

Die Sterbehilfe Diskussion im Deutschen Ärzteblatt
Eine inhaltsanalytische Auswertung der Artikel
von 1949 bis 2010

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung des Doktorgrades
der Medizin

der Medizinischen Fakultät
der Eberhard Karls Universität
zu Tübingen

vorgelegt von
Gentner, Christina Julia

2015

Dekan: Professor Dr. I. B. Autenrieth

1. Berichterstatter: Professor Dr. Dr. U. Wiesing
2. Berichterstatter: Privatdozent Dr. Dr. R.J. Jox

Inhaltsverzeichnis

1.)	Einleitung	4
1.1)	Begriffsdefinitionen	7
1.2)	Forschungsstand.....	10
2.)	Zur Geschichte der Sterbehilfe.....	19
3.)	Methodik.....	37
3.1)	Die Inhaltsanalyse.....	37
3.2)	Auswahl des Untersuchungsgegenstandes.....	38
3.3)	Kategorienbildung	41
3.4)	Stichprobenauswahl	45
3.5)	Reliabilität und Validität.....	46
4.)	Quantitative Auswertung	48
5.)	Inhaltliche Auswertung	58
5.1)	Ab 1949: Der Nachgeschmack der NS-Euthanasie	58
5.2)	1973: „Das Thema droht ‚in‘ zu werden“	75
5.3)	1984: Hackethal und das Recht auf Selbstbestimmung.....	90
5.4)	Die neunziger Jahre: Die Bioethikdebatte.....	107
5.5)	Die Palliativmedizin als Alternative im 21. Jahrhundert?.....	130
6.)	Diskussion und Zusammenfassung.....	145
7.)	Anhang	154
7.1)	Abbildungsverzeichnis	154
7.2)	Wertetabellen der quantitativen Auswertung	155
7.3)	Literaturverzeichnis	160

1.) Einleitung

„Auch werde ich niemandem ein tödliches Gift geben, auch nicht, wenn ich darum gebeten werde, und ich werde auch niemanden dabei beraten.“

Dieses Gelöbnis aus dem Hippokratischen Eid gilt vielen Ärzten auch heutzutage noch als gültig und bezüglich Forderungen aktive Sterbehilfe zu legalisieren als moralische Richtschnur ihres Handelns. Nichtsdestotrotz stellt der Eid keine bindende Norm dar, weshalb in der Diskussion um Sterbehilfe inzwischen auch innerhalb der Ärzteschaft vereinzelt andere Meinungen laut werden. Lässt sich hier ein Wandel im Berufsethos des Arztes erkennen? Was ist überhaupt das moderne Verständnis des Arztberufes? Der amerikanische Arzt und Bioethiker Edmund D. Pellegrino (1920 – 2013) bezeichnete als den Kern jedes Berufes „seine Hinordnung auf das Gute für diejenigen [...], denen zu dienen, seine Aufgabe ist.“¹ Im Falle der Medizin sei das Ziel, zu heilen, beziehungsweise das Wohl des Patienten.² Sollte ein Wiederherstellen der Gesundheit nicht möglich sein, so müsse der Arzt „Freund und Helfer bis zum Ende bleiben.“³ Pellegrinos Verständnis des ärztlichen Berufsethos gleicht in den Grundaussagen denen des Hippokratischen Eides oder des Genfer Gelöbnisses. Allerdings definiert er noch genauer, was „das Gute“ sei, auf das der Beruf ausgerichtet sein soll. Pellegrino unterscheidet dabei 4 Ebenen: das medizinisch Gute, das Gute, wie der Patient es wahrnimmt, das allgemein für Menschen Gute sowie das spirituell Gute.⁴ Er weist ausdrücklich darauf hin, dass sich diese Ausprägungen mitunter widersprechen und entgegen stehen können, sodass eine Abwägung im Konsens zwischen Arzt und Patient stattfinden müsse. Letztendlich betont Pellegrino aber den „Vorrang des für den Patienten Guten gemäß dessen eigener Sicht“⁵. Man könnte also meinen, bezogen auf die Sterbehilfediskussion gelte somit: das Selbstbestimmungsrecht, das Befürworter der aktiven Sterbehilfe immer wieder anführen, habe Vorrang. Will der Patient nicht mehr leben und fordert er den

¹ Pellegrino (2005), S. 19.

² Vgl. ebd., S. 21.

³ Ebd., S. 29.

⁴ Vgl. ebd., S. 30 ff.

⁵ Ebd., S. 34.

Arzt auf, ihn zu töten, so solle dieser ihm helfen. Doch folgende Klarstellung Pellegrinos bezüglich des Patientenwillens relativiert diese Annahme sofort. Zwar gesteht er dem Patientenwillen einen hohen, jedoch keinen absoluten Stellenwert zu: „Der Vorrang des Guten gemäß Einschätzung des Patienten setzt das Gewissen des Arztes nicht außer Kraft [...]. Vom Arzt kann nicht verlangt werden, seine persönliche und wissenschaftliche Integrität jeder Patientenvorstellung zu opfern.“⁶ Pellegrino vertritt hier trotz aller – teilweise selbstlosen – „Tugenden“⁷, die ein Arzt seiner Meinung nach gegenüber dem Patienten verkörpern sollte, ein äußerst selbstbewusstes Berufsbild. Moralische Vorstellungen des Arztes dürften sich nicht dem Patientenwillen unterordnen. Bezüglich einer ärztlichen Beihilfe zum Suizid oder Sterbehilfe, stellt er klar, dass ein Arzt immer noch vor allem seinem eigenen Gewissen verpflichtet sei. Weiterer Baustein in Pellegrinos Ausführungen zum ärztlichen Berufsethos sind die Fertigkeiten und Eigenschaften, die ein Arzt mitbringen oder erwerben müsse. Neben „intellektuellen Tugenden“⁸ sind dies vor allem auch „moralische“⁹. Unter anderem nennt er als „zentral und unverzichtbar“ die „Vertrauenswürdigkeit“. Dass diese Anforderung auch von den Ärzten selbst als wichtiger Teil der Beziehung zu ihren Patienten verinnerlicht ist, zeigte sich in der hier untersuchten Sterbehilfediskussion wiederholt.

Wie eng sind also Bilder des ärztlichen Berufsethos mit den Argumentationslinien der Euthanasiedebatte verwoben? Dient das Standesethos als Festung der Moral gegen die von der Ärzteschaft als Bedrohung empfundenen Forderungen einer Liberalisierung der aktiven Sterbehilfe? Die innerhalb der deutschen Ärzteschaft geführte Diskussion zur Sterbehilfe könnte zeigen, was Ärzte selbst als zentrale Werte ihres Berufsstandes ansehen. Sind es dieselben Standards, die in der Antike im Hippokratischen Eid festgeschrieben wurden und gleichen sie jenen, die beispielweise Pellegrino in seinem modernen Berufsverständnis als „Tugenden“ benannte?

⁶ Ebd.

⁷ Pellegrino gründet sein Verständnis eines Berufsethos auf der Tugendlehre, die sich in der klassischen Antike entwickelte.

⁸ Ebd., S. 43.

⁹ Ebd., S. 41 ebenso die beiden folgenden Zitate.

Die vorliegende Arbeit befasst sich mit der Diskussion zur aktiven Sterbehilfe im *Deutschen Ärzteblatt* von 1949 bis 2010. Dieses Publikationsorgan der offiziellen Vertretung der westdeutschen Ärzteschaft, der Bundesärztekammer, erschien besonders geeignet, um die innerhalb der Berufsgruppe stattfindende Debatte zu dokumentieren. Diese war aufgrund der in den vergangenen Jahren intensivierten öffentlichen Diskussionen zu erwarten. Gerade die Medien sorgten dafür, dass das Thema Euthanasie nicht in Vergessenheit geriet: Es gab Themenwochen zum Sterben und Tod, in Talkrunden wurde diskutiert, in Dokumentationen Einzelschicksale medienwirksam aufbereitet. Auch wenn in Deutschland alle Anläufe, Sterbehilfe gesetzlich zu legitimieren, scheiterten, blieb die Thematik präsent. Die Berufsgruppe, die in der öffentlichen Diskussion in ganz unterschiedlichen Rollen und mit differierenden Positionen auftrat, ist die Ärzteschaft. Sie ist unmittelbar betroffen, da ihre Vertreter im Zweifelsfall zu aktiven Sterbehelfern (gemacht) werden sollen. Einzelne Provokateure hausierten bereits mit zweifelhaften Angeboten, die offiziellen Repräsentanten der deutschen Ärzteschaft distanzieren sich vehement von jeglichen Forderungen, aktive Sterbehilfe zu legalisieren. Doch gibt es unter den Ärzten lediglich diese beiden Extrempositionen? Spaltet die Frage der aktiven Sterbehilfe die Ärzteschaft? Findet eine standesinterne Diskussion statt und wenn ja, wie lässt sie sich charakterisieren? Wer sind die Akteure? Dies sind einige der Fragen, die die vorliegende Arbeit im Hinblick auf die aktuelle Debatte untersucht. Desweiteren interessiert, wie sich der Umgang mit diesem historisch belasteten Thema nach dem Zweiten Weltkrieg in der Bundesrepublik entwickelte. Es gilt zu klären, wie eng die Verknüpfung zwischen der NS-Euthanasie und aktiver Sterbehilfe in den Köpfen der Ärzte gezogen wurde. Allerdings soll die Aufarbeitung der nationalsozialistischen Aktion „T4“ nicht zentrales Thema der Arbeit sein. Es interessiert vielmehr, ob und wenn ja wann, es Wendepunkte in der Verflechtung beider Thematiken gab und worin diese begründet waren. Außerdem sollen die äußeren Einflussfaktoren, die den Verlauf der Diskussion und das Aufkommen neuer Argumente bestimmten, identifiziert werden. Eine These lautet, dass das Argument von Gegnern aktiver Sterbehilfe, es könne ein ökonomischer Druck auf Alte und Kranke entstehen,

sollte die Euthanasie in Deutschland legalisiert werden, erst mit zunehmenden finanziellen Engpässen im Gesundheitssystem aufkam. Auch soll geklärt werden, wann die heute oft als „Alternative“ zur aktiven Sterbehilfe gepriesene Palliativmedizin in der Diskussion auftaucht. Und inwieweit wird eine Verknüpfung mit der Thematik der Patientenverfügungen stattfinden? Diese verwandten medizinethischen Debatten gilt es, in Randbereichen zu streifen, doch gleichzeitig gegenüber dem eigentlichen Schwerpunkt der Arbeit abzugrenzen.

1.1) Begriffsdefinitionen

Grundlegend für das Verständnis des Sterbehilfediskurses in der deutschen Öffentlichkeit ist die Kenntnis der Begrifflichkeiten.

In der aktuellen Diskussion haben sich im deutschen Sprachraum folgende Termini etabliert: von der „aktiven Sterbehilfe“ unterscheidet man die „passive“, sowie die „indirekte Sterbehilfe“. Wichtig hiervon abzugrenzen, ist der „ärztlich assistierte Suizid“.

Der bis 1945 ebenso gebräuchliche Begriff „Euthanasie“ wurde lange Zeit im deutschen Sprachraum fast ausschließlich unter Bezugnahme auf die Gräueltaten der Nationalsozialisten verwendet, etablierte sich aber in den vergangenen Jahren auch wieder zunehmend in seiner ursprünglichen Bedeutung, beziehungsweise als Synonym für aktive Sterbehilfe. So wird er auch in vorliegender Arbeit in diesem Sinne verwandt. Geht es um die nationalsozialistische Aktion „T4“ ist von „NS-Euthanasie“ die Rede.

Auch wenn sich oben genannte Begriffe im klinischen Sprachgebrauch eingebürgert haben, so sind sie doch nicht unumstritten. Der Nationale Ethikrat schlug in seiner Stellungnahme *Selbstbestimmung und Fürsorge am Lebensende* aus dem Jahr 2006 Alternativen vor, die hier ebenfalls Erwähnung finden sollen.

Aktive Sterbehilfe und ärztlich assistierter Suizid

Unter aktiver Sterbehilfe versteht man den durch den Arzt willentlich herbeigeführten Tod des Patienten auf dessen ausdrücklichen Wunsch hin durch beispielsweise die Gabe einer tödlichen Überdosis eines Medikaments.¹⁰

Diese Handlung gilt in Deutschland als Straftat.¹¹

Abzugrenzen hiervon ist der ärztliche assistierte Suizid, bei dem der Arzt lediglich die Beschaffung des Medikaments übernimmt, der Patient selbst aber der schlussendlich Handelnde ist. Da es in Deutschland keinen Straftatbestand des Suizids gibt, kann auch die Beihilfe hierzu – ob ärztlich oder nicht – nicht strafrechtlich geahndet werden.¹² Die Bundesärztekammer äußerte sich hierzu in ihren *Grundsätzen zur ärztlichen Sterbebegleitung* aus dem Jahr 2011 lediglich dahingehend, dass sie den ärztlich assistierten Suizid als „keine ärztlich Aufgabe“¹³ bezeichnete. Somit kommt es weder zur strafrechtlichen noch zur standesrechtlichen Verurteilung dementsprechend handelnder Ärzte.¹⁴ Der Nationale Ethikrat plädierte in oben genannter Stellungnahme für die Umbenennung der aktiven Sterbehilfe in „Tötung auf Verlangen“, da er die positive Besetzung des Wortes „Hilfe“ in diesem Zusammenhang – die willentliche Herbeiführung des Todes eines Menschen – für nicht gerechtfertigt hält.¹⁵

Passive Sterbehilfe

Die passive Sterbehilfe bezeichnet die Nichtaufnahme oder den Abbruch lebenserhaltender oder lebensverlängernder Maßnahmen auf Wunsch des schwerkranken oder sterbenden Patienten. Hierzu zählen beispielweise die Einstellung der Sondenernährung über eine PEG (Perkutane endoskopische

¹⁰ Vgl. Roggendorf (2011), S. 22 f.

¹¹ Vgl. StGB § 216.

¹² Ebd.

¹³ Bundesärztekammer: Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung, S. A-346.

¹⁴ Als wegweisend gilt in diesem Zusammenhang der sogenannte „Hackethal-Fall“ aus dem Jahr 1986. Der Münchner Arzt Professor Julius Hackethal hatte einer an einem Oberkieferhöhlentumor mit infauster Prognose erkrankten Patientin mithilfe des Präsidenten der *Deutschen Gesellschaft für Humanes Sterben*, Hans-Henning Atrott, Zyankali besorgt. Die Patientin trank das Gift am 18. April 1984 und verstarb daraufhin circa 15 Minuten später. Das Oberlandesgericht München sah keinen hinreichenden Tatverdacht gegen Hackethal wegen Tötung auf Verlangen gegeben, sondern wertete die Handlung als Beihilfe zum Suizid. Vgl. Benzenhöfer (2009), S. 179 ff.

¹⁵ Vgl. Nationaler Ethikrat (2006), S. 49 f.

Gastrostomie) oder der Verzicht auf eine künstliche Beatmung.¹⁶ Sollte der Patient nicht mehr selbst seinen Willen äußern können, so ist eine eventuell vorhandene Patientenverfügung richtungsweisend und auch bindend für den behandelnden Arzt, soweit sie auf die aktuelle Situation zutrifft und es keine Anzeichen für eine kürzliche Willensänderung des Patienten gibt. Liegt eine solche Verfügung nicht vor, gilt es, gemeinsam mit dem Patientenbetreuer, den mutmaßlichen Willen des Erkrankten zu ermitteln, wozu beispielsweise frühere Äußerungen gegenüber Angehörigen hilfreich sein können.

Strafrechtlich ist die passive Sterbehilfe nicht geregelt¹⁷, standesrechtlich wird sie in den *Grundsätzen der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung* ausdrücklich befürwortet¹⁸.

