

Wissenschaftlicher Artikel im Rahmen der Ringvorlesung im Studiengang  
Berufspädagogik für Pflege- und Gesundheitsberufe (M.A.) mit dem Titel:

**Wirkmacht medizinischer Diagnosen als Mittel gesellschaftlicher Klassifizierung**  
**Eine Betrachtung der Ideologie des dritten Reichs und des heutigen**  
**Gesundheitssystems**

Steven Bruder, Anna-Verena Kirstein, Alexandra Knoll

Schlüsselwörter: *Klassifizierung, medizinische Diagnosen, Humandifferenzierung*

Alle oben genannten Autor\*innen erfüllen die nachstehenden vier Kriterien der  
Artikelerstellung:

- Beitrag zur Konzeption, zum Design der Arbeit, Beitrag der Erfassung, Analyse und Interpretation der Arbeit
- Manuskripterstellung und die kritische Überarbeitung von wichtigen Inhalten des Manuskripts
- Genehmigung der letzten Version des Manuskripts zur Publikation
- Bereitschaft, für alle Aspekte der Arbeit Verantwortung zu übernehmen, damit Fragen in Bezug auf die Genauigkeit oder Integrität irgendeines Teils der Arbeit untersucht und gelöst werden können.

## **Abstract**

**Einleitung & Hintergrund:** Medizinische Diagnosen erfüllen im Gesundheitswesen nicht nur eine klinische Funktion, sondern wirken auch als gesellschaftliche Klassifikationsinstrumente. Der vorliegende Beitrag beleuchtet ihre Rolle zwischen Heilung, Kontrolle, Legitimation und Stigmatisierung – historisch und gegenwartsbezogen. Im Fokus steht die Analyse, wie Diagnosen im Nationalsozialismus zur Durchsetzung politischer, ideologischer und ökonomischer Ziele instrumentalisiert wurden. Gleichzeitig wird aufgezeigt, dass auch heutige Gesellschaften – trotz gewandelter normativer Rahmenbedingungen – Spuren dieser Klassifikationslogik aufweisen.

**Problemstellung:** Inwieweit dienen medizinische Diagnosen der gesellschaftlichen Klassifizierung? Welche ideologischen, politischen und ökonomischen Logiken wirken dabei jeweils mit? Was schützt die heutige deutsche Gesellschaft vor einem Machtmissbrauch mittels medizinischer Diagnosen?

**Zielsetzung:** Ziel des Beitrags ist es, die gesellschaftliche Wirkmacht medizinischer Diagnosen kritisch zu reflektieren und Mechanismen zu identifizieren, die vor deren Missbrauch schützen können.

**Methoden:** Zur Beantwortung der Fragestellung wurde eine themenorientierte, deskriptive Literaturrecherche durchgeführt, die bewusst auf systematische Vollständigkeit verzichtete. Die Recherche basierte auf einer initialen Freihandsuche sowie gezielten Recherchen in fachspezifischen Datenbanken, wobei deutschsprachige Quellen mit theoretischer und historischer Relevanz im Fokus standen.

**Ergebnisse:** Aufgezeigt wird, wie Diagnosen einerseits zur therapeutischen Orientierung und ethischen Verantwortung beitragen, andererseits aber auch – insbesondere unter ökonomischen und ideologischen Einflüssen – zur Selektion, Ausgrenzung und Entmenschlichung missbraucht werden können.

**Diskussion, Grenzen & Transfer:** Gesellschaftliche Ausgrenzung durch medizinische Klassifizierung ist ein dynamischer Prozess. Um wertorientiert und reflektiert damit umgehen zu können, ist es wichtig historische Prozesse zu analysieren. Daraus können sich ethische Prinzipien wie Respekt, Autonomie und Gerechtigkeit entwickeln, die den Umgang mit medizinischer Differenzierung prägen.

Ein besonderer Dank gilt Frau Prof. Dr. Nadine Schallenkammer und Frau Prof. Dr. Caroline Schmitt, die im Rahmen des Moduls *„Entwicklungen und Innovationen in Pflege- und Gesundheitsversorgung“* des Masterstudiengangs Berufspädagogik für Pflege- und Gesundheitsberufe die Ringvorlesung organisiert, durchgeführt und nachbereitet haben, aus der dieser Beitrag hervorgegangen ist. Unser besonderer Dank gilt zudem Herrn Christoph Schneider, der mit großem Engagement seinen Vortrag *„Der Kalmenhof. NS-Euthanasie und ihre Nachgeschichte“* vorbereitet und präsentiert hat. Seine anschließende Diskussionsrunde hat maßgeblich zur inhaltlichen Vertiefung und thematischen Ausrichtung dieses Beitrags beigetragen. Darüber hinaus begleitete er uns auch im weiteren Arbeitsprozess mit persönlichem Austausch, Literaturhinweisen und inhaltlicher Unterstützung – ein Engagement, das wir ausdrücklich wertschätzen.

Beitrag von Christoph Schneider: Der Kalmenhof. NS-„Euthanasie“ und ihre Nachgeschichte

Christoph Schneider ist Kultur- und Medienwissenschaftler sowie freier Autor und lebt in Frankfurt am Main. Während des Studiums sammelte er prägende Erfahrungen als Guide in der Gedenkstätte Hadamar. Später konzipierte er dort Studientage zu Aspekten des Gegenwartsbezugs der NS-„Euthanasie“ und beantwortete die Anfragen an die Opferdatenbank. Als freier Wissenschaftler forscht er zur Tat- und Nachgeschichte der NS-„Euthanasie“ sowie zur Rezeption der NS-Vernichtungspolitik in Film, Forschung und Erinnerungskultur.

