

Gehörlosigkeit und Migration

Erster Abschlussjahrgang gehörloser GebärdensprachdolmetscherInnen an der Universität Hamburg

April 2011. In einer Feier verabschiedete die Universität Hamburg die ersten 16 Absolventinnen und Absolventen des deutschlandweit einzigen weiterbildenden Studiengangs für gehörlose GebärdensprachdolmetscherInnen. Die Teilnehmenden mit deutscher, russischer und türkischer Gebärdensprache als Muttersprache können zwischen der deutschen und einer anderen Gebärdensprache sowie zwischen der deutschen Schriftsprache und der deutschen Gebärdensprache professionell dolmetschen.

Damit helfen sie gehörlosen MigrantInnen eine zentrale Sprachbarriere im Kontakt mit Behörden, Schulen etc. zu überwinden. Denn diese benötigen zwei Dolmetscher: einen hörenden Gebärdensprachdolmetscher,

der von der deutschen Lautsprache in die deutsche Gebärdensprache übersetzt und einen weiteren Gebärdensprachdolmetscher, der die deutsche Gebärdensprache in die jeweilige Gebärdensprache übersetzt. Diese Fähigkeit können nur gehörlose Menschen erlernen.

Entwickelt wurde das Programm von Prof. Dr. Christian Rathmann, Institut für Deutsche Gebärdensprache und Kommunikation Gehörloser, - Deutschlands einziger gehörloser Professor- in Zusammenarbeit mit der „Arbeitsstelle für wissenschaftliche Weiterbildung“ (AWW).

Mit dem Abschluss des zweisemestrigen Studiums können sich die AbsolventInnen für die staatliche Prüfung zum Gebärdensprachdolmet-

scher anmelden, besitzen einen qualifizierten Berufsabschluss und sind den hörenden Gebärdensprachdolmetschern in Behörden und Gerichten gleichgestellt. Das Weiterbildungsangebot wird von den Integrationsämtern und von der Bundesagentur für Arbeit unterstützt, die die Studiengebühren vieler TeilnehmerInnen finanzieren. Der zweite Durchgang des Studiums ist für 2012 geplant.

Für Rückfragen:

Universität Hamburg
Arbeitsstelle für
wissenschaftliche Weiterbildung
Marlis Adjanor
Tel: 040 / 428 83-2641, -2499
m.adjanor@aww.uni-hamburg.de

Die Bühne der Welt

„Handelnd und sprechend offenbaren die Menschen jeweils, wer sie sind, zeigen aktiv die personale Einzigartigkeit ihres Wesens, treten gleichsam auf die Bühne der Welt, auf der sie vorher so nicht sichtbar waren.“

Wenn wir die Ereignisse der letzten Monate Revue passieren lassen, dann scheint es, als habe Hannah Arendt diese Worte extra dafür geschrieben. Bisher nicht sichtbar auf der Weltbühne waren die Menschen, die durch das Erdbeben und den Reaktorunfall in Fukushima existenziell bedroht wer-

den. Nicht sichtbar waren die Menschen in Nordafrika und Arabien. Handelnd und sprechend fanden und finden sie sich zusammen, um ihre Despoten zu verjagen. Ebenso versammelten sich Jugendliche in Spanien, um ihren Widerspruch gegen die hohe Arbeitslosigkeit zum Ausdruck zu bringen.

In diesem Sinne möchten wir euch im vorliegenden newsletter behinderte Menschen vorstellen, die handelnd und sprechend auf der Bühne der Welt noch nicht in Erscheinung getreten sind. Volker van der Locht und Erika Feyera-

bend sprachen mit einer Wohngruppe behinderter Menschen in Essen über ihre Motivation, an den Anti-Atom-Demonstrationen teilzunehmen (► S. 2).

Wir hoffen, dass wir den LeserInnen mit diesen Beiträgen Menschen vorstellen können, die in ihrer personalen Einzigartigkeit auf der Bühne der Welt so noch nicht sichtbar waren.

Für die Redaktion

VOLKER VAN DER LOCHT

WHO und Behinderung: Allround klassifiziert?

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) zieht zum Zweck der Klassifizierung von Behinderung nicht nur körperliche Merkmale, sondern auch möglichst viele biografische und lebensweltliche Informationen über einen Menschen heran. Der dahinter stehende Versuch, neben dem medizinischen Modell auch eine gesellschaftliche Konzeption von Behinderung zu beachten, mündet in einer weit reichenden Erfassung.

Wie viel Privatheit gibt es noch im Zeitalter von Facebook, google und Internet? Was dort über Neigungen, soziale Beziehungen, Ansehen und Karriere öffentlich wird, das sollen wir – ganz unternehmerisches Selbst – individuell und verantwortlich entscheiden lernen.

Interessanterweise – wenn auch aus einer ganz anderen historischen Entwicklung heraus – spielen solche Angaben heute auch bei der Klassifizierung von Behinderung eine Rolle. Das individuelle Umfeld und die Lebenserfahrungen des Individuums sind wichtige Kategorien bei der Beurteilung einer Behinderung im Klassifikationssystem der WHO und dadurch auch entscheidend für einen behinderten Menschen. Indem diese Faktoren bei der Beurteilung der Lebenssituation eines Menschen berücksichtigt werden, wird die Erkenntnis umgesetzt, dass eine Beeinträchtigung mit der gesellschaftlichen Situation und anderen Umweltbedingungen zusammenhängt. Andererseits berührt die Erfassung biografischer Eigenheiten die Sphäre der Privatheit.

Wozu klassifizieren?

