

Reproduktionsmedizin

Zwischen Trauma und Tabu

Die körperlichen und psychischen Gefahren der Reproduktionsmedizin für Frauen werden im öffentlichen Diskurs kaum beachtet. Das Wohlergehen der behandelten Frauen wird anderen Interessen untergeordnet.

Magda Telus

Eine Rechnung geht nicht auf: „Diejenigen, die die Kosten tragen, sind nicht diejenigen, die sie errechnen“, meint der Philosoph Zygmunt Bauman zur Verteilung von Risiken und Chancen in den postindustriellen Gesellschaften (1). Gerade im Hinblick auf die rasende Entwicklung der life sciences stimmt diese Diagnose genau. Welche Kosten für die Vision der Keimbahntherapie und den Traum von unbegrenzt verfügbaren Ersatzorganen anfallen, beurteilen die Wissenschaftler. Den unentbehrlichen Stoff, aus dem diese Träume gesponnen sind – die Eizellen, liefern Frauenkörper. Die Kontrahenten treffen sich in reproduktionsmedizinischen Zentren, in denen die so genannten überzähligen Eizellen und Embryonen produziert werden.

Im Mittelpunkt der heutigen ethischen Debatten über die Embryonenforschung stehen der Embryo und der Fötus. Demgegenüber sollten die körperlichen, seelischen und sozialen Gefahren der Reproduktionsmedizin für Frauen in der Diskussion stärker berücksichtigt werden. Denn es ist unethisch, an einem „Material“ zu forschen, dessen „Gewinnung“ bei den „Spenderinnen“ einen Schaden verursachen kann, ohne sich ein ehrliches Bild von der Wahrscheinlichkeit und vom Ausmaß dieses Schadens gemacht zu haben.

1997 bis 1998 befand ich mich in einer Kinderwunschbehandlung. Während der Behandlung wurde ich nicht

über die psychischen und sozialen Gefahren aufgeklärt. Die körperlichen Risiken wurden verharmlost, mein Zögern mit Versuchen einer Psychopathologisierung nach dem Motto „nur labile Frauen reagieren so“ abgetan. Die Ärzte legten einen Aktionismus an den Tag, der Strukturen einer planvollen Handlung vermissen ließ und mir den Eindruck vermittelte, einer unberechenbaren Maschine ausgeliefert zu sein. Die reproduktionsmedizinischen Vorgehensweisen erlebte ich als im

lich wichtigsten vierten Lebensjahrzehnt, ein Regressverfahren läuft (2). Aus Gesprächen mit anderen Betroffenen weiß ich, dass ich kein Einzelfall bin. Dennoch werden diese Kosten von niemandem in Rechnung gestellt, außer vielleicht von den erfolgreich marginalisierten Feministinnen und Alternativen (3).

Diese persönliche Erfahrung war das erkenntnisleitende Interesse, mit dem ich seit 1999 Texte zur Reproduktionsmedizin aus diskurs-analytischer Sicht betrachte. Damit sollen Denkfiguren (Denkgewohnheiten, Stereotype, eingefahrene Metaphern) – Topoi – aufgezeigt werden, die die Ausblendung der Frage nach der Gefährlichkeit der Sterilitätsbehandlung für Frauen im öffentlichen Diskurs ermöglichen (4).

Obwohl es in Fachkreisen bekannt ist, dass reproduktionsmedizinische Behandlungen Frauen schaden können, bleibt eine systematische Erfassung der Schäden aus. Das deutsche IVF-Register kann nur bedingt als eine empirische Schadensstatistik gelten. Die IVF-Arbeitsgruppen nehmen am Register immer noch freiwillig teil, ihre Angaben werden nicht überprüft, unerfasst bleiben die seelischen und sozialen Schäden, Langzeitfolgen auch bei ausgetragenen Schwangerschaften sowie Schäden, die durch eine Sterilitätsbehandlung noch vor Anwendung der IVF hervorgerufen wurden (5). An dieser Ausrichtung des Registers sieht



Foto: Frommann/Laif

Punktion der Eierstöcke zur Eientnahme: Die Frage nach der Gefährlichkeit der Reproduktionsmedizin für Frauen wird im öffentlichen Diskurs ausgeblendet.

höchsten Maße degradierend. Nach drei hormonellen Stimulationen bekam ich einen Ovarialtumor und verlor ein Stück des Ovars. Ich erlitt ein Trauma mit anschließender Posttraumatischer Belastungsstörung (PTBS). Das böse Abenteuer im reproduktionstechnologischen Wunderland kostete mich auf diese Weise vier Jahre aus dem beruf-

man, dass es sich hierbei um eine am „Erfolg“ orientierte Statistik handelt, die weniger die behandelten Frauen und die Schwangerschaft als ein biopsychosoziales Geschehen, sondern vielmehr eine Legitimierung der Disziplin im Blick hat.