Die Wortwahl betreffend ist zu kritisieren, dass sich hinter der „passiven“ Sterbehilfe durchaus aktive Handlungen verbergen¹⁹ – wie das Entfernen eines Beatmungstubus – was selbst unter Ärzten zu offensichtlicher Verwirrung führt, wie eine 2002 durchgeführte Umfrage unter 28 deutschen Intensivmedizinern ergab²⁰. Immerhin 9 von 28 Ärzten waren der Meinung, es handle sich bei der Entfernung eines Beatmungstubus um aktive Sterbehilfe, sechs weitere sahen diese Handlung „nahe“ der aktiven Sterbehilfe.²¹

Der Nationale Ethikrat empfahl die Terminologie „Sterben lassen“, da sie das eigentliche Handeln, nämlich die Unterlassung einer Behandlung, die somit dem natürlichen Sterbevorgang seinen Lauf lässt, besser erfasse.²²

Indirekte Sterbehilfe

Die indirekte Sterbehilfe unterscheidet sich von aktiver und passiver dahingehend, dass die Intention des behandelnden Arztes nicht die verfrühte Herbeiführung des Todes des Patienten ist, sondern die Schmerzlinderung. Teil der Therapie am Ende des Lebens kann aber die Inkaufnahme der potentiell

¹⁶ Vgl. Bundesärztekammer: Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung, S. A-346.

¹⁷ Vgl. Roggendorf (2011), S. 25.

¹⁸ Vgl. Bundesärztekammer: Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung, S. A-346.

¹⁹ Vgl. Nationaler Ethikrat (2006), S. 50.

²⁰ Vgl. Beck, et al.: A "little bit illegal"?

²¹ Ebd., S. 11.

²² Vgl. Nationaler Ethikrat (2006), S. 51.

tödlichen Nebenwirkungen einer (Schmerz)Therapie, wie beispielsweise die atemdepressive Wirkung von Opioiden, sein. Behandlungsziel bleibt jedoch die Schmerzlinderung beziehungsweise -freiheit des Patienten, eine Verkürzung der Lebenszeit ist nicht gewünscht.

Hier setzte wiederum die Argumentation des Ethikrats an, der betonte, „der Tod des Patienten [sei] weder direkt noch indirekt Ziel des [Handelns]“²³, weshalb er die Bezeichnung „Therapien in der Sterbephase“ vorschlug.

Die Bundesärztekammer formulierte ihre Position in ihren Grundsätzen folgendermaßen: „Bei Sterbenden kann die Linderung des Leidens so im Vordergrund stehen, dass eine möglicherweise dadurch bedingte unvermeidbare Lebensverkürzung hingenommen werden darf.“²⁴

Wie die passive Sterbehilfe ist auch die indirekte weder straf- noch standesrechtlich zu ahnden.

1.2) Forschungsstand

Die Literaturrecherche für die vorliegende Arbeit erfasst zwei Schwerpunkte: zum einen jene Werke, die sich mit der NS-Euthanasie und deren historischer Aufarbeitung in der Nachkriegszeit befassen, zum anderen die Schriften aus dem Bereich der Medizinethik, die sich der aktuellen Sterbehilfedebatte widmen. Die Diskussion in Deutschland zeigte besonders in ihren Anfängen enge Bezüge zur NS-Euthanasie, weshalb die Auseinandersetzung mit dieser Thematik für die Anfertigung vorliegender Arbeit unumgänglich war. Zwar ist es nicht Gegenstand der Untersuchung, die Auseinandersetzung des *Deutschen Ärzteblattes* mit der Rolle der Ärzteschaft in der „Aktion T4“ darzustellen, jedoch ergaben sich im gesamten Verlauf der Sterbehilfediskussion Überschneidungen der Themengebiete. Zur Planung, dem Ablauf und der ideologischen Entstehungsgeschichte der NS-Euthanasie liegen umfassende Arbeiten vor. Die meisten dieser historischen Untersuchungen schlagen zumindest in einigen Kapiteln auch den Bogen zur aktuellen Euthanasiediskussion. Neben einigen frühen „Klassikern“ von Autoren wie Hans-Walter Schmuhl und Ernst Klee, die

²³ Ebd., S. 54, folgendes Zitat: S. 51.

²⁴ Bundesärztekammer: Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung, S. A-347.

sich um die historische Aufarbeitung der NS-Euthanasie bereits in den achtziger Jahren verdient gemacht hatten, erschienen gerade in den vergangenen Jahren umfassende Werke, die sich dieser Thematik aus neuen Blickwinkeln und mit dem Fokus auf Detailfragen näherten. Untersuchungen, die sich den ethisch moralischen Fragen der modernen Sterbehilfediskussion widmeten, stammen größtenteils aus den neunziger Jahren, als international eine intensivierete Debatte stattfand.

Die historische Aufarbeitung der NS-Euthanasie

Einen umfassenden Überblick über den aktuellen Forschungsstand zur *Medizin im Nationalsozialismus* lieferten Robert Jütte, Wolfgang Eckart, Hans-Walter Schmuhl und Winfried Süß 2011. Interessant für die vorliegende Arbeit war besonders das Kapitel zu „‘Euthanasie‘ und Krankenmord“ von Hans-Walter Schmuhl, anhand dessen eine erste Vorauswahl der Sekundärliteratur zur „historischen“ Euthanasie getroffen werden konnte.

Einen guten Einstieg in die Thematik ermöglichte das erstmals 1983 erschienene Buch *Euthanasie im NS-Staat* des Journalisten Ernst Klee, das 2010 mit geändertem Titel – *„Euthanasie“ im Dritten Reich* – neu aufgelegt wurde. Die 1983 erschienene Monographie galt damals als bahnbrechend auf dem Gebiet der Erforschung der NS-Medizinverbrechen. Klee hatte auf mehr als 500 Seiten seine jahrlange Recherchearbeit aus zahlreichen Archiven zusammengefasst und bis dato unveröffentlichtes Material ausgewertet. Der Autor zeichnete nach einer Klärung der Wurzeln des Euthanasiegedankens und der Rassenhygiene den chronologischen Ablauf und die Organisation der Aktion „T4“ nach. Er lieferte Zahlen und Fakten und untersuchte vor allem auch die jeweils lokalen Strukturen der einzelnen Tötungsanstalten. Desweiteren sind Kapitel der Kindereuthanasie, der „wilden Euthanasie“ nach offiziellem Ende der Aktion „T4“ sowie der Aufarbeitung nach 1945 gewidmet. Zwei weitere Bücher Klees dienten für diese Arbeit als Nachschlagewerke: *Das Personenlexikon zum Dritten Reich*, veröffentlicht 2003, sowie *Was sie taten, was sie wurden* aus dem Jahr 1986. Besonders letztgenanntes Werk half, die Verquickungen und Kontinuitäten von Biografien nach 1945 darzustellen.

Der Historiker Hans-Walter Schmuhl veröffentlichte 1987 eines der ersten umfassenden Werke zur Geschichte der Euthanasie. Seine Monografie *Rassenhygiene, Nationalsozialismus und Euthanasie* fand in vorliegender Arbeit Eingang in die Kapitel zur NS-Euthanasie. Schmuhls Werk stellte sowohl ideologische Wurzeln von Rassenhygiene und Eugenik dar als auch deren Weiterentwicklung und Überspitzung in der nationalsozialistischen Gesundheitspolitik. Neben dieser „Ideengeschichte“ widmete sich der Autor im zweiten Teil des Buches der „Realgeschichte“, in der er die Umsetzung der NS-Euthanasie detailliert darstellte. Dabei zitierte der Autor immer wieder längere Passagen aus damaliger Literatur, beziehungsweise Dokumenten und Briefen, sodass dem Leser ein lebendiges Bild der eugenischen Denkweise vermittelt wird.

Eine gänzlich andere Herangehensweise hatte der Psychiater Klaus Dörner, als er das erstmals 1988 veröffentlichte Buch *Tödliches Mitleid* schrieb, in dem er aus – wie er selbst auch betonte – subjektivem Blickwinkel die gesellschaftlichen Hintergründe beleuchtete, die zur Euthanasie als „Endlösung der sozialen Frage“ führten. Mit provokativen Sätzen wie „Gehen wir Behinderte vergiften im Heim“ zeichnete der Autor ein ungeschöntes Bild der Rolle der Ärzteschaft während der NS-Herrschaft, ging aber nur kurz auf ethische Überlegungen zur aktuellen Sterbehilfedebatte ein.

Die Forschung zur NS-Euthanasie erlebte nach einer weitgehenden „Stille“ in den neunziger Jahren eine neue Blüte ab dem Jahrtausendwechsel. Eine umfassende Darstellung des Forschungsstandes lieferten im Jahr 2000 Andreas Frewer und Clemens Eickhoff als Herausgeber des Sammelbandes *„Euthanasie“ und die aktuelle Sterbehilfe-Debatte*. Der erste Teil des Buches widmete sich der Herkunft des Euthanasiegedankens sowie der Entwicklung hin zu seinem Missbrauch im Nationalsozialismus. Hier gelang es den Autoren, einen Überblick sowohl über die Chronologie der Ereignisse als auch die Opferzahlen zu liefern. Der zweite Teil beschäftigte sich mit der Sterbehilfedebatte nach 1945 in Deutschland, den Niederlanden und den USA. Der so vermeintlich entstandene, allzu nahtlose Übergang von den Verbrechen der Nationalsozialisten zu heutigen Forderungen nach aktiver Sterbehilfe

relativierte sich im dritten Teil des Buches, indem das historische Argument der „schiefen Ebene“ kritisch hinterfragt wurde.

Das 2007 erschienene Sammelwerk *Das Vergessen der Vernichtung ist Teil der Vernichtung selbst*, unter anderem herausgegeben von der Historikerin Petra Fuchs sowie den Ärzten Maike Rotzoll und Gerrit Hohendorf, schaffte ein Verständnis für die schrecklichen Auswirkungen der NS-Euthanasie auf ihre Opfer und deren Familien. Das Sammelwerk *Die nationalsozialistische „Euthanasie“-Aktion „T4“ und ihre Opfer*, 2010 publiziert, vertiefte die Ergebnisse des durch die *Deutsche Forschungsgemeinschaft* geförderten Projektes des Heidelberger Instituts für Medizingeschichte (2002-2006). Im Rahmen der Untersuchungen werteten die Historiker und Mediziner 3.000 Patientenakten der Aktion „T4“ anhand eines Variablenschemas zunächst quantitativ, einzelne Biografien dann qualitativ aus.²⁵ Die Ziele des Projekts waren, erstens die Opfer näher beschreiben und einordnen zu können, zweitens die tatsächlichen Selektionskriterien zu analysieren und drittens Organisation und Vollzug der Aktion aufgrund neuer Quellen zu beleuchten.²⁶ Nach einem historischen Überblick zur Genese der nationalsozialistischen Euthanasieaktion, dem Ablauf sowie ihrer Rezeption bei Bevölkerung und Kirche lag der Schwerpunkt der Beiträge auf der Betrachtung individueller Schicksale oder regionaler Besonderheiten. So befassten sich beispielweise drei Kapitel mit dem Forschungsstand zu den Krankenmorden in Böhmen, Ostpreußen und Polen. Einige Kapitel beleuchteten anhand einzelner ausgewerteter Krankenakten individuelle Schicksale von Opfern. Es folgte das Kapitel der „kollektiven Biografien“, das heißt, die Darstellung der Daten über Opfer, Überlebende und Täter, die aus der quantitativen Auswertung der Akten gewonnen werden konnten. Nach einer Diskussion zur eigentlichen Motivation der Selektion (medizinische Kriterien versus ökonomische) befasste sich das letzte Kapitel mit dem Fortwirken der nationalsozialistischen Krankenmorde, ihrer Aufarbeitung und möglichen Konsequenzen für aktuelle ethische Debatten. Das Verdienst beider im Rahmen der Heidelberger Forschungsarbeit entstandenen Sammelbände liegt in der detaillierten Recherche und

²⁵ Vgl. Rotzoll/Bader (2010), S. 17.

²⁶ Ebd.

zurückhaltenden doch einfühlsamen Schilderung der Leidenswege sowie in der Klarstellung, dass die Erinnerungsarbeit diese Verbrechen betreffend nie beendet sein dürfe.

Medizinethische Betrachtungen

Ein Großteil der für diese Arbeit relevanten medizinethischen Sekundärliteratur stammt aus der Feder von Gegnern der aktiven Sterbehilfe. Dies liegt allein im Mangel an wissenschaftlich soliden Werken von Befürwortern begründet, was eine ausgewogene Darstellung der Argumente beider Seiten erschwert. Daher sollen zumindest die beiden großen akademischen Vertreter der Befürwortung einer Legalisierung aktiver Sterbehilfe, Peter Singer und Helga Kuhse, in ihren Thesen hier zitiert werden.

Der australische Philosoph Peter Singer veröffentlichte bereits 1979 seine *Praktische Ethik*, in der er die Grundzüge der von ihm vertretenen philosophischen Strömung des Utilitarismus in ihrer Anwendung auf Fragen des Lebens darstellte. Drei der zehn Kapitel widmeten sich dem „Leben nehmen“²⁷, wobei der Autor zwischen dem Töten von Tieren, einem Embryo und Fötus sowie von Menschen unterschied. Schlussendlich bejahte Singer die aktive Sterbehilfe sowohl für behinderte Neugeborene als auch für schwerkranke Menschen, soweit sie diese wünschen. Er wagte sich mit diesen Ansichten früh und als einer der wenigen akademischen Lehrmeister in ein bis dahin tabuisiertes Feld vor. Seine Ethik dient Befürwortern der aktiven Sterbehilfe bis heute als Argumentationsgrundlage.

Medizinethische Publikationen zum Thema aktive Sterbehilfe fanden sich zunehmend mit Beginn der neunziger Jahre. Eine Mischung aus einer Darstellung der historischen Hintergründe der deutschen Diskussion und ethischer Bewertung lieferte 1990 der Journalist Ernst Klee mit seinem Buch *Durch Zyankali erlöst*. Er umriss die Fakten der NS-Euthanasie, klärte die Begrifflichkeiten „aktive“ und „passive Sterbehilfe“ und stellte die Entwicklung und Möglichkeiten der Hospizarbeit dar. Desweiteren gab er ausführlich die Thesen Peter Singers wieder, wobei er Verbindungen zu Äußerungen Alfred

²⁷ Singer (1994), Inhaltsverzeichnis.

Hoches und Denkmustern der Nationalsozialisten zog. Der letzte Teil der Monografie stellte die Entstehungsgeschichte und Aktivitäten der *Deutschen Gesellschaft für Humanes Sterben* anhand eindrücklicher organisationsinterner Schriften dar. Zwar verhehlte Klee an keiner Stelle seine eigene ablehnende Haltung gegenüber der aktiven Sterbehilfe, doch lieferte sein Buch gerade die Euthanasiedebatte der vergangenen Jahrzehnte betreffend einen wichtigen Baustein.

1993 erschien in Deutschland erstmals das Buch *Muss dieses Kind am Leben bleiben?* von Helga Kuhse und Peter Singer. Die beiden Philosophen legten einen Schwerpunkt auf die Frage ob „schwerstgeschädigte Neugeborene“²⁸ nicht getötet werden sollten, ja müssten. Das Buch rief bei seinem Erscheinen in Deutschland vorwiegend Ablehnung und Entrüstung hervor, was unter anderem an der Art und Weise des Vortrags der Autoren liegen dürfte. Kuhse und Singer argumentierten auf der Grundlage der von Singer geprägten philosophischen Strömung des Präferenzutilitarismus und trugen ihre Argumente für den Infantizid, illustriert an zahlreichen Fallbeispielen, nüchtern und emotionslos vor. Auch wenn sich die deutsche Diskussion um aktive Sterbehilfe in den vergangenen Jahrzehnten nur marginal um Euthanasie für behinderte Kinder drehte und der Wert des Buches für die nationale Debatte damit fraglich ist, war die Lektüre für die vorliegende Arbeit doch aufschlussreich, da ein Artikel Helga Kuhses Teil der Primärliteratur war.