In seinem Vortrag thematisierte er den Kalmenhof als Tat- und Erinnerungsort der NS-„Euthanasie“ und bezog sich dabei auf seine Studie *„Der Kalmenhof. NS-„Euthanasie“ und ihre Nachgeschichte“* (2024). Er beleuchtete sowohl die historische Rolle der Einrichtung und ihre Besonderheiten – etwa den Erziehungsauftrag – als auch aktuelle Forschungsdesiderate und Fragen der Kontinuität.

## Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung .....	1
2. Problem-, Ziel- und Fragestellung .....	1
3. Methodisches Vorgehen .....	2
4. Theoretische Betrachtung .....	3
4.1 Medizinische Diagnosen als Mittel gesellschaftlicher Klassifikation .....	3
4.2 Diagnosen als Instrumente negativer Klassifikation .....	3
4.3 Medizin und Macht: historische Fundierung und NS-Kontinuitäten .....	4
4.3 Kapitalistische Verwertungslogik und strukturelle Gewalt .....	4
5. Ergebnisse .....	4
5.1 Medizinische und psychologische Diagnostik im heutigen Gesundheitssystem .....	5
5.2 DRG-System und ökonomische Folgen .....	5
5.3 Schutz durch Gesetz, Ethik und Berufsethos .....	6
5.4 Diagnose als Selektionsinstrument im Nationalsozialismus .....	6
5.5 Ökonomische Wirkmacht der Diagnose im Nationalsozialismus .....	7
6. Diskussion .....	8
7. Schlussfolgerungen, Grenzen und Transfer .....	8
8. Literaturverzeichnis .....	

## 1. Einleitung

Medizinische Diagnosen erfüllen eine zentrale Funktion im Gesundheitswesen: Sie dienen der Klassifikation, Therapieplanung und Ressourcenverteilung (Wirtz, 2021; Pschyrembel, 2025). Gleichzeitig wirken sie über den klinischen Kontext hinaus als gesellschaftliche Marker, die Einfluss auf Zugehörigkeit, Teilhabe und soziale Wertigkeit von Individuen nehmen (Maio, 2019). Im nationalsozialistischen Deutschland wurde die medizinische Diagnose zur Legitimation politischer Ziele instrumentalisiert – als scheinbar objektives Mittel zur Unterscheidung zwischen „lebenswertem“ und „lebensunwertem“ Leben. Diagnosen legitimierten Zwangssterilisationen, Ausgrenzung und systematische Tötung (Bundeszentrale für politische Bildung, 2019). Hinter der Euthanasie-Begründung standen nicht nur sozialdarwinistische und rassentheoretische Konzepte, sondern auch ökonomische Interessen. Neben militärischer Mobilmachung strebte das NS-Regime eine wirtschaftliche Aufrüstung an (Sick, 1983). Dies ging mit dem Abbau von Sozialleistungen und Gesetzen einher, die Zwangssterilisationen und Massentötungen von „Minderwertigen“ gesellschaftsfähig machten (Falkenstein, 2000, S.138). Für kranke und behinderte Menschen gab es keinen Platz im faschistischen Deutschland (Sick, 1983). „So werden in der NS-Literatur immer wieder wirtschaftliche Gründe herangezogen, um die Diskriminierung, Isolierung, Fortpflanzungsbehinderung, ja Vernichtung von Kranken und Behinderten als sinnvolle und „humane“ Lösung anzupreisen.“ (ebd., S.12). Um die rassenhygienischen und ökonomischen Interessen durchzusetzen, dienten medizinische Diagnosen und Klassifizierungen zur Identifikation der von Sterilisation und Tötung betroffenen Menschen. Wer hingegen als „tragbar“ galt – also trotz Erkrankung keine „Kosten“ verursachte und arbeits- oder wehrfähig war – erhielt gesundheitsfördernde Maßnahmen zur Stabilisierung der Leistungsfähigkeit (Gaida, 2006). Dieser Artikel zeigt auf, welche gesellschaftliche Wirkmacht Klassifikationen entfalten können und zu welchen Zwecken medizinische Diagnosen eingesetzt werden. Anhand des Nationalsozialismus und der Gegenwart wird beleuchtet, welche Faktoren zur gesellschaftlichen Akzeptanz bestimmter Diagnosen führen – und welche Mechanismen heutige Gesellschaften vor vergleichbaren Entwicklungen schützen.