Zu den gesundheitlichen Risiken für Frauen in der Sterilitätsbehandlung zählen vor allem das Überstimulationssyndrom (OHSS), die Gefahr von Verletzungen und Entzündungen bei der Follikelpunktion, gegebenenfalls das Narkoserisiko, der Verdacht auf eine karzinogene Wirkung der stimulierenden Substanzen, eine erhöhte Rate an Extrauterin graviditäten und Mehrlingsschwangerschaften sowie eine hohe Abortrate. Selten wird an die bis heute unaufgeklärten Todesfälle bei Follikelentnahme erinnert (6). Regelrecht verschwiegen wird die Tatsache, dass durch Stimulationen entstandene Ovarialtumoren operativ entfernt werden müssen, was zum Verlust des Ovars führen kann. Die Behandlung von Ova-

Krankheitswert der Kinderlosigkeit wird heraufbeschworen.

rialtumoren, Mastopathie, Thrombosen, OHSS wird in der Regel an andere Disziplinen und Behandlungsorte delegiert und aus der Wahrnehmung ausgeblendet. Auch Nachsorge gehört nicht zum reproduktionsmedizinischen Selbstverständnis.

Zu den unter Fachleuten bekannten seelischen Beeinträchtigungen gehören: Minderung des Selbstvertrauens und des Selbstwertgefühls, Kontroll- und Kompetenzverlust, Verletzung der persönlichen Integrität, Angst und Anspannung besonders beim Abwarten des Behandlungserfolges, reaktive Depressionen nach ausgebliebenem Erfolg, Verselbstständigung des Kinderwunsches (7). Die gängigen Erklärungen orientieren sich am unerfüllten Kinderwunsch, es gibt kaum Studien, die sich den vom Kinderwunsch unabhängigen Belastungen durch die Therapie widmen würden (8).

Eine reproduktionsmedizinische Behandlung konfrontiert Frauen mit einer Zeugungssituation, auf die sie in ihrer

Sozialisation nicht vorbereitet wurden, sodass ihnen keine kulturellen Verarbeitungsmuster zur Verfügung stehen.

Nicht zu unterschätzen sind die negativen sozialen Behandlungsfolgen, die je nach Dauer und Ausgang der Behandlung einen nicht wieder auszugleichenden Schaden anrichten können. Hierzu gehören Auswirkungen auf die Beziehung (Intimitätsverlust), soziale Isolierung und Einbußen in der beruflichen Entwicklung bis hin zum Verlust des Arbeitsplatzes oder Aufgabe des Berufs durch die Frau.

Denkfiguren im reproduktionsmedizinischen Diskurs

Topos 1: Kinderlosigkeit ist Krankheit

Frauen, die sich in eine Sterilitätsbehandlung begeben, sind zunächst keine „Patientinnen“ im üblichen Sinne, können es aber gerade durch die medizinische Intervention werden. Um diesen Sachverhalt zu kompensieren, wird im Fachdiskurs der Reproduktionsmedizin der Krankheitswert der Kinderlosigkeit heraufbeschworen (9). Da es sich bei dem Leid der Kinderlosigkeit um ein soziales Leid handelt, muss angenommen werden, dass derartige Sprachgebrauch die interagierenden Ärzte und Patienten im Erleben der Kinderlosigkeit als Krankheit bestätigt.

Topos 2: Reproduktion ist Pflicht

Wie die Dramatisierung der Kinderlosigkeit den Kinderlosen vermittelt wird, zeigt der folgende Beleg aus einer Patientenbroschüre: „Die Fruchtbarkeit des Menschen ist die Grundlage seiner Existenz. [...] Dabei wird in den letzten Jahren, besonders in den Industrieländern, eine stetige Zunahme der Sterilität beobachtet.“ (10) Hier fällt auf, dass das individuelle Problem des Rezipienten dieser Broschüre – seine oder ihre individuelle Kinderlosigkeit – durch den generischen Gebrauch der Phrase „Fruchtbarkeit des Menschen“ überhöht wird mit der Folge, dass das Individuum im Namen der Gattung in die Pflicht zur Fortpflanzung genom-

men wird. Ein weiterer Beleg stammt aus einer bioethischen Abhandlung: „Leben geben und zeugen ist nach allen religiösen und säkularen Positionen ein hohes Privileg und eine in moralischer Verantwortung wahrzunehmen-de Pflicht.“ (11) Der Topos „Reproduktion ist Pflicht“ lässt außer Acht, dass die demographischen Probleme der Menschheit weniger in der Kinderlosigkeit bestehen als vielmehr in einer Überbevölkerung.