Klassifikationen von Krankheiten gibt es bereits seit Jahrhunderten und in allen Heiltraditionen. Heute bilden sie die Grundlage gesundheitsfördernder und rehabilita-

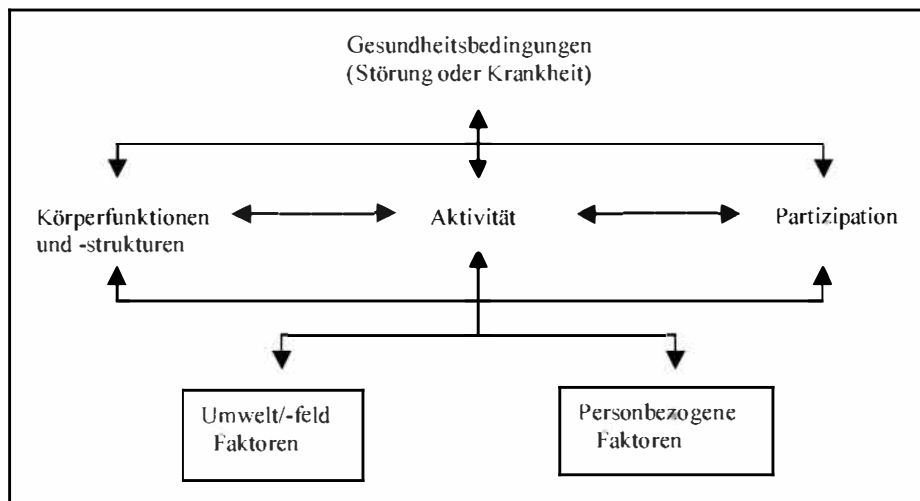


Abb. 1: Interaktionen zwischen den Komponenten von Behinderung (WHO 2001: 18)

tiver Maßnahmen. So sollen auf ihrer Basis Erfassungsinstrumente der Pflegebedürftigkeit oder des Assistenzbedarfs entwickelt werden. Eingesetzt werden Klassifikationen bei Einzelfallbegutachtungen, ob es sich um ergotherapeutische Maßnahmen, medizinische Verordnungen oder die Bestimmung der Schulfähigkeit oder sonderpädagogischen Förderbedarf handelt. Auch Versicherungen setzen bei der Rehabilitation von Menschen mit Unfallschäden oder physisch-psychischen Beeinträchtigungen Klassifikationen ein.

Sie sind ein wichtiges Element, um Menschen zu typisieren, einer bestimmten Gruppe zuzuordnen. Hierfür bedarf es Untersuchungsverfahren und Tests um zu erheben, welche Kriterien jemand erfüllt und welche nicht. Aktuelle Klassifikationssysteme transportieren bestimmte – kulturelle – Bewertungen und geben damit Aufschluss darüber, welche Bewertungen dem Begriff der Behinderung heute innewohnen.

Von der Krankheit zur Behinderung...

Seit ihrer Gründung 1946 verantwortet die WHO die Klassifikation von Krankheiten. Mit ihr können Ausmaß

und Häufigkeit von Krankheit oder Behinderung weltweit erfasst und für unterschiedliche Belange genutzt werden, zum Beispiel, um Daten für den (inter-)nationalen Vergleich zu erheben oder Maßnahmen zur Gesundheitsförderung zu entwickeln. Nachdem WissenschaftlerInnen und die erstarkende internationale Behindertenbewegung in den späten 1960er und den 1970er Jahren die Gleichsetzung von Behinderung und Krankheit kritisiert hatten, entwickelte die WHO die Internationale Klassifikation von Schädigungen, Beeinträchtigungen und Behinderungen, die International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps (ICIDH) und veröffentlichte sie 1980. Mit ihr wurden Behinderung und Krankheit erstmals klar unterschieden. Schon der Entwicklungsprozess dieser ersten behinderungsspezifischen Klassifikation zeigt, dass es von Seiten mehrerer Akteure beabsichtigt und sogar gefordert war, sich in der Bestimmung einer Behinderung nicht nur auf die körperliche Dimension zu beschränken. Einbezogen werden sollten auch Auswirkungen auf den betreffenden Menschen sowie gesellschaftliche Faktoren einer Behinderung.

In den 1990er Jahren begann die WHO

die Klassifikation zu revidieren und verabschiedete 2001 die zweite internationale Klassifikation von Behinderung (International Classification of Functioning, Disability and Health, ICF). Sie adressiert im Gegensatz zur ersten WHO-Behinderungsklassifikation alle Menschen, auch wenn nur Behinderungen und nicht zugleich besondere Fähigkeiten eines Menschen klassifiziert werden.¹ Primär relevant ist sie aber nach wie vor für behinderte Menschen, da deren Beeinträchtigung beurteilt und ihnen auf Basis dieser Klassifizierung Unterstützungsleistungen zugewiesen werden. Die ICF stellt die Basis für rehabilitationsbezogene Maßnahmen dar. So fungiert sie beispielsweise in den Hilfsmittel-Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses als Grundlage für Entscheidungen darüber, welche Hilfsmittel als Leistungen von der gesetzlichen Krankenversicherung finanziert werden.²

Ein detaillierter Blick auf den Menschen?

In der ICF wird erstmals das Umfeld des Individuums in den Blick genommen. Behinderung ist nicht mehr – wie noch in der ICIDH – ursächliche Folge einer Krankheit oder Schädigung, sondern das Ergebnis einer Interaktion verschiedener Einflussfaktoren: von Körperfunktionen und -strukturen, Aktivität, Partizipation, Umweltfaktoren und personenbezogenen Faktoren eines Menschen. Es werden also nicht nur körperliche, individuelle und gesellschaftliche Komponenten von Behinderung, sondern auch das private Umfeld und persönliche Lebenserfahrungen sowie Barrieren und Unterstützungsfaktoren einbezogen.

