigen Tätern (SS) und anderen Lagerinsassinnen. In dieser Funktion erfüllte er seine ärztliche Pflicht, half anderen zu überleben und erfuhr mehr über den Vernichtungsprozess.

- 4) Als er die Gelegenheit erhielt, zeichnete er die Methoden des NS-Vernichtungsprozesses auf. Dieses Handeln, das im Falle der Entdeckung seinen Tod hätte bedeuten können, war für die Nachwelt und Gerechtigkeit gedacht.

Eine der stärksten Lektionen aus diesem Fall ist, dass wir das Thema des „Mitmachens“ mit der größten Demut behandeln sollten. Was hätten wir getan? Welche Wahl hätten wir getroffen? Und heute, wenn wir in unseren eigenen Nationen und Zeiten aufgefordert werden, uns an Politiken, Regelungen und Gesetze zu halten, die ungerecht oder unfair sind, was sollten wir heute tun? Und vielleicht eine Parallelfraße dazu: Was würden wir tun, um die Sicherheit unserer eigenen Familien und Lieben zu sichern bzw. nicht aufs Spiel zu setzen?

Eine Störvariable ergibt sich beim Lesen von Nyiszlis Buch: Stolz auf die Arbeit. Dr. Nyiszli war stolz auf seine Arbeit. Dies geht aus den minutiösen Beschreibungen seiner Autopsien, Ergebnisse und klinischen Berichte hervor. Obwohl Stolz auf die eigene Arbeit verständlich und in normalen Zeiten aner kennenswert ist, erscheint er in Nyiszlis Bericht befremdlich. Aber vielleicht ist es genau dieser Stolz auf die eigene Arbeit, die es Nyiszli ermöglichte, die Hölle zu überleben, die es bedeutete, in einem Krematorium in Auschwitz zu leben und zu arbeiten.

4. Abtreibung: Sicht der NS-Ärzte und der Häftlingsärzte

Fallstudie 1: Abtreibungen an gesunden jüdischen Frauen in den Ghettos

Dr. Aharon Peretz, Gynäkologe im Ghetto Kovno, beschreibt, wie jüdische Ärzte versuchten, schwangere Frauen zu schützen. In seinen Erinnerungen heißt es:

„Ich schaffte es, für Frauen, die im achten oder neunten Monat schwanger waren, zu erwirken, dass sie austragen durften. Schwangere Frauen versuchten sich zu verstecken und gingen Tags nicht auf die Straße. Da ich offiziell Geburtshelfer im Krankenhaus war, musste ich darauf achten, dass diese Geburten geheim blieben. Ich gab Hebammen und Patientinnen Anweisungen, wie sie ihre Schwangerschaft geheim halten könnten und wies sie an, mich nur im Notfall anzurufen ...

... Gezwungenermaßen kam ich zu dem Schluss, dass es keinen Weg gab, als bei diesen Schwangeren abzutreiben. Davor war Abtreibung nur erlaubt, wenn die Gesundheit der Frau in Gefahr war. Nun war nicht TBC oder eine andere schwere Krankheit der Grund, warum abgetrieben wurde, sondern die Gestapo und deren Vernichtungspolitik!...

Wenn eine Schwangere ins Spital kam, behandelte ich jeden Fall mit kühlem Herz und Kopf.“

Literatur:

Aharon Peretz, *They did not cry in the Camps* [Hebrew] (Massada, 1960).

Fallstudie 2: Abtreibungen im Konzentrationslager

Dr. Gisella Perl war jüdische Gynäkologin aus Maramaros Sziget, Transsylvanien. 1944 wurde sie mit ihren Eltern, ihrem Mann und Sohn nach Auschwitz deportiert. Sie konnte als Einzige überleben. Dr. Perl behandelte Insassinnen in Auschwitz. Dort musste sie mit eigenen Augen ansehen, wie Schwangere lebend ins Krematorium geworfen wurden. Dr. Perl erinnert sich:

„Doch nach und nach wurde der Schrecken zur Empörung und diese Empörung rüttelte mich hoch aus meiner Lethargie und gab mir einen neuen Anreiz zu leben. Ich musste am Leben bleiben. Es lag an mir, alle Schwangeren im Lager C vor diesem höllischen Schicksal zu bewahren. Es lag an mir, das Leben der Mütter zu retten, wenn es nicht anders ging, durch Vernichtung des Lebens ihrer ungeborenen Kinder. Ich

rannte ins Lager zurück und erzählte den Frauen Block für Block, was ich gesehen hatte. Niemals wieder sollte jemand ihren Zustand preisgeben. Es musste bis zum letzten Atemzug geleugnet werden, vor der SS verborgen, vor den Wärtern und auch den Blockältesten ... Zuerst nahm ich die Schwangerschaften im 9. Monat ... Ich entband Frauen im achten, siebten, sechsten, fünften Monat, ganz schnell mit meinen fünf Fingern im Dunkeln, unter fürchterlichen Umständen ...

Niemand wird je wissen können, was es für mich bedeutete, diese Kinder abzutreiben. Nach Jahren und Jahren der medizinischen Praxis waren Geburten das schönste für mich, das größte Wunder der Natur. Ich liebte diese Neugeborenen nicht als Ärztin, sondern als Mutter und es war wieder und wieder und wieder mein eigenes Kind, das ich tötete, um das Leben seiner Mutter zu retten. Jedes Mal, wenn ich mich in die menschlichen Exkremente auf dem Barackenboden kniete, um eine Entbindung ohne Instrumente herbeizuführen, ohne Wasser, ohne die grundlegendsten hygienischen Vorkehrungen, betete ich zu Gott, mir zu helfen, die Mutter zu retten oder ich würde niemals wieder eine Schwangere anrühren. Hätte ich das nicht getan, wären sowohl Mutter und Kind grausam ermordet worden. Gott meinte es gut mit mir. Wie durch ein Wunder und was sich für jeden Arzt wie ein Märchen anhören muss, konnte sich jede dieser Frauen erholen und war arbeitsfähig, was zumindest für einige Zeit ihr Leben rettete.“

Literatur:

Gisella Perl, *I was a Doctor in Auschwitz* (Ayer Company Publishers, Inc., 1997) [Original 1948 veröffentlicht].

Hintergrund: Abtreibung als Instrument der NS-Eugenik

Im Deutschland der Weimarer Republik wurde die Legalisierung der Abtreibung debattiert, und es gab Bewegungen, die für eine Legalisierung eintraten. Viele Ärzte jedoch wandten sich gegen die Liberalisierung der Abtreibung. Als die Nazis 1933 an die Macht kamen, kam es zu einem raschen und noch größeren Wandel in allen Bereichen der Gesellschaft. Ärztevereinigungen und Gruppen, die zuvor gegen die Abtreibung aufgetreten waren, begannen nun die Sicht der Nationalsozialisten zu unterstützen, aus rassistischen Gründen. Die NS-Abtreibungspolitik basierend auf rassenhygienischen Grundsätzen stützten sich auf zwei Säulen: prohibitive Abtreibungsgesetze für gesunde deutsche Frauen (positive Eugenik) und legalisierte

Abtreibung für nicht-gesunde deutsche Frauen und Nicht-Arierinnen (negative Eugenik).

Eine Anti-Abtreibungspolitik war für die Nazis überaus wichtig. Gesunde deutsche Frauen wurden daran gehindert, abzutreiben und konnten strafrechtlich verfolgt werden. Das offizielle Amtsblatt für Medizin in Bayern erklärte, Abtreibung sei eine Form von Landesverrat. Die Regierung etablierte und verkündete das Ideal der sogenannten „Vierkindfamilie“ und Frauen wurden je nach Kinderschar mit Medaillen überhäuft (Ehrenkreuz der deutschen Mutter). Der Zugang zu Geburtenkontrolle in jeder Form wurde für gesunde Arierinnen streng kontrolliert. Abtreibungen waren nur dann erlaubt, wenn das Leben der Mutter gefährdet erschien. NS-Ärzte rieten generell zur Heirat als Lösung bei unehelichen Schwangerschaften.

Während Abtreibung für gesunde deutsche Frauen illegal war, war sie aus rassehygienischen Gründen gesetzlich erlaubt. Das Sterilisationsgesetz aus 1935 legalisierte die Abtreibung aus eugenischen Gründen und erlaubte Abtreibungen für Frauen, die bereits für die Sterilisation vorgesehen waren. Zudem ermutigte das Innenministerium die Amtsärztinnen, die Abtreibung (und Sterilisation) an „asozialen“ deutschen Frauen für ihre Patientinnen zu beantragen.

Die NS-Pläne zielten speziell auf jüdische und andere Frauen „von minderem Wert“, wie etwa Prostituierte. Aus Sicht der Nazis waren dies jene Frauen, die den arischen Genpool „verunreinigten“ und die Kontinuität von Leben, sowohl einzelner als auch der Rasse, die als „lebensunwert“ bezeichnet wurde, garantierten. 1938 erklärte ein Gericht in Lüneburg die Abtreibung bei jüdischen Frauen für legal.