Topos 3: Um des Kindes willen

Die unbequeme Tatsache, dass die Reproduktionsmediziner in der Regel gesunde Menschen behandeln, müsste sie dem Prinzip *primum non nocere* besonders verpflichtet. Entgegen dieser Erwartung scheint das Wohlergehen der behandelten Frauen anderen Interessen untergeordnet zu sein. „Die Gesundheit der Kinder, die nach einer künstlichen Befruchtung [...] geboren werden, ist der wichtigste Parameter für die Qualität einer Sterilitätsbehandlung“, stellen zwei führende deutsche Reproduktionsmediziner fest (12). Damit kann einer Behandlung, aus der ein gesundes Kind hervorging, eine hohe Qualität selbst dann bescheinigt werden, wenn sie zu körperlichen, seelischen und sozialen Schäden für die behandelte Frau geführt hat. Zum Vergleich: Es wäre undenkbar, die Qualität der Geburtshilfe ausschließlich am Wohlergehen des Neugeborenen messen zu wollen.

Topos 4: Halb so schlimm

Gerade im Zusammenhang mit der „Eizellspende“ wird die Bemühung, die Gefahren zu verharmlosen, besonders deutlich. In solchen Kontexten fehlt das „Krankheitsargument“, weil die Spenderin keinen Kinderwunsch hat. Die American Society for Reproductive Medicine spricht in diesem Zusammenhang von „Gesundheitsrisiken und einem geringen Mortalitätsrisiko“, während die kalifornischen Reproduktionsagenturen, die Frauen 3 500 bis 10 000 Dollar für eine „Eizellspende“ bezahlen, dies mit „Aufwand und Unannehmlichkeiten“ begründen (13). Die britische Human Fertilization and

Embryology Authority geht einen anderen Weg. Sie ruft Frauen auf zur uneigennützigen „Eizellspende“ für die Forschung und um anderen Frauen zu helfen, gegen eine Entschädigung von 15 Pfund „per visit“. Unter den Gefahren verzeichnet der Aufruf lediglich das Überstimulationssyndrom und die Bildung von Zysten an Ovarien. Dass diese Zysten manchmal operativ entfernt werden müssen und zum Verlust des Ovars führen können, bleibt unerwähnt. Die Euphemisierung tritt besonders deutlich im Zusammenhang mit der Frage nach Schmerzhaftigkeit auf; der Vergleich mit einer „schmerzhaften Regel“ wird gezogen (aus eigener Erfahrung weiß ich, dass der Schmerz nach einer Laparoskopie um ein Vielfaches den Schmerz einer schmerzhaften Regel übersteigt). Von der zwangsläufigen mehrtägigen Arbeitsunfähigkeit ist hier genauso wenig die Rede wie von den wochenlangen stechenden Schmerzen bei Bewegung, verursacht durch die in den Körper hineingepumpten Gase, und der bleibenden Narbe am Bauchnabel. Auch berichtete mir eine Frau, die ohne Betäubung durchgeführte Eizellpunktion wäre für sie schmerzhafter gewesen als die Geburt (14).

Topos 5: Um der Gene willen

Wie wenig Berücksichtigung die Schmerzen von Frauen in der reproduktionsmedizinischen Wichtigkeitsverteilung finden, wird deutlich in der folgenden bioethischen Abwägung: „Den ethischen Kosten der Laparoskopie und der hormonellen Stimulierung der Frau sowie der Masturbation beim Mann steht der unvergleichlich hohe ethische Wert gegenüber, einem Kind das Leben zu geben und ein eheliches Kind zu haben, das mit beiden Eltern verwandt ist und von der Mutter auf natürliche Weise ausgetragen wird.“ (15) Hiernach kommt in der symbolischen Ordnung der Reproduktionsmedizin der genetischen Verwandtschaft ein so entscheidender Stellenwert zu, dass die Herstellung des Verwandtschaftsverhältnisses die körperliche Gefährdung der Frau und die sittliche des Mannes rechtfertigt (sogleich wird klar, warum Reproduktionszentren eine schlechte Adresse sind, um über

Adoption nachzudenken). Die Gefahren werden auf drei Stellvertreter reduziert: „Laparoskopie“, „Stimulierung“ und „Masturbation“. In allen Fällen wird der Singular benutzt, während es sich in der Regel um mehrere Laparoskopien, Stimulationen und Masturbationen handelt. Dass diese Gefahren den Ethiker im Grunde nicht interessieren, wird daran erkennbar, dass zwischen den Belastungen für Frauen und Männer nicht abgestuft wird und die ungleich höhere Gefährdung der Frau mit den Belastungen des Mannes durch ein parataktisches semantisches Verhältnis der entsprechenden Satzteile gleichgestellt wird.