1997 veröffentlichten Robert Spaemann, Professor für Philosophie in München, und der Heidelberger Psychiater Thomas Fuchs das Buch *Töten oder sterben lassen? Worum es in der Euthanasiedebatte geht*. Sie näherten sich darin der Thematik aktiver Sterbehilfe aus ethisch philosophischer Sicht und verdeutlichten ihre ablehnende Position gegenüber Legalisierungsbestrebungen in Deutschland. Einleitend enthält das Buch eine Zusammenfassung des nationalsozialistischen Propagandafilms *Ich klage an* aus dem Jahr 1942, der die aktive Sterbehilfe an Sterbenskranken als Akt der Menschlichkeit und Liebe feierte. Da der Film als sogenannter „Vorbehaltsfilm“ nur eingeschränkt der Öffentlichkeit zugänglich ist, war die kritische Beschreibung in diesem Buch

²⁸ Kuhse, et al. (1993), Titel.

umso wertvoller für die vorliegende Arbeit. Ebenfalls interessant ist das Kapitel von Thomas Fuchs über die psychoanalytischen Hintergründe des Suizids, dem Wunsch nach aktiver Sterbehilfe und der „Gnadentod“-Aktion der Nationalsozialisten. Fuchs lieferte durch seine verständlich und prägnant formulierten tiefenpsychologischen Erklärungen einleuchtende Argumente, weshalb das Mitleidmotiv, das von Befürwortern der Euthanasie gerne angeführt wird, keinen absoluten Bestand haben kann.

Einen äußerst detaillierten Überblick zur Sterbehilfediskussion nach 1945 lieferte Udo Benzenhöfer mit seiner 2009 erschienenen Monografie *Der gute Tod*. Ausführlich geht Benzenhöfer auch auf den Euthanasiegedanken im Schrifttum der Antike und des Mittelalters bis zum 19. Jahrhundert ein. In einem Exkurs ins Ausland bespricht der Autor die Veröffentlichungen des Bioethikers Peter Singer. Hier gelingt ihm eine durchaus korrekte Wiedergabe dessen Thesen, doch positioniert Benzenhöfer sich eindeutig in seiner Ablehnung der Forderungen nach aktiver Sterbehilfe.

Das 2009 erschienene Buch *Gewissensfrage Sterbehilfe* von Ursel Fuchs befasst sich mit der Sterbehilfedebatte aus ethischer Sicht, wobei sich die Autorin als Gegnerin der aktiven Sterbehilfe positioniert. Gleichzeitig gelingt ihr ein breit gefächertes Überblick über Argumente und Akteure in der deutschen Diskussion. Sie beleuchtet beispielsweise den zweifelhaften Wert von Umfrageergebnissen, stellt die Gesetzeslage dar und versucht durch Interviews die Verbindung zur Realität aus ärztlicher Sicht herzustellen. Besonders wertvoll für die vorliegende Arbeit ist die Aktualität der Monografie, da sie Ereignisse und Strömungen bis 2008 berücksichtigt.

Einen separat zu betrachtenden Teil der Sekundärliteratur machte die 1990 erschienene politikwissenschaftliche Dissertation von Ulrich Geyer mit dem Titel *Eugenik und Euthanasie in der ethisch-politischen Programmatik der deutschen Ärzteschaft* aus. Geyer widmete sich in einer inhaltsanalytischen Auswertung verschiedener medizinischer Wochenschriften von 1930 bis 1983 einer ähnlichen Thematik wie die vorliegende Arbeit. Die Tatsache, dass er sich schwerpunktmäßig allerdings der NS-Eugenik und -Euthanasie und ihrer

Aufarbeitung durch die ärztlichen Standesorgane widmete, rechtfertigte unter anderem die Einschränkung der vorliegenden Untersuchung auf das Themengebiet der „modernen“ Sterbehilfediskussion. Nach einer Zusammenfassung der geschichtlichen Entwicklung des Euthanasiebegriffes widmete sich Geyer einer vor allem quantitativen Auswertung von Artikeln aus dem *Deutschen Ärzteblatt*, der *Deutschen medizinischen Wochenschrift* sowie der *Münchener medizinischen Wochenschrift*. Er unternahm eine aufwendige Zuordnung von Textaussagen zu von ihm definierten Variablen und stellte diese in zahlreichen Tabellen dar. Neben Argumenten wertete Geyer auch Positionen wie die Seitenzahl, das Vorhandensein von Bildmaterial sowie Platzierung und Länge der Artikel aus. Durch die Auswertung dreier Zeitschriften erhielt er zwar eine große Menge an Untersuchungsmaterial, doch gelang es ihm leider nur bedingt, alle Daten auch adäquat auszuwerten und in ihrer Bedeutung einzuordnen. Ob dies anhand quantitativ erhobener Ergebnisse überhaupt möglich ist, sei dahingestellt. Geyer wertete zwar beispielhaft einige Artikel auch inhaltlich aus, doch füllte der Autor hier seine Seiten mit langen Zitaten – weitgehend ohne diese sinnhaft zu verknüpfen oder eigene Gedanken beizusteuern. Er beobachtete bezüglich der Euthanasiediskussion bis 1945 ein weithin mangelndes Interesse ärztlicher Autoren an der Thematik, und zwar sowohl in der Weimarer Republik als auch während der nationalsozialistischen Herrschaft.²⁹ Für die Nachkriegszeit postulierte er die zunehmende Bedeutung des „individuum- bzw. patientenorientierten Humanitätsgedanke[ns]“³⁰ und zog den Schluss, dass aufgrund „stabilisierter Rahmenbedingungen“ sowie eines „freiheitlich-demokratischen Wertesystems“ die Legalisierung aktiver Sterbehilfe auch in Zukunft „weithin ausgeschlossen“ erscheine. Davon unabhängig beschrieb er die fehlende Bereitschaft zur Aufarbeitung der NS-Medizinverbrechen in den sechziger Jahren sowie die der Ärzteschaft unliebsamen Momente des Wachgerütteltwerdens, beispielsweise durch die Enttarnung von Werner Heyde (Fritz Sawade). Geyer betonte den außergewöhnlichen Wert einer 1983 im *Deutschen Ärzteblatt* erschienen Artikelserie, die sich kritisch mit dem „ärztlichen Denken in der Endphase der

²⁹ Vgl. Geyer (1990), S. 281.

³⁰ Ebd. ebenso die folgenden Zitate.

Weimarer Republik“³¹ auseinandersetzte. Schließlich aber bescheinigte er der deutschen Ärzteschaft „eine weitgehende Indifferenz gegenüber der schuldhaften wie unverschuldeten Verwicklung in die [...] nationalsozialistische [Gedankenwelt]“³² sowie die „wenig ausgeprägte Neigung [...] zu einer an den Grundsätzen der Wahrhaftigkeit orientierten Aufarbeitung der Vergangenheit“. Leider nutzte Geyer seine aus der quantitativen Auswertung gezogenen Erkenntnisse bezüglich der Verwendung von unterschiedlichen Argumentationslinien in den Artikeln – er hatte unter anderem differenziert zwischen „erbbiologisch“, „ethisch/moralisch“ und „ökonomisch“ – kaum in seinem Resümée, sodass diese Daten weithin unberücksichtigt blieben.

³¹ Ebd., S. 282.

³² Ebd., S. 283 ebenso das folgende Zitat.

2.) Zur Geschichte der Sterbehilfe

Um die hier anhand des *Deutschen Ärzteblattes* untersuchte Sterbehilfediskussion ab 1949 in einen zeithistorischen Kontext und mögliche Kontinuitäten oder Widersprüche zu früheren Vorstellungen von Euthanasie zu zeigen, soll dieses Kapitel einen hinführenden Überblick schaffen. Die bereits angeführte Sekundärliteratur diene hierbei als Orientierung zur Auswahl der Quellen.

Die Herkunft des Euthanasiebegriffs liegt in der Antike, beziehungsweise im griechischen Wort „thanatos“ für „Tod“ und der Vorsilbe „eu-“, die „gut“ bedeutet. In der Verknüpfung als „euthanatos“ taucht der Begriff erstmals bei dem griechischen Dichter Kratinos (um 500 – um 420 v. Chr.) auf.³³ Er beschrieb „euthanatos“ lediglich als das Gegenteil eines qualvollen, also eines „schlechten Todes“³⁴. Kratinos sprach somit nur von den Umständen des Todes, von einer Einflussnahme auf sein Eintreten war jedoch keine Rede.

Hundert Jahre später beschrieb der griechische Dichter Menandros (342 – 291 v. Chr.) den „guten Tod“ in seiner Komödie *Der Wechselbalg oder der Bauer* als einen frühzeitigen Tod, der rechtzeitig eintritt bevor Krankheit und Siechtum den Menschen als „jammervollen Greis“³⁵ enden lassen. Folgender Satz kann nach Auffassung Benzenhöfers sogar als Aufforderung, diesen frühen Tod aktiv durch Suizid herbeizuführen, verstanden werden: „Sobald bei Zeiten du die Herberge verlässt/ gehst du hin mit bessrem Reisegeld/ indem du niemandem verfeindet bist“³⁶. Menandros meinte mit der „Herberge“ wohl das Leben, das er empfahl „bei Zeiten“, also rechtzeitig zu verlassen – durch Suizid?³⁷

Für die Stoiker, eine philosophische Strömung, die etwa um 300 v. Chr. ihren Ursprung hat³⁸, stellte sich der „gute Tod“ wie folgt dar: „Eines guten Todes zu sterben aber hieße, mit einem irgendwie beschaffenen Tod nach der rechten Art zu enden“³⁹. Es ging demnach also um den richtigen Umgang mit dem Sterben, das durch die entsprechende Geisteshaltung zum „guten Tod“ werden

³³ Vgl. Benzenhöfer (2009), S. 13.

³⁴ Vgl. ebd.

³⁵ Hoenn (1949), S. 131.

³⁶ Ebd.

³⁷ Vgl. Benzenhöfer (2009), S. 14.

³⁸ Vgl. ebd., S. 30.

³⁹ Zit. nach ebd., S. 15.

konnte. Ein Vertreter der späten Stoiker, Seneca (4 v. Chr. – 65 n. Chr.), maß der körperlichen und seelischen Gesundheit einen solch hohen Stellenwert für die Bewertung des eigenen „Lebenswertes“ bei, dass es ihm, sollte diese stark beeinträchtigt oder gefährdet sein, als beste Lösung erschien, selbst den Zeitpunkt seines Todes zu wählen⁴⁰ – anders als die frühen Stoiker, ihn sprichwörtlich „stoisch“ zu erwarten. So wählte er, selbst politisch verfolgt von Nero, schließlich den Freitod, indem er sich Gift durch seinen befreundeten Arzt Statius Annaeus reichen ließ.⁴¹ Eine gänzlich andere Auffassung vertrat die sich auf Pythagoras (570 – ca. 500 v. Chr.) gründende philosophische Strömung, deren Anhänger den Freitod, sowie auch die Beihilfe hierzu streng ablehnten. Der berühmte griechische Philosoph Platon (427 – 348/47 v. Chr.) entwarf in seiner Schrift *Politeia* einen „Idealstaat“, in dem er auch klar seine Auffassung der Aufgabe der Medizin darstellte. Er betonte zunächst den Wert jeden Bürgers für den Staat, solange er seine Aufgabe in ihm wahrnehme. Doch denen mit „innerlich ganz siechem Körper“⁴² sprach er jegliches Recht auf Behandlung ab, da sie „weder für sich selbst noch für den Staat einen Nutzen bedeutete[n]“.

Divergierende Interpretationen findet man aber zu folgendem Abschnitt der *Politeia*: „Also wirst du zugleich mit einer solchen Rechtspflege auch eine Heilkunst, wie wir sie geschildert haben, in unserem Staate gesetzlich verankern; sie sollen die Bürger, die an Leib und Seele wohlgeraten sind, betreuen, die andern aber nicht. Wer siech am Körper ist, den sollen sie sterben lassen, wer an der Seele missraten und unheilbar ist, den sollen sie sogar töten!“⁴³

Der Historiker Volker Zimmermann kommt hier zu dem Schluss, Platon „[propagiere] sowohl die aktive als auch die passive Euthanasie“⁴⁴, während Udo Benzenhöfer erklärt, es handele sich hier „lediglich“ um die Aufforderung, Verbrecher zu töten, nicht aber diejenige zur Tötung „Geisteskranker“⁴⁵. Eine Auffassung, die er überzeugend und schlüssig darlegt. Zusammenfassend ist

⁴⁰ Vgl. Zimmermann (2000), S. 29 und Benzenhöfer (2009), S. 30.

⁴¹ Vgl. Zimmermann (2000), S. 29.

⁴² Zit. nach Benzenhöfer (2009), S. 25 ebenso das folgende Zitat.

⁴³ Zit. nach ebd., S. 26.

⁴⁴ Zimmermann (2000), S. 28.

⁴⁵ Vgl. Benzenhöfer (2009), S. 26.

zu sagen, dass Platon die passive Sterbehilfe für siechende Kranke (inwieweit sie im Sterben lagen, war sicherlich oft schwer zu sagen) befürwortete, wobei er dies durch das Interesse des Staates an gesunden und somit „wertvollen“ Bürgern begründete.

Wenige Jahrzehnte später vertrat Aristoteles (384 – 322 v. Chr.) in vielerlei Hinsicht ähnliche Positionen wie Platon, was beispielweise Abtreibung und Infantizid betrifft. Sowohl für Platon als auch für Aristoteles war beides im Interesse des Staates erlaubt, um möglichst viele gesunde Nachkommen zu ermöglichen. Suizid schloss Aristoteles aber, anders als Platon, grundsätzlich aus und selbstverständlich somit auch die ärztliche Beihilfe dazu⁴⁶.

Die wohl bekannteste antike medizinische Schrift stellt der Hippokratische Eid dar. Anders als die bisher zitierten Werke entstammt er nicht philosophischer oder dichterischer Feder, sondern wurde von Vertretern der ärztlichen Zunft verfasst, was ihn für die heutige Diskussion besonders interessant macht. Er entstand zwischen Ende des 5. Jhd. und Anfang des 4. Jhd. v. Chr.⁴⁷ und war Teil des Corpus Hippocraticum, einer antiken Sammlung medizinischer Schriften, wobei die ältesten zwischen 430 und 380 v. Chr., die jüngsten bis ins 2. Jahrhundert n. Chr. zu datieren sind.⁴⁸ Trotz des Namens verfasste Hippokrates selbst höchstwahrscheinlich nur einen sehr kleiner Teil dieser Aufsätze und es kann davon ausgegangen werden, dass der Eid nicht dazu zählt⁴⁹, da er in gesichert von ihm stammenden Schriften keine Erwähnung findet und seine Aussagen besser zu anderen philosophischen Lehren passen. Im Rahmen der aktuellen Sterbehilfediskussion immer wieder gerne zitiert wird folgender Abschnitt aus dem Hippokratischen Eid:

„Nie werde ich irgend jemandem, auch auf Verlangen nicht, ein tödliches Mittel verabreichen oder auch nur einen Rat dazu erteilen.“⁵⁰

Es findet sich also ein eindeutiges Verbot aktiver Euthanasie beziehungsweise ein Verbot ärztlicher Beihilfe zum Suizid, wie es in den bisher zitierten Schriften

⁴⁶ Vgl. ebd., S. 29 f.

⁴⁷ Vgl. Hirschmüller, Albrecht: Die hippokratische Medizin. Ein rationales Krankheitskonzept ersetzt die Iatro-Theologie. Vortrag in Ethik und Geschichte der Medizin an der Eberhard-Karls-Universität, Tübingen am 11. Mai 2011.

⁴⁸ Ebd.

⁴⁹ Vgl. Benzenhöfer (2009), S. 32.