## 2. Problem-, Ziel- und Fragestellung

Auch in heutigen Gesellschaften zeigen sich – trotz grundlegend veränderter rechtlicher und ethischer Rahmenbedingungen – Spuren der historischen Klassifikationslogik: Medizinische Diagnosen entscheiden über Arbeits(un)fähigkeit, soziale Absicherung, Teilhabe und mitunter über Stigmatisierung. Die kapitalistische Verwertungslogik – etwa sichtbar in

diagnosebezogenen Fallpauschalen (DRGs) – offenbart, wie eng gesundheitliche Zuschreibungen mit ökonomischen und gesellschaftlichen Ordnungsmechanismen verknüpft sind (Dieterich et al., 2019). Auch gegenwärtige politische Debatten, z. B. über die Wehrfähigkeit im Kontext globaler Krisen, werfen Fragen nach medizinisch gestützter Selektion und gesellschaftlicher Nützlichkeit auf (Friede, 2024). Vor diesem Hintergrund zielt der Artikel darauf ab, medizinische Diagnosen als Mittel gesellschaftlicher Klassifizierung sowohl historisch – insbesondere im Nationalsozialismus – als auch gegenwartsbezogen zu betrachten. Es soll herausgearbeitet werden, welche gesellschaftlichen Funktionen Diagnosen erfüllen und wie sie zwischen den Polen von Heilung, Kontrolle, Legitimation und Stigmatisierung wirken. Im Zentrum stehen folgende Fragestellungen:

- Inwieweit dienen medizinische Diagnosen der gesellschaftlichen Klassifizierung?
- Welche ideologischen, politischen und ökonomischen Logiken wirken dabei jeweils mit?
- Was schützt die heutige deutsche Gesellschaft vor einem Machtmissbrauch mittels medizinischer Diagnosen?

### **3. Methodisches Vorgehen**

Zur Beantwortung der eingangs formulierten Fragestellung wurde eine themenbasierte und deskriptive Literaturrecherche durchgeführt. Da es sich um eine offene, erkundende Fragestellung handelt, wurde bewusst auf eine systematische Vollständigkeit verzichtet. Eingeleitet wurde die Recherche mit einer orientierenden Freihandsuche über öffentlich zugängliche Suchmaschinen wie Google Scholar, um erste Schlüsselbegriffe sowie relevante Autor\*innen zu identifizieren. Daraus resultierende Schlagworte wie „Klassifizierung“, „Klassifikation“, „medizinische Diagnosen“, „Humandifferenzierung“ und „Nationalsozialismus“. Diese bildeten die Grundlage für die weiterführende Recherche. Dabei wurden bewusst sowohl einflussreiche soziologische Autor\*innen als auch Beiträge von Zeitzeug\*innen und historischen Akteur\*innen berücksichtigt, um die gesellschaftliche Bedeutung medizinischer Klassifikationen sowohl theoretisch fundiert als auch historisch nachvollziehbar abzubilden. Die Literaturrecherche erfolgte in fachspezifischen Datenbanken wie WISO und Springer sowie im Katalog Plus der Frankfurt University of Applied Sciences. Internationale Datenbanken wie PubMed, Medline oder Cochrane Library wurden aufgrund geringer Anschlussfähigkeit an das deutsche Gesundheitssystem ausgeschlossen. Für medizinische Begriffserklärungen und eine einheitliche Begriffsnutzung wurden zudem der Pschyrembel sowie weitere medizinische Nachschlagewerke und Fachlexika herangezogen.

Die Suche wurde mit Hilfe von Bool'schen Operatoren und Trunkierungen den thematischen Schwerpunkten angepasst. Pro Suchanfrage wurden zwischen drei und 35 Ergebnisse

erzielt. Nach Sichtung wurden Ein- und Ausschlusskriterien angewendet: Berücksichtigt wurden ausschließlich deutschsprachige Quellen mit Volltextzugang. Ausgeschlossen wurden kostenpflichtige oder nicht verfügbare Titel. Insgesamt wurden unterschiedliche Publikationstypen einbezogen: Monographien, Fachzeitschriftenartikel, Sammelwerke, Fachlexika sowie relevante Internetbeiträge von Berufsorganisationen. Aufgrund erster relevanter Treffer wurde das verdeckte Schneeballsystem angewendet, um thematisch passende und originär zitierte Literatur weiterführend zu erschließen.

#### **4. Theoretische Betrachtung**

Die theoretische Auseinandersetzung bildet die Grundlage, um die gesellschaftliche Wirkmacht medizinischer Diagnosen einzuordnen. Im folgenden Kapitel wird aufgezeigt, wie Klassifikationen entstehen, welche Mechanismen sozialer Ungleichheit sie befördern können und wie sich historische wie ökonomische Strukturen auf ihre Bedeutung auswirken. Ziel ist es, die enge Verbindung von Medizin, Macht und Gesellschaft sichtbar zu machen und theoretisch zu rahmen.

##### **4.1 Medizinische Diagnosen als Mittel gesellschaftlicher Klassifikation**

Klassifikation ist nicht neutral. Sie dient nicht nur der Ordnung, sondern bringt immer auch Unterscheidung und Bewertung mit sich. Sobald Kategorisierung in Hierarchisierung übergeht, wird sie zum gesellschaftlichen Problem. Im Feld der Medizin zeigt sich dies besonders deutlich: Die medizinische Diagnose ist weit mehr als ein beschreibender Begriff – sie erzeugt Wirklichkeit, schafft Normalität und Abweichung, regelt den Zugang zu Leistungen und prägt soziale Identität (Hirschauer, 2023). In ihrer gesellschaftlichen Funktion kann die Diagnose somit auch als ein Akt der „Humandifferenzierung“ (ebd., S. 71) gelesen werden – als soziales Unterscheidungsverfahren, das Zugehörigkeit und Ausschluss gleichermaßen organisiert. Sie wirkt dabei nicht isoliert, sondern stets eingebettet in historisch-politische Kontexte (ebd., S. 71ff.).