Topos 6: Für den Fortschritt

Seit Jahrzehnten wird das Argument, Ärzte seien dem Wohl des individuellen Patienten verpflichtet, als Vehikel für die stattfindende Grenzverschiebung benutzt. Manche semantischen Struk-

turen stellen allerdings diesen deklarierten hohen Stellenwert des Patienten infrage, zum Beispiel: „Eine optimale Auswahl der Patientinnen ist die wesentlichste Komponente für eine adäquate und auf die Bedürfnisse des Paares zugeschnittene Therapie.“ (16) Der Satz enthält einen logischen Bruch: Während sich „eine auf die Bedürfnisse des Paares zugeschnittene Therapie“ am Patienten orientiert, erfolgt die „optimale Auswahl der Patientinnen“ entlang vom Arzt definierter Kriterien. Hiernach reagiert der Arzt nicht auf die Bedürfnisse der Patientinnen, sondern vielmehr wählt er Patientinnen aus, die seinen wie auch immer gearteten Bedürfnissen entsprechen.

Der Forscher steht oft im Mittelpunkt, zum Beispiel in einem Bericht über eine Tagung zu Ehren Robert G. Edwards': „Die Reproduktionsmedizin hat wie kaum ein anderes Fachgebiet weite Felder der Medizin befruchtet. Genetiker mussten um- und dazulernen, Embryologen haben neues Rüstzeug gewonnen, Onkologen und Transplantationsmediziner können auf neue Therapieoptionen hoffen – und Zoologen gefährdete Tierarten nachzüchten. [...] Diese visionären Ideen wären undenkbar, hätte nicht ein hartnäckiger Forscher über zehn Jahre lang erfolglos versucht, der Befruchtung in vitro auf die Spur zu kommen [...]“ (17) Hier fällt in erster Linie auf, dass die Fähigkeit zur Reproduktion symbolisch auf das Fach Reproduktionsmedizin übertragen wird. Dafür wird der männliche Anteil am reproduktiven Geschehen metaphorisch auf die Reproduktionsmedizin übertragen („hat befruchtet“, vgl. auch den Titel des Beitrags). Dieser semantische Pfad wird durch ein im Artikel platziertes Foto verstärkt, auf dem Edwards mit dem ersten Retortenbaby abgebildet ist. Das Fach und sein prototypischer Vertreter Edwards werden mit den Attributen visionär und hartnäckig gefeiert. Von den Frauen, um die es in diesen zehn Jahren erfolglos gebliebenen Versuchen ging, erfährt die kollegiale Leserschaft nichts. Die Ausblendung der Frau fällt nicht einmal als eine Lakune auf, weil das Thema des gesamten Beitrags der Fortschritt und nicht die Kinderlosigkeit ist. ▷

„Ein Wartesaal, überfüllt mit Menschen und verlegenem Schweigen.“ Manche Patientinnen lassen sich mit Nummern ausrufen. Als wären sie nicht hier. Mein Mann geht hinaus, und alle wissen, dass er in einer dafür vorgesehenen Kabine masturbieren wird. Er wird sich den dort an der Wand abgebildeten Popo einer anderen Frau und die dort ausgelegten pornographischen Zeitschriften anschauen, um den Samen für unser gemeinsames Kind zu gewinnen. Das tut weh. Mein Gott, das hatten wir nicht bedacht. Wir hatten es uns nicht vorzustellen versucht, wie er danach mit dem spermagefüllten Behälter in der Hand durch den Gang gehen wird, um diesen in ein Regal neben andere Behälter mit gleichem, bereits etwas vergilbtem, Ekel erregendem Inhalt zu stellen. Zwanzig Minuten später ziehe ich vor einem der Spermatozoen- und Vaginen-Bilder aus Verwirrung mein Hemd aus, obwohl die Brüste in dem bevorstehenden Zeugungsakt unwichtig sind. Eine fremde Frau mit einem länglichen Gegenstand in der Hand kommt herein. „Das ist das Sperma Ihres Mannes“, sagt sie. Niemand hätte das Gegenteil beweisen können. Diese Frau versucht, mir ein Kind zu machen. Eine Spur von Lust streichelt meinen Unterleib von innen. Es ist pervers, es ist ein böser Traum, es ist Menschenzucht. Ich soll mit verschränkten Beinen nackt liegen bleiben. Jemand kommt rein und raus. Ich schließe die Augen, als wäre ich nicht hier.“

M. Telus: *Trauma statt Baby*. In: *Gen-ethischer Informationsdienst*, 139, April/Mai 2000: 24

Ausblendung der Gefahren für Frauen im öffentlichen Diskurs

Wie im Fachdiskurs der Reproduktionsmedizin werden auch in der öffentlichen Debatte über die Reproduktionsmedizin und Embryonenforschung die Gefahren für Frauen ausgeblendet. Die für zuständig erklärten Politiker beschäftigt die Gesundheit der Frauen genauso wenig wie die Philosophen. Weder in der Argumentation des Bundeskanzlers, der zu einer „Diskussion frei von ideologischen Scheuklappen“ aufruft und sich um den wissenschaftlichen Standort Deutschland sorgt, noch in den zum Nachdenken mahnenden Worten des Bundespräsidenten werden die reproduktionsmedizinischen Kosten für Frauen bedacht. Sie spielen keine Rolle bei der Technikfolgenabschätzung und werden auch vom Bundesministerium für Gesundheit vernachlässigt.