Diese neue Sichtweise geht auf die Forderung der Behindertenbewegung zurück, Barrieren und gesellschaftliche Hindernisse (wie etwa negative Einstellungen gegenüber Menschen mit Behinderungen) zu überwinden und Behinderung als gesellschaftlich produziert zu begreifen. Heraus-

kommt der „biopsychosoziale Ansatz“ der WHO.³ Dieser Ansatz setzt sich jedoch erst langsam durch: Nach wie vor findet das medizinische Modell stärkere Berücksichtigung als die gesellschaftlichen Dimensionen von Behinderungen.

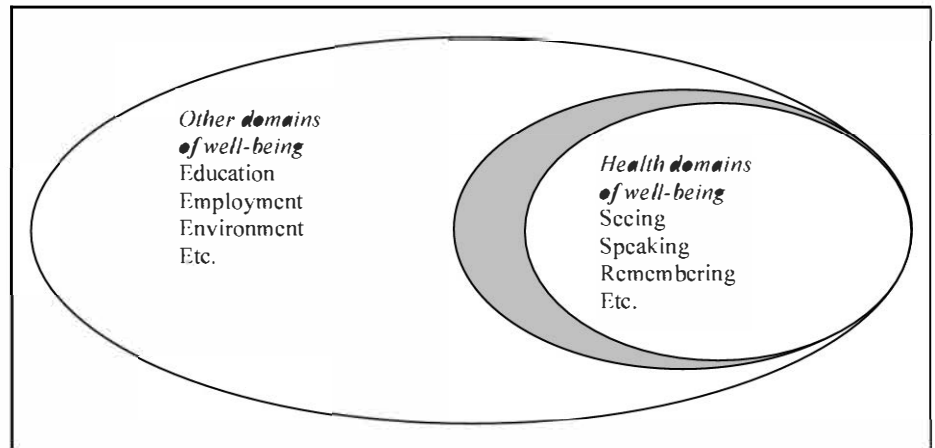


Abb. 2: Das Universum des Wohlbefindens (WHO 2001: 212)

Der Absicht, das soziale Modell von Behinderung in eine WHO-Klassifikation zu integrieren, sind Grenzen gesetzt. Sichtbar wird das z.B. bei den „Umweltfaktoren“, bei der auch beispielsweise „Unterstützung und Beziehungen“ oder „Verhaltensweisen“ beurteilt werden sollen. Wie können solche ‚Faktoren‘ ohne Einschränkung oder zusätzliche Erläuterung klassifiziert werden? Auch die Kategorie „Freunde“ mutet seltsam an. Laut Definition der WHO handelt es sich dabei um „Individuen, die nahe und andauernde Partner in von Vertrauen und gegenseitiger Unterstützung geprägten Beziehungen“ sind.⁴ Hier ist zu fragen, auf welcher Basis, anhand welchen Maßstabs die Bedeutung von Freundschaften für einen Menschen als „leichter“, „gemäßigter“, „erheblicher“ oder „vollständiger“ Unterstützungsfaktor beurteilt werden kann? Soziale Beziehungen haben unzweifelhaft eine wichtige unterstützende Bedeutung. Zweifelhaft ist jedoch, ob und wie sie einheitlich und international vergleichbar zu klassifizieren sind. Vage wird es auch bei den „personenbezogenen Faktoren“, die „Merkmale des Individuums umfassen, die nicht zum Gesundheitszustand gehören“.

Aufgezählt werden unter anderem die Kategorien Geschlecht, Alter, Bildung oder Beruf. Während diese „Faktoren“ noch relativ leicht zu bestimmen sein mögen, gehören zu der Aufzählung aber auch Kategorien wie „Lebensstil“, „Gewohnheiten“, „allgemeine

Verhaltensmuster“ oder „individuelle psychologische Faktoren.“

Die personbezogenen Faktoren werden in der ICF bisher nicht klassifiziert.⁵ Die zur ICF gehörende Checkliste, die GutachterInnen bei der Überprüfung beziehungsweise Klassifizierung benutzen sollen, empfiehlt das Anfertigen einer „kurzen Skizze des Individuums und jeglicher sonstiger relevanter Information“, die Einfluss „auf die Funktionsfähigkeit eines Menschen“ hat.⁶

Die Beurteilung des Lebens

Persönliche Erfahrungen lassen sich nicht im gleichen Maße klassifizieren wie Variationen des Körpers.⁷ Letztere lassen sich in viele einzelne Kategorien und somit differenzierter unterteilen als so weite Begriffe wie „Aktivität“ oder „Teilhabe“. Der Fokus ist bei der Klassifizierung und Bestimmung von Behinderung daher auf die körperliche Erscheinung gerichtet, die traditionelle Perspektive bleibt also bestehen. Die umfangreiche Klassifizierung bleibt ein ambivalentes Unterfangen. Eine ausführliche Beurteilung der Lebenssituation mag vermeiden, einen Menschen auf seine Beeinträchtigung zu reduzieren. Zugleich werden aber

Geldgierige Wohlfahrt

Deutschland gibt viel Geld aus für Anderstalentierte. Allerdings nicht um sie zu integrieren, sondern um sie lebenslang auszuschließen

Die Inklusion geht um in diesem Land. Inklusion, das Fremdwort der UNO: Es soll Menschen, die dauerhaft an körperlichen, geistigen oder psychischen Handicaps leiden, ein selbstverständliches Miteinander mit anderen Menschen garantieren: gleiche Chancen, gleiche Rechte, gleiche Teilhabe. Eine plurale Gesellschaft der menschlichen

Vielfalt. Sozialministerin Ursula von der Leyen hat dafür einen nationalen Aktionsplan ins Leben gerufen, um diesem Ziel vordergründig ein Stück näher zu kommen. Tatsächlich aber geht der Trend in Deutschland hin zu immer mehr Exklusion.