##### **4.2 Diagnosen als Instrumente negativer Klassifikation**

Sutterlüty und Neckel (2010) beschreiben sogenannte negative Klassifikationen als zentralen Mechanismus sozialer Ungleichheit: Gruppen werden nicht nur eingeordnet, sondern zugleich abgewertet. Besonders wirkmächtig werden solche Prozesse, wenn sie sich mit medizinischen oder psychiatrischen Diagnosen verbinden. Dann verschränken sich medizinische Zuschreibungen mit sozialen Urteilen, die sich tiefgreifend auf gesellschaftlichen Status, Selbstbilder und Teilhabechancen auswirken.

#### **4.3 Medizin und Macht: historische Fundierung und NS-Kontinuitäten**

Ein historisch extremes Beispiel dieser Entwicklung ist das NS-Regime. Dort wurden Diagnosen ideologisch aufgeladen und als Grundlage staatlich organisierter Humandifferenzierung genutzt – mit Konsequenzen von Zwangssterilisation bis Vernichtung. Diagnosen wie „erbkrank“ oder „asozial“ dienten nicht dem Schutz, sondern der Eliminierung (Knöbl, 2019). Hegener (1996) beschreibt das KZ-System als „Normalität im Ausnahmezustand“ (S. 47), in dem die medizinisch-politische Selektion zur exekutierten Macht wurde. Auch wenn heutige Strukturen nicht direkt vergleichbar sind, wirken Pfadabhängigkeiten nach: Noch immer existieren Differenzierungsmechanismen, die über medizinische Sprache legitimiert werden – z. B. in der Abgrenzung von „leistungsfähig“ und „nicht mehr rehabilitierbar“, „kooperativ“ vs. „verhaltensauffällig“ (Hirschauer, 2023).

#### **4.3 Kapitalistische Verwertungslogik und strukturelle Gewalt**

Wie Hirschauer (2023), Koopmans (2001) und Paul (2019) herausarbeiten, wirken in modernen Gesellschaften zahlreiche strukturelle Kräfte auf Klassifikationsprozesse ein. Die kapitalistische Verwertungslogik, sichtbar z. B. im DRG-System, Budgetierungszwängen oder der stationären Taktung, beeinflusst auch die Produktion und Anwendung von Diagnosen. Psychische Diagnosen etwa erhalten dann ökonomische Relevanz, wenn sie abrechenbar sind – und verlieren sie wieder, sobald sich die Behandlung „nicht mehr lohnt“ (Hirschauer, 2023). Sutterlüty und Neckel (2010) beschreiben, wie sich historische Gewalt- und Ungleichheitsstrukturen in subtiler, bürokratischer Form fortsetzen – auch im medizinischen Feld: Besonders gefährlich wird es, wenn medizinisch begründete Zuschreibungen zu sozialen Urteilen werden, die tiefgreifende Auswirkungen auf gesellschaftlichen Status und Teilhabe haben. Die Verschränkung von Diagnose, Norm und Nutzen bleibt dabei ein zentrales Spannungsfeld.

### **5. Ergebnisse**

Im Ergebnisteil werden die theoretischen Überlegungen mit empirisch und historisch belegten Beispielen verknüpft. Es wird herausgearbeitet, welche Funktionen Diagnosen im heutigen Gesundheitssystem erfüllen, wie ökonomische Logiken Einfluss nehmen und welche Schutzmechanismen wirksam sind. Zudem erfolgt ein Rückblick auf den Nationalsozialismus, um die damalige Instrumentalisierung von Diagnosen und deren ökonomische Dimensionen zu verdeutlichen.



## **5.1 Medizinische und psychologische Diagnostik im heutigen Gesundheitssystem**

Der Begriff Diagnose (griech. διά- [dia-] = „durch“ und γνώσις [gnosis] = „Erkenntnis“) bezeichnet die systematische Feststellung und Beurteilung des körperlichen und psychischen Zustands einer Person. Sie basiert auf Anamnese und standardisierten Untersuchungen, orientiert an der Symptomatik (Wirtz, 2021). In der Psychologie erfolgt sie meist über strukturierte Gespräche und psychometrische Verfahren (ebd.). Die klassische medizinische Diagnose hingegen fokussiert auf organische Befunde. Sie stellt den abschließenden Schritt im diagnostischen Prozess dar, bildet die Grundlage für Therapieentscheidungen und die Prognose (Pschyrembel, 2025). Ziel ist die Zuordnung zu einem klinischen Störungsbild anhand internationaler Klassifikationen – v. a. der International Classification of Diseases (ICD) der WHO (Destatis, 2025) sowie im psychiatrischen Bereich dem Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5) (Wirtz, 2021). Für Patient\*innen kann eine Diagnose entlastend und strukturierend wirken – besonders, wenn sie mit einem klaren Behandlungskonzept verknüpft ist (ebd.).