Das Letztere veranstaltete im Mai 2000 in Berlin das Symposium „Fortpflanzungsmedizin in Deutschland“. Unter den sieben thematischen Blöcken, die das Symposium strukturierten, tauchte die Frage nach gesundheitlicher Gefährdung der Frauen durch Sterilitätsbehandlung nicht auf. Lediglich in der Eröffnungsrede der damaligen Ministerin Andrea Fischer ließ sich eine Anspielung auf diese Schattenseite der Reproduktionsmedizin vernehmen, als diese von „für die betroffenen Frauen oft mühevollen und nicht in jedem Fall zum Erfolg führenden Prozeduren“ sprach (18). In einem Bericht über das Symposium begegnet uns die übliche Aufstellung von Fachleuten, die befugt sind, in der Sache mitzureden, wenn es heißt, die Ministerin hätte „zur besseren Entscheidungsfindung [...] rund 600 Ärzte, Natur- und Geisteswissenschaftler, Juristen sowie Politiker zu einem dreitägigen Symposium nach Berlin eingeladen“; von Frauen ist nicht die Rede (19).

Die Gefahren der Reproduktionsmedizin für Frauen sind im gesamten öffentlichen Diskurs in einen toten Winkel geraten. Nach Darstellung der Unterhaltungsmedien ist die Familienplanung heute ein „Kinderspiel“ (20)

und die Produktion von „Babys auf Bestellung“ (21) Routine; die Reproduktionsmedizin mache „die Kinder gesünder“ (22) und „die Frauen unabhängiger vom starken Geschlecht“ (23). Diese Verklärung im Choral setzt sich zusammen aus vielen einzelnen Auslassungen auf der Mikroebene der medialen Kommunikation.

Ein Beispiel: Unter dem Titel „Erbgut-Check für Embryonen?“ bringt das Wochenblatt „Die Zeit“ Argumente für und wider die Präimplantationsdiagnostik (PID). Die Kontroverse wird illustriert mit einer Bildleiste, auf der die einzelnen Schritte der PID dargestellt werden. Die fünf Bilder sind mit den folgenden Unterschriften versehen: „Für eine künstliche Befruchtung wird eine Eizelle entnommen. Diese wird mit Spermien befruchtet. In 48 bis 72 Stunden reift ein achtzelliger Embryo heran. Dem Embryo wird eine Zelle entnommen zur genetischen Analyse (PID). Nach positivem Ergebnis der PID wird der Embryo in die Gebärmutter implantiert.“ (24) Hier wird aus Gründen der Anschaulichkeit ausgelassen, dass der Prozedur eine hormonelle Stimulation mit Nebenwirkungen vorausgeht, dass in einem risikoreichen und unter Umständen schmerzhaften Eingriff nicht eine, sondern mehrere Eizellen entnommen werden, dass das Spermia aus Masturbation stammt, dass

In einer Situation, in der die aus reproduktionsmedizinischen Behandlungen übrig bleibenden Eizellen und Embryonen zum begehrten Rohstoff werden, will man von der Gefährlichkeit ihrer „Gewinnung“ nichts wissen.

es in vielen Fällen erst gar nicht zu einer Befruchtung in vitro kommt, dass das behandelte Paar während der 48 bis 72 Stunden große Ängste durchlebt, dass mehrere Embryonen gezüchtet werden, dass es neben einem „positiven“ auch ein „negatives“ Ergebnis geben kann und die Embryonen mit dem „negativen“ Ergebnis vernichtet werden, dass schließlich die Übertragung des Embryos in die Gebärmutter noch keine Implantation bedeutet und nur in etwa zehn von hundert Fällen aus dem Ablauf ein Baby hervorgehen wird. All

diese Dinge sind in der öffentlichen Wahrnehmung der Reproduktionsmedizin abwesend. Die vorausgegangene Analyse des reproduktionsmedizinischen Fachdiskurses legt es außerdem nahe, dass sie auch in der Selbstwahrnehmung des Fachs nicht gerade im Mittelpunkt stehen und sich die Verdrängungsphänomene auf den beiden diskursiven Ebenen gegenseitig bedingen und verstärken.

Die Schweigespirale oder die Verfügbarkeit der Frau

Elisabeth Noelle-Neumann prägte in den 70er-Jahren den Begriff der Schweigespirale. Er umschreibt das Phänomen des kollektiven Schweigens aus Furcht, etwas zu sagen, was sich gegen die Mehrheitsmeinung richtet. Die Gründe dafür, dass die Gefahren der Reproduktionsmedizin für Frauen kein mehrheitsfähiges Thema zu sein scheinen, sind vielfältig.