Eigentlich sollte man meinen, dass gemeinnützige Einrichtungen und Träger im Dienste des Gemeinwohls arbeiten. Doch weit gefehlt! In den vergangenen 20 Jahren haben sich die Anbieter pädagogischer Hilfen auf staatli-



Fortsetzung von S. 3

persönliche vergangene oder gegenwärtige Lebenserfahrungen, Eigenschaften und Lebensstile erfasst und beurteilt.

Tests und Profile sagen uns, wer wir sind. Aber sind wir das wirklich? Die Frage stellt sich bei Abbildungen in Facebook genauso wie im Kontext der Rehabilitation. Was sagt eine Überprüfung meiner gesamten Lebenssituation zum Zweck der Klassifizierung über mich aus? Und: Um möglichst adäquate Ausgleichsleistungen zu erhalten, müssen behinderte Menschen diese umfangreichen Kategorisierungen nutzen. Sie müssen entscheiden, welche Angaben über die eigene Privatsphäre dafür notwendig sind und welche nicht. Zudem müssen sie – ebenso wie alle Menschen – vermeiden, die negative Beurteilung der eigenen Situation zu verinnerlichen.

MARIANNE HIRSCHBERG, BERLIN

Dr. Marianne Hirschberg arbeitet seit September 2009 als sozialwissenschaftliche Referentin am Deutschen Institut für Menschenrechte in Berlin.

Lesehinweis

Marianne Hirschberg: Behinderung im internationalen Diskurs. Die flexible

Klassifizierung der Weltgesundheitsorganisation. Campus Verlag, Frankfurt/Main 2009

Fußnoten

- ¹ World Health Organization: International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF), Genf 2001a, S. 7.
- ² Vgl. Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, in Kraft getreten am 20.3.2008. www.g-ba.de/downloads/62-492-249/RL-Reha-2007-12-20.pdf.
- ³ World Health Organisation: Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF), Neu-Isenburg 2005, S. 24.
- ⁴ Vgl. WHO 2001a, S.187.
- ⁵ Ebd. S. 17.
- ⁶ World Health Organization: ICF Checklist. Version 2.1a, Clinician Form for International Classification of Functioning, Disability and Health (ICIDH-2), Genf 2001b, S.7.
- ⁷ Die Frage der Klassifizierung biographischer Informationen beschäftigt derzeit eine deutsche WHO-Arbeitsgruppe, die ethische Richtlinien dazu entwickeln soll. Vgl. Geyh, Szilvia et al.: Developing the ICF Classification of Personal Factors, D057/D057p, 28.10. bis 3.11.2007. www.who.int/classifications/network/meeting2007/en/index.html. Interessanterweise sollen den personbezogenen zukünftig auch genetische Faktoren zugeordnet werden.

Der Text ist eine gekürzte Version des Aufsatzes, der im Gen-ethischen Informationsdienst 196, 2009 erschien.

che Vorgaben hin in kapitalistische Musterbetriebe umgewandelt. Auch wenn die „gemeinnützigen GmbHs“ formal keine Gewinne ausweisen dürfen, unterscheiden sie sich kaum von den echten Shareholder-Value-Größen an der Börse. Nichts ist wichtiger, als Umsätze zu steigern, Kapazitäten auszulasten, neue Märkte zu erschließen, Konkurrenten zu verdrängen und immer mehr Behinderte, die im neoliberalen Neusprech als „Kunden“ oder „Nutzer“ bezeichnet werden, für den geschlossenen Verwertungskreislauf von der Frühförderung bis zur Werkstatt, vom Behindertenheim bis hin zu den ambulanten Diensten und der anschließenden Pflege zu akquirieren.

Die gesamte Branche lebt von der Exklusion. Sie ist für Länder und Kommunen ein teurer Luxus - aber politisch so gewollt, ebenso wie der in den 1990er Jahren künstlich geschaffene Wettbewerb der Träger untereinander. Seitdem explodieren die Kosten. Die Ausgaben für die sogenannte Eingliederungshilfe sind von 1998 bis 2009 um rund 60 Prozent auf über 13 Milliarden Euro gestiegen. Je mehr ideologisch über Inklusion geredet wird, desto mehr Menschen werden faktisch ausgegrenzt.

Das rasante Wachstum der Werkstätten für behinderte Menschen (WfbM) hat bislang jede Prognose übertroffen. In den vergangenen zehn Jahren ist die Zahl der Plätze dort um mehr als die Hälfte auf knapp 300.000 in die Höhe geschossen. Die Träger expandieren, der Staat zahlt, und für arme Seelen, die in der exklusiven „Wissensgesellschaft“ keinen Job finden, ist ein sicherer WfbM-Platz eine zunehmend interessante Alternative zu einem Leben mit Hartz IV.

So wird Ausgrenzung zementiert. Wer in einer WfbM zu arbeiten beginnt, bleibt dort bis zur Rente. Noch nicht einmal 1 Prozent ihrer Klienten können die Werkstätten auf den ersten Arbeitsmarkt vermitteln, obwohl dies ihr Auftrag ist. Der gesetzliche Begriff der Eingliederungshilfe wirkt wie ein Hohn. Es ist vielmehr die Ausgliederungshilfe, für die der Staat sein Geld ausgibt.