⁵⁰ Zit. nach Zimmermann (2000), S. 27.

noch nicht vorkam. Der Medizinhistoriker Ludwig Edelstein kam zu dem umstrittenen Schluss, dass der Ursprung des Eides in der pythagoreischen Philosophie zu suchen sei⁵¹, die, wie oben dargestellt, ein strenges Tötungsverbot vertrat und das Leben als heilig ansah. Somit wäre der Hippokratische Eid als ein „Dokument einer Minderheit“⁵² zu bewerten, das höchstwahrscheinlich in der Antike selbst nur wenigen Ärzten bekannt war und deshalb wohl kaum einen verbindlichen Charakter hatte⁵³. Erst in der Spätantike ab circa 400 n. Chr. gewann der Eid mit der Verbreitung des Christentums, dessen Lehren mit ihm in Einklang standen, größere Bedeutung. Im Mittelalter gehörte seine lateinische Fassung zu den Standardwerken der medizinischen Literatur und fand allgemeine Verbreitung.⁵⁴ Damals galt er als Orientierung für die moralische Geisteshaltung des Arztes, weniger als konkrete Handlungsanweisung und konnte – musste aber nicht – zu Beginn der medizinischen Laufbahn geleistet werden.⁵⁵

Mit Beginn der Renaissance erlangte der Eid vermehrte Aufmerksamkeit. Es wurden neue Übersetzungen angefertigt und einige seiner Inhalte fanden offiziellen Eingang in die medizinische Ausbildung vieler deutscher Fakultäten, indem die Studenten zum Abschluss ihres Studiums häufig an den Hippokratischen Eid angelehnte Fakultätseide schwören mussten.⁵⁶ Eine Tradition, die sich bis ins 19. Jahrhundert fortsetzte, danach jedoch meist ersatzlos gestrichen wurde.

Auch in den kommenden Jahrhunderten stellte das *Corpus Hippokratikum* einschließlich des Eides in der moralischen Ausbildung von Ärzten einen zentralen Inhalt dar. Zwar spielten der ursprüngliche Wortlaut, sowie der Kontext, in dem der Eid in der Antike wahrscheinlich entstanden war, eine geringere Rolle, doch begründete man vor allem das Abtreibungs- und Tötungsverbot immer wieder mit ihm. Im 20. Jahrhundert führten sowohl Angeklagte wie auch Kläger den Eid während der Nürnberger Prozesse jeweils

⁵¹ Vgl. Edelstein (1969), S. 18, S. 49.

⁵² Hirschmüller, Medizin, Vortrag am 11. Mai 2011.

⁵³ Vgl. Edelstein (1969), S. 15.

⁵⁴ Vgl. Boschung (2003), S. 16.

⁵⁵ Vgl. Schubert (2005), S. 70 f.

⁵⁶ Vgl. ebd., S. 72 und Boschung (2003), S. 17 f.

zur Argumentation in ihrem Sinne an.⁵⁷ In der Urteilsbegründung fand er aber keine Erwähnung, genauso wenig wie der Nürnberger Codex, der in der Folge entstand, sich explizit auf ihn bezieht.⁵⁸

In der heutigen Sterbehilfediskussion wird oft verkannt, dass der Hippokratische Eid von modernen Ärzten zu keinem Zeitpunkt ihrer Laufbahn mehr „beschworen“ werden muss. Zwar gibt es einzelne Ärztegruppierungen, vor allem in den USA, die einen „hippokratischen Kult“ wiederauferstehen lassen wollen und Universitäten, die ihn in abgewandelter Form von den Studenten schwören lassen⁵⁹, doch wurde der Eid in der akademischen Laufbahn des Arztes in weiten Teilen der Welt bereits 1948 durch die Genfer Deklaration des Weltärztebundes ersetzt, die als seine moderne Entsprechung verstanden werden kann und ihm inhaltlich immer noch ähnelt.⁶⁰

Doch wie sah die Praxis der Sterbehilfe in der Antike konkret aus? Tatsächlich sind keine Fälle von Beihilfe zur Selbsttötung oder Tötung auf Verlangen eines Kranken durch Ärzte dokumentiert⁶¹, allerdings sah Benzenhöfer allein die Tatsache, dass der Hippokratische Eid ein Verbot solcher Handlungen ausdrücklich formuliert, als deutlichen Hinweis darauf, dass solche praktiziert wurden⁶² und auch Edelstein verwies auf eine solche Praxis⁶³. Aus rechtlicher Sicht wäre ärztliche Beihilfe zum Suizid, sowie auch die Tötung eines Kranken strafbar gewesen, wenn auch keine solchen Rechtsfälle dokumentiert sind⁶⁴. Gesichert sind Praktiken des Infantizids, vornehmlich durch Aussetzen der behinderten oder schwachen Neugeborenen, wie es beispielweise in Sparta der Fall war⁶⁵. Ein Umstand, der in der späteren Diskussion um Sterbehilfe für behinderte Neugeborene auch immer wieder angeführt wurde, wobei dahingestellt sei, ob solch vereinzelte Praktiken der Antike Argumentationshilfen für die aktuelle Sterbehilfediskussion bieten können.

⁵⁷ Vgl. ebd., S. 21.

⁵⁸ Vgl. ebd.

⁵⁹ So ließen beispielsweise 1989 119 von 128 medical schools in den USA ihre Studenten zum Ende der Ausbildung einen Eid schwören, wobei 60 der Universitäten ihn als Version des Hippokratischen Eides deklarierten. Vgl. Schubert (2005), S. 76.

⁶⁰ <http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/Genf.pdf>, zuletzt geprüft am 10.04.2012.

⁶¹ Vgl. Benzenhöfer (2009), S. 11.

⁶² Vgl. ebd.

⁶³ Vgl. Edelstein (1969), S. 13 f.

⁶⁴ Vgl. Benzenhöfer (2009), S. 19 ff.

⁶⁵ Vgl. ebd., S. 12.

Bereits die Spätantike ab 411 n. Chr. bereitete einer anderen Haltung – den Weg, einem christlichen Zeitgeist, der sich explizit gegen die heidnischen Vorstellungen der griechischen Philosophen verwehrt. Zentrale Bestandteile der christlichen Lehre, die Nächstenliebe, das Mitleid, der Leidensweg Jesu, das Tötungsverbot und somit die Unantastbarkeit des menschlichen Lebens verboten jegliche Form der aktiven Sterbehilfe, sowie Beihilfe zum Suizid. Vielmehr standen die Pflege und (geistliche) Begleitung Sterbender im Vordergrund, um sie auf den Tod vorzubereiten. Hieraus entwickelten sich die *ars moriendi*, in Traktatform verfasste, auch Sterbebüchlein genannte, Anleitungen zum – im christlichen Sinne – „würdevollen“ Sterben. Als richtungsweisend für viele folgende *ars moriendi*-Schriften gilt der letzte Teil des Werkes *Opus tripartitum de praeceptis decalogi, de confessione et de arte moriendi* von Johannes Charlier (1363 – 1429), der hier bereits die Aufgabe eines Sterbehelfers im Sinne eines Sterbebegleiters beschrieb.⁶⁶

Bemerkenswert erscheint im Zusammenhang mit den christlich (katholisch) geprägten Wertvorstellungen allerdings eine offensichtlich auf Aberglaube basierende Bemerkung Martin Luthers (1483 – 1546) zur Euthanasie an einem behinderten Kind, die er 1541 auf einen konkreten Fall angesprochen äußerte. Er empfahl, das zwölfjährige Kind zu ertränken, da „der Teufel in solchen Wechselbälgen als ihre Seele [ist]“⁶⁷.

Ab Mitte des 14. Jahrhunderts lebten, ganz dem Geist der Renaissance entsprechend, die antiken Gedanken zur Euthanasie wieder auf. Als grundlegend wird in diesem Zusammenhang häufig das 1515/16 entstandene Werk *Utopia* des katholischen Juristen und Politikers Thomas Morus (1478 – 1535) zitiert. Er entwarf in diesem Buch das Bild der Insel Utopia, einer Art Idealstaat, wobei nicht davon auszugehen ist, dass Morus selbst alles in dieser „Fantasiegesellschaft“ befürwortete⁶⁸. So wahrscheinlich auch eher nicht die beschriebene Praxis der Sterbehilfe, die offensichtlich weiter geht als die Euthanasie der Antike, weiter als eine bloße Beschreibung für einen „leichten Tod“:

⁶⁶ Vgl. Zimmermann (2000), S. 30.

⁶⁷ Vgl. ebd., S. 31.

⁶⁸ Vgl. Benzenhöfer (2009), S. 55.

„Indessen wenn die Krankheit nicht nur unheilbar ist, sondern auch noch den Kranken beständig quält und martert, dann reden die Priester und Behörden ihm zu, er möge bedenken, dass er allen Berufspflichten seines Lebens nicht mehr gewachsen, anderen zur Last und sich selber schwer erträglich sei [...]; deshalb möge er nicht [...] zaudern, in den Tod zu gehen[...]; somit möge er getrost und guter Hoffnung sich selbst aus diesem schmerzreichen Leben [...] befreien oder willig gestatten, dass andere ihn der Qual entrissen.“⁶⁹

Interessant ist hier, dass in dem Beratungskomitee offenbar kein Arzt vertreten ist. Wollen diese in Morus' *Utopia* nichts mit dieser Euthanasiepraxis zu tun haben? Sind sie lediglich für die Diagnosestellung zuständig und überlassen den Rat zum Suizid lieber anderen? Ebenso bemerkenswert erscheint, dass neben Priestern auch die „Behörden“ genannt werden, also Vertreter des Staates. Das wirtschaftliche Argument, den „anderen“ oder auch dem Staat „zur Last“ zu sein, scheint zentral. Ein Motiv, das auch in den vergangenen Jahrzehnten der Sterbehilfediskussion zunehmend an Bedeutung gewonnen hat.

Morus lässt der Beschreibung der Sterbehilfe noch den Zusatz folgen, dass niemand „gegen seinen Willen [...] beiseite [geschafft]“⁷⁰ würde. Konkret ausgeführt wird die Euthanasie in der *Utopia* dann „entweder freiwillig durch Fasten oder [der Kranke; C.G.] findet in der Betäubung ohne Todesempfindung seine Erlösung“⁷¹.

Zimmermanns Interpretation erscheint etwas naiv, wenn er schreibt: „Neu bei Morus [...] ist die Bedingung der Selbstbestimmung (Autonomie); gegen den Willen des Patienten ist Euthanasie also nicht möglich“⁷². Zwar ist der Autonomiegedanke, der in der modernen Diskussion eine bedeutende Rolle spielt, an dieser Stelle sicherlich neu, doch sollte etwas kritischer hinterfragt werden, inwieweit er bei Morus tatsächlich umgesetzt wurde. Wurde dem Patienten nicht vielmehr Autonomie genommen? So mutet dieses „Beratungskomitee“ kaum neutral an und es bedarf sicher eines starken Willens auf Seiten des Kranken, sich den „Argumenten“ zu erwehren. Wahrscheinlich bezweckte Morus hier eher, ein abschreckendes Beispiel zu

⁶⁹ Morus (1987), S. 129.

⁷⁰ Ebd., S. 130.

⁷¹ Ebd.

⁷² Zimmermann (2000), S. 32.

setzen, sollte es in einer Gesellschaft erst soweit gekommen sein, dass Kranken vorgehalten wird, sie seien „den Mitmenschen zu Last“.

Francis Bacon (1561 – 1626), englischer Philosoph und Politiker, ging mit seinen Überlegungen nicht so weit wie Morus. Er unterschied zwischen einer „euthanasia interior“, die eine seelische, beziehungsweise geistliche Vorbereitung auf den Tod meinte und einer „euthanasia exterior“, die das beschrieb, was wir heute unter einer palliativen Behandlung verstehen würden: die Linderung von Schmerzen, Behandlung der Symptome, sowie auch die Gabe von Betäubungsmitteln.⁷³

Auch im Verlauf des 18. und 19. Jahrhunderts wurde diese Vorstellung einer „euthanasia exterior“ immer wieder diskutiert. Dabei war vor allem der Einsatz von Opium umstritten, da befürchtet wurde, er würde zu einer (ungewollten) Lebensverkürzung führen.⁷⁴

Zur Darstellung der ärztlichen Position sei beispielhaft der Arzt Christoph Wilhelm Hufeland (1762 – 1836), genannt, ein zu seiner Zeit weithin bekannter und angesehener Mediziner⁷⁵. Er trat für eine Begleitung der Sterbenden und die Erleichterung des Sterbens ein, wobei er vermutlich die Gabe von Schmerz- und Betäubungsmitteln akzeptierte⁷⁶. Gleichzeitig verwies er aber eindeutig auf den Hippokratischen Eid beziehungsweise auf dessen Euthanasieverbot⁷⁷. Weitsichtig äußerte er sich bereits 1806 in Bezug auf die Dammbuchgefahr, die die Bewertung des menschlichen Lebens durch den Arzt in sich birgt:

„ob [das Leben] Werth habe oder nicht, dies geht ihn nichts an, und maßt er sich einmal an, diese Rücksicht in sein Geschäft aufzunehmen, so sind die Folgen unabsehbar, und der Arzt wird der gefährlichste Mensch im Staate; [...] glaubt sich der Arzt einmal berechtigt, über die Nothwendigkeit eines Lebens zu entscheiden, so braucht es nur stufenweise Progressionen, um den Unwerth, und folglich die Unmöglichkeit eines Menschenlebens auch auf andere Fälle anzuwenden.“⁷⁸

⁷³ Vgl. Benzenhöfer (2009), S. 61.

⁷⁴ Vgl. Stolberg (2011), S. 75 f.

⁷⁵ Hufeland war Hofarzt in Weimar; zu seinen Patienten zählten u.a. Johann Wolfgang von Goethe und Friedrich von Schiller.

⁷⁶ Vgl. Hufeland (1808), S. 22, S. 24 ff.

⁷⁷ Vgl. ebd.

⁷⁸ Ebd., S. 26.

Im 18. und 19. Jahrhundert wurde unter Euthanasie also meist eine Sterbebegleitung mit Behandlung der Symptome, begrenztem Einsatz von Betäubungsmitteln, sowie Zuwendung zum Kranken verstanden und größtenteils eine bewusste Verkürzung der Lebenszeit abgelehnt.

In der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts zeichnete sich aber ein grundlegender Wandel ab. Die Begriffe der „Rassenhygiene“ und des „Sozialdarwinismus“ prägten immer mehr die öffentliche Diskussion, etablierten sich als (Pseudo)Wissenschaften und beeinflussten die Politik.⁷⁹

Eines der ersten Werke, die das Gedankengut des Sozialdarwinismus kultivierten, war *Das Recht auf den Tod*, eine 1895 veröffentlichte Schrift des 20-jährigen Adolf Jost (1874 – Todesdatum unbekannt) Student der Philosophie, Mathematik und Physik aus Göttingen⁸⁰. Darin propagierte er eine Gesundheitspolitik, die jedem Menschen im utilitaristischen Sinne einen Wert für die Gesellschaft bemisst und kam zu dem Schluss: „Im Falle der unheilbar Kranken [...] trifft beides zusammen, das Mitleid und das Interesse der Gesellschaft fordern den Tod“.⁸¹ Neben den ökonomischen Interessen, die den Staat zur Freigabe der Tötung Kranker bewegen könnten, führte Jost hier auch noch das Mitleidsargument, wenn auch eindeutig untergeordnet, ein. Zwei Aspekte, die in der Propaganda der NS-Zeit eine unheilvolle Verknüpfung bilden sollten. Die unmissverständliche Aufforderung zur Euthanasie, zunächst „nur“ an „unheilbar Kranken“ mit deren Einwilligung, richtete Jost an Ärzte⁸². In einem späteren Schritt sollte die aktive Sterbehilfe auf die Tötung Geisteskranker ausgeweitet werden⁸³. Josts Schrift fand in der damaligen öffentlichen Debatte durchaus Widerhall und wurde kontrovers diskutiert. Sie war Vertretern des „Sozialdarwinismus“, wie Karl Binding und Alfred Hoche⁸⁴, bekannt.

Der wohl prominenteste deutsche Vertreter der „Rassenhygiene“ war Alfred Ploetz (1860 – 1940), der in der Schweiz Medizin studiert hatte und 1905 zusammen mit dem Ethnologen Richard Thurnwald die „(Berliner) Gesellschaft

⁷⁹ Vgl. Benzenhöfer (2009), S. 84, 88, 89 ff.

⁸⁰ Vgl. ebd., S. 82.

⁸¹ Vgl. Jost (1895), S. 17 f.

⁸² Vgl. ebd., S. 40 ff.

⁸³ Vgl. ebd., S. 47.