Da sind zum einen die gesellschaftlichen Interessen an der reproduktionsmedizinischen Entwicklung: das Interesse an Erkenntnis, wirtschaftlichem Gewinn und neuen Therapien. Diese Interessen sind nur durch das Verfügbarmachen von Eizellen zu verfolgen. In einer Situation, in der die aus reproduktionsmedizinischen Behandlungen übrig bleibenden Eizellen und Embryonen zum begehrten Rohstoff werden, will man von der Gefährlichkeit ihrer „Gewinnung“ nichts wissen.

Aus historischer Sicht fällt auf, dass sich die Reproduktionsmedizin als soziale Praxis zu einer Zeit konstituierte, in der Frauen in Medizin und Wissenschaft noch seltener als heute Definitionsmacht hatten. Bis heute lässt sich diese Tradition in dem ausschließlich männlichen neunköpfigen Vorstand der Deutschen Gesellschaft für Reproduktionsmedizin erkennen. Reproduktionsmedizin gefährdet potenziell spezifisch weibliche Körperorgane. Sie wurde jedoch historisch von Menschen konzipiert, die gerade diese Organe nicht haben und deshalb das Problem der Gefährdung dieser Organe anders wahrnehmen müssen. Der Gefahr des Ovarverlustes mag in den Augen der Menschen, die keine Ovarien haben, eine

geringere Bedeutung zukommen als in den Augen der Menschen, die Ovale haben und ihre geschlechtliche Identität unter anderem gerade aus ihrem Vorhandensein schöpfen.

Der wichtigste Umstand jedoch, der Ärzten, Politikern, Journalisten, Ethikern und Menschenrechtlern die Scheuklappen des Verdrängens auflegt, ist die Tatsache, dass ungewollt kinderlose Frauen anscheinend freiwillig in die Behandlung einwilligen, ja die Mühen der Behandlung über Jahre hinweg auf sich nehmen und gegenüber der Versichertengemeinschaft für ihr Recht auf die Behandlung eintreten.

Da die traditionellen Geschlechterbilder fortwirken und diese von Frauen Leidenschaft, Opferbereitschaft und ein Dasein für andere einfordern (25), fällt es Frauen schwer, sich gegen diese anscheinende Normalität auszusprechen, auch wenn sie ihnen noch so viel abverlangt. Auch ist es zu bedenken, dass Familienrollen vernetzt sind und Familienangehörige nur dann „Vater“, „Großvater“ und „Großmutter“ werden können, wenn eine Frau in die Mutterrolle einwilligt. Hierbei kann eine Absage an die Behandlung als eine Absage an die Mutterrolle missverstanden werden und bei den Angehörigen eine Enttäuschung hervorrufen. Wegen der Auslassung der Gefahrenfrage in der öffentlichen Diskussion kann eine ungewollt kinderlose Frau nicht erwarten, dass ihre Angst vor Gesundheitsschädigung als Motiv für einen Behandlungsverzicht auf Verständnis trifft.

Der Kreis des Verschweigens schließt sich, indem sich die geschädigten Frauen in jahrelange psychotherapeutische Behandlungen begeben. An die Öffentlichkeit gehen die wenigsten. Sie ahnen, wie schwer es ist, eine Erfahrung, für die es keine gesellschaftlichen Verarbeitungsmuster gibt, der nichtbetroffenen Mehrheit zu vermitteln.

■ Zitierweise dieses Beitrags:
Dt. Ärztebl. 2001; 98: A 3430–3435 [Heft 51–52]

Die Zahlen in Klammern beziehen sich auf das Literaturverzeichnis, das im Internet (www.aerzteblatt.de) abrufbar ist.

Anschrift der Verfasserin:
Dr. phil. Magda Telus
Josephstraße 11
44791 Bochum

Psychiatrie-Geschichte

Wendepunkt 1968

Die Verbrechen der Nationalsozialisten an psychisch Kranken verzögerten zum einen die Reform der Psychiatrie, gleichzeitig setzte das Bedürfnis nach Wiedergutmachung den Reformprozess in Gang.

Die „gesellschaftliche Hochdruckzone der 1968er“ war die Wende zu einer modernen psychiatrischen Versorgung. Die Studentenrevolte und Kulturrevolution der 68er schafften die gesellschaftliche Stimmung für die Durchsetzung der Psychiatriereform – das Ende von Bettensälen und Verwahrspsychiatrie. Das war das Fazit der Tagung „Psychiatriereform als Gesellschaftsreform“, zu der das Westfälische Institut für Regionalgeschichte des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe nach Münster eingeladen hatte. Konzipiert war die Tagung als „Runder Tisch“, an dem Historiker und Psychiater sowie Vertreter aus Gesundheitsverwaltung,

Politik und psychiatrischen Fach- und Hilfsverbänden diskutierten.