Mit Beginn des 2. Weltkrieges wurde die NS-Abtreibungspolitik noch radikaler. Im Frühjahr 1942 erließen die Nazis Dekrete, mit denen Geburten in Ghettos verboten waren. Die Strafe ein jüdisches Kind zur Welt gebracht zu haben, bedeutete für Mutter und Kind den Tod, und potentiell für die gesamte Familie. Wurde die Schwangerschaft einer Jüdin im KZ entdeckt, war sie auch zur Abtreibung gezwungen, denn wäre die Schwangerschaft entdeckt worden, hätte man die Frau sofort in den Tod geschickt.

Frauen aus Polen und anderswo in Osteuropa, die als Zwangsarbeiterinnen in deutschen Fabriken arbeiteten, wurden ebenfalls gezwungen abzutreiben, damit sie schnellstmöglich wieder zur Zwangsarbeit zurückkehren konnten. Die Politik der Nazis zur Geburtenkontrolle lautete:

„Wenn Mädchen und Frauen in den besetzten Gebieten des Ostens abtreiben, können wir das nur begrüßen; jedenfalls sollten wir nicht dagegen sein. Der Führer meint, wir

sollten einen schwungvollen Handel mit Verhütungsmitteln erlauben. Wir sind nicht daran interessiert, dass sich die nicht-deutsche Bevölkerung vermehrt.“

„Es wird auch notwendig sein, eigene Anstalten für Abtreibungen zu eröffnen und Hebammen und Krankenschwestern dafür auszubilden. Die Bevölkerung wird umso eher bereit sein, Abtreibungen vorzunehmen, wenn diese Institutionen kompetent geführt werden. Ärzte müssen bei Fragen, ob dies eine Verletzung ihres Berufsethos bedeutet, aushelfen können. Den russischen Ärzten oder dem Russischen Ärztebund, der nichts von dieser Order erfahren darf, ist im Einzelfall zu sagen, dass die Schwangerschaftsunterbrechung aufgrund einer sozialen Notlage erfolgt.“

Literatur:

1. Robert. N. Proctor, *Racial Hygiene. Medicine under the Nazis* (Harvard University Press, 1988).
2. Deadly Medicine. Creating the Master Race. (USHMM, 2004).

Fragen:

Welche Rolle hat der Arzt bei der ethischen Frage der Abtreibung?

Diskussion:

Laut Weltärztebund haben Ärztinnen den Respekt für menschliches Leben zu wahren, unter welchen Umständen auch immer. Dies ist ein kompliziertes Thema, wenn es um Schwangerschaft geht. Wessen Leben ist zu respektieren, wenn Mutter und Fötus/Ungeborenes in Gefahr sind? Situationen, die die Interessen einer Mutter gegen jene ihres ungeborenen Kindes stellen, schaffen ein Dilemma und werfen Fragen darüber auf, ob die Schwangerschaft intentional beendet werden sollte oder nicht.

Häftlingsärzte in den Ghettos und Lagern bedachten hauptsächlich das Leben der Mutter, teils weil ein Neugeborenes in dieser Umgebung kaum eine Chance hatte zu überleben. Zudem diktierten gefährliche Umstände diesen Ärzten so handeln, wie sie es in dieser stets wechselnden, verrohten und unsicheren Umgebung für richtig erachteten. Die meisten Ärzte handelten bei Abtreibungen im Einklang mit ihrem persönlichen und beruflichen Gewissen. Sie wollten das Leben der Schwangeren retten: Obwohl die Gesundheit der Frau nicht durch ihre Schwangerschaft an sich gefährdet war, befand sie sich doch in großer Lebensgefahr, wenn die Schwangerschaft entdeckt wurde.

Es stellt sich die Frage, ob es eine Verpflichtung oder ein Privileg ist, in solch einem gefährlichen Umfeld seinem Gewissen zu folgen. Man bedenke eine Situation, wo eine Ärztin meint, Abtreibung sei ungeachtet der Umstände falsch, und auch jene, in der Frau und Baby ohne die Abtreibung sicher umkommen, oft unter extrem brutalen Bedingungen. Dies war das Dilemma der Ärzte, die sich bewusst gegen Abtreibung stellten, jedoch auch die Zwangslage erkannten. Damals sagte Dr. Perls Gewissen, sie solle die Babys töten, um die Mütter zu retten. Und dennoch quälte sie ihr Gewissen, nachdem sie den Holocaust überlebt hatte, wegen der Tötung dieser Babys.

Ärzte sollten nach Kräften die Vielfalt der Meinungen über ungeborenes Leben respektieren und das Gesetz beachten, jedoch gleichzeitig nach ihren persönlichen Überzeugungen und ihrem Gewissen handeln. Wenngleich es nicht Aufgabe der Gesundheitsberufe ist, entsprechende Politiken auf den Weg zu bringen oder auf Landes- oder Gemeindeebene Gesetze zum Thema zu erlassen, ist es ihre Pflicht zu versuchen, den Schutz der Patientinnen sicherzustellen und gleichzeitig ihre eigenen Rechte innerhalb der Gesellschaft zu wahren. Deshalb sollte, wo das Gesetz Abtreibung aus therapeutischen Gründen erlaubt, der Eingriff durch einen kompetenten Arzt in Räumlichkeiten erfolgen, für die von der entsprechenden Behörde eine Bewilligung vorliegt.

Es besteht kein Zweifel, dass die NS-Gesetze über das Verbot und die Zulässigkeit von Abtreibungen bei gewissen Frauen nach Maßgabe ihrer rassischen Herkunft völlig unethisch waren. Ärzte, die diese Eingriffe (welche nicht therapeutischen Zwecken dienten) durchführten, handelten gegen alle ethischen Grundsätze. Sie hatten keinerlei Bedenken das Wohl ihrer Patientinnen betreffend. Sie führten Operationen an Frauen durch, deren Gesundheit nicht gefährdet war. Hingegen führten sie diese Abtreibungen einfach durch, um die NS-Rassenpolitik am Laufen zu halten.

Heute gilt als akzeptiert, dass Ärztinnen, die aus Überzeugung keine Abtreibung durchführen oder auch nur eine entsprechende Beratung geben wollen, sich zurückziehen können. Gleichzeitig sollten sie aber die medizinische Betreuung durch einen qualifizierten Kollegen sicherstellen. Es sind keine Berichte über deutsche Ärzte bekannt, die sich geweigert hätten, Abtreibungen aus eugenischen Gründen durchzuführen. In diesem Zusammenhang wurden die gesellschaftlichen Ziele und rassischen Bedürfnisse des Staates über die persönlichen und medizinischen Bedürfnisse der Patientinnen gestellt. Auch hier zeigt sich, wie das Gewissen, ob auf

persönlicher oder beruflicher Ebene, von den Zeitläuften, kulturellen und gesellschaftlichen Normen und Umständen geprägt sein kann.

5. Behandlung Sterbender

Fallstudie:

Dr. Elie Cohen, ein jüdischer Arzt aus Holland, war Häftlingsarzt in Auschwitz. Während seiner Einkerkierung im Konzentrationslager war er Zeuge, wie Tausende Gefangene für den Tod in der Gaskammer selektioniert wurden. Er musste auch Selektionen in medizinischen Blocks mit ansehen. Während dieser Selektionen ließ der NS-Arzt die Menschen an sich vorbeigehen und wählte, oft völlig willkürlich, jene aus, die leben sollten und jene, die zum Sterben in die Gaskammern geschickt wurden. Die Grundregel war, dass Patienten, die länger als zwei Wochen im Spital waren, vergast werden sollten. Dr. Cohen war die NS-Logik, mit der Patientinnen in die Gaskammern geschickt wurden, völlig bewusst.

Eines Tages, als er erfuhr, dass wieder einmal eine Todesselektion stattfinden würde, wurde Dr. Cohen von einem seiner todgeweihten Patienten, der bereits zwei Wochen im Krankenhausblock war, angesprochen. Der Patient wusste, dass er in den Tod geschickt werden würde und fragte:

„Cohen, ich muss sie um einen großen Gefallen bitten. Könnten Sie bitte schauen, dass ich genügend Narkotika bekomme, damit ich nicht mehr bei Bewusstsein bin, wenn ich in die Gaskammer muss?“

Dr. Cohen lehnte die Forderung des Patienten ab und gab ihm keine Narkotika. Er erinnert sich später:

„Warum gab ich diesem Professor kein Medikament? Das ist natürlich ein furchtbar wunder Punkt für mich. Weil ich auch Angst hatte! Weil ich mein eigenes Leben nicht unnötig aufs Spiel setzen wollte. Er würde ja ohnehin sterben. Und sollte ich dann auch ... ja Sie machen sich Ihre eigenen Gedanken, glauben Sie mir. Es ist nicht, dass ich versuche, einen Maßstab zu setzen. Aber ich habe mir damals überlegt: Sollte ich mein Leben für jemanden riskieren, der bereits verurteilt war ... ja zum Tode verurteilt war, der sterben würde, der einfach in die Gaskammer gebracht würde? Ich hätte es tun können. Aber ich hab's nicht getan. Ich habe es nicht getan.“

Literatur:

Elie A. Cohen, *The Abyss. A Confession* (W W Norton & Company, 1973).