⁸⁴ Vgl. Binding, et al. (1920), S. 21.

für Rassenhygiene“ gründete⁸⁵. Er war sowohl in Berlin wie auch später in München in einem Kreis (zu dem unter anderen auch der Psychiater Ernst Rüdin gehörte) aktiv, der die Lehren der Rassenhygiene und deren Umsetzung in der Gesundheitspolitik propagierte. Ploetz hatte 1895 eine Schrift mit dem Titel *Die Tüchtigkeit unserer Rasse und der Schutz der Schwachen* veröffentlicht. Darin beschrieb er eine „rassenhygienische Utopie“, deren vollkommene Umsetzung derzeit (noch) nicht möglich sei.⁸⁶ In dieser Utopie erzählte Ploetz, dass „schwächlichen oder missgestalteten“ Neugeborenen „von dem Aerzte-Collegium“ [...] ein sanfter Tod bereitet [wird; C. G.], sagen wir durch eine kleine Dose Morphinum“⁸⁷. Ebenso sollten „im ökonomischen Kampf schwache“ Individuen sich selbst, beziehungsweise der Armut überlassen und somit „selektiert“ werden.

Ein weiterer deutscher Vordenker der Rassenhygiene war Ernst Haeckel (1834 – 1919), Professor für Zoologie in Jena. Er übertrug in seiner 1870 in zweiter Auflage erschienen *Natürlichen Schöpfungsgeschichte* die Theorien Darwins zur „natürlichen Auslese“ und dem „Überleben des Stärkeren“ auf das menschliche Zusammenleben. Haeckel kritisierte, dass die moderne Gesellschaft durch Kriege, in die die „kräftigen gesunden Jüngling[e]“ geschickt würden und stürben, die natürliche Selektion umkehrte, da „kranke [und] schwächliche“ Männer ausgemustert überleben und sich somit fortpflanzen könnten⁸⁸. Er befürwortete außerdem indirekt – durch zynische Ausdrucksweise bemäntelt – die Euthanasie an „elenden und gebrechlichen Kinder[n]“, wie sie die von ihm als Beispiele angeführten Spartaner oder Eingeborenenstämme Nordamerikas durchführten⁸⁹.

1904 folgte Haeckels Schrift *Lebenswunder*, in der er vor allem das Mitleid als hehres Motiv für die „Erlösung“ unheilbar Kranker, zu denen er auch Geisteskranke zählte, betonte⁹⁰. Für solche Fälle propagierte Haeckel die

⁸⁵ Vgl. Weingart, et al. (1992), S. 201.

⁸⁶ Vgl. Benzenhöfer (2009), S. 77.

⁸⁷ Zit. nach ebd. ebenso das folgende Zitat.

⁸⁸ Haeckel (1870), S. 154.

⁸⁹ Ebd.

⁹⁰ Vgl. Schmuhl (1987), S. 109.

Tötung auf Verlangen, während er für behinderte Neugeborene die sofortige Tötung nach der Geburt forderte⁹¹.

Von den Idealen Haeckels getragen, gründeten seine Anhänger 1906 in Jena den „Deutschen Monistenbund“⁹², der sich hauptsächlich aus Akademikern zusammensetzte und dessen Ehrenvorsitz Haeckel übernahm.⁹³

1909 schrieb der schwer erkrankte Roland Gerkan, selbst Mitglied des Monistenbundes, einen öffentlichen Brief an den Vorsitzenden, Wilhelm Ostwald, in dem er einen Gesetzentwurf zur Sterbehilfe vorlegte. Er sah darin die Straflosigkeit für denjenigen vor, der einen unheilbar Kranken auf dessen Wunsch hin schmerzlos tötete, nachdem eine Untersuchung des Kranken durch einen vom Gericht bestellten Arzt die infauste Diagnose bestätigt hatte.⁹⁴ Gerkans Entwurf wurde eingehend und kontrovers – von Seiten des Monistenbundes überwiegend positiv – diskutiert, fand aber keinen Eingang ins Strafgesetzbuch.

Ein weiterer Protagonist der deutschen Diskussion um Sterbehilfe war der Germanist und Philosoph Alexander Tille (1866 – 1912). Er griff in seinem 1893 erschienenen Buch *Volksdienst* Gedanken Haeckels auf, indem er bezüglich der Kindereuthanasie wiederum auf die Spartaner und nordamerikanischen Indianerstämme verwies, bei den Erwachsenen aber die Auslese durch Armut empfahl – „solange man die Untüchtigsten nicht töten will“⁹⁵.

Eines der bedeutendsten und einflussreichsten Werke der Debatte der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts stellt das 1920 erschienene Buch *Die Freigabe der Vernichtung lebensunwerten Lebens* dar. Die Autoren waren Karl Binding (1840 – 1920), Jurist und Alfred Hoche (1865 – 1943), Psychiater, beide Koryphäen auf ihrem Gebiet, was unter anderem erklärt, dass ihre Schrift solch große Aufmerksamkeit⁹⁶ in der deutschen Öffentlichkeit erzielen konnte. Der erste Weltkrieg, sowie die damit verbundene Niederlage und Demütigung für das

⁹¹ Vgl. ebd.

⁹² Den Begriff „Monismus“ hatte Haeckel bereits in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts geprägt. Seine Lehre postulierte, dass alle „Bereiche der Realität [...] eine Einheit bilden“ [Sandmann (1995), S. 330] und alle Lebewesen sowie auch anorganische Materie gemeinsam aus der „Weiterentwicklung einfacher Anlagen“ [ebd.] entstanden seien.

⁹³ Vgl. Schmuhl (1987), S. 110.

⁹⁴ Vgl. ebd., S. 111.

⁹⁵ Zit. nach Benzenhöfer (2009), S. 74.

⁹⁶ Vgl. ebd., S. 93 ff.

deutsche Volk, lag erst zwei Jahre zurück, der Versailler Vertrag trat in Kraft und die ökonomische Situation des Reiches war angespannt. Auf diesen Nährboden fielen nun Bindings und Hoches Vorschläge zur Euthanasie, die vor allem auch durch wirtschaftliche Erwägungen begründet waren.

Binding beurteilte den Wert, den das Leben eines Menschen für das Individuum hat, sowie welchen es für die Gesellschaft darstellt⁹⁷. Anders als Jost aber stellte er zunächst nicht primär das Staatsinteresse über das des Individuums. Vielmehr betonte er das Mitleidsmotiv, das als einziges zur Legitimation der Tötung „lebensunwerten Lebens“ dienen dürfe⁹⁸. Er forderte die aktive Sterbehilfe für unheilbar Kranke und Verletzte, sofern diese das Verlangen hierzu äußerten, sowie für dauerhaft Bewusstlose, auch wenn diese den Wunsch dazu im Vorhinein nicht explizit formuliert hatten⁹⁹. Geisteskranken aber sprach er „den Willen zu leben“¹⁰⁰ vollkommen ab, weshalb von ihnen auch keine Einwilligung zur Tötung eingeholt werden müsse.

Hoche lehnte in seinen Ausführungen das Mitleidsmotiv ab¹⁰¹ und betonte lediglich den Wert des Individuums für die Gesellschaft¹⁰². Als gemeinsames Motiv beider Autoren ergibt sich somit die Last, die die Kranken für die Gesellschaft darstellen, wie die folgenden Worte Bindings belegen: „Für ihre Angehörigen wie für die Gesellschaft bilden [die unheilbar Blödsinnigen] eine furchtbar schwere Belastung. Ihr Tod reißt nicht die geringste Lücke – außer vielleicht im Gefühl der Mutter oder der treuen Pflegerin.“¹⁰³

Das Werk Bindings und Hoches rief laut Hans-Walter Schmuhl eine fächerübergreifende Diskussion hervor, während andere Forscher diese Debatte jedoch kaum dokumentierten. Laut Schmuhl lehnten sowohl Juristen als auch Ärzte die „Vernichtung lebensunwerten Lebens“, also die Tötung Geisteskranker, größtenteils ab¹⁰⁴, wohingegen man bei der Sterbehilfe für Kranke geteilter Meinung war: Juristen befürworteten diese Euthanasie

⁹⁷ Vgl. Binding, et al. (1920), S. 27.

⁹⁸ Vgl. ebd., S. 25 f., S. 37.

⁹⁹ Vgl. ebd., S. 29 f., S. 33 f.

¹⁰⁰ Ebd., S. 31.

¹⁰¹ Vgl. ebd., S. 59.

¹⁰² Vgl. ebd., S. 53 ff.

¹⁰³ Ebd., S. 31.

¹⁰⁴ Vgl. Schmuhl (1987), S. 119, S. 121 f.

überwiegend, während die Ärzte auch sie ablehnten¹⁰⁵. In der evangelischen Kirche war man sich uneins: Es fanden sich Stimmen für und wider die Euthanasie an Geisteskranken, wohingegen die katholische Kirche eine einvernehmlich ablehnende Haltung vertrat¹⁰⁶. Schockierend mutet in diesem Zusammenhang das Ergebnis einer 1920 durch den Leiter einer „Irrenanstalt“ durchgeführten Befragung von 200 Eltern geistig behinderter Kinder an: nur 19 von 162 Eltern, die antworteten, sprachen sich unmissverständlich gegen eine „schmerzlose Beseitigung“ ihrer Kinder aus¹⁰⁷. Erhofft hatte sich der Anstaltsleiter ein gegenteiliges Bild¹⁰⁸.

Bemerkenswert am Buch von Binding und Hoche und der darauffolgenden Diskussion ist der Schritt von der reinen aktiven Sterbehilfe für unheilbar Kranke hin zur Beseitigung lebensunwerten, weil „unproduktiven“ und somit für die Gesellschaft nutzlosen Lebens.

Diese ökonomische Argumentation zur Befürwortung der Euthanasie Geisteskranker prägte auch überwiegend die rassenhygienische Propaganda und Indoktrinierung während der NS-Zeit. So fanden sich in den neuen Schulbüchern beispielsweise Rechenaufgaben nach folgendem Muster: „Der Bau einer Irrenanstalt erfordert sechs Millionen RM. Wieviel [sic!] neue Wohnblocks à 15 000 RM würden für diese Summe gebaut werden können?“¹⁰⁹ Außerdem wurden Besuchergruppen, darunter auch Schulklassen, durch die „Irrenanstalten“ geführt¹¹⁰, um die Insassen vorzuführen und dadurch Abscheu und Verachtung zu erregen.

Gleichzeitig warb die NS-Propaganda aber nicht öffentlich für eine „Vernichtung lebensunwerten Lebens“, vielmehr war es von der politischen Führung nicht gewünscht, dass die Euthanasie an Geisteskranken in der Bevölkerung diskutiert würde¹¹¹. Anders stand es um die aktive Sterbehilfe für unheilbar

¹⁰⁵ Vgl. ebd.

¹⁰⁶ Vgl. ebd., S. 123 f.

¹⁰⁷ Vgl. Klee (1983), S. 25.

¹⁰⁸ Vgl. ebd.

¹⁰⁹ Zit. nach Schmuhl (1987), S. 175.

¹¹⁰ Vgl. Klee (1983), S. 76.

¹¹¹ Vgl. Schmuhl (1987), S. 177.

Kranke, die als edler Ausdruck von Menschlichkeit und echtem Mitgefühl beispielsweise in dem Spielfilm *Ich klage an* von 1941 dargestellt wurde¹¹².

Laut Schmuhl entstanden bereits kurz nach der Machtergreifung der Nationalsozialisten 1933 erste Pläne, eine „Euthanasieaktion“ – gemeint war hier die Ermordung Geisteskranker und Behinderter – spätestens bei Kriegsausbruch umzusetzen¹¹³. Hitler selbst wollte den Kriegsfall abwarten, da er dann weniger öffentlichen und kirchlichen Widerstand erwartete. Ende 1938 diente schließlich der sogenannte „Fall Knauer“ als Präzedenzfall zur Kindereuthanasie. Der Vater eines behinderten Säuglings hatte sich an Hitler persönlich gewandt, um die Erlaubnis zur Tötung des Kindes zu erbitten. Diese wurde nach Begutachtung des Kindes durch Hitlers Begleitarzt Karl Brandt durchgeführt, woraufhin Hitler die Anweisung gab, in ähnlichen Fällen ebenso zu verfahren.¹¹⁴ Es folgte die Organisation der Kindereuthanasie unter strenger Geheimhaltung von der Kanzlei des Führers aus. Körperlich oder geistig behinderte Kinder mussten von Ärzten und Hebammen gemeldet werden, wobei der Zweck der Meldungen geheim blieb.¹¹⁵ Die Meldebögen wurden in Berlin von drei ärztlichen Gutachtern geprüft, die dann durch ihren Vermerk – Plus (Tötung) oder Minus (Leben) – über das weitere Schicksal des Kindes entschieden.¹¹⁶ In vielen Fällen wurde gegenüber den Eltern von einer „Behandlung [...], die zum Tode führen könnte“¹¹⁷ gesprochen und ihre Zustimmung zu einer solchen erfragt. Häufig willigten die Eltern ein und gaben auch bei späteren Befragungen an, erleichtert über die Todesnachricht gewesen zu sein.¹¹⁸ Verweigerten Angehörige die angebotene „Therapie“, so stand es ihnen zumindest in den Anfangsjahren frei, ihre Kinder zuhause zu pflegen oder in andere Kliniken zu verlegen. Doch ein Ende 1941 erschiedenes Rundschreiben des Innenministeriums an die Eltern zeugt von zunehmender

¹¹² Vgl. Spaemann (1998); Der Film zeigt den Leidensweg einer an Multipler Sklerose erkrankten jungen Frau, die schließlich auf ihren Wunsch hin von ihrem Ehemann, einem Arzt, getötet wird. Während des folgenden Prozesses hält dieser ein leidenschaftliches Plädoyer für den durch Mitleid motivierten Gnadentod für unheilbar Kranke. Das Urteil gegen den Ehemann bleibt im Film offen.

¹¹³ Vgl. Schmuhl (1987), S. 180.

¹¹⁴ Vgl. Klee (1983), S. 78 f.

¹¹⁵ Vgl. ebd., S. 80 f.

¹¹⁶ Vgl. Schmuhl (1987), S. 183 f.

¹¹⁷ Aly (2013), S. 156.

¹¹⁸ Vgl. ebd., S. 154 ff.

Druckausübung und Drohungen, das Sorgerecht bei Behandlungsverweigerung zu entziehen.¹¹⁹

Die zur „Therapie“ freigegebenen Kinder wurden in sogenannten „Kinderfachabteilungen“ untergebracht, in denen sie durch Verhungern lassen oder mehrfache Gaben von Luminal¹²⁰ über mehrere Tage hinweg umgebracht wurden¹²¹. So starben zwischen 1939 und 1945 mindestens 5000 Kinder im Rahmen der Kindereuthanasie¹²².

Im Juli 1939 wurde zunächst Reichsgesundheitsführer Leonardo Conti, später dann Karl Brandt und Reichsleiter Philipp Bouhler, mit der Planung der Euthanasie an erwachsenen Behinderten und Geisteskranken beauftragt¹²³. Hitler wünschte absolute Geheimhaltung, da er Widerstand von Seiten der Kirchen und der Bevölkerung fürchtete, weshalb er den außergesetzlichen Weg wählte. Es gab lediglich einen geheimen Führererlass im Oktober 1939, der auf den Kriegsbeginn am 1. September 1939 rückdatiert wurde. Interessant ist die Formulierung, die nur „unheilbar [Kranke]“¹²⁴, denen der „Gnadentod“ gewährt werden kann, nennt. Es wird nicht explizit von den „Geisteskranken“ gesprochen, die später den größten Teil der Opfer der Euthanasieaktion ausmachen sollten. Die Wortwahl Hitlers ließ ein viel weiteres Feld für die aktive Sterbehilfe offen, das aber während der nationalsozialistischen Herrschaft nicht genutzt wurde.

Die Motivation der NS-Psychiater, die Euthanasiepläne der nationalsozialistischen Führung zu befürworten, lag neben rassenhygienischen oder wirtschaftlichen Argumenten auch in dem – sicherlich eher unbewussten – Wunsch, die Ohnmacht, die die Behandlung Geisteskranker mangels erfolgreicher Behandlungsmethoden in ihren Ärzten hervorrief, zu überwinden. Die Psychiatriebewegung des 19. und beginnenden 20. Jahrhunderts hatte sich die Aufgabe „Heilen und Verwahren“ verordnet. Da aber auch neue Therapien wie die Schockbehandlungen nur bedingt eine Besserung der Symptome bewirkten, schien sich ein Wandel hin zu „Heilen und Vernichten“ zu

¹¹⁹ Vgl. ebd., S. 161.