Bereits in den 50er- und frühen 60er-Jahren gab es Reformimpulse, hervorgerufen aus dem Bedürfnis, die Verbrechen der Nationalsozialisten an psychisch Kranken wieder gutzumachen, lautete die zentrale These von Priv.-Doz. Dr. phil. Franz-Werner Kersting, Westfälisches Institut für Regionalgeschichte. Eine Reihe „junger aufmüpfiger Oberärzte“, die die menschenunwürdigen Zustände in den damaligen Verwahranstalten selbst erlebten, habe die „Schuld der Väter“ abzutragen versucht, indem sie die Reform der Psychiatrie vorantrieben. Einer von ihnen, Prof. Dr. Dr. mult. h. c. Heinz Häfner, stellvertretender Vorsitzender der En-

quete-Kommission, die 1971 vom Deutschen Bundestag eingesetzt wurde, um die Zustände in den Heil- und Pflegeanstalten zu untersuchen, bestätigte, er sei „Psychiater geworden, um wieder gutzumachen“.

Häfner glaubt, dass andererseits die Verdrängung der NS-Verbrechen an psychisch Kranken die Ursache für einen Stau der Reformen gewesen sei – weshalb die Psychiatriereform in Deutschland erst etwa 20 Jahre später in Gang kam als in den USA oder in Großbritannien. „Die Psychiater haben sich nach dem Krieg wegen der NS-Verbrechen hinter ihre Mauern zurückgezogen und den Mangel und das Elend klaglos verwaltet.“ Mehr als

70 000 psychisch Kranke wurden von den Nationalsozialisten im Rahmen der T4-Aktion ermordet.

Gezieltes Verhungernlassen

Der Massenmord war der Höhepunkt der Verbrechen an psychisch Kranken. Doch bereits im Ersten Weltkrieg habe man mehr als 70 000 Patienten verhungern lassen, die erhöhte Sterblichkeit habe bis 1924 angehalten, berichtet Dr. med. Heinz Faulstich, der umfassend zum „Hungersterben in der Psychiatrie“* recherchiert hat. Ab 1933 führten

* Heinz Faulstich: Hungersterben in der Psychiatrie 1914–1945. Mit einer Topographie der NS-Psychiatrie, Lambertus Verlag, 1997, 600 Seiten



Der Titelaufsatz in Heft 6/2001 zog 25 Jahre nach der Psychiatrie-Enquete von 1975 eine Bilanz der Umsetzung.

die Nazis Sparmaßnahmen ein, um die angeblich von den „Erbkranken“ verursachten „ungeheuren Fürsorgelasten“ zu senken und – so die Propaganda – das eingesparte Geld für die Pflege der „Erbgesunden“ zu verwenden. Zu diesen Maßnahmen gehörte die Überbelegung der Anstalten, der Abbau des Personals und die Reduzierung der Ernährungskosten. Trotz des anschließenden Massenmords (T4) blieben die staatlichen Anstalten überbelegt, auch weil bis Ende 1941 ein Viertel aufgelöst worden war. Während des Zweiten Weltkrieges wurden in vielen Anstalten körperlich Kranke untergebracht und die psychisch Kranken noch mehr zusammengepfercht. Wegen der Überfüllung „nahm das Morden ab 1942 wieder sprunghaft zu und führte zur zweiten Phase der Euthanasie“, betont Faulstich, ehemaliger stellvertretender Leiter des psychiatrischen Landeskrankenhauses Reichenau.

Höchste Sterberaten nach dem Krieg

Für die Patienten am gefährlichsten war die Senkung der „Kostsätze“ von 70 bis 80 Pfennig pro Kopf und Tag Mitte der 30er-Jahre auf weniger als die Hälfte während des Krieges. Durch den Abzug von Personal und die Reduzierung von Sachausgaben verrotteten die Anstalten, und die hygienischen Bedingungen verschlechterten sich. Die Sterberaten im Zweiten Weltkrieg stiegen auf mehr als 20 Prozent an. Neben dem allgemeinen Hungersterben wurde in einigen Anstalten gezielt mit Nahrungsentzug und überdosierten Medikamenten gemordet. Faulstichs Untersuchungen zufolge fielen all diesen „Sparmaßnahmen“ rund 96 000 Menschen zum Opfer – mehr als der „Aktion T4“. Einen traurigen Höhepunkt erreichten die Sterberaten jedoch nach dem Einmarsch der Alliierten: Sie stiegen 1945 auf rund 50 Prozent; in einigen Anstalten ergriff fast das gesamte Personal die Flucht und überließ die Patienten ihrem Schicksal, Todesmärsche Halbverhungerten waren an der Tagesordnung.