Frage:

Wie sieht die ethische Grundhaltung für die Behandlung todgeweihter Patienten aus?

Diskussion:

Der Fall Dr. Cohen ist kein normaler Fall. Sowohl er als auch sein Patient waren Häftlinge im Vernichtungslager Auschwitz. Unter diesen extrem harten Bedingungen war Dr. Cohen der diensthabende Arzt, der sich um einen todgeweihten Patienten kümmern sollte. Dieser todgeweihte Mann bat seinen zuständigen Arzt, sein Leid zu lindern und ihm sein Sterben leichter zu machen. Der Patient wusste, dass er zum Tode verurteilt war und hatte vermutlich furchtbare Angst davor, was auf ihn zukam. Der Arzt war in der Lage, seinem Patienten zu helfen, doch würde er es tun, würde er sich selbst in große Gefahr durch die NS-Ärzte bringen. Welche Handlungsspielräume hatte er? War er ethisch verpflichtet, trotz dieser Gefahr Leiden zu lindern? War er ethisch verpflichtet, einem todgeweihten Patienten zu helfen, dessen Tod unvermeidlich war?

Was ist ärztliche Pflicht, wenn es um die Behandlung sterbender Patienten geht?

Die ethische Debatte heute über ärztliche Hilfe für Sterbende wird oft auf der Grundlage geführt, dass ärztliche Hilfe für einen Sterbenden vernünftig erscheinen mag, der sich dafür entscheidet, unerträglichem Leiden am Lebensende zu entkommen. Diese medizinische Hilfe kann nicht immer heilend oder heilender Natur sein, sie kann jedoch die Linderung emotioneller, spiritueller oder psychologischer Symptome bedeuten.

Bei der Behandlung sterbender Patienten kommen verschiedene Werte ins Spiel. Hauptziel des Arztes sollte sein, es der Patientin zu ermöglichen, in Würde und Geborgenheit zu sterben. Die in diesem Diskurs aufgeworfenen ethischen Themen sind der Wert des Lebens, das Prinzip der Autonomie, Patientenwohl und Nicht-Schaden. Das grundlegende Dilemma ist, wie ein Gleichgewicht zwischen dem Grundsatz, dass Leben heilig ist, und dem Prinzip der Autonomie hergestellt werden kann. Es ist auch notwendig zu entscheiden, wo die Linie zwischen diesen Werten zu ziehen ist.

Diese besondere Grenzlinie ist jedoch diskutierbar. Diese Werte sind nicht absolut. Es ist vernünftig anzunehmen, dass wenn die Heiligkeit des Lebens und die Wünsche des autonomen Patienten beide nach Lebensverlängerung verlangen, diese zu respektieren sind, selbst wenn der Wunsch des Patienten den Betreuenden sinnlos

erscheint, es sei denn, es wäre für die Patientin oder andere schädlich. Wenn jedoch die autonomen Wünsche des Patienten nach einer Verkürzung des Lebens verlangen und damit der Heiligkeit des Lebens zuwiderlaufen, wird der Status der Patientin zum wichtigen Faktor in der Entscheidungsfindung. Es gilt als akzeptiert, dass für den Fall, dass der Sterbende geschäftsfähig ist, der Respekt von Autonomie und Menschenwürde über den Respekt für den Wert des Lebens gestellt werden kann.

Einige würden meinen, dass ärztliche Hilfe beim Sterben ethisch nicht zulässig sei, da dies der traditionellen Pflicht des Arztes, Leben zu schützen und keinen Schaden anzurichten, diametral entgegensteht.

Sobald Entscheidungen betreffend die Behandlung sterbender Patienten anstehen, stellen die Optionen komplexe ethische Dilemmata dar. Die Richtlinien des Weltärztebundes legen fest, dass „Ärzte sterbende Patienten nicht im Stich lassen, sondern weiterhin mitfühlend versorgen sollen, auch wenn keine Heilung mehr möglich ist.“ Die Ärztin sollte natürlich ihre persönlichen Werte bedenken und dem eigenen Gewissen entsprechend handeln.

Im Bemühen, ethische Konflikte zu vermeiden und eine angemessene Behandlung Sterbender zu fördern, schlagen viele Befürworter von sowohl Patientenrechten und „gutem Sterben“ vor, im vornhinein Leitlinien oder Patientenverfügungen zu treffen. Außerdem gibt es Länder, in denen die Rechte sterbender Patienten geregelt sind, um die ethische Verlegenheit dieses komplexen Themas anzugehen.

Im obigen Fall gibt es keine leichten Antworten. Die Umstände waren extrem, und Dr. Cohen hat seine Entscheidung unter diesen Bedingungen im Sinne dessen getroffen, was er zu dieser Zeit für das richtige hielt. Nicht nur, dass das Leben seines Patienten bald zu Ende sein würde, Dr. Cohen hätte auch sein eigenes Leben riskiert, wenn er sich entschieden hätte, die palliative Medikation zu verabreichen. Im Rückblick quälte sich Dr. Cohen aufgrund seiner Entscheidung, sowohl in Auschwitz als auch im Leben danach.

6. Die Wahrheit sagen

Fallstudie 1:

Dr. Albert Haas, ein jüdischer Arzt ungarisch-französischer Abstammung, wurde von der französischen Widerstandsbewegung rekrutiert. Nachdem er gebrieft und ins Feld geschickt worden war, wurde er von den Deutschen gefangen genommen, die ihn folterten und nach Dachau schickten. Später wurde Dr. Haas ins Konzentrationslager Gusen II, ein Sublager des Lagerkomplexes Mauthausen bei Linz, Österreich, verlegt. Dr. Haas schrieb später:

„Und so begann meine berufliche Karriere als Arzt der Verdammten in Gusen II.“

Er wurde vom SS-Arzt Vetter zum Oberarzt im Lagerhospital ernannt. Er musste Vetter eine Liste von Insassen mit Nummern zusammenstellen, sobald ein „Selektionstag“ angesetzt war. Die Insassen standen dann mit dem Rücken zum SS-Arzt gewendet, dieser wählte die Patientinnen aus, die in die Gaskammer geschickt wurden. Passte die Faust der Gefangenen zwischen ihre Beine, bedeutete dies, die Person war ausgezehrt genug und „tauglich für die Gaskammer“. Die selektionierten Insassinnen wurden fortgebracht und kehrten nie zurück.

Dr. Haas schreibt, dass die jüdischen Ärzte und Belegschaft wussten, dass diese Patienten getötet wurden, aber nicht wie. Um ihr Leben zu retten, beschloss er, sie zu belügen und ihnen zu sagen, dass es zu ihrem Nutzen sei, aus dem Krankenhaus entlassen zu werden. Er schreibt:

„Ich weigerte mich, bei der Selektion von Insassen der Genesungsbaracke eine Rolle zu spielen. Bald merkte ich, dass ich in meinem Kampf Leben zu retten oder zumindest den Tod hinauszuzögern etwas aktiver werden konnte. Wenn ich erfuhr, dass eine Selektion angesetzt war, entließ ich die Insassen, von denen ich meinte, sie seien stark genug, die nächsten Tage draußen im Lager zu überleben. Sobald die Selektion vorbei war, würde ich sie wieder in der Baracke aufnehmen. Das Problem war, dass viele Insassen die Entlassung ablehnten. Sie waren überzeugt, ich würde sie in den sicheren Tod schicken und sie würden draußen an Hunger oder durch einen körperlichen Angriff sterben. Sie glaubten mir nicht. Viele Selektionen betrafen Insassen, die meine Hilfe abgelehnt hatten.“

Literatur:

Albert Haas, *The Doctor and the Damned* (St. Martin's Press, 1984).

Fallstudie 2:

Dr. Gottfried Bloch war ein junger Arzt kurz vor dem Abschluss, als er nach Auschwitz gebracht wurde. Er arbeitete mit Gefangenen im tschechischen Familienlager. Ihm und den anderen Insassinnen dort kamen Schilderungen der Tötungen in den Gaskammern zu Ohren, und sie konnten den Rauch der Krematorien sehen. Er schrieb später über seine Erfahrung als Lagerarzt:

„Selbst im Spital, wo wir mehr Kontakt zu den anderen Teilen des Lagers als andere hatten, schafften wir es, die Realität, was geschehen könnte, zu verdrängen. Jedes Mal, wenn ich mich einer furchtbaren Bestätigung des Vernichtungsprozesses stellen musste, war ich zutiefst verzweifelt und klammerte mich an alles, womit ich die Wahrheit leugnen konnte. Oft sprach ich Worte der Ermutigung zu meinen Patienten, bis ich merkte, dass ich diese fast selber glaubte. Sicher wusste ich, was da geschah. ... War es unsere Pflicht, sie zu informieren? Wofür sollte das gut sein? ... Ich verbarg die Wahrheit vor meinen Patienten und vor der Belegschaft im Spital, konnte jedoch meine tiefe Verzweiflung nicht verbergen.“

Literatur:

Gottfried R. Bloch, *Unfree Associations. A Psychoanalyst Recollects the Holocaust* (Red Hen Press, 1999).