## **5.2 DRG-System und ökonomische Folgen**

Die Einführung des DRG-Systems (Diagnosis Related Groups) wurde 2000 beschlossen und 2004 bundesweit verpflichtend. Seit 2005 können Krankenhäuser Überschüsse oder Verluste erzielen – abhängig von ihrer Kostenstruktur (Dieterich et al., 2019). Es steht für eine zunehmende Ökonomisierung des Gesundheitswesens, die Krankenhäuser marktwirtschaftlich steuert. Probleme zeigen sich etwa im Kostendruck, der Versorgungsqualität und Arbeitsbedingungen beeinträchtigt, sowie in Fehlanreizen bei der Indikationsstellung. (ebd.) Bode (2019) spricht vom „DRG-Regime“ (S. 49) – einer umfassenden und oft negativen Transformation des deutschen Krankenhauswesens mit Marktanreizen, erlösorientierter Logik und Ambivalenzdruck für das Personal (ebd.). Maio (2019) kritisiert die tiefgreifende Transformation der Medizin durch betriebswirtschaftliche Denklagen. Die ärztliche Kontaktzeit wurde zur vermeintlich ineffizienten Ressource. Das DRG-System verstärkte dies, da Behandlungen nun primär nach Abrechenbarkeit und nicht nach Patientenwohl ausgerichtet seien (ebd.). Obwohl Ablehnung wächst, fehlt eine organisierte Reformbewegung (Dieterich et al., 2019). Die medizinische Praxis folgt zunehmend algorithmisierten Entscheidungspfaden. Individualität und Beziehungsarbeit gehen verloren: Diese Industrialisierung führt zu einer Desintegration ganzheitlicher Versorgung und zu einer Delegitimierung aller nicht-messbaren Qualitäten wie Empathie, Gespräch oder Beziehungsarbeit (Maio, 2019).

### 5.3 Schutz durch Gesetz, Ethik und Berufsethos

Angesichts der zunehmenden Ökonomisierung des deutschen Gesundheits- und Krankenhaussystems, wie im vorherigen Abschnitt thematisiert, erscheint es notwendig, sich den strukturgebenden und sichernden Rahmenbedingungen zuzuwenden. Als übergeordnete Instanz fungiert dabei das Grundgesetz der Bundesrepublik Deutschland, das sowohl für das Handeln aller Bürgerinnen und Bürger verbindlich ist als auch ihren Schutz und ihre Rechte garantiert. Insbesondere § 1 Art. 1 Abs. 1 des Grundgesetzes regelt die Unantastbarkeit der menschlichen Würde – und kann somit als leitender Grundgedanke betrachtet werden. Vor allem § 1 Art. 3 Abs. 1 – 3 ist ausschlaggebend für den gesamten Diskurs im Rahmen der Klassifizierung, Diagnostizierung und Ökonomisierung des deutschen Gesundheitssystems: Alle Menschen sind vor dem Gesetz gleich und haben unabhängig von Geschlecht, Herkunft, Religion, Sprache oder Behinderung Anspruch auf Gleichbehandlung. Der Staat ist verpflichtet, bestehende Benachteiligungen – insbesondere zwischen Männern und Frauen – aktiv abzubauen und Gleichberechtigung auch hinsichtlich objektiver Beeinträchtigungen zu fördern (BGBl, 2025, § 1 Art. 3 Abs. 1 – 3). Neben diesen gesetzlichen Grundlagen zeigen sich weitere Sicherungsmechanismen in den Prinzipien des ethischen Handelns.

Seitens der Medizinerinnen und Mediziner steht stellvertretend hierfür der hippokratische Eid, welcher durch das Genfer Gelöbnis (1948) abgelöst wurde (Landesärztekammer Hessen, 2017). Das ärztliche Gelöbnis verpflichtet zur uneingeschränkten Achtung der Menschenwürde und Menschenrechte. Es betont die ethische Verantwortung gegenüber Patient\*innen – unabhängig von Herkunft, Überzeugung oder Status – sowie die Pflicht zur Wahrung von Autonomie, Vertraulichkeit und Gleichbehandlung. Ärztliches Handeln soll stets dem Wohl der Patient\*innen dienen, im Einklang mit medizinischer Sorgfalt, Integrität und humanitären Werten – auch unter widrigen Umständen (Landesärztekammer Hessen, 2017).

### 5.4 Diagnose als Selektionsinstrument im Nationalsozialismus

Bereits kurz nach der Machtergreifung der Nationalsozialisten begann eine systematische Verfolgung und Ausmerzung der sogenannten „Gemeinschaftsunfähigen“ (Steppe, 2013, S. 148). Die zugrundeliegenden sozialdarwinistischen Auffassungen der Rassenanthropologie und -hygiene (Unterdrückung und Vernichtung der „schwächeren“ durch die „höheren“ Rassen) wurde bereits im 18. Jahrhundert formuliert (ebd., S. 145; Sick, 1983, S. 8). Sick (1983) unterstreicht, dass „die Lehre von der Überlegenheit der nordischen Rasse“ (S. 9) bereits zur psychologischen Vorbereitung der Gesellschaft auf den ersten Weltkrieg als wichtiges ideologisches Instrument diente (ebd.; Steppe, 2013; Falkenstein, 2000). Die