Im Wohnbereich sieht es kaum anders aus. Die Zahl der Heimplätze ist steil gestiegen und stagniert nun bei rund 200.000. Fast 90 Prozent der Gelder fließen in stationäre Einrichtungen, während die ambulante Alltagsbegleitung zur billigen Discounthilfe abqualifiziert wird.

Allzu viel pädagogischer Einsatz könnte zur mehr Eigenständigkeit führen. Damit die Heimbewohner aber im Heim wohnen bleiben, wird auf pädagogisches Fachpersonal immer mehr verzichtet. Ein staatlich gefördertes Heer von Freiwilligen übernimmt im großen Maße die Arbeit mit den Menschen. Immer mehr Nichtfachkräfte und Praktikanten drücken die Löhne der Fachkräfte. Pädagogische Förderung bleibt da auf der Strecke - Inklusion: eine Illusion! Das frustriert die anfangs hochmotivierten Heilerzieher. Ständig wechselnde Belegschaften, unbezahlte Helfer, die permanent eingearbeitet werden müssen, und eine zunehmende Flut unnützer Formulare,

die aus bürokratischen Gründen ausgefüllt werden müssen, fördern Resignation und den Rückzug auf Routinarbeiten.

Doch die Nachfrage steigt immer weiter. Vor allem die Gruppe jener Menschen, die als geistig, lern- oder psychisch behindert eingestuft werden, wächst besonders schnell. Je höher die Gesellschaft ihre Anforderungen ans rein abstrakte Denken schraubt, mehr Stress und Leistungsdruck inszeniert, umso mehr Kinder und Erwachsene fallen raus. Wer zappelt, hat ADHS, wer sich nicht anpasst, eine „Störung des Sozialverhaltens“. Für jede Abweichung von der Norm findet sich inzwischen eine Schublade im Diagnoseschlüssel der ICD-10. Daran verdienen Ärzte und Pharmaindustrie. Ist der junge „Patient“ erst einmal ins Hilfesystem eingeloggt, führt sein Weg nach der Sonderschule immer häufiger direkt in die Werkstatt.

Die desaströse Bilanz der deutschen Behindertenhilfe lässt sich mit mangelnden Finanzen nicht erklären. Das Geld fließt in Strömen. Es wird allerdings zweckentfremdet eingesetzt. Finanziert wird die Behinderung, nicht deren Überwindung. Je mehr Hilfebedürftige, je höher deren Bedarf, desto mehr Geld erhalten die Dienstleister.

Inklusion wäre das genaue Gegenteil:

die soziale Aufhebung von Behinderung. Hierfür müssen die Träger aber erst noch staatlicherseits zum Umsteuern gezwungen werden. Die ambulanten Hilfen im privaten Wohnbereich müssen weitaus besser als die stationären vergütet werden. Der dauerhafte Verbleib im Heim und in der WfbM darf sich nicht länger lohnen. Abnehmende Vergütungssätze, hohe Erfolgsprämien für die Vermittlung auf den ersten Arbeitsmarkt sowie in eine eigene Wohnung könnten motivieren. Arbeitgeber müssen gesetzlich ausnahmslos gezwungen werden, Menschen mit Behinderung zu beschäftigen. Das Schlupfloch über die symbolisch geringen Ausgleichszahlungen, mit denen sich die Unternehmen von ihrer Beschäftigungspflicht noch immer freikaufen können, muss gestopft werden. 300.000 Behinderte aus den Werkstätten kann die deutsche Wirtschaft mühelos integrieren durch individuell passende Teilzeitjobs und mit Sozialpädagogen, die sie begleiten. So viel Aktionsplan und Inklusion muss sein! Das teure System der Ausgrenzung würde dann einstürzen. Ende der VerAnstaltung!

RAINER KREUZER, HAMBURG

Der Artikel erschien zuerst in der taz vom 15. Juli 2011



„Bis zum 1. September 1941 wurden desinfiziert: Personen 70.273“

Zum so genannten Stopp der Erwachsenen-„Euthanasie“

Mit diesen unverhohlenen abwertenden Worten bezeichnete ein Statistiker der Berliner Mordzentrale die Kranken und Behinderten, die bis zur Einstellung der ersten Phase des Vernichtungsprogramms getötet wurden. 70.273 Getötete war eine erste Bilanz der Tätigkeit in den Gasmordanstalten Grafeneck, Brandenburg, Bernburg, Hartheim, Sonnenstein und Hadamar. Eine Woche vorher, am 24. August 1941, hatte Hitler seinem Leibarzt Karl Brandt einen Einstellungsbefehl gegeben, der ihn zur Durchführung an die Kanzlei des Führers weiterleitete.