Frage:

Sollte ein Arzt seinen Patientinnen immer die Wahrheit sagen?

Diskussion:

Diese Frage mag einfach erscheinen, ist aber hoch komplex. Nicht die Wahrheit zu sagen, kann mehrere Formen annehmen, vielerlei Zwecke verfolgen und viele verschiedene Folgen haben. Fragen der Wahrheit und Unwahrheit sind Teil jeder zwischenmenschlichen Kommunikation. Sie stellen sich in unterschiedlichen Situationen und Zusammenhängen: in Familien, Clubs, am Arbeitsplatz, in der Politik, in internationalen Beziehungen, religiösen Organisationen und ganz gewiss in der Arzt-Patienten-Beziehung. In jedem Zusammenhang können Fragen und Schlüsselfaktoren unterschiedlich wahrgenommen und gewichtet werden. Die Wahrheit im klinischen Umfeld zu sagen erfordert Mitgefühl, Intelligenz, Sensibilität

und richtiges Timing. In einigen Fällen kann der Schaden, der durch das Verschweigen der Wahrheit angerichtet wird, geringer sein, als vollkommen ehrlich zu sein.

Wenn es Gründe gibt, die Wahrheit nicht zu sagen, welches sind diese? Wann könnte eine unvollständige Information gerechtfertigt sein und unter welchen Umständen? Welche Ausnahmen gibt es von der Regel nicht zu lügen, wenn es solche überhaupt geben sollte?

Lügen im klinischen Kontext sind aus vielerlei Gründen falsch, jedoch kann es moralisch rechtfertigbar sein, nicht die volle Wahrheit zu sagen. Wenn etwa ein Patient depressiv, irrational und suizidal erscheint, ist Vorsicht geboten, damit die volle Information nicht Schlimmes anrichtet. Ist ein Patient überaus pessimistisch, kann die Information über negative Möglichkeiten tatsächlich dazu beitragen, genau diese Möglichkeiten wahr werden zu lassen. Dies könnte auch für die obigen Fälle gelten, obwohl die Situation natürlich extrem war. Vermutlich kam einigen Patientinnen im Lager die Tatsache, dass sie nicht die ganze Wahrheit wussten, zugute. Andere könnten jedoch unabsichtlich verletzt worden sein. Selbst an Orten wie Auschwitz kann jede Einzelperson, jede einzelne Situation und Umstände je nach vielen stetig wechselnden Faktoren durchaus unterschiedlich sein.

Die Wahrheit zu sagen ist nicht nur eine ethische Verpflichtung, sondern muss auch in die Ärztin-Patienten-Beziehung mit hineingenommen werden, und auch in die klinische Beurteilung. Wahrheit ist mit der Patientenautonomie zu koppeln, mit Patientenwohl, Gerechtigkeit und dem Schutz anderer.

Einige traditionelle Kulturen sehen Patientinnen nicht als autonome Einheit mit unverletzlichen Rechten, sondern als Teil einer erweiterten Familie. Familienmitgliedern wird eher medizinische Information gegeben als dem Patienten selber, besonders wenn es um bedrohliche Informationen wie eine fatale Diagnose geht. Medizinische Ethik und Praxis erfordern Respekt für die kulturellen Praktiken und persönlichen Präferenzen, die von Patient zu Patientin und Familie zu Familie unterschiedlich sind.

In den obigen Fällen war die Beurteilung durch diese Häftlingsärzte im Einklang mit dem, was sie unter diesen extremen Umständen für moralisch korrekt hielten. Unter diesen extremen Umständen profitierten die Patienten wohl bis zu einem gewissen Grad davon, nicht die ganze Wahrheit zu wissen. Es ist auch sehr wahrscheinlich – wenn man das alltägliche Umfeld in Auschwitz betrachtet – dass viele Patienten

wussten, was die Selektionen wirklich bedeuteten. Dennoch waren die „ermutigenden Worte“ von Dr. Bloch unter diesen Umständen Akte des Mitgefühls.

Es ist auch sehr wahrscheinlich, dass jeder Einzelne, der in den Tod ging, unterschiedlich reagiert hätte, wenn er oder sie gewusst hätte, dass der Tod unausweichlich war. Das bedeutet, wenn die Patientinnen gewusst hätten, dass „im Spital zu bleiben“ ihre Chance auf eine Todesselektion erhöhte, wären sie geblieben? Und wenn sie es gewusst hätten, hätten sie sich besser auf ihren „letzten Gang“ vorbereiten können?

Jeder und jede geht letztlich – trotz unterschiedlichen Kontexts – mit Krankheit und Tod als Individuum unterschiedlich um. Wenn wir die Wahrheit aus der Gleichung streichen, streichen wir damit nicht auch die Möglichkeit für den einzelnen, mit dem eigenen Ableben auf seine eigene Art umzugehen?

7. Eine Wahl, die keine ist, in der Medizin

Fallstudie:

Dr. Maximilian Samuel, geboren 1880 in Köln, war bis zum 1. Weltkrieg praktizierender Gynäkologe. Während des Krieges diente er als Arzt und wurde für seine Tapferkeit ausgezeichnet. Mit dem Einzug der NS-Politiken, die alle jüdischen Ärztinnen diskriminierten, wurde Dr. Samuels Approbation eingezogen und er war gezwungen, seine Praxis zu schließen. Im Juli 1938 wurde er von der Gestapo in Haft genommen, schaffte es jedoch zu entkommen und mit seiner Familie nach Belgien zu fliehen. Im August 1943 wurde er aber gefasst und zusammen mit Frau und Tochter nach Auschwitz deportiert. Während seine Frau gleich nach der Ankunft in die Gaskammer geschickt wurde, überlebten Dr. Samuel und seine Tochter die erste Selektion und wurden in einer der Fabriken in Auschwitz zum Dienst eingeteilt.

Dr. Samuel wurde dann in den Block 10 in Auschwitz I verlegt, wo seine gynäkologische Erfahrung für die Experimente, die an weiblichen Häftlingen vorgenommen wurden, gebraucht wurde, einschließlich der Entfernung der Fortpflanzungsorgane. Aufgrund der Aussagen Überlebender ist bekannt, dass Dr. Samuel einige dieser Eingriffe sabotiert hat, indem er die Organe nicht entfernte, sondern nur vorgab, er hätte sie entfernt. Einige der Opfer, die nach dem Krieg Kinder bekamen, sagten aus, dass er ihr Retter war. Andere wiederum berichteten, dass er anscheinend willentlich mit den Nazis bei den Experimenten kollaborierte. Er wurde auch als verzweifelter Mensch beschrieben, der in „schlechter mentaler Verfassung“ war, der um das Leben seiner Tochter fürchtete, wenn er nicht mit den NS-Ärzten kooperierte.

Im Oktober 1943 wurde Dr. Samuel in die Gaskammern nach Birkenau gebracht und kam dort um. Es gibt verschiedene Meinungen darüber, warum dies geschah. Eine Ansicht ist, dass er aufgrund dieser Sabotage in den Tod geschickt wurde. Eine andere, dass er zu viel über die Experimente wusste. Eine dritte Ansicht ist, dass es ihm „schlechter ging“ und er seine Arbeit nicht länger fortsetzen konnte.

Literatur:

1. Robert J. Lifton, The Nazi Doctors. Medical Killing and the Psychology of Genocide (Basic Books, 2000).

2. Susan Benedict and Ruth Jolanda Weinberger, *Medical Personnel in Auschwitz*. Medizinische Experimente in Nationalsozialistischen Konzentrationslagern. Ludwig Boltzmann-Institut für Historische Sozialwissenschaft (Wien, 2008).
3. Daniel S. Nadav, *Medicine and Nazism* (The Hebrew University Magnes Press, 2009).

Frage:

Gibt es Situationen, in denen es unmöglich ist, ethisch vertretbare medizinische Entscheidungen zu treffen?

Diskussion:

Der obige Fall spricht eigentlich für sich. Dieser Arzt wurde zu einer Zeit an einem Ort eingesetzt, wo er grausame Entscheidungen treffen musste, die sein eigenes persönliches und berufliches Leben betrafen. Diese Entscheidungen würden sich auf sein eigenes Leben, das Leben seiner Tochter und das Leben der Patientinnen, die er operiert, auswirken.