Theorie der Rassenhygiene hatte zum Ziel „Entartungserscheinungen“ (Sick, 1983, S. 10) in der deutschen Bevölkerung auszumerzen (ebd.). Es „wurden bestimmte körperliche und psychische Merkmale [...], Infektionskrankheiten und sozial abweichendes Verhalten“ (ebd.) zur Einweisung in psychiatrische Anstalten festgelegt (u. a. „Glatzköpfigkeit, [...] Hautleiden, [...] Stillunfähigkeit, Geisteskrankheiten, psychische Leiden, Geschlechtskrankheiten, Alkoholismus, Kriminalität, [...] „Asozialität““) (ebd.). Nach Steppe (2013) plädierten auch die Nationalsozialisten unter Adolf Hitler für die Sterilisation und Tötungen der sogenannten „Minderwertigen“ als Instrument zur Umsetzung der Rassenhygiene, sie erwirkten die Einführung von Gesetzen, die dies legitihierten und verkauften die Taten als eine humane Tat. Nach der Machtergreifung der Nationalsozialisten spielten gesicherte medizinische Diagnosen zur Einweisung in Psychiatrien eine immer untergeordnetere Rolle. In den Jahren 1933 bis 1939 wurde noch eine Art Diagnostik durchgeführt, was mit der Zunahme der Morde an den Patienten/innen ab 1939 immer weiter abnahm. Es wurden lediglich Daten erhoben, die sich negativ auf die Biografie der Betroffenen auswirkten. Meist handelte es sich hier um „unwissenschaftliche Pseudodiagnosen“ (Keßler, 2014, S. 27). Diese wurden im Verlauf des Mordprogramms der Nationalsozialisten immer undifferenzierter. Zum Schluss genügte zur Aufnahme die allgemeine Diagnose „Geisteskrankheit“ (ebd.). Lediglich die Arbeitsfähigkeit ermöglichte den Psychiatrie-Insassen die Möglichkeit weiterzuleben. (ebd.)

### **5.5 Ökonomische Wirkmacht der Diagnose im Nationalsozialismus**

Bereits 1922 wurden in einem von Binding und Hoche publizierten Werk „Die Freigabe der Vernichtung lebensunwerten Lebens“ besonders die ökonomischen Interessen in den Vordergrund gerückt: der Verlust unzähliger dienst- und wehrpflichtfähiger, junger Menschen im Gegensatz zum Verlust an Kapital durch die unproduktiven, „absolut wertlosen“ „Ballastexistenzen“ (Binding & Hoche, 1922, S. 55f.) in Pflegeanstalten. Laut Binding und Hoche (1922) war es in Zeiten des Wohlstandes nicht angezeigt, sich über den Aufwand für die „Idioten“ (S. 54) Gedanken zu machen. Dies sei zu dem Zeitpunkt der Veröffentlichung ihrer Schrift jedoch anders geworden. (ebd.) Die Nationalsozialisten bauten darauf auf und benutzen ihre Ideologien auch zur Sicherstellung ihres Imperialismus. (Steppe, 2013; Sick, 1983). Sick (1983) spricht von einer „Instrumentalisierung der Behindertenpolitik gemäß privatwirtschaftlich-ökonomischer Gesichtspunkten“ (S. 6f.). Die Entscheidung über die Rehabilitation oder die „Frühinvalidisierung“ kriegsverwundeter Menschen war nicht an den „Gesundheitsbedürfnissen der Betroffenen“ orientiert, sondern „am Grad der Verwertbarkeit ihrer Arbeitskraft“ (Sick, 1983, S. 7). Nach dem „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ legitihierten u. a. Diagnosen und Klassifikationen wie „angeborener Schwachsinn, Schizophrenie, [...] erbliche Fallsucht, [...] erbliche Blindheit (Niemand, 2013,

S. 185) die Zwangssterilisationen und Morde. In Aussagen von Krankenpflegepersonal finden sich ähnliche Diagnosen (hier Kategorien) zur Auswahl der Menschen, die getötet wurden („Geistesranke mit Tobsuchtsanfällen, Epileptiker, Gemeingefährliche“) (Ewert et al., 2014, S. 21). Menschen, die arbeitsfähig waren und bspw. in der Küche helfen konnten, wurden von den Tötungen verschont. Aber auch fernab von (medizinischen) Diagnosen wurden Menschen für Tötungen ausgewählt, die nach Aussagen des medizinischen Personals zu „schwach“ (ebd., S. 22) für die Gesellschaft waren.

## **6. Diskussion**

Wie in den vorangegangenen Kapiteln deutlich wurde, entfalten medizinische Diagnosen eine enorme gesellschaftliche Wirkmacht – sowohl historisch im Nationalsozialismus als auch im heutigen Gesundheitssystem. Auf analytischer Ebene lassen sich strukturelle Ähnlichkeiten erkennen: In beiden Kontexten dienen Klassifikationen nicht nur der medizinischen Ordnung, sondern auch der sozialen Einordnung, Legitimation und Steuerung von Menschen. Diagnosen fungieren als Schnittstelle zwischen Wissen, Macht und Moral. Gleichzeitig ist eine direkte Vergleichbarkeit dieser Systeme ausgeschlossen: Die nationalsozialistische Gewaltpraxis war Ausdruck eines totalitären Unrechtssystems, das Menschenrechte systematisch missachtete. Heute sichern ethische Leitlinien, Grundrechte und professionelle Standards den Umgang mit Diagnosen ab. Dennoch lohnt sich die Betrachtung historischer Parallelen – nicht, um Gleiches gleichzusetzen, sondern um Sensibilität für die fortbestehende soziale Bedeutung medizinischer Zuschreibungen zu fördern. Diese Analyse zeigt: Klassifikationen werden dann problematisch, wenn sie mit Hierarchisierungen verknüpft sind. Sobald medizinische Diagnosen über Zugehörigkeit, Teilhabe oder Wertigkeit entscheiden, geraten sie ins Spannungsfeld von Fürsorge und Kontrolle. Die Vorstellung einer messbaren „Wertigkeit“ menschlichen Lebens zieht sich als gefährliches Motiv durch die Geschichte – sie zu erkennen und zu reflektieren, bleibt eine bleibende Aufgabe der Wissenschaft, Ethik und Profession.