Die Gründe für diesen „Stopp“ sind vielfältig. Einer der wichtigsten war sicher, dass das Wissen um den Krankemord in der Bevölkerung verbreitet war und schon lange keine „geheime Reichssache“ darstellte. So sah es zumindest der Reichsführer SS Heinrich Himmler. Bereits am 19. Dezember 1940 bemerkte er in einem Brief an den Oberdienstleiter der Führerkanzlei Viktor Brack:

„Lieber Brack! Wie ich höre, ist auf der Alb wegen der Anstalt Grafeneck eine große Erregung. Die Bevölkerung kennt das graue Auto der SS und glaubt zu wissen, was sich in dem dauernd rauchenden Krematorium abspielt. Was dort geschieht ist ein Geheimnis und ist es doch nicht mehr. Somit ist dort die schlimmste Stimmung ausgebrochen, und es bleibt meines Erachtens nur übrig, an dieser Stelle die Verwendung der Anstalt einzustellen...“

Ständig wurden Menschen in den grauen Bussen der Gemeinnüt-

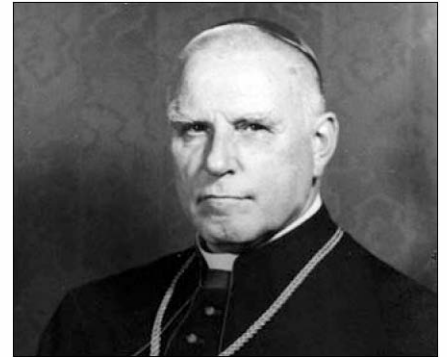
zigen Krankentransportgesellschaft nach Grafeneck eingeliefert, aber niemand wurde je lebend von dort entlassen. Die Bevölkerung zog die richtigen Schlüsse aus den rauchenden Kaminen – ein Umstand, den die Nazi-Mörder bei den Planungen nicht bedacht hatten.

Auch unter den Angehörigen verbreitete sich das Wissen um den Mord: aus dem Brief einer Frau an die Anstalt Fußbach:

„Da wir bis heute trotz allen Nachforschungen keine Antwort und kein Lebenszeichen von meiner Schwester Luise K. erhielten, so müssen wir annehmen, dass sie nicht mehr unter den Lebenden weilt, denn ein Mensch kann nicht grad so spurlos verschwinden und niemand will wissen wohin.“

Trotz damals üblicher Asylisierung waren die Kranken und Behinderten nicht so isoliert von der Bevölkerung wie die ethnisch und rassistisch Verfolgten. Angehörige, Nachbarn oder andere nahe stehende Personen zeigten vielfältiges Interesse an deportierten Kranken. Insofern war Erregung vorprogrammiert. Mit seinem Spürsinn für die Stimmungen im Volk notierte Reichspropagandaminister Joseph Goebbels am 15. August 1941 in sein Tagebuch:

„Ich muß dem Führer die Frage vorlegen, ob er im Augenblick in der Öffentlichkeit eine Debatte über das Euthanasie-Problem wünscht. (...) Mit einer solchen Debatte würde man nur die Gemüter aufs Neue erhitzen. Das ist in einer kritischen Periode des Krieges außerordentlich unzweckmä-



Clemens August Graf von Galen

Fig. Man soll alle Zündstoffe aus dem Volke im Augenblick fernhalten. Das Volk ist so mit den Problemen des Krieges beschäftigt, daß es sich an anderen Problemen nur erhitzt und reibt.“

Acht Tage bevor Goebbels seine Tagebuchnotiz verfasste, hielt der Münsteraner Bischof Clemens August Graf von Galen seine berühmte Predigt gegen die „Euthanasie“. Darin heißt es:

„Wenn man den Grundsatz aufstellt und anwendet, daß man den ‚unproduktiven‘ Mitmenschen töten darf, dann wehe uns allen, wenn wir alt und altersschwach werden! Wenn man die unproduktiven Menschen töten darf, dann wehe den Invaliden, die im Produktionsprozeß ihre Kraft, ihre gesunden Knochen eingesetzt, geopfert und eingebüßt haben! Wenn man die unproduktiven Mitmenschen gewaltsam beseitigen darf, dann wehe unseren braven Soldaten, die als Schwerekriegsverletzte, als Krüppel, als Invaliden in die Heimat zurückkehren! Wenn einmal zugegeben wird, daß Menschen das Recht haben, ‚unproduktive‘ Menschen zu töten – und wenn es jetzt zunächst auch nur arme wehr-

lose Geistesranke trifft –, dann ist grundsätzlich der Mord an allen unproduktiven Menschen, also an den unheilbar Kranken, den Invaliden der Arbeit und des Krieges, dann ist der Mord an uns allen, wenn wir alt und altersschwach und damit unproduktiv werden, freigegeben.“

Von Galens Predigt war weniger ein Akt der Widerstandshaltung des deutschen Episkopats, vielmehr bündelte der Münsteraner Bischof Stimmungen, die sowieso in der Bevölkerung existierten. Bedeutsam war die Predigt aber, weil von Galen als Repräsentant der katholischen Kirche eine Multiplikatorfunktion hatte, die in der Öffentlichkeit Wirkung zeitigte. So wurde seine Rede von manchem Geistlichen von den Kanzeln ihrer Gemeinden wiederholt, die Britische Royal Air Force warf den gedruckten Text als Flugblatt von ihren Flugzeugen ab, die Geschwister Scholl von der Widerstandsgruppe „Weiße Rose“ verbreiteten den Text.

Die Predigt bedeutete aber nicht, dass das Morden eingestellt wurde. Der Stopp bezog sich nur auf die Anstalten, in denen die Behinderten vergast wurden. Die parallel durchgeführte „Kindereuthanasie“ lief bis Kriegsende weiter. Ebenso wurden im Osten weiterhin Kranke und Behinderte getötet. Schon bei dem Einmarsch in Polen 1939 töteten Einsatzgruppen Patienten in Krankenhäusern zugunsten von Militär-lazaretten. Das gleiche wiederholte sich seit Juni 1941, als die deutsche Wehrmacht Russland überfiel. Diese Toten finden sich nicht in der oben genannten Zahl von 70.273 „desinfizierten Personen“. Ende August 1941 wurde der Vernichtungsapparat umstrukturiert, um dann in den Folgejahren „effizienter“ und „besser getarnt“ weiterzumachen.