Eine grundlegende Lehre, die aus dem Holocaust gezogen werden kann, und aus dem Leben ganz allgemein, ist dass Menschen, egal in welcher Position sie sich befinden mögen, nicht immer und in allen Situationen die gleichen Entscheidungen treffen. Wir sind als Menschen in unseren ethischen Entscheidungen nicht immer konsequent. Während des Holocaust wurden solche menschlichen Inkonsequenzen oft noch durch die körperliche Verfassung verschlimmert, das unmittelbare Umfeld in Gefangenschaft, in einem Ghetto, einem Versteck oder auch davon, wie die Entscheidungsfindung das eigene Überleben betraf, sowie das Leben von nahestehenden Personen. Eine Wahl zu treffen konnte täglich und im wörtlichen Sinne für einen selbst oder andere Leben oder Tod bedeuten.

Da Dr. Samuel in die Gaskammer geschickt wurde, können wir nicht ganz verstehen, was ihn zu seiner Entscheidung bewog, doch können wir aufgrund der Zeugnisse von Mitinsassen, Ärzten, Patientinnen (Opfer der Experimente) und anderer in Demut und ohne zu verurteilen, folgende Fragen stellen:

- Hat er kollaboriert?
- Hat er seinen Status als Arzt missbraucht?
- Hätte er sich auch anders entscheiden können?
- Hat er sich gefügt, um das Leben seiner Tochter zu retten?

- Hat er seine Entscheidungen so getroffen, weil er die NS-Versuche sabotieren wollte?
- Ist es überhaupt möglich, unter solchen Umständen ethisch valide Entscheidungen zu treffen?

Im Falle von Dr. Samuel würde die ursprüngliche Weigerung sich zu fügen wohl das selbe Endresultat zur Folge gehabt haben: den Tod in der Gaskammer. Jedoch hat er dadurch, dass er die Fruchtbarkeit einiger Häftlinge intakt ließ, doch Gutes getan, was andere Häftlingsärzte vielleicht nicht getan hätten.

Es ist sicher kein Zufall, dass verschiedene Menschen unterschiedliche Erinnerungen an ihn haben. Das medizinische Häftlingspersonal, welches Zeuge seines professionellen Vorgehens wurde, nahm ihn als jemand wahr, der sein Berufsethos verletzte, indem er sich den Nazis fügte und diese Operationen durchführte. Andererseits betrachteten ihn die Frauen, deren Leben und zukünftige Reproduktionsfähigkeit er gerettet hatte, als netten Menschen und ethischen Arzt.

Anhänge

1. Der Nürnberger Kodex (1947)

1. Die freiwillige Zustimmung der Versuchsperson ist unbedingt erforderlich. Das heißt, dass die betreffende Person im juristischen Sinne fähig sein muss, ihre Einwilligung zu geben; dass sie in der Lage sein muss, unbeeinflusst durch Gewalt, Betrug, List, Druck, Vortäuschung oder irgendeine andere Form der Überredung oder des Zwanges, von ihrem Urteilsvermögen Gebrauch zu machen; dass sie das betreffende Gebiet in seinen Einzelheiten hinreichend kennen und verstehen muss, um eine verständige und informierte Entscheidung treffen zu können. Diese letzte Bedingung macht es notwendig, dass der Versuchsperson vor der Einholung ihrer Zustimmung das Wesen, die Länge und der Zweck des Versuches klargemacht werden; sowie die Methode und die Mittel, welche angewendet werden sollen, alle Unannehmlichkeiten und Gefahren, welche mit Fug zu erwarten sind, und die Folgen für ihre Gesundheit oder ihre Person, welche sich aus der Teilnahme ergeben mögen. Die Pflicht und Verantwortlichkeit, den Wert der Zustimmung festzustellen, obliegt jedem, der den Versuch anordnet, leitet oder ihn durchführt. Dies ist eine persönliche Pflicht und Verantwortlichkeit, welche nicht straflos an andere weitergegeben werden kann.

2. Der Versuch muss so gestaltet sein, dass fruchtbare Ergebnisse für das Wohl der Gesellschaft zu erwarten sind, welche nicht durch andere Forschungsmittel oder Methoden zu erlangen sind. Er darf seiner Natur nach nicht willkürlich oder überflüssig sein.

3. Der Versuch ist so zu planen und auf Ergebnissen von Tierversuchen und naturkundlichem Wissen über die Krankheit oder das Forschungsproblem aufzubauen, dass die zu erwartenden Ergebnisse die Durchführung des Versuchs rechtfertigen werden.

4. Der Versuch ist so auszuführen, dass alles unnötige körperliche und seelische Leiden und Schädigungen vermieden werden.

5. Kein Versuch darf durchgeführt werden, wenn von vornherein mit Fug angenommen werden kann, dass er zum Tod oder einem dauernden Schaden führen wird, höchstens jene Versuche ausgenommen, bei welchen der Versuchsleiter gleichzeitig als Versuchsperson dient.

6. Die Gefährdung darf niemals über jene Grenzen hinausgehen, die durch die humanitäre Bedeutung des zu lösenden Problems vorgegeben sind.
7. Es ist für ausreichende Vorbereitung und geeignete Vorrichtungen Sorge zu tragen, um die Versuchsperson auch vor der geringsten Möglichkeit von Verletzung, bleibendem Schaden oder Tod zu schützen.
8. Der Versuch darf nur von wissenschaftlich qualifizierten Personen durchgeführt werden. Größte Geschicklichkeit und Vorsicht sind auf allen Stufen des Versuchs von denjenigen zu verlangen, die den Versuch leiten oder durchführen.
9. Während des Versuches muss der Versuchsperson freigestellt bleiben, den Versuch zu beenden, wenn sie körperlich oder psychisch einen Punkt erreicht hat, an dem ihr seine Fortsetzung unmöglich erscheint.
10. Im Verlauf des Versuchs muss der Versuchsleiter jederzeit darauf vorbereitet sein, den Versuch abubrechen, wenn er auf Grund des von ihm verlangten guten Glaubens, seiner besonderen Erfahrung und seines sorgfältigen Urteils vermuten muss, dass eine Fortsetzung des Versuches eine Verletzung, eine bleibende Schädigung oder den Tod der Versuchsperson zur Folge haben könnte.

2. Preußisches Ministerium der geistlichen, Unterrichts- und Medizinalangelegenheiten – Der Erlass vom 29. Dezember 1900:

I. Die Vorsteher der Kliniken, Polikliniken und sonstigen Krankenanstalten weise ich darauf hin, dass medizinische Eingriffe zu anderen als diagnostischen, Heil- und Immunisierungszwecken, auch wenn die sonstigen Voraussetzungen für die rechtliche und sittliche Zulässigkeit vorliegen, doch unter allen Umständen ausgeschlossen sind, wenn

1. es sich um eine Person handelt, die noch minderjährig oder aus anderen Gründen nicht vollkommen geschäftsfähig ist,
2. die betreffende Person nicht ihre Zustimmung zu dem Eingriffe in unzweideutiger Weise erklärt hat,
3. dieser Erklärung nicht eine sachgemäße Belehrung über die aus dem Eingriffe möglicherweise hervorgehenden nachtheiligen Folgen vorausgegangen ist.

II. Zugleich bestimme ich, dass

1. Eingriffe dieser Art nur von dem Vorsteher selbst oder mit besonderer Ermächtigung desselben vorgenommen werden dürfen.
2. bei jedem derartigen Eingriffe die Erfüllung der Voraussetzungen zu I No 1-3 sowie alle näheren Umstände des Falles auf dem Krankenblatte zu vermerken sind.

III. Die bestehenden Bestimmungen über medizinische Eingriffe zu diagnostischen, Heil und Immunisierungszwecken werden durch diese Anweisung nicht berührt.

Centralblatt für die gesamte Unterrichtsverwaltung in Preußen, Berlin, 2 (1901), S. 188-189; Moll (1902), S. 566 Menschenversuche in der Weimarer Republik

3. Forschungsrichtlinien des Reichsinnenministeriums (1931)

Richtlinien für neuartige Heilbehandlung und für die Vornahme wissenschaftlicher Versuche am Menschen

Nachstehende Richtlinien sind vom Reichsministerium des Innern auf Grund von Vorschlägen des Reichsgesundheitsrates den Landesregierungen zugeleitet worden.

1. Die ärztliche Wissenschaft kann, wenn sie nicht zum Stillstand kommen soll, nicht darauf verzichten, in geeigneten Fällen eine Heilbehandlung mit neuen, noch nicht ausreichend erprobten Mitteln und Verfahren einzuleiten. Ebenso wenig kann sie wissenschaftliche Versuche am Menschen als solche völlig entbehren, da sonst Fortschritte in der Erkennung, der Heilung und der Verhütung von Erkrankungen gehemmt oder sogar ausgeschlossen würden. Den hiernach dem Arzte einzuräumenden Rechten steht die besondere Pflicht des Arztes gegenüber, sich der großen Verantwortung für Leben und Gesundheit jedes einzelnen, den er neuartig behandelt oder an dem er einen Versuch vornimmt, stets bewusst zu bleiben.