Das Hungersterben in den Anstalten zog sich bis in die 50er-Jahre. Ab 1945 herrschte Hungersnot in der Bevölke-

rung, von der die Anstaltsinsassen besonders betroffen waren, da sie sich keine zusätzlichen Nahrungsmittel beschaffen konnten. In der sowjetischen und der französischen Besatzungszone war die Nahrung besonders knapp. In allen Zonen herrschte Mangel an Kohlen – die Patienten mussten frieren. Interkurrente Erkrankungen verliefen daher bei den resistenzgeschwächten Patienten oft tödlich; hinzu kamen Typhusinfektionen und Krätze. „Von allen Notständen waren psychisch Kranke am stärksten betroffen“, resümiert Faulstich.

Die Verdrängung der NS-Verbrechen könnte ein Grund dafür gewesen sein, warum nicht bereits in den 50er-Jahren mit einer umfassenden Reform der Psychiatrie begonnen wurde. Die Enquete-Kommission, die die „brutale Realität“ und die „elenden menschenunwürdigen Verhältnisse“ in den Anstalten aufdeckte, wurde erst 1971 berufen. Reformvorschläge in den 50er-Jahren seitens einiger Klinikdirektoren hätten nur dann Aussicht auf Erfolg gehabt, wenn sie den Kostenträgern Einsparungen versprochen, zum Beispiel durch frühzeitige Entlassung, Außenfürsorge oder Familienpflege, glaubt Faulstich. Ein anderer Grund für den Reformstau könne die räumliche Ablegenheit der psychiatrischen Anstalten auf dem Land gewesen sein, vermutet Häfner. Das Elend der Insassen sei damit „aus dem Bewusstsein der Bevölkerung verschwunden“. Dafür spreche, dass die Zustände in den psychiatrischen Abteilungen der Universitätskliniken besser waren als in den Landeskrankenhäusern.

Das gesellschaftspolitische Klima in der Bundesrepublik, das verantwortlich für die Verdrängung der NS-Verbrechen war, wird in den Sechzigerjahren allmählich abgelöst von einem für die kritische Auseinandersetzung mit der Vergangenheit offeneren Klima. Die Bereitschaft war gewachsen, „die Hypothek der deutschen Katastrophe auch für die Nachkriegspsychiatrie öffentlich einzugestehen“, formuliert der Historiker Kersting. Mitte der 60er-Jahre griffen unter anderem der damalige Psychiatrie-Ordinarius Walter Ritter von Baeyer sowie die damaligen Oberärzte Karl Peter Kisker* und Heinz Häfner das NS-Thema

* Prof. Dr. med. Walter Ritter von Baeyer und Prof. Dr. med. Karl Peter Kisker sind verstorben.

öffentlich auf. Unter dem Titel „Psychiatrie der Verfolgten“ publizierten sie 1964 eine Studie über „Psychopathologische und gutachterliche Erfahrungen an Opfern der nationalsozialistischen Verfolgung“. „Der NS-Bezug als Reformmotiv und als Reformargument gewann an Bedeutung“, folgert Kersting.

Klima für Reformen geschaffen

Das Klima für eine Reformierung begünstigt hat auch die Anti-Psychiatrie-Debatte in den 60er- und 70er-Jahren. Die Verfechter der Anti-Psychiatrie wie zum Beispiel der italienische Klinikdirektor Franco Basaglia, die englischen Psychiater Ronald Laing und David Cooper oder der US-Amerikaner Thomas Szasz – eine keineswegs homogene Bewegung – lehnten die Etikettierung psychischer Störungen als Krankheit ab. Sie definierten sie als Folge sozialer Prozesse der Ablehnung und Diskriminierung durch die in ihren Augen vermeintlich „normale“ Gesellschaft. Die Heilanstalten und Großkrankenhäuser galten ihnen als gefängnisähnliche „totale Institutionen gesellschaftlicher Normenkontrolle, Stigmatisierung und Entmündigung“.

Eine größere öffentliche Resonanz erlebte die Anti-Psychiatrie in Deutschland erst als Folge der antiautoritären Studentenbewegung, deren Proteste 1968 ihren Höhepunkt erreichten. Im gesellschaftlichen Klima der 68er-Jahre verliere sich auch die Konvergenz zwischen NS-Zeit und Reformbestrebungen, sagte Kersting. Durch dieses Klima ist die Psychiatriereform als sozialpolitische Bewegung angestoßen worden; die gesellschaftliche Stimmung für einen grundlegenden Wandel in der psychiatrischen Versorgung wurde geschaffen. Auch wenn eine große Diskrepanz „zwischen der Makro-Ebene historischer Betrachtung und dem organisatorischen Eingangsbringen von Reformen auf der Mikro-Ebene“ bestehe, wie Häfner meint. Seit der Psychiatrie-Enquete 1975 hat sich in der Versorgung psychisch Kranker vieles verbessert – wenn auch nicht alle Forderungen von damals erreicht sind. **Petra Bühring**