VOLKER VAN DER LOCHT, ESSEN

Selektion – ein lohnendes Geschäft

Am 28. Juni 2011 gaben die Manager der in Konstanz ansässigen LifeCodexx AG bekannt, dass ihre Wissenschaftler gemeinsam mit mehreren europäischen Pränatalzentren eine Studie zur Überprüfung eines „nichtinvasiven“ Gentests zur Diagnose von Trisomie 21 (Down Syndrom) begonnen haben. In dem Test werden Gensequenzen des Ungeborenen auf die besagte Behinderung untersucht. Sie befinden sich im Blut der Mutter, das bei einer „normalen“ Blutabnahme gewonnen wird. Die Wissenschaftler sind begeistert, weil nun alles einfacher wird. Denn bei der bisher üblichen Fruchtwasseranalyse kann es durchaus Probleme geben. In einem Prozent der Fälle wird bei der Fruchtwasserpunktion durch die Bauchdecke der Mutter das Ungeborene geschädigt. Insofern wird die neue Diagnostik als „nichtinvasiv“ gefeiert. Die neuen Möglichkeiten erzeugen aber auch Unbehagen: „Wieweit wollen wir die Genome unserer Kinder künftig diktieren?“ Diese Frage stellt die Wochenzeitung „Die Zeit“ in einem Artikel ihrer Ausgabe vom 18. August 2011. Ernst dreinblickend wird im Titel vom Zwang zu einer „neuen Debatte“ schwadroniert. Zur Erinnerung: 1972 wurde in Marburg die erste für die Allgemeinheit zugängliche genetische Beratungsstelle eingerichtet. Ziel war schon damals die Verhinderung von Down-Syndrom Babys – besonders bei den so genannten Risikoschwangeren ab 35 Jahren. Also seit knapp 40 Jahren ist es Praxis, zumal es nicht bei der Marburger Beratungsstelle blieb. Parallel wurden weitere Einrichtungen eröffnet, so dass es schon lange ein flächendeckendes Angebot gibt. Das besteht besonders in dem so genannten 1. Trimester-Screening. Dabei wird in den Praxen der niedergelassenen Frauenärzte ohne Beratung im dritten

Schwangerschaftsmonat per Ultraschall geprüft, ob Auffälligkeiten beim Ungeborenen auf eine Trisomie 21 hindeuten. Falls ja, steht die Fruchtwasseranalyse zur Verfügung, um Klarheit zu bekommen. So verwundert es nicht, dass sich 90 Prozent der Schwangeren für einen Abbruch entscheiden, wenn es entsprechende Hinweise gibt.

„Wenn Kinder mit dem Chromosomenfehler zur Welt kommen, dann größtenteils bei jungen Müttern, die nicht am Trisomie 21-Screening teilgenommen haben“, so die „Zeit“. Muss das sein? Dr. Martin Burow will den neuen Test allen Frauen anbieten, bei denen sich Hinweise auf Down-Syndrom ergeben haben, „das kann auch eine 18-jährige sein“.

Im November 2010 verkündete LifeCodexx die Anwerbung Burows. Er sei ein ausgewiesener Experte im Bereich Pränataldiagnostik und wurde als „Leiter Commercial Operations“ gewonnen. Kollege Michael Lutz: „Dr. Burow wird uns tatkräftig dabei unterstützen, strategische Marktzugänge in Europa schnell und effizient aufzubauen.“ Im August 2011 gab die Sequenom Inc. in San Diego/USA ihre Zusammenarbeit mit LifeCodexx bekannt. In dem Presstext heißt es:

„Die beiden Unternehmen haben sich auf eine Kooperation bei der Entwicklung und Einführung eines im Labor entwickelten Tests auf Trisomie 21 und weiterer Aneuploidie-Testverfahren in Deutschland, Österreich, der Schweiz und Liechtenstein verständigt, wobei auch die Möglichkeit einer Einführung in weiteren Ländern angedacht ist.“ Und Sequenom-Manager Harry F. Hixson ergänzt: „Das ist der erste unserer von den USA aus geschlossenen Lizenzverträge, der einem Partner die Möglichkeit bietet, einen im Labor entwickelten Test auf Trisomie 21 kommer-

ziell einzusetzen, was einen weiteren Schritt in die Richtung der Markteinführung des Tests und der Erreichung unserer für 2011 gesetzten Unternehmensziele darstellt.“

Es sind die zu erwartenden Gewinne, die die Manager locken, und das ist schon immer politisch gewollt. Die Marburger Humangenetiker erhielten seinerzeit vom Bundesgesundheitsministerium und der Volkswagenstiftung Geld im Rahmen einer Modellfinanzierung. Heute kritisiert die Lebenshilfe für Menschen mit geistiger Behinderung in einer Stellungnahme vom 24. August, dass das Bundesforschungsministerium unter Annette Schavan (CDU) die Entwicklung des neuen Trisomie 21 Gentests mit 230.000 Euro unterstützt. In der „Zeit“ wird gar von 300.000 Euro gesprochen. Das gilt dann als innovative Wirtschaftsförderung. Denn das Geld entstammt einem Fördertopf „KMU-innovativ“ (KMU = Kleinere und Mittlere Unternehmen). Während auf der einen Seite die Wirtschaft Geld erhält, geht es wohl auf der anderen Seite ums Sparen im Sozialbereich. Das war schon im Falle Marburg ein wichtiges Motiv. 1980 unterzog der Wirtschaftswissenschaftler Hans Heinrich Freiherr von Stackelberg die Marburger Beratungsstelle einer „Effektivitäts- und Effizienzanalyse“. Allein von 1972-77 errechnete er für dieses eine Projekt „Ressourcensparnisse“ für Down-Syndrom-Kinder im schulischen, medizinischen und rehabilitativen Bereich von 7,3 Millionen DM. Selbst wenn die Kosten-Nutzen-Bilanz so nicht eingetroffen sein muss: Rechnen wir die knapp 40 Jahre „Einsparungen“ dieser ersten und all der anderen genetischen Beratungsstellen zusammen, dann müssen – inzwischen in Euro gerechnet – Milliarden eingespart worden sein. Welche Spareffekte die künftig zu erwartenden Schwangerschaftsabbrüche haben werden, darüberschweigen sich unternehmerische und politische Seite aus.