2. Unter neuartiger Heilbehandlung im Sinne dieser Richtlinien sind Eingriffe und Behandlungsweisen am Menschen zu verstehen, die der Heilbehandlung dienen, also in einem bestimmten einzelnen Behandlungsfall zur Erkennung, Heilung oder Verhütung einer Krankheit oder eines Leidens oder zur Beseitigung eines körperlichen Mangels vorgenommen werden, obwohl ihre Auswirkungen und Folgen auf Grund der bisherigen Erfahrungen noch nicht ausreichend zu übersehen sind.

3. Unter wissenschaftlichen Versuchen im Sinne dieser Richtlinien sind Eingriffe und Behandlungsweisen am Menschen zu verstehen, die zu Forschungszwecken vorgenommen werden, ohne der Heilbehandlung im einzelnen Falle zu dienen, und deren Auswirkungen und Folgen auf Grund der bisherigen Erfahrungen noch nicht ausreichend zu übersehen sind.

4. Jede neuartige Heilbehandlung muss in ihrer Begründung und ihrer Durchführung mit den Grundsätzen der ärztlichen Ethik und den Regeln der ärztlichen Kunst und Wissenschaft im Einklang stehen. Stets ist sorgfältig zu prüfen und abzuwägen, ob die Schäden, die etwa entstehen können, zu dem zu erwartenden Nutzen im richtigen Verhältnis stehen. Eine neuartige Heilbehandlung darf nur vorgenommen werden, wenn sie vorher, soweit möglich, im Tierversuch geprüft worden ist.

5. Eine neuartige Heilbehandlung darf nur vorgenommen werden, nachdem die betreffende Person oder ihr gesetzlicher Vertreter auf Grund einer vorangegangenen

zweckentsprechenden Belehrung sich in unzweideutiger Weise mit der Vornahme einverstanden erklärt hat. Fehlt die Einwilligung, so darf eine neuartige Heilbehandlung nur dann eingeleitet werden, wenn es sich um eine unaufschiebbare Maßnahme zur Erhaltung des Lebens oder zur Verhütung schwerer Gesundheitsschädigung handelt und eine vorherige Einholung der Einwilligung nach Lage der Verhältnisse nicht möglich war.

6. Die Frage der Anwendung einer neuartigen Heilbehandlung ist mit ganz besonderer Sorgfalt zu prüfen, wenn es sich um Kinder und jugendliche Personen unter 18 Jahren handelt.

7. Die ärztliche Ethik verwirft jede Ausnutzung der sozialen Notlage für die Vornahme einer neuartigen Heilbehandlung.

8. Bei neuartiger Heilbehandlung mit lebenden Mikroorganismen, insbesondere mit lebenden Krankheitserregern, ist erhöhte Vorsicht geboten. Sie ist nur dann als zulässig zu erachten, wenn eine relative Unschädlichkeit des Verfahrens anzunehmen und auf andere Weise die Erzielung eines entsprechenden Nutzens unter den gegebenen Verhältnissen nicht zu erwarten ist.

9. In Kliniken, in Polikliniken, in Krankenanstalten oder in sonstigen Anstalten zur Krankenbehandlung und Krankenfürsorge darf eine neuartige Heilbehandlung nur vom leitenden Arzt selbst oder in seinem ausdrücklichen Auftrag und unter seiner vollen Verantwortung von einem anderen Arzt ausgeführt werden.

10. Über jede neuartige Heilbehandlung ist eine Aufzeichnung zu fertigen, aus der der Zweck der Maßnahme, ihre Begründung und die Art ihrer Durchführung ersichtlich sind. Insbesondere muss auch ein Vermerk darüber vorhanden sein, dass die betreffende Person oder erforderlichenfalls ihr gesetzlicher Vertreter vorher zweckentsprechend belehrt worden ist und die Zustimmung gegeben hat. Ist bei fehlender Einwilligung eine Heilbehandlung unter den Voraussetzungen von Nr. 5 Absatz 2 vorgenommen worden, so muss der Vermerk diese Voraussetzungen eingehend darlegen.

11. Die Veröffentlichung der Ergebnisse einer neuartigen Heilbehandlung muss in einer Form erfolgen, die der gebotenen Achtung vor dem Kranken und den Geboten der Menschlichkeit in jeder Weise Rechnung trägt.

12. Die Nummern 4-11 dieser Richtlinien gelten entsprechend für wissenschaftliche Versuche (Nr. 3). Außerdem gilt für solche Versuche folgendes:

a) Die Vornahme eines Versuchs ist bei fehlender Einwilligung unter allen Umständen unzulässig.

b) Jeder Versuch am Menschen ist zu verwerfen, der durch den Versuch am Tier ersetzt werden kann. Ein Versuch am Menschen darf erst vorgenommen werden, wenn zuvor alle Unterlagen beschafft worden sind, die zu seiner Klärung und Sicherung mit den der medizinischen Wissenschaft zur Verfügung stehenden biologischen Methoden des Laboratoriumsversuchs und des Tierexperiments gewonnen werden können. Unter diesen Voraussetzungen verbietet sich jedes grund- oder planlose Experimentieren am Menschen von selbst.

c) Versuche an Kindern oder jugendlichen Personen unter 18 Jahren sind unstatthaft, wenn sie das Kind oder den Jugendlichen auch nur im Geringsten gefährden.

d) Versuche an Sterbenden sind mit den Grundsätzen der ärztlichen Ethik unvereinbar und daher unzulässig.

13. Wenn man somit von der Ärzteschaft und insbesondere von den verantwortlichen Leitern der Krankenanstalten erwarten darf, dass sie sich von einem starken Verantwortungsgefühl gegenüber den ihnen anvertrauten Kranken leiten lassen, so wird man doch auch bei ihnen diejenige Verantwortungsfreudigkeit nicht entbehren wollen, die auf neuen Wegen den Kranken Erleichterung, Besserung, Schutz oder Heilung zu schaffen sucht, wenn die bisher bekannten Mittel nach ihrer ärztlichen Überzeugung zu versagen drohen.

14. Schon im akademischen Unterricht soll bei jeder geeigneten Gelegenheit auf die besonderen Pflichten hingewiesen werden, die dem Arzte bei Vornahme einer neuen Heilbehandlung oder eines wissenschaftlichen Versuches sowie auch bei der Veröffentlichung ihrer Ergebnisse obliegen.

Zitiert nach der Deutschen Medizinischen Wochenschrift. Heft 57. Jg. 1931. S. 509

4. WMA Deklaration von Helsinki – Ethische Grundsätze für die medizinische Forschung am Menschen

Verabschiedet von der 18. WMA-Generalversammlung, Juni 1964 Helsinki (Finnland) und revidiert durch die 29. WMA-Generalversammlung, Oktober 1975, Tokio (Japan), 35. WMA-Generalversammlung, Oktober 1983, Venedig (Italien), 41. WMA-Generalversammlung, September 1989, Hong Kong, 48. WMA-Generalversammlung, Oktober 1996, Somerset West (Republik Südafrika), 52. WMA-Generalversammlung, Oktober 2000, Edinburgh (Schottland), 53. WMA-Generalversammlung im Oktober 2002, Washington (Vereinigte Staaten) (ergänzt um einen klarstellenden Kommentar zu Ziffer 29), 55. WMA-Generalversammlung im Oktober 2004, Tokio (Japan), (ergänzt um einen klarstellenden Kommentar zu Ziffer 30), 59. WMA-Generalversammlung im Oktober 2008, Seoul (Korea), 64. WMA-Generalversammlung im Oktober 2013, Fortaleza (Brasilien)

Präambel

1. Der Weltärztebund (WMA) hat mit der Deklaration von Helsinki eine Erklärung ethischer Grundsätze für medizinische Forschung am Menschen, einschließlich der Forschung an identifizierbaren menschlichen Materialien und Daten, entwickelt. Die Deklaration ist als Ganzes zu lesen, und ihre einzelnen Paragraphen sollen unter Berücksichtigung aller übrigen relevanten Paragraphen angewendet werden.

2. Im Einklang mit dem Mandat des WMA wendet sich die Deklaration in erster Linie an Ärzte. Der WMA regt andere an der medizinischen Forschung am Menschen Beteiligte an, diese Grundsätze zu übernehmen.

Allgemeine Grundsätze

3. Die Genfer Deklaration des Weltärztebundes verpflichtet den Arzt mit den Worten „Die Gesundheit meines Patienten soll oberstes Gebot meines Handelns sein“, und der Internationale Kodex für ärztliche Ethik legt fest: „Der Arzt soll bei der Ausübung seiner ärztlichen Tätigkeit im besten Interesse des Patienten handeln.“

4. Es ist die Pflicht des Arztes, die Gesundheit, das Wohlergehen und die Rechte der Patienten zu fördern und zu erhalten, auch jener, die an der medizinischen Forschung beteiligt sind. Der Erfüllung dieser Pflicht dient der Arzt mit seinem Wissen und Gewissen.