## **7. Schlussfolgerungen, Grenzen und Transfer**

Die heutige Zeit unterscheidet sich von historischen Extremen vor allem durch ein ausgeprägteres Bewusstsein für ethische Prinzipien und professionelle Standards, die vor einer ideologischen Vereinnahmung medizinischer Klassifikationen schützen sollen. Respekt, Autonomie und Gerechtigkeit bilden normative Leitlinien, die den Umgang mit Diagnosen leiten. Doch gerade diese Prinzipien geraten durch Zeitdruck, Personalmangel und institutionelle Zwänge zunehmend unter Stress, was die notwendige kritische Reflexion erschwert. Hirschauer und Boll (2017) zeigen mit ihrem Konzept des „Un/Doing

Differences“, dass Differenzierung keine unumstößliche, naturgegebene Tatsache ist, sondern ein dynamischer Prozess, der immer wieder hinterfragt, neu verhandelt und gestaltet werden kann. Diese Perspektive eröffnet den Blick darauf, dass medizinische Klassifikationen gesellschaftliche Konstrukte sind, die Machtverhältnisse, historische Einflüsse und ökonomische Strukturen widerspiegeln und reproduzieren. Sie schaffen damit nicht nur Kategorien der Beschreibung, sondern auch gesellschaftliche Wirklichkeiten, die Ausschlüsse und Hierarchien bedingen. Insbesondere die historische Erfahrung mit dem NS-System sensibilisiert für die Gefahr, dass medizinische Diagnosen als Instrumente gesellschaftlicher Sortierung und Ausgrenzung missbraucht werden können. Daher ist eine kontinuierliche, professionelle und ethisch fundierte Reflexion unabdingbar, um medizinisches Wissen als Teil gesellschaftlicher Ordnungssysteme kritisch zu begreifen und einer ideologischen Instrumentalisierung entgegenzuwirken.

Neben ideologischen, wirtschaftlichen und gesundheitspolitischen Einflüssen sollten auch weitere Faktoren in den Blick genommen werden, die klassifizierende gesellschaftliche Prozesse prägen. Hierzu zählen zum Beispiel technologische Entwicklungen, (sozial-) mediale Diskurse, kulturelle Normen sowie individuelle Erfahrungs- und Lebenswelten, die die Deutung und Anwendung medizinischer Diagnosen mitbestimmen. Nur durch ein ganzheitliches Verständnis dieser vielfältigen Einflussgrößen kann eine verantwortungsbewusste und reflektierte Praxis im Umgang mit medizinischer Klassifikation gewährleistet werden. Neben ideologischen, wirtschaftlichen und gesundheitspolitischen Faktoren beeinflussen zunehmend technologische Innovationen wie Künstliche Intelligenz, mediale Diskurse sowie kulturelle Normen die gesellschaftliche Klassifikation. Individuelle Lebenswelten und soziale Milieus prägen, wie medizinische Diagnosen wahrgenommen und interpretiert werden. Auch ökologische Veränderungen und globale Ungleichheiten könnten künftig neue Klassifizierungsprozesse mitbestimmen. Ein ganzheitlicher Blick auf diese Faktoren ist entscheidend, um medizinische Klassifikationen als dynamische, gesellschaftlich verhandelbare Prozesse zu verstehen und ethisch verantwortungsvoll zu gestalten.

## Literaturverzeichnis

Binding, K.; Hoche, A. (1922). Die Freigabe der Vernichtung lebensunwerten Lebens. Ihr Maß und ihre Form. Zweite Auflage. Leipzig: Verlag von Felix Meiner

Bode, I. (2019). DRG oder Markt? Zum Ambivalenzdruck im deutschen Krankenhauswesen. In: A. Dieterich; B. Braun; T. Gerlinger; M. Simon (Hrsg.). Geld im Krankenhaus. Eine kritische Bestandsaufnahme des DRG-Systems. Wiesbaden: Springer VS, 47-56

Bundeszentrale für politische Bildung (2019). Vor 80 Jahren: Beginn der NS-"Euthanasie"-Programme. URL: <https://www.bpb.de/kurz-knapp/hintergrund-aktuell/295244/vor-80-jahren-beginn-der-ns-euthanasie-programme/> (08.07.2025)

Dieterich, A.; Braun, B.; Gerlinger, T.; Simon, M. (Hrsg.) (2019). Geld im Krankenhaus. Eine kritische Bestandsaufnahme des DRG-Systems. Wiesbaden: Springer VS, V-XI

Ewert, S.; Holzheimer, G.; Müller, M.; Seidl, N. (2014). Kriterien für die Auswahl der PatientInnen/Opfer. In: H. Steppe; E.-M., Ulmer (Hrsg.). "Ich war von jeher mit Leib und Seele gerne Pflegerin". Über die Beteiligung von Krankenschwestern an den "Euthanasie"-Aktionen in Meseritz-Obrawalde. 5., unveränderte Auflage. Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag GmbH, 21–23

Falkenstein, D. (2000). "Ein guter Wärter ist das vorzüglichste Heilmittel ...". Zur Entwicklung der Irrenpflege vom Durchgangs- zum Ausbildungsberuf. Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag GmbH