¹²⁰ Medikament aus der Gruppe der Barbiturate, damals gängiges Schlafmittel.

¹²¹ Vgl. Schmuhl (1987), S. 187.

¹²² Vgl. ebd., S. 189.

¹²³ Vgl. Klee (1983), S. 83.

¹²⁴ Zit. nach Schmuhl (1987), S. 190, ebenso das folgende Zitat.

vollziehen.¹²⁵ Hinter solchen Gedanken stand der aktionistische Wunsch, etwas tun, heilen, zu können, und auch die eigene Angst abzuwehren. Das eigene Unvermögen, das vermeintliche Leiden der Patienten zu ertragen, wurde umgemünzt in Mitleid, das den „Gnadentod“ rechtfertigen sollte¹²⁶ oder kumulierte in einzelnen Fällen sogar in Verachtung und Abscheu gegen die Patienten, wie folgender Eintrag aus der Krankenakte einer 47-jährigen an Schizophrenie erkrankten Frau zeigt: „Weiter so. Geistig tot. Das Krankenblatt sollte abgeschlossen werden, da sich auch in Zukunft nichts ändern wird. Der einzige Eintrag, der sich noch lohnt, ist die Notiz des Sterbedatums.“¹²⁷ Nicht unerwähnt bleiben darf, trotz der überwiegend widerstandslosen Umsetzung der nationalsozialistischen Vernichtungspläne durch die psychiatrischen Einrichtungen, die Tatsache, dass es durchaus Anstaltsleiter gab, die ihre Mitarbeit verweigerten, wie beispielsweise Hans Roemer, Direktor der „Illenau“, einer Heil- und Pflegeanstalt in Achern.¹²⁸

Die Organisation der Euthanasieaktion wurde der Kanzlei des Führers angegliedert, die Räumlichkeiten aber in die Tiergartenstraße 4, der die Aktion den Namen „T4“ verdankt, verlagert. Opfer der „Aktion T4“ wurden zwischen April 1940 und August 1941 sogenannte „Schwachsinnige“, Epileptiker, Schizophrene (die weitaus häufigste Diagnose) und andere „Geisteskranke“, wobei Kriterien wie Arbeitsfähigkeit, „Rasse“ und „Asozialität“ ebenfalls eine Rolle bei der Selektion spielten.¹²⁹ Erfasst wurden die Anstaltsinsassen durch Meldebögen, die obige Kriterien abfragten und nachfolgend von drei Gutachtern wohl eher oberflächlich gelesen und bewertet wurden.¹³⁰ Die Tötungen fanden durch Vergasung mit CO in insgesamt 6 Tötungsanstalten in Deutschland und Österreich statt. Zwar teilte man den Zweck der Meldebögen den Anstaltsleitern und Ärzten zunächst nicht mit, doch im Laufe des Jahres 1940 wurden immer mehr Gerüchte über den Verbleib der Anstaltsinsassen nach Abtransport bekannt. Es regte sich zunehmend Widerstand in der

¹²⁵ Vgl. Rotzoll (2008), S. 32.

¹²⁶ Spaemann/Fuchs (1998), S. 117 f.

¹²⁷ Zit. nach Hohendorf (2008), S. 38.

¹²⁸ Vgl. Rotzoll (2008), S. 33.

¹²⁹ Vgl. Schmuhl (1987), S. 197 f.3

¹³⁰ Vgl. ebd., S. 201 f.

Bevölkerung und von Seiten der Kirchen¹³¹, bis die „Aktion T4“ schließlich im August 1941 durch mündliche Weisung Hitlers abgebrochen wurde. Bis dahin waren circa 70.000 Menschen der NS-Euthanasie zum Opfer gefallen.¹³² Im Rahmen der nun folgenden, sogenannten „wilden Euthanasie“, die nicht mehr zentral gesteuert, aber durchaus offiziell erwünscht war¹³³, starben weitere 90.000 Anstaltsinsassen¹³⁴. Sie wurden in den Anstalten direkt durch Medikamentenüberdosierungen oder gezieltes Verhungern lassen getötet.

Resümée

Über die verschiedenen Jahrhunderte hinweg unterlagen die Begriffe der Sterbehilfe und Euthanasie einer äußerst dynamischen Entwicklung. In der Antike konnte „euthanatos“ lediglich die Umstände des Todes beschreiben, die ihn zu einem guten machten. Es konnte aber auch der Suizid gemeint sein, sowie der individuelle Umgang und die Vorbereitung auf den Tod. Platon befürwortete bereits die passive Sterbehilfe im Staatsinteresse, während der Hippokratische Eid die Verpflichtung des Arztes, Leben zu erhalten, betonte. Im Mittelalter bestimmten die christlichen Werte die Vorstellungen von Sterbehilfe, die sich demnach vor allem in Sterbebegleitung und geistlicher Vorbereitung äußern sollte. Die Ärzte der Renaissance strebten nach Leidensminderung im Sinne einer palliativen Behandlung, wobei sie teilweise bereits den Einsatz von Betäubungsmitteln befürworteten. Der Wunsch, Leid zu nehmen, stand auch im 18. und 19. Jahrhundert zunächst im Vordergrund, doch Gedanken der Rassenhygiene und des Sozialdarwinismus heizten bereits eine Debatte über den Wert eines Menschenlebens für die Gesellschaft an. Untergeordnet tauchte auch zunehmend das Mitleid als Argument für die „Erlösung“ der Kranken auf. Spätestens mit Beginn des 20. Jahrhunderts rückte die Euthanasie an „lebensunwertem Leben“ ins Handlungsfeld der Politik und fand schließlich in der „Aktion T4“ während des Nationalsozialismus ihre Umsetzung. Die (aktive) Sterbehilfe für unheilbar Kranke spielte in dieser Zeit

¹³¹ Vgl. Stöckle (2010), S. 118 ff. und Strohm (2010), S. 125 ff.

¹³² Vgl. Aly (2013), S. 61.

¹³³ Vgl. Schmuhl (1987), S. 220.

¹³⁴ Vgl. Benzenhöfer (2009), S. 117.

eine eher untergeordnete Rolle, wenn sie auch zweifelsfrei von den Nationalsozialisten befürwortet wurde.¹³⁵

¹³⁵ Dies ist der Formulierung des Führererlasses vom 01. September 1939 sowie dem Propagandafilm *Ich klage an* aus dem Jahr 1941 zu entnehmen.

3.) Methodik

3.1) Die Inhaltsanalyse

Als Methode zur Analyse der Artikel dient die quantitative und qualitative Inhaltsanalyse. Die Inhaltsanalyse ist laut dem Kommunikationsforscher Werner Früh „eine empirische Methode zur systematischen, intersubjektiv nachvollziehbaren Beschreibung inhaltlicher und formaler Merkmale von Mitteilungen“¹³⁶.

Ziel ist, dem Soziologen Jürgen Friedrichs zufolge, sowohl „manifesten“ (rein lexikalische Bedeutung eines Wortes) als auch „latenten“ Inhalt (Assoziationen, Wertungen) eines Mediums unabhängig vom subjektiven Eindruck des Rezipienten reproduzierbar darzustellen.¹³⁷

Selbstverständlich ist diese Objektivität in absolutem Maße nur schwerlich zu erreichen. Einzelne Formulierungen können mehrdeutig sein, woraus zwangsweise eine Interpretation durch den Auswertenden als mögliche Fehlerquelle folgt. Um die Validität und Reliabilität der Untersuchung zu gewährleisten, muss sichergestellt sein, dass die Codierung der Textinhalte aufgrund möglichst genauer Kategoriendefinition und Zuordnungsregeln erfolgt.¹³⁸

Früh unterscheidet – wie auch Friedrichs¹³⁹ – nicht mehr ausdrücklich zwischen quantitativer und qualitativer Inhaltsanalyse, da erstere meist mit letzterer einhergeht: bevor eine Frequenzanalyse von Artikeln zu einem bestimmten Thema unternommen werden kann, müssen diese zumindest grob inhaltlich erfasst werden.¹⁴⁰

Ziel der qualitativen Inhaltsanalyse ist vor allem, den latenten Inhalt des Textes zu erfassen, Schlussfolgerungen zu ziehen und in begrenztem Maße auch Aussagen zur erwarteten Wirkung auf den Rezipienten zu machen.¹⁴¹

¹³⁶ Früh (2001), S. 25.

¹³⁷ Vgl. Friedrichs (1973), S. 319.

¹³⁸ Vgl. Pürer (1993), S. 186 f.

¹³⁹ Vgl. Friedrichs (1973), S. 318 f.

¹⁴⁰ Vgl. Früh (2001), S.35.

¹⁴¹ Vgl. Pürer (1993), S. 184.

Für die vorliegende Studie wurde ein „diagnostischer Ansatz“ gewählt, der laut Früh die Entstehungsbedingungen des Textes in den Vordergrund stellt, also die Beziehung Kommunikator – Mitteilung beleuchten will.¹⁴² Es ergeben sich Fragen nach den zugrunde liegenden Wertvorstellungen des Autors beziehungsweise der Redaktion sowie nach ihren Ideen, die sie mit der Mitteilung an den Rezipienten weitergeben wollen.

3.2) Auswahl des Untersuchungsgegenstandes

Der Darstellung der näheren Eingrenzung des Quellenmaterials soll ein kurzer Exkurs zur Geschichte und Bedeutung des Untersuchungsgegenstandes, des *Deutschen Ärzteblattes*, vorangestellt werden. Die Zeitschrift nimmt in vielerlei Hinsicht eine Sonderstellung unter den medizinischen Fachzeitschriften Deutschlands ein. Sie wird als einzige an alle in Deutschland approbierten Ärzte versandt und weist somit eine wöchentliche Auflage von circa 400.000 Exemplaren¹⁴³ auf. Im Rahmen der *Leseranalyse Medizinische Fachzeitschriften 2010* gaben 71,1% der niedergelassenen Ärzte, sowie 80% der Klinikärzte an, das *Deutsche Ärzteblatt* wöchentlich oder zumindest regelmäßig zu lesen.¹⁴⁴ Dies lässt erahnen, welche große Rolle diese Zeitschrift für die Meinungsbildung innerhalb der Ärzteschaft spielen mag. Inhaltlich zeichnet sie sich durch ein breit gefächertes Spektrum aus, wobei die Redaktion neben der Darstellung berufspolitischer Themen auch Fachartikel der verschiedenen Disziplinen veröffentlicht.

Die Geschichte des *Deutschen Ärzteblatts* ist eng verknüpft mit der standespolitischen Geschichte der deutschen Ärzteschaft. So erschien die erste Ausgabe seines Vorgängers des *Ärztlichen Vereinsblatts* im September 1872, herausgegeben vom *Deutschen Ärztevereinsbund*, der nur einen Monat zuvor gegründet worden war.¹⁴⁵ Sein Hauptziel war die Vertretung der ärztlichen

¹⁴² Vgl. Früh (2001), S. 42.

¹⁴³ Medizinisch-Wissenschaftliche Redaktion des Deutschen Ärzteblatts: 6 Gründe im Deutschen Ärzteblatt zu publizieren. <http://www.aerzteblatt.de/download/files/2011/07/down155696.pdf>, zuletzt geprüft am 10.05.2012.

¹⁴⁴ Ebd..

¹⁴⁵ Vgl. Stobrawa (2001), S. 16.

Standesinteressen sowie die Erreichung eines größeren Mitspracherechts von Ärzten in der Gesundheits- und Sozialpolitik.

Im Jahr 1900 gründete sich der *Verband der Ärzte Deutschlands zur Wahrung ihrer wirtschaftlichen Interessen*, kurz *Leipziger (Wirtschaftlicher) Verband* genannt, dessen Mitglieder ihre wirtschaftlichen Interessen vom *Deutschen Ärztevereinsbund* nicht aggressiv genug vertreten sahen.¹⁴⁶ Beide Vereine existierten bis 1903 in Konkurrenz zueinander. Auch der *Leipziger Verband* hatte ein Publikationsorgan, die *Ärztlichen Mitteilungen*, das er ab 1904 herausgab.

1903 schlossen sich der *Deutsche Ärztevereinsbund* und der *Leipziger Verband* doch noch zusammen, ab 1929 hatten beide Vereine einen gemeinsamen Vorsitzenden¹⁴⁷. Im gleichen Jahr gründete sich der *Nationalsozialistische Deutsche Ärztebund*¹⁴⁸, um sich im Rahmen der Gleichschaltung im März 1933 den *Deutschen Ärztevereinsbund* einschließlich des *Leipziger Verbands* einzuverleiben¹⁴⁹. Im Juli dieses Jahres entstand das *Deutsche Ärzteblatt* aus den *Ärztlichen Mitteilungen* und dem *Ärztlichen Vereinsblatt*^{150,151}. Diese Zeitschrift diente den Nationalsozialisten bis zu ihrer vorerst letzten Ausgabe im Februar 1945¹⁵² als Propagandasprachrohr.¹⁵³

Erst am 15. Mai 1949 wurden die *Ärztlichen Mitteilungen* neu aufgelegt¹⁵⁴, wobei der Titel des *Deutschen Ärzteblatts* zunächst bewusst vermieden wurde, um Assoziationen mit der zuletzt nationalsozialistisch beeinflussten Redaktion zu vermeiden. Ab 1964 erschien die Zeitschrift dann wieder unter dem Namen *Deutsches Ärzteblatt – Ärztliche Mitteilungen*¹⁵⁵, erreichte aber bis zur Wiedervereinigung nur westdeutsche Ärzte.

¹⁴⁶ Vgl. Jütte/Gerst (1997), S. 50.

¹⁴⁷ Vgl. Stobrawa (2001), S. 31.

¹⁴⁸ Vgl. Jütte/Gerst (1997), S. 141.

¹⁴⁹ Vgl. Stobrawa (2001), S. 33.

¹⁵⁰ Das *Ärztliche Vereinsblatt* hatte sich eigentlich bereits 1929 in *Deutsches Ärzteblatt* umbenannt. Vgl. Deneke (1973), S. 53.

¹⁵¹ Vgl. ebd., S. 82.

¹⁵² Vgl. Roemer: 1949-1989: Die Zeitschrift der Ärzteschaft, S. A-1253.

¹⁵³ Vgl. Deneke (1973)

¹⁵⁴ Vgl. Jütte/Gerst (1997), S. 214.

¹⁵⁵ Vgl. Roemer: 1949-1989: Die Zeitschrift der Ärzteschaft, S. A-1253.

Im Rahmen der Recherche für die vorliegende Arbeit, erfolgte zunächst eine Stichprobe im Onlinearchiv des *Deutschen Ärzteblattes* für den Zeitraum von Januar 1986 bis Juni 2012 unter dem Begriff „Sterbehilfe“. Diese ergab bereits eine Trefferzahl von 752 Artikeln, was eine Eingrenzung des Materials unumgänglich machte. Als Zäsur, die den Beginn der zu betrachtenden Periode bildet, ergab sich die erste Ausgabe nach dem Zweiten Weltkrieg, da mit ihr einerseits keinerlei Verbindung mehr zum Dritten Reich gezogen werden sollte, andererseits aber die Schrecken der NS-Euthanasie gerade durch die Nürnberger Prozesse ins Bewusstsein der Öffentlichkeit rückten. Die Untersuchung will die These, wonach für die Nachkriegszeit auch eine Diskussion der Sterbehilfeproblematik in der Ärzteschaft wahrscheinlich war, überprüfen. Als Abschluss des Untersuchungszeitraumes erschien das Ende des Jahres 2010 sinnvoll, da so ein ausreichender zeitlicher Abstand gewährleistet war, der eine historische Bewertung des Geschehens erleichterte. Ebenfalls dafür sprach die Tatsache, dass die vergangenen vier Jahre keine Neuerungen in der deutschen Gesetzgebung bezüglich der Sterbehilfe mehr brachten und somit keine vermehrte öffentliche Debatte zu erwarten war.