5. Medizinischer Fortschritt beruht auf Forschung, die letztlich auch Studien am Menschen beinhalten muss.
6. Vorrangiges Ziel der medizinischen Forschung am Menschen ist es, die Ursachen, die Entwicklung und die Auswirkungen von Krankheiten zu verstehen und die präventiven, diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen (Methoden, Verfahren und Behandlungen) zu verbessern. Selbst die nachweislich besten Maßnahmen müssen fortwährend durch Forschung auf ihre Sicherheit, Effektivität, Effizienz, Verfügbarkeit und Qualität geprüft werden.
7. Medizinische Forschung unterliegt ethischen Standards, die die Achtung vor den Menschen fördern und sicherstellen und ihre Gesundheit und Rechte schützen.
8. Während vorrangiger Zweck der medizinischen Forschung ist, neues Wissen hervorzubringen, darf dieses Ziel niemals Vorrang vor den Rechten und Interessen der einzelnen Versuchspersonen haben.
9. Es ist die Pflicht des Arztes, der sich an medizinischer Forschung beteiligt, das Leben, die Gesundheit, die Würde, die Integrität, das Selbstbestimmungsrecht, die Privatsphäre und die Vertraulichkeit persönlicher Informationen der Versuchsteilnehmer zu schützen. Die Verantwortung für den Schutz von Versuchspersonen muss stets der Arzt oder ein anderer Angehöriger eines Heilberufes tragen und nie die Versuchsperson selbst, auch dann nicht, wenn sie ihr Einverständnis gegeben hat.
10. Ärzte müssen die ethischen, rechtlichen und behördlichen Normen und Standards für Forschung am Menschen ihrer eigenen Länder sowie die maßgeblichen internationalen Normen und Standards berücksichtigen. Keine nationale oder internationale ethische, rechtliche oder behördliche Anforderung soll die in dieser Deklaration niedergelegten Bestimmungen zum Schutz von Versuchspersonen abschwächen oder aufheben.
11. Medizinische Forschung sollte in einer Weise durchgeführt werden, die mögliche Umweltschäden minimiert.
12. Medizinische Forschung am Menschen darf nur von Personen durchgeführt werden, die angemessen ethisch und wissenschaftlich ausgebildet, geübt und qualifiziert sind. Forschung an Patienten oder gesunden Freiwilligen erfordert die Überwachung durch einen kompetenten und angemessen qualifizierten Arzt oder anderen Angehörigen eines Heilberufes.

13. Gruppen, die in der medizinischen Forschung unterrepräsentiert sind, sollten einen angemessenen Zugang zur Teilnahme an der Forschung erhalten.

14. Ärzte, die medizinische Forschung mit medizinischer Behandlung verbinden, sollten ihre Patienten nur soweit in die Forschung einbeziehen, wie dies durch deren möglichen präventiven, diagnostischen oder therapeutischen Wert gerechtfertigt ist und der Arzt berechtigterweise annehmen kann, dass eine Beteiligung an dem Forschungsvorhaben die Gesundheit der Patienten, die als Versuchspersonen dienen, nicht nachteilig beeinflussen wird.

15. Eine angemessene Entschädigung und Behandlung für Versuchspersonen, die aufgrund ihrer Teilnahme an der Forschung geschädigt wurden, muss gewährleistet sein.

Risiken, Belastungen und Nutzen

16. In der medizinischen Praxis und in der medizinischen Forschung sind die meisten Maßnahmen mit Risiken und Belastungen verbunden.

Medizinische Forschung am Menschen darf nur durchgeführt werden, wenn die Bedeutung des Ziels die Risiken und Belastungen für die Versuchspersonen überwiegt.

17. Jeder medizinischen Forschung am Menschen muss eine sorgfältige Abschätzung der voraussehbaren Risiken und Belastungen für die an der Forschung beteiligten Einzelpersonen und Gruppen im Vergleich zu dem voraussichtlichen Nutzen für sie und andere Einzelpersonen oder Gruppen vorangehen, die von dem untersuchten Zustand betroffen sind. Maßnahmen zur Risikominimierung müssen implementiert werden. Die Risiken müssen vom Forscher kontinuierlich überwacht, eingeschätzt und dokumentiert werden.

18. Ärzte dürfen sich nicht an einem Forschungsvorhaben am Menschen beteiligen, wenn sie nicht überzeugt sind, dass die mit der Studie verbundenen Risiken angemessen eingeschätzt worden sind und in zufriedenstellender Weise beherrscht werden können. Sobald sich herausstellt, dass die Risiken den potentiellen Nutzen übersteigen oder wenn es einen schlüssigen Beweis für gesicherte Ergebnisse gibt, müssen Ärzte einschätzen, ob die Studie fortgesetzt, modifiziert oder unverzüglich beendet werden muss.

Vulnerable Gruppen und Einzelpersonen

19. Einige Gruppen und Einzelpersonen sind besonders vulnerabel und können mit größerer Wahrscheinlichkeit ungerecht behandelt oder zusätzlich geschädigt werden. Alle vulnerablen Gruppen und Einzelpersonen sollten besonders bedachten Schutz erhalten.

20. Medizinische Forschung mit einer vulnerablen Gruppe ist nur gerechtfertigt, wenn das Forschungsvorhaben auf die gesundheitlichen Bedürfnisse oder Prioritäten dieser Gruppe reagiert und das Forschungsvorhaben nicht an einer nicht-vulnerablen Gruppe durchgeführt werden kann. Zusätzlich sollte diese Gruppe in der Lage sein, aus dem Wissen, den Anwendungen oder Maßnahmen Nutzen zu ziehen, die aus dem Forschungsvorhaben hervorgehen.

Wissenschaftliche Anforderungen und Forschungsprotokolle

21. Medizinische Forschung am Menschen muss den allgemein anerkannten wissenschaftlichen Grundsätzen entsprechen sowie auf einer gründlichen Kenntnis der wissenschaftlichen Literatur, anderen relevanten Informationsquellen, ausreichenden Laborversuchen und, sofern angemessen, auf Tierversuchen basieren. Auf das Wohl der Versuchstiere muss Rücksicht genommen werden.

22. Die Planung und Durchführung einer jeden wissenschaftlichen Studie am Menschen muss klar in einem Studienprotokoll beschrieben und gerechtfertigt werden. Das Protokoll sollte eine Erklärung der einbezogenen ethischen Erwägungen enthalten und sollte deutlichmachen, wie die Grundsätze dieser Deklaration berücksichtigt worden sind. Das Protokoll sollte Informationen über Finanzierung, Sponsoren, institutionelle Verbindungen, mögliche Interessenkonflikte, Anreize für Versuchspersonen und Informationen bezüglich Vorkehrungen für die Behandlung und/oder Entschädigung von Personen enthalten, die infolge ihrer Teilnahme an der wissenschaftlichen Studie einen Schaden davongetragen haben. Bei klinischen Studien muss das Protokoll auch angemessene Vorkehrungen für Maßnahmen nach Abschluss der Studie beschreiben.

Forschungsethik-Kommissionen

23. Das Studienprotokoll ist vor Studienbeginn zur Erwägung, Stellungnahme, Beratung und Zustimmung der zuständigen Forschungs-Ethikkommission vorzulegen. Diese Ethikkommission muss transparent in ihrer Arbeitsweise, unabhängig vom

Forscher, dem Sponsor und von jeder anderen unzulässigen Beeinflussung, sowie angemessen qualifiziert sein. Sie muss den Gesetzen und Rechtsvorschriften des Landes oder der Länder, in dem oder denen die Forschung durchgeführt werden soll, sowie den maßgeblichen internationalen Normen und Standards Rechnung tragen, die jedoch den in dieser Deklaration festgelegten Schutz von Versuchspersonen nicht abschwächen oder aufheben dürfen.

Die Ethikkommission muss das Recht haben, laufende Studien zu beaufsichtigen. Der Forscher muss der Ethikkommission begleitende Informationen vorlegen, insbesondere Informationen über jede Art schwerwiegender unerwünschter Ereignisse. Eine Abänderung des Protokolls darf nicht ohne Erwägung und Zustimmung der Ethikkommission erfolgen. Nach Studienende müssen die Forscher der Kommission einen Abschlussbericht vorlegen, der eine Zusammenfassung der Ergebnisse und Schlussfolgerungen der Studie enthält.

Privatsphäre und Vertraulichkeit

24. Es müssen alle Vorsichtsmaßnahmen getroffen werden, um die Privatsphäre der Versuchspersonen und die Vertraulichkeit ihrer persönlichen Informationen zu wahren.

Informierte Einwilligung

25. Die Teilnahme von einwilligungsfähigen Personen an der medizinischen Forschung muss freiwillig sein. Auch wenn es angemessen sein kann, Familienangehörige oder führende Persönlichkeiten der jeweiligen Gemeinschaft hinzuziehen, darf keine einwilligungsfähige Person in ein Forschungsvorhaben aufgenommen werden, wenn sie nicht freiwillig zustimmt.