Friede, A. (2024). Wie wir wehrhaft werden. Zu den Grenzen der Freiwilligkeit in Zeiten des Krieges. Bundeszentrale für politische Bildung. URL: <https://www.bpb.de/shop/zeitschriften/apuz/bundeswehr-2024/556393/wie-wir-wehrhaft-werden/#footnote-target-46> (10.07.2025)

Gaida, U. (2006). Zwischen Pflege und Töten. Einführung und Quelle für Unterricht und Selbststudium. Frankfurt am Main: Mabuse Verlag GmbH

Hegener, W. (1996). KZ - System - Normalität: Moderne im/als Ausnahmezustand. Journal für Psychologie, 4 (2), 47-60

Hirschauer, S. (2023). Unterscheiden und Zuordnen. Skizze einer Theorie der Humandifferenzierung. In: S. Panther; J. Paulmann und T. Weller. Mobilität und Differenzierung. Zur Konstruktion von Unterschieden und Zugehörigkeiten in der europäischen Neuzeit. 1. Auflage. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, 71-94

Hirschauer, S.; Boll, T. (2017). Un/doing Differences. Zur Theorie und Empirie eines Forschungsprogramms. In: S. Hirschauer. Un/Doing Differences. Praktiken der Humandifferenzierung. 1. Auflage. Weilerswist: Velbrück Wissenschaft

Keßler, S. (2014). Der Status der PatientInnen in Meseritz-Obrawalde unter dem Gesichtspunkt der Diagnosestellung. In: H. Steppe und E.-M. Ulmer (Hrsg.): "Ich war von jeher mit Leib und Seele gerne Pflegerin". Über die Beteiligung von Krankenschwestern an den "Euthanasie"-Aktionen in Meseritz-Obrawalde. 5., unveränderte Auflage. Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag GmbH, 25–32

Knöbl, W. (2019). Jenseits des situationistischen Paradigmas der Gewaltforschung. In: F. Sutterlüty; M. Jung und A. Reymann (Hrsg.). Narrative der Gewalt. Interdisziplinäre Analysen. Frankfurt am Main: Campus, 31-50

Koopmans, R. (2001). Rechtsextremismus und Fremdenfeindlichkeit in Deutschland: Problem von heute – Diagnosen von gestern. Leviathan 29 (4), 469-483

Landesärztekammer Hessen (2017). Hippokratischer Eid / Genfer Gelöbnis. URL: [https://www.laekh.de/fileadmin/user\\_upload/Aerzte/Rund\\_ums\\_Recht/Publikationen\\_und\\_Merkblaetter/Hippokratischer\\_Eid\\_Genfer\\_Geloebnis.pdf](https://www.laekh.de/fileadmin/user_upload/Aerzte/Rund_ums_Recht/Publikationen_und_Merkblaetter/Hippokratischer_Eid_Genfer_Geloebnis.pdf) (20.07.2025)

Maio, G. (2019). Von der Umwertung der Werte durch die Ökonomisierung der Medizin. In: A. Dieterich; B. Braun; T. Gerlinger; M. Simon (Hrsg.). Geld im Krankenhaus. Eine kritische Bestandsaufnahme des DRG-Systems. Wiesbaden: Springer VS, 191–199.

Neckel, S.; Sutterlüty, F. (2010): Negative Klassifikationen und ethnische Ungleichheit. In: M. Müller und D. Zifonun (Hrsg.). Ethnowissen. Soziologische Beiträge zu ethnischer Differenzierung und Migration. 1. Auflage. Wiesbaden: Springer Fachmedien, 217-23

Niemand, F. (2013). Ich war in der Tötungsanstalt Meseritz-Obrawalde. Erinnerungen, Erfahrungen, Dokumente (zusammengestellt von Stefan Romey). In: H. Steppe (Hrsg.).

Krankenpflege im Nationalsozialismus. 10., aktualisierte und erweiterte Auflage. Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag GmbH, 183–194

Paul, A. (2019). >>Kriege sind die Lokomotiven der Geschichte<<. Über Formwandel und historische Dynamik organisierter Gewalt. In: F. Sutterlüty; M. Jung und A. Reymann (Hrsg.). Narrative der Gewalt. Interdisziplinäre Analysen. Frankfurt am Main: Campus, 59-86

Pschyrembel (2025). Diagnose. URL: <https://www.pschyrembel.de/Diagnose/K05UA> (15.07.2025)

Sick, D. (1983). >Euthanasie< im Nationalsozialismus. am Beispiel des Kalmenhofs in Idstein im Taunus. 3. unveränderte Auflage. Frankfurt am Main: Fachhochschule Frankfurt am Main

Statistisches Bundesamt (2025). Gesellschaft und Umwelt. Gesundheit. URL: <https://www.destatis.de/DE/Themen/GesellschaftUmwelt/Gesundheit/Glossar/icd10.html#:~:text=Gesundheit%20ICD%2D10&text=ICD%20ist%20die%20Abkürzung%20für,jeweilige%20Version%20der%20Klassifikation%20an> (16.07.2025)

Steppe, H. (2013). "Mit Tränen in den Augen haben wir dann diese Spritzen aufgezogen". Die Beteiligung von Krankenschwestern und Krankenpflegern an den Verbrechen gegen die Menschlichkeit. In: H. Steppe (Hrsg.). Krankenpflege im Nationalsozialismus. 10., aktualisierte und erweiterte Auflage. Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag GmbH, 143–180

Wirtz, M. (2021). Dorsch - Lexikon der Psychologie. 20. überarbeitete Auflage. Bern: Hogrefe