Die Artikel des *Deutschen Ärzteblattes* stehen ab 1986 in digitalisierter Form im Onlinearchiv der Zeitschrift zur Verfügung. Die früheren Jahrgänge mussten manuell durchgesehen werden. Nachdem Stichproben in beiden Zeiträumen ergaben, dass der im englischen Sprachraum weit verbreitete Begriff für Sterbehilfe „Euthanasie“ im *Deutschen Ärzteblatt* zumindest in den letzten drei Jahrzehnten fast ausschließlich im zeithistorischen Zusammenhang mit den Krankenmorden im „Dritten Reich“ angewandt wird, diente allein der Begriff „Sterbehilfe“ als Stichwort für die Auswahl der Artikel.¹⁵⁶ Hierbei war es irrelevant, ob er im Titel oder Text auftauchte, in beiden Fällen wurde der Artikel zunächst erfasst. Weiterhin beinhaltet die bereits besprochene 1990 erschienene Dissertation von Ulrich Geyer die Frequenzanalyse und qualitative Inhaltsanalyse des Euthanasiebegriffs im *Deutschen Ärzteblatt* zwischen 1930 bis 1983. Geyer widmete sich in seiner Arbeit vorwiegend dem historisch geprägten Euthanasiebegriff und der damit zusammenhängenden Aufarbeitung

¹⁵⁶ Wurde „Euthanasie“ im Sinne von Sterbehilfe verwendet, so waren diese Artikel im Stichwortverzeichnis auch immer unter beiden Schlagworten gelistet.

der nationalsozialistischen Medizinverbrechen.¹⁵⁷ Die Datenlage erschien hier somit befriedigend und eine Einschränkung des Themas sinnvoll.

Artikel, die zwar Treffer der Stichwortsuche waren, in denen die Sterbehilfediskussion aber nicht zentraler Inhalt war, flossen nicht in die Analyse ein. Ausschlaggebend für eine Aufnahme war, ob die Sterbehilfediskussion beispielsweise einen eigenen Absatz im Artikel einnahm, das Wort „Sterbehilfe“ in einer Unterüberschrift vorkam oder die Diskussion im Fließtext mindestens eine Spalte (circa 46-49 Zeilen) füllte.¹⁵⁸

Das Resultat der Stichwortsuche umfasste eine Vielzahl unterschiedlicher Textarten. Kurzmeldungen zu aktuellen politischen Ereignissen, Tagungsberichte, Richtlinien und Urteile, die keine zugrundeliegende Tendenz erkennen lassen, fanden sich ebenso wie Leitartikel und argumentativ ausführlichere Texte, bei denen die Meinung des Autors – pro/kontra Sterbehilfe – klar hervortritt. Die Mehrzahl der Artikel, besonders erstgenannte, schien für die Erhebung des Meinungsbilds der Ärzteschaft nicht verwertbar, weshalb dieser Teil lediglich in der Frequenzanalyse erfasst wurde. Diese rein quantitative Erfassung erlaubt zumindest eine Aussage darüber, wie viel Aufmerksamkeit dem Thema geschenkt wurde.

Eine klare Meinung des Verfassers ließen meist die Leserbriefe erkennen, die einen beträchtlichen Teil der Treffer ausmachten. Eine inhaltsanalytische Auswertung erfolgte auch hier anhand einiger Stichproben.

3.3) Kategorienbildung

Kategorisiert wurden die Artikel im ersten Schritt nach Beitragsformen, wobei einige Textarten in einer Kategorie zusammengefasst wurden. So zählen zur

¹⁵⁷ Vgl. Geyer (1990), S. 280 ff.

¹⁵⁸ Um die Entscheidungsfindung nachvollziehbarer zu machen, seien hier zwei Beispiele für Artikel genannt, die nicht in die Analyse einfließen:

Der Text „Aufruf zu einer ideologiefreien Gesundheitspolitik“ aus dem Jahr 1977 dokumentiert den 30. Bayerischen Ärztetag, wobei lediglich am Rande des zweiseitigen Artikels eine zehn Zeilen umfassende Stellungnahme des damaligen Ärztekammerpräsidenten Prof. Dr. Hans-Joachim Sewering zitiert wird, in der er sich gegen die aktive Sterbehilfe ausspricht. Es folgt darauf weder die Veröffentlichung weiterer Stimmen noch eine Diskussion, sodass der Schwerpunkt des Artikels offensichtlich nicht auf der Sterbehilfethematik liegt. Vgl. Jachertz: Aufruf zu einer ideologie-freien Gesundheitspolitik.

„Sterben zu Hause“ aus dem Jahr 1981 floss ebenso nicht in die Analyse ein, da sich dieser Artikel lediglich mit den Umständen des Sterbens im häuslichen Umfeld und den daraus folgenden hausärztlichen Aufgaben im Sinne einer Sterbebegleitung befasste. Vgl. Weber: Sterben zu Hause.

Kategorie *Verschiedenes* Buch- und Filmbewertungen, wie auch Rezensionen, Hinweise zu Ausstellungen und Veranstaltungen, sowie im Ganzen abgedruckte Artikel aus anderen Zeitungen. Auch die Kategorie *Dokumentationen* beinhaltet unterschiedliche Aussagenarten wie neutrale Berichterstattung zu aktuellen politischen Ereignissen, Richtlinien der Bundesärztekammer und Gerichtsurteile. Letzte Kategorie der Beitragsformen sind diejenigen, meist längeren Artikel, die eine klare Tendenz des Autors, beziehungsweise bei Interviews der befragten Person, pro oder kontra Sterbehilfe erkennen lassen (*Stellungnahmen*). Beiträge, die im Rahmen eines Diskussionsforums abgedruckt wurden, fanden ebenfalls Eingang in die letztgenannte Kategorie. Zwar handelt es sich bei ihnen häufig um argumentativ ausführlichere Leserbriefe, doch erhielten sie durch ihre Platzierung außerhalb eben jener Rubrik eine andere Gewichtung. Die Redaktion setzte hiermit Schwerpunkte, die Rückschlüsse auf die von ihr beabsichtigte Meinungsbildung zulassen.

Die nächste Stufe der Kategorisierung stellte die Einordnung des Inhalts von *Leserbriefen*, *Verschiedenem* und *Stellungnahmen* in jeweils die Kategorie *pro Sterbehilfe*, *kontra Sterbehilfe* sowie *weder noch* dar.

Diese Sortierung erfolgte für die *Stellungnahmen* aufgrund der in den Texten zu differenzierenden Argumente. Da der Standort des jeweiligen Autors selten anhand eines Wortes oder Satzes auszumachen war, konnte die Einordnung der Artikel nicht aufgrund eines Stichwortkataloges erfolgen, sondern eher anhand einer Sammlung von Argumenten, die richtungsweisend für die Meinung des Autors sein sollten. Es stellte sich heraus, dass eigentlicher Streitpunkt zwischen Befürwortern und Gegnern der Sterbehilfe lediglich die aktive Sterbehilfe ist. Passive sowie indirekte Sterbehilfe werden in keinem Artikel als moralisch fragwürdig oder gar unrecht diskutiert, wodurch sich die Kategorien *pro/ kontra aktive Sterbehilfe* herauskristallisierten.

Die Codierung der Artikel erfolgte aufgrund folgender wiederkehrender Argumente:

Für aktive Sterbehilfe

- Es gibt das Recht auf einen selbstbestimmten Tod, aus dem das Recht auf Beihilfe dazu und somit das Recht auf aktive Sterbehilfe folgt. (Selbstbestimmungsrecht)
- Aus Humanität und Mitleid für den Leidenden folgt geradezu die Verpflichtung, aktive Sterbehilfe zu leisten. (Humanität)
- Im utilitaristischen Sinne sind Behinderte, Kranke und Demente keine Personen. Doch nur Personen genießen vollen Lebensschutz. (Utilitarismus)

Gegen aktive Sterbehilfe

- Alles Leben ist schützens- und erhaltenswert. („Heiligkeit“ des Lebens)
- Aktive Sterbehilfe verstößt gegen das ärztliche Berufsethos, wie es beispielweise im Hippokratischen Eid oder der Genfer Deklaration niedergeschrieben ist. (Berufsethos)
- Aktive Sterbehilfe soll in Situationen unerträglichen Leids zur Anwendung kommen: kann in solchen Situationen noch von souveränen/ autonomen Entscheidungen ausgegangen werden? (Falsche Autonomievorstellung)
- Die Geschichte der Euthanasie in der NS-Zeit hat gezeigt, wohin das falsch verstandene Mitleidsargument der nationalsozialistischen Ärzte führte und dass eine Grenzziehung zwischen lebenswertem und lebensunwertem Leben kaum zu halten ist. (Dammbruchgefahr/ Schiefe Ebene)
- Gesellschaftliche oder ökonomische Interessen könnten zu einem starken Druck auf Schwache, Kranke und Alte führen, die in einer unausgesprochenen Pflicht zum Selbstmord, zur aktiven Sterbehilfe münden. (Ökonomischer Druck)
- Wird jeder Arzt zum potentiellen „Todbringer“, so ist das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient grundlegend gefährdet. (Vertrauensverlust)

- Durch die Möglichkeiten der Palliativmedizin, Leiden zu lindern, erübrigt sich in den allermeisten Fällen der Wunsch nach aktiver Sterbehilfe. (Palliativmedizin)

Die Kategorisierung der *Leserbriefe* gestaltete sich einfacher, da in ihnen meist Schlagworte zu finden waren, die die Position des Verfassers äußerst deutlich machten.

Beispiele hierfür aus den sich gegen aktive Sterbehilfe positionierenden Briefen sind: Tötung, Mord, Christliche Überzeugung, Vernichtung, Eliminierung, Lebenswert/-unwert, Hippokratischer Eid, 5. Gebot, Gift, Vertrauen.

In jenen Zuschriften, die sich für die aktive Sterbehilfe aussprechen, tauchen Begriffe wie Humanität/ Menschlichkeit, Mitleid, Hilfsverweigerung, im Stich lassen, Qualen, Leid, Siechtum und Willen aufzwingen auf.

Außerdem fanden sich häufig klare Stellungnahmen des Autors wie: „Auch für die von mir strikt abgelehnte ärztliche aktive Sterbehilfe [...]“¹⁵⁹. Ebenso äußerten die Leser in ihren Briefen deutliche Zustimmung oder Kritik zur Positionierung eines Redakteurs: „Ich persönlich kann jedes Wort dieses Artikels unterstreichen.“¹⁶⁰

Trotzdem ließen sich einige *Leserbriefe* keiner der beiden Kategorien *pro/kontra* zuordnen. Bei ihnen handelte es sich um Richtigstellungen zu Artikeln¹⁶¹, neutral gehaltene Denkanstöße in beide Richtungen¹⁶², Stellungnahmen zur passiven Sterbehilfe¹⁶³ oder, vor allem in späteren Jahren, um Beschwerden über die bestehende Rechtsunsicherheit¹⁶⁴.

Für die *Leserbriefe* galt es zu zeigen, ob deren Auswahl durch die Redaktion repräsentativ für das Meinungsbild der Ärzteschaft war. Hier bleibt die Frage, ob es überhaupt ein solches Meinungsbild gibt. Zur Annäherung dienten daher Umfrageergebnisse unter deutschen Ärzten, die mit den Stimmen der Leserbriefe verglichen werden konnten. Ob die Redaktion eine für die

¹⁵⁹ Gaul: Sterbehilfe: Rolle der Ärzte häufig zu wenig beachtet, S. A-278.

¹⁶⁰ Payk: Heilung unkonventionell, S. 1909.

¹⁶¹ Spaemann: Euthanasie: Richtigstellung, S. A-2001.

¹⁶² Neitzke: Euthanasie: Moralische Kompetenz mehr akzentuieren, S. A-554.

¹⁶³ Diekhaus: Sterbehilfe: Sensibilität gefragt, S. A-648.

¹⁶⁴ Wendtland: Sterbehilfe: Bindendes Gesetz fehlt, S. A-1146.

Gesamtheit ihrer Zuschriften repräsentative Auswahl getroffen hatte, ließ sich im Nachhinein leider nicht mehr überprüfen, da das *Deutsche Ärzteblatt* seine Leserbriefe nicht archiviert.

Die medienbezogenen Beiträge (*Verschiedenes*) wurden wie die Leserbriefe auf zweiter Stufe kategorisiert nach *pro* bzw. *kontra aktive Sterbehilfe*, sowie *weder noch*. Es interessierte, ob die Redaktion eine ausgewogene Mischung von Buch-, Film- und Ausstellungsempfehlungen zu beiden Meinungen präsentierte und in welcher Art und Weise diese dem Leser dargestellt würden.

3.4) Stichprobenauswahl

Da einzelne *Leserbriefe* auch inhaltlich, also qualitativ analysiert werden sollten, war es nötig, aus ihrer Gesamtzahl eine Auswahl solcher Dokumente zu treffen, die zentrale Meinungen widerspiegeln. Ziel war es, anhand von „Schlüsseldokumenten“ eine Übersicht über die wechselnden vorherrschenden Meinungsströmungen zu vermitteln. Hierzu wurden solche *Leserbriefe* herangezogen, die in ihrer Argumentation oder Sprache entweder beispielhaft waren für andere Zuschriften des Untersuchungszeitraums oder sich von diesen besonders abhoben. So sollte ein möglichst umfassender Eindruck vom Charakter der *Leserbriefe* vermittelt werden.

Ähnlich wurde mit den *Stellungnahmen* verfahren. Auch ihre Zahl schwankte zwischen den Jahrzehnten stark. Meist ähnelten sich die Argumente verschiedener Artikel über mehrere Jahre hinweg sehr, weshalb es oft genügte, einen oder zwei davon zu besprechen.

Artikel der Rubrik *Verschiedenes* verbargen häufig hinter einer vordergründig „neutralen“ Berichterstattung über eine Fernsehsendung oder ein Buch mehr oder weniger deutliche Meinungsäußerungen des Autors zur Sterbehilfethematik. Um hiervon einen Eindruck zu vermitteln, sollen auch aus dieser Kategorie einige beispielhafte Artikel inhaltlich besprochen werden.

3.5) Reliabilität und Validität

Als mögliche Fehlerquelle des Codierprozesses wird in der Literatur häufig die Tatsache angegeben, dass in einem Team mehrerer Codierer leichte Unterschiede im Verstehen und Interpretieren von Texten zum Tragen kommen können, sodass die gleiche Textstelle von verschiedenen Codierern unterschiedlich eingeordnet wird (Intercoder-Reliabilität).¹⁶⁵ Dieses Problem stellte sich in vorliegender Analyse nicht, da die Codierung durch nur eine Person vorgenommen wurde.

Allerdings musste geprüft werden, ob ein und dasselbe Textmaterial zu zwei unterschiedlichen Zeitpunkten in gleicher Art und Weise codiert würde (Intracoder-Reliabilität)¹⁶⁶. Eine Stichprobe von 20 Artikeln ergab eine Übereinstimmung von erstem und zweitem Messzeitpunkt (zwei Monate Abstand) von 95 Prozent. Um die jeweilige Einordnung und Bewertung der Texte nachvollziehbar zu machen, werden in der qualitativen Analyse längere Textpassagen zitiert.

Frühs Definition von Validität im Zusammenhang einer Inhaltsanalyse besagt, dass diese dann valide ist, „wenn sie das erfasst, was der Forscher messen will“¹⁶⁷. Er wendet also lediglich die sogenannte „face-validity“ oder Inhaltsvalidität an, die überprüft, inwiefern die theoretischen Vorstellungen des Forschers, was zu messen ist und die tatsächlichen Messergebnisse der Codierer übereinstimmen. Die Inhaltsvalidität ist in dieser Studie durch die Tatsache gesichert, dass Formulierung der Forschungsfrage und Messung durch dieselbe Person erfolgten. Laut Früh unterscheiden sich andere Validitätskriterien, „wie etwa Kriteriumsvalidität¹⁶⁸, Konstruktvalidität¹⁶⁹, Prognosevalidität¹⁷⁰ etc.“ lediglich „in der Art des Kriteriums, das sie als Validitätsstandard nutzen.“¹⁷¹ Der Psychologe Philipp Mayring stellt fest, dass

¹⁶⁵ Vgl. Früh (2001), S. 177.