26. Bei der medizinischen Forschung an einwilligungsfähigen Personen muss jede potentielle Versuchsperson angemessen über die Ziele, Methoden, Geldquellen, eventuelle Interessenkonflikte, institutionelle Verbindungen des Forschers, den erwarteten Nutzen und die potentiellen Risiken der Studie, möglicherweise damit verbundenen Unannehmlichkeiten, vorgesehene Maßnahmen nach Abschluss einer Studie sowie alle anderen relevanten Aspekte der Studie informiert (aufgeklärt) werden. Die potentielle Versuchsperson muss über das Recht informiert (aufgeklärt) werden, die Teilnahme an der Studie zu verweigern oder eine einmal gegebene Einwilligung jederzeit zu widerrufen, ohne dass ihr irgendeine Nachteile entstehen. Besondere Beachtung soll dem spezifischen Informationsbedarf der individuellen

potentiellen Versuchspersonen sowie den für die Informationsvermittlung verwendeten Methoden geschenkt werden.

Nachdem er sich vergewissert hat, dass die potentielle Versuchsperson diese Informationen verstanden hat, hat der Arzt oder eine andere angemessen qualifizierte Person die freiwillige Informierte Einwilligung (Einwilligung nach Aufklärung „informed consent“) der Versuchsperson – vorzugsweise in schriftlicher Form – einzuholen. Falls die Einwilligung nicht in schriftlicher Form geäußert werden kann, muss die nichtschriftliche Einwilligung formell dokumentiert und bezeugt werden. Allen Versuchspersonen medizinischer Forschung sollte die Möglichkeit gegeben werden, über den allgemeinen Ausgang und die allgemeinen Ergebnisse der Studie informiert zu werden.

27. Beim Einholen der Informierten Einwilligung in die Teilnahme an einer wissenschaftlichen Studie muss der Arzt besondere Vorsicht walten lassen, wenn die potentielle Versuchsperson in einem Abhängigkeitsverhältnis zum Arzt steht oder unter Zwang einwilligen könnte. In solchen Situationen muss die Informierte Einwilligung durch eine angemessen qualifizierte Person eingeholt werden, die in jeder Hinsicht außerhalb dieses Verhältnisses steht.

28. Bei einer potentiellen Versuchsperson, die nicht einwilligungsfähig ist, muss der Arzt die Informierte Einwilligung des rechtlichen Vertreters einholen. Diese Personen dürfen nicht in eine wissenschaftliche Studie einbezogen werden, die ihnen aller Wahrscheinlichkeit nach nicht nützen wird, sofern nicht beabsichtigt wird, mit der Studie die Gesundheit der Gruppe zu fördern, der die potentielle Versuchsperson angehört, die Forschung nicht mit Personen durchgeführt werden kann, die eine Informierte Einwilligung geben können, und die Forschung nur minimale Risiken und minimale Belastungen birgt.

29. Ist eine potentielle Versuchsperson, die als nicht einwilligungsfähig eingestuft wird, fähig, Entscheidungen über die Teilnahme an der Forschung zuzustimmen, muss der Arzt neben der Einwilligung des rechtlichen Vertreters auch die Zustimmung der potentiellen Versuchsperson einholen. Eine Ablehnung der potentiellen Versuchsperson soll respektiert werden.

30. Forschung mit Personen, die körperlich oder geistig zu einer Einwilligung nicht fähig sind, beispielsweise mit bewusstlosen Patienten, darf nur dann erfolgen, wenn der körperliche oder geistige Zustand, der das Einholen der Informierten Einwilligung verhindert, ein erforderliches Merkmal für die beforschte Gruppe ist. Unter solchen

Umständen muss der Arzt die Informierte Einwilligung des rechtlichen Vertreters einholen. Ist ein solcher Vertreter nicht verfügbar und kann die Forschung nicht aufgeschoben werden, kann die Studie ohne Informierte Einwilligung und unter der Voraussetzung durchgeführt werden, dass die besonderen Gründe für den Einschluss von Versuchspersonen, die aufgrund ihres Zustands nicht zu einer Informierten Einwilligung fähig sind, im Studienprotokoll festgehalten worden sind und die Studie von einer Forschungs-Ethikkommission zustimmend bewertet worden ist. Die Einwilligung zur weiteren Teilnahme an der Forschung muss sobald wie möglich bei der Versuchsperson oder einem rechtlichen Vertreter eingeholt werden.

31. Der Arzt muss den Patienten vollständig über die forschungsbezogenen Aspekte der Behandlung informieren. Die Weigerung eines Patienten, an einer Studie teilzunehmen, oder der Entschluss des Patienten, aus der Studie auszusteigen, darf niemals die Patienten-Arzt-Beziehung nachteilig beeinflussen.

32. Bei medizinischer Forschung, bei der identifizierbare menschliche Materialien oder Daten verwendet werden, wie zum Beispiel in Biobanken oder ähnlichen Depots enthaltenes Material oder Daten, müssen Ärzte für ihre Sammlung, Lagerung und/oder Wiederverwendung eine Informierte Einwilligung einholen. In Ausnahmesituationen kann es sich als unmöglich oder nicht praktikabel erweisen, eine Einwilligung für derartige Forschung zu erhalten. In solchen Situationen darf die Forschung erst nach Beurteilung und Zustimmung einer Forschungs-Ethikkommission durchgeführt werden.

Die Verwendung von Placebos

33. Nutzen, Risiken, Belastungen und Wirksamkeit einer neuen Maßnahme müssen mit denjenigen der nachweislich besten Maßnahme(n) verglichen werden, außer unter folgenden Umständen: Wenn keine nachgewiesene Maßnahme existiert, ist die Verwendung von Placebo oder das Unterlassen einer Maßnahme zulässig, oder wenn aus zwingenden und wissenschaftlich fundierten methodischen Gründen die Verwendung einer weniger wirksamen Maßnahme als die nachweislich beste, die Verwendung eines Placebos oder das Unterlassen einer Maßnahme, notwendig sind, um die Wirksamkeit oder Sicherheit einer Maßnahme festzustellen, und wenn die Patienten, die eine weniger wirksame Maßnahme als die nachweislich beste, ein Placebo oder keine Maßnahme erhalten, keinem zusätzlichen Risiko eines ernsten oder irreversiblen Schadens ausgesetzt werden, welches sich daraus ergibt, dass sie

nicht die nachweislich beste Maßnahme erhalten haben. Mit größter Sorgfalt muss ein Missbrauch dieser Option vermieden werden.

Maßnahmen nach Abschluss einer Studie

34. Im Vorfeld einer klinischen Studie sollten Sponsoren, Forscher und Regierungen der Einsatzländer Vorkehrungen für Maßnahmen nach Abschluss der Studie für alle Teilnehmer treffen, die noch eine Maßnahme benötigen, die in der Studie als nützlich erkannt wurde. Diese Information muss den Teilnehmern auch während des Aufklärungs- und Einwilligungsprozesses mitgeteilt werden.

Registrierung von Forschung bzw. Publikation und Verbreitung von Ergebnissen

35. Jedes Forschungsvorhaben, an dem Versuchspersonen beteiligt sind, ist vor der Rekrutierung der ersten Versuchsperson in einer öffentlich zugänglichen Datenbank zu registrieren.

36. Forscher, Verfasser, Sponsoren, Herausgeber und Verleger haben im Hinblick auf die Veröffentlichung und Verbreitung der Forschungsergebnisse ethische Verpflichtungen. Forscher sind verpflichtet, die Ergebnisse ihrer Forschung am Menschen öffentlich verfügbar zu machen und sind im Hinblick auf die Vollständigkeit und Richtigkeit ihrer Berichte rechenschaftspflichtig. Alle Beteiligten sollen anerkannten Leitlinien für ethische Berichterstattung („ethical reporting“) folgen. Negative und nicht schlüssige Ergebnisse müssen ebenso wie positive veröffentlicht oder in anderer Form öffentlich verfügbar gemacht werden. In der Publikation müssen Finanzierungsquellen, institutionelle Verbindungen und Interessenkonflikte dargelegt werden. Berichte über Forschung, die nicht mit den Grundsätzen dieser Deklaration übereinstimmt, sollten nicht zur Veröffentlichung angenommen werden.

Nicht nachgewiesene Maßnahmen in der klinischen Praxis

37. Bei der Behandlung eines einzelnen Patienten, für die es keine nachgewiesenen Maßnahmen gibt oder andere bekannte Maßnahmen unwirksam waren, kann der Arzt nach Einholung eines fachkundigen Ratschlags mit Informierter Einwilligung des Patienten oder eines rechtlichen Vertreters eine nicht nachgewiesene Maßnahme anwenden, wenn sie nach dem Urteil des Arztes hoffen lässt, das Leben zu retten, die Gesundheit wiederherzustellen oder Leiden zu lindern. Diese Maßnahme sollte

anschließend Gegenstand von Forschung werden, die so konzipiert ist, dass ihre Sicherheit und Wirksamkeit bewertet werden können. In allen Fällen müssen neue Informationen aufgezeichnet und, sofern angemessen, öffentlich verfügbar gemacht werden.