Da hilft es auch wenig, dass der neue Test, wenn er im nächsten Jahr ein-

geführt werden sollte, zunächst nur als individuelle Gesundheitsleistung (IGeL) angeboten wird. Das heißt, Paare, die ihren Nachwuchs nach den neuen Methoden prüfen lassen wollen, müssen das selbst finanzieren. Zu erwarten ist eine vergleichbare Entwicklung wie bei der bisher üblichen Fruchtwasseranalyse. Sie wurde zwei Jahre nach Einrichtung der Marburger Beratungsstelle 1974 in den Leistungskatalog der Krankenkassen aufgenommen. Ein für alle möglicher kassenfinanzierter Bluttest auf Trisomie 21 wird dann wohl von den Regierenden als sozialpolitische Großtat verkauft. Nicht nur Robert Antretter, Bundesvorsitzender der Lebenshilfe, sieht in der Förderung der neuen Testverfahren de facto eine Verhinderung behinderten Lebens, die dazu führt, dass der Druck auf Schwangere erhöht wird und häufiger zu Schwangerschaftsabbrüchen führt, wenn sich der Verdacht auf Trisomie 21 bestätigt.

Dabei wird es auch nicht bleiben. Experten sehen weitere Möglichkeiten. Mit den neuen Verfahren seien auch Muskelschwund, Mukoviszidose, diverse Stoffwechselerkrankungen und andere Behinderungen diagnostizierbar. Vordergründig gibt sich hier die LifeCodexx AG bescheiden und würde den Test „nur“ auf die „schweren Chromosomenstörungen“ Trisomie 13 und 18 ausdehnen. Ihr unverhohlen geäußerte Wille, Märkte zu erschließen, lassen jedoch Gegenteiliges befürchten. Zu fragen bleibt bei all dem, wie das mit dem offiziell vertretenen positiven Behindertenbild übereinstimmen soll. Im Februar 2009 hat Deutschland die UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen ratifiziert. Seitdem verpflichtet sich die Regierung damit, allen Menschen die Teilnahme und Teilhabe an allen gesellschaftlichen Aktivitäten auf allen Ebenen und in vollem Umfang zu ermöglichen. Inklusion heißt das heute. Tatsächlich wird aber in Deutschland genau das Gegenteil davon verstanden, die Wohlfahrtsverbände erhalten Geld für die Aussonderung=Exklusion (sie-

he den Artikel „Geldgierige Wohlfahrt). Das Ende der Aussonderung kann man/frau auch dadurch erreichen, indem die betroffenen Behinderten überhaupt an einer Existenz gehindert werden. Genau das ist für bestimmte und zunehmende Anzahl Behinderter mit den neuen Gentests zu erwarten. Das Down-Syndrom sei die erste Behinderung in unserer Gesellschaft, die es nicht mehr geben wird, so gibt „Die Zeit“ die Worte des Humangenetikers Wolfram Henn (Universität des Saarlands) wieder. Das Leben eines Pablo Pineda, spanischer Lehrer mit Down-Syndrom (siehe newsletter 38/2009) wird damit grundsätzlich verunmöglicht.

„Wer aber kann und darf anhand welcher Kriterien die Entscheidung treffen, welche erblichen Erkrankungen bzw. Chromosomenanomalien menschliches Leben so kennzeichnen, dass es nicht gelebt werden soll?“ fragte der „Arbeitskreis zur Erforschung der nationalsozialistischen „Euthanasie“ und Zwangssterilisation“ in einer Stellungnahme zur Präimplantationsdiagnostik. Die gleiche Frage lässt sich auch in Bezug auf die neuen Tests an die Verantwortlichen in Politik und Wirtschaft richten. Beim Nationalsozialismus wurde die Entscheidung zwischen „wertem“ und „unwertem“ Leben als Selektion gekennzeichnet. Das findet auch bei den neuen Verfahren statt. Unverblümt werden dabei von der LifeCodexx AG Marktchancen und Gewinnerwartungen kalkuliert. Selektion – ein lohnendes Geschäft!

VOLKER VAN DER LOCHT, ESSEN

Impressum

NEWSLETTER BEHINDERTENPOLITIK NR. 45
(erscheint als Beiheftung von BIOSKOP Nr. 55)

REDAKTION UND MITARBEIT:

Volker van der Locht (vSdP), Marianne Hirschberg, Rainer Kreuzer und Erika Feyerabend

REDAKTIONSADRESSE:

Finefraustr. 19, 45134 Essen
Tel. 0201/4309255
E-Mail: volkervanderlocht@t-online.de

LAYOUT:

Jörg Fretter, Friedensplatz 6, 35037 Marburg
E-Mail: cripsmedia@macnews.de

DRUCK:

zeitdruck Thäns, Essen