¹⁶⁶ Vgl. ebd.

¹⁶⁷ Ebd., S. 184.

¹⁶⁸ Die Kriteriumsvalidität benötigt ein externes Kriterium, wie bereits vorliegende Studienergebnisse zum Thema. Dies ist für vorliegende Studie nicht der Fall. Vgl. ebd., S. 186.

¹⁶⁹ Die Konstruktvalidität überprüft die Analyseergebnisse anhand bewährter Theorien. Vgl. Mayring (2010), S. 117.

¹⁷⁰ Die Prognosevalidität überprüft die Übereinstimmung der Untersuchungsergebnisse mit Ereignissen in der Zukunft. Vgl. Früh (2001), S. 186.

¹⁷¹ Ebd., S. 186.

diese „klassischen“ Gütekriterien ihre Übertragbarkeit auf die Inhaltsanalyse betreffend häufig kritisiert wurden.¹⁷² Er argumentiert daher für die Einführung geeigneter Validitätskriterien wie die „semantische Gültigkeit“ oder die „Stichprobengültigkeit“. Die „Semantische Gültigkeit“ drückt sich laut Mayring „in der Angemessenheit der Kategoriendefinitionen aus“¹⁷³. Er schlägt daher eine einfache Überprüfung der Analyseanweisungen vor, indem beispielsweise einzelne kodierte Textstellen auf Homogenität verglichen werden. Die „Stichprobengültigkeit“ kam in vorliegender Studie nur begrenzt zum Tragen, da das Untersuchungsmaterial vollständig kodiert wurde und lediglich aus *Leserbriefen* und *Stellungnahmen* eine Stichprobe zur qualitativen Inhaltsanalyse gezogen wurde. Die Auswahl dieser Stichproben richtete sich wiederum nach „Repräsentativitätsüberlegungen“¹⁷⁴ (es galt, „Schlüsseldokumente“ zu besprechen) sowie „ökonomischen Erwägungen“ (aus mehreren Hundert Artikeln Gesamtmaterial musste ausgewählt werden).

¹⁷² Vgl. Mayring (2010), S. 117.

¹⁷³ Ebd., S. 119.

¹⁷⁴ Ebd., S. 53 ebenso das folgende Zitat.

4.) Quantitative Auswertung

Bereits ein erstes Auszählen der Artikel der Jahre 1949 bis 2010 ergab einen Überblick über den Charakter der Sterbehilfediskussion im *Deutschen Ärzteblatt*.

Es lassen sich Aussagen über Frequenz der Artikel, ihre Verteilung über die Jahrzehnte, eventuelle Häufungen und ihren Zusammenhang untereinander – korrelieren beispielsweise Leserschriften mit den Stellungnahmen? – machen. Die Diagramme 1 bis 5 sollen eine schnelle Orientierung über die sechs untersuchten Jahrzehnte bieten. Die dazugehörigen Wertetabellen finden sich im Anhang dieser Arbeit.

Die Betrachtung von Diagramm 1, das die Veröffentlichung von neutralen Meldungen und Berichten, die *Dokumentationen* zeigt, ermöglicht erste Aus-

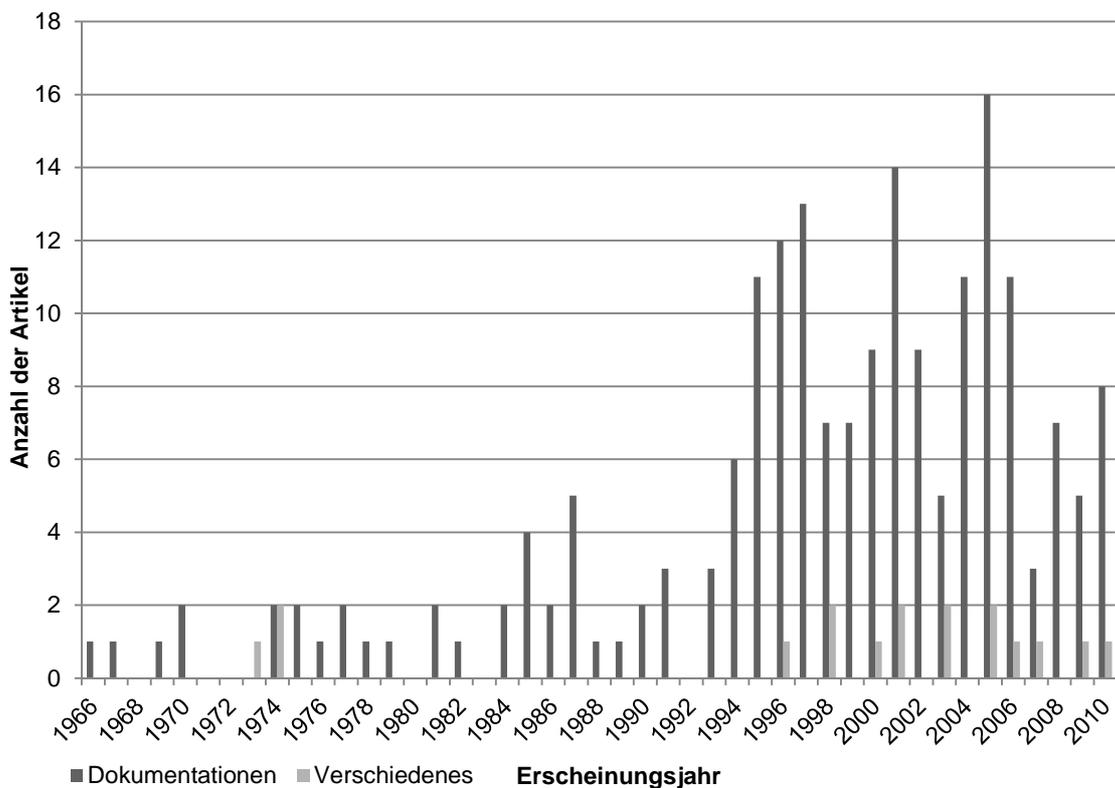


Diagramm 1: *Dokumentationen* und *Verschiedenes*

gen darüber, wie kontinuierlich der Thematik Aufmerksamkeit zuteil wurde.

Es fällt auf den ersten Blick die hohe Gesamtzahl an Artikeln (n=190) auf, die über die Jahre hinweg stark zunimmt. Desweiteren erschien die erste Meldung erst 1966, also 17 Jahre nach Veröffentlichung der ersten Ausgabe des *Deutschen Ärzteblattes* nach dem Zweiten Weltkrieg. Eine mehr oder weniger kontinuierliche Präsenz des Themas Sterbehilfe lässt sich ab Mitte der siebziger Jahre beschreiben, wenn auch immer wieder Jahre ohne einen einzigen Bericht ins Auge fallen (1980, 1983, 1992).

Bemerkenswert ist der sprunghafte, deutliche Anstieg der Berichtzahl ab Anfang der neunziger Jahre. Schwankte die Anzahl der Meldungen zuvor zwischen null (1980) und fünf (1987), so druckte das *Deutsche Ärzteblatt* bis zu 13 Artikel im Jahr 1997. Da es sich hierbei um neutrale Artikel zum Zeitgeschehen handelt, liegt nahe, dass die verstärkte Berichterstattung mit einer tatsächlich intensivierten Diskussion oder Geschehnissen in der Öffentlichkeit zusammen hing.

Ab den neunziger Jahren verlief die Berichterstattung wellenförmig mit Höhepunkten in den Jahren 2001 (14 Artikel), 2005 (15 Artikel) und 2010 (acht Artikel). Während dieses Zeitraums findet sich auch in den Jahren zwischen den Gipfeln eine starke Präsenz des Themas. So bewegte sich die Anzahl der Meldungen dort zwischen drei (2007) und elf (2004 und 2006).

Zusammenfassend stellen sich nach Betrachtung von Diagramm 1 folgende Fragen: Wie erklärt sich die lange Periode des „Schweigens“ zwischen 1949 und 1966 und wodurch wurde sie beendet? Welches Ereignis bedingte den sprunghaften Anstieg der Meldungen ab 1990? Außerdem interessiert, wodurch die konstante Präsenz des Themas in den neunziger Jahren und nach 2000 bedingt war.

Eine Hypothese zu erstgenannter Frage ist, dass die Schrecken der NS-Euthanasie noch nachwirkten und eine öffentliche Sterbehilfediskussion in der Nachkriegszeit ersticken. Ebenso möglich wäre, dass diese Diskussion durchaus stattfand, das *Deutsche Ärzteblatt* aber nicht an ihr teilhatte und sie auch nicht wiedergab. Erst die inhaltliche Auswertung der Artikel wird diese Fragen klären können.

Die ebenfalls in Diagramm 1 verzeichnete quantitative Auswertung der Artikel der Rubrik *Verschiedenes* lässt aufgrund der geringen Gesamtzahl (n=19) nur bedingt Rückschlüsse auf die Sterbehilfediskussion im *Deutschen Ärzteblatt* zu. Trotzdem fällt auf, dass die Thematik in dieser Rubrik erstmals 1973 Erwähnung fand und dann in den beiden Folgejahren mit jeweils zwei Artikeln präsent blieb. Zwischen 1975 und 1996 erschien kein Artikel, ein Umstand, der einerseits in der zuvor wie auch später niedrigen Anzahl pro Jahr begründet sein kann. Vor diesem Hintergrund ist das Fehlen von Artikeln als nicht unbedingt signifikant zu werten. Andererseits ist in diesem Zeitraum auch bei den *Dokumentationen*, wie oben beschrieben, noch keine solch intensive Behandlung des Themas zu verzeichnen, wie es ab den neunziger Jahren der Fall ist. Insofern könnte die Rubrik *Verschiedenes* hier durchaus korrelieren. Auffallend ist die fast durchgehende Präsenz der Sterbehilfethematik ab 1996. Zwar schwanken die Artikelzahlen nach wie vor nur zwischen eins und zwei und es finden sich immer wieder Jahre ohne Meldung, doch ergibt sich in der Betrachtung der grafischen Auswertung eine deutlich stärkere Repräsentation als in den Jahren zuvor. Dies bestärkt die Vermutung, dass die Sterbehilfediskussion im *Deutschen Ärzteblatt* ab Mitte der neunziger Jahre vollkommen neue Züge annahm und vermehrt sowohl in den Fokus der Öffentlichkeit wie auch der ärztlichen Standesgemeinschaft rückte.

Die zahlenmäßige Auswertung der *Stellungnahmen* (siehe Diagramm 2) lässt eindeutigeren Rückschlüsse auf die eigentliche Diskussion zur Sterbehilfe im *Deutschen Ärzteblatt* zu als diejenige der *Dokumentationen*. Die *Stellungnahmen* (n=69) sind nicht in solchem Maße wie die neutralen Berichte an aktuelle Ereignisse in Politik und Gesellschaft gebunden. An ihrer Zahl und Frequenz lässt sich vielmehr ablesen, welches Gewicht die Redaktion des *Deutschen Ärzteblattes* einem Thema beimisst, wie sehr sie es für nötig befindet, Stellung zu beziehen.

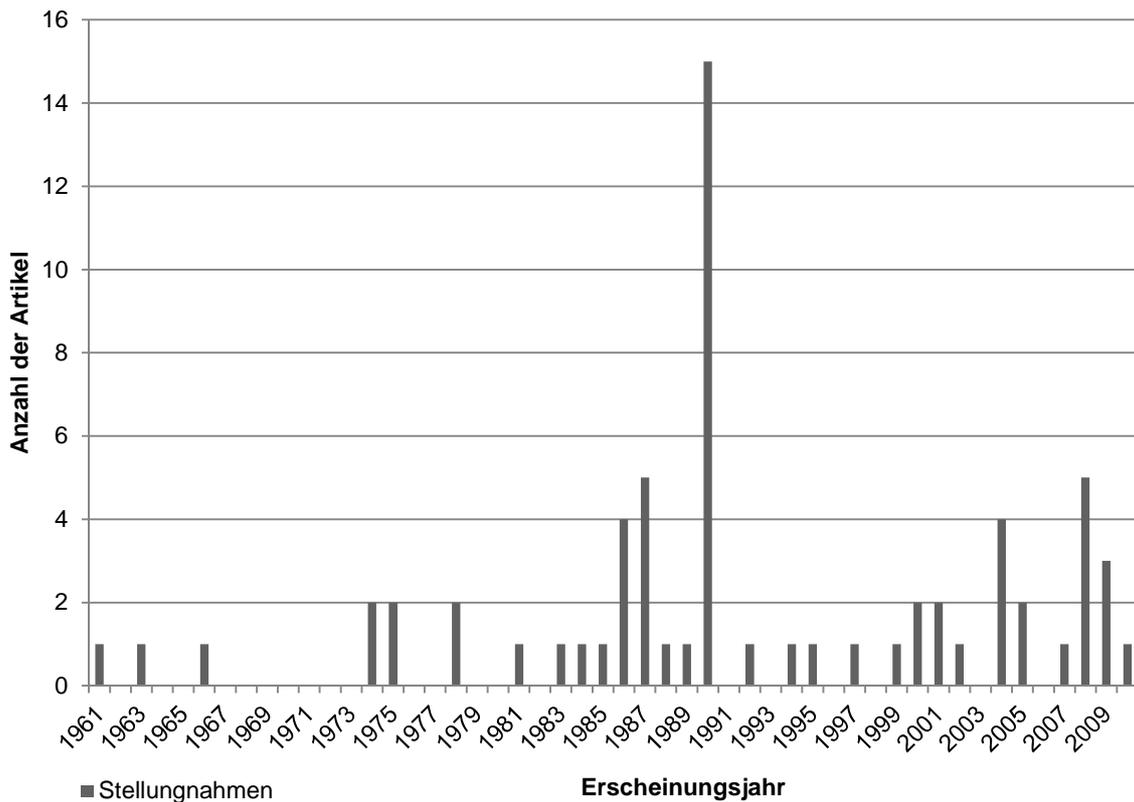


Diagramm 2: *Stellungnahmen*

Bemerkenswert ist, dass die erste *Stellungnahme* bereits 1961 erschien, in einer Zeit also, in der Sterbehilfe in der Öffentlichkeit noch tabuisiert war. Es folgten zwei weitere Artikel bis 1966, danach eine achtjährige Pause. In der zweiten Hälfte der siebziger Jahre erschienen insgesamt sechs Artikel, doch eine kontinuierliche Diskussion ist erst ab Anfang der Achtziger zu verzeichnen, als fast jährlich mindestens ein Aufsatz zur Sterbehilfethematik veröffentlicht wurde. Auffallend sind die Jahre 1986 und 1987, die mit vier beziehungsweise fünf Artikeln herausstechen. Hierbei scheinen sie mit der erhöhten Anzahl an *Dokumentationen* in der zweiten Hälfte der achtziger Jahre zu korrespondieren. Es gilt also, zu überprüfen, ob ein reales Geschehen – dokumentiert in den neutralen Berichten – eine Meinungsdiskussion in den *Stellungnahmen* angestoßen hat oder ob es sich lediglich um eine zufällige Häufung in beiden Rubriken handelt.

Besonders auffallend ist in Diagramm 2 das Jahr 1990, das mit 15 Artikeln zehn mehr aufweist als 1987 und 2008, die Jahre mit den zweithöchsten Werten.

Dieser Gipfel erscheint erklärungsbedürftig, vor allem, da ein Blick auf Diagramm 1 zeigt, dass sich weder 1990 noch in den beiden Jahren zuvor oder danach offensichtliche Korrelationen finden. Es könnte sich also um eine isoliert im *Deutschen Ärzteblatt* stattfindende Diskussion handeln, die keine Verbindung zu aktuellen gesamtgesellschaftlichen Fragestellungen hat.

Die neunziger Jahre, die bei den *Dokumentationen* eine solch rasante Zunahme an Artikeln mit sich brachten, sind bei den *Stellungnahmen* durch eine verminderte Anzahl und Frequenz an Artikeln gekennzeichnet. Einjährige Pausen wechseln sich mit vereinzelt Artikeln ab. Eine leichte Zunahme der Beiträge ist erst ab der Jahrtausendwende zu verzeichnen, so erscheinen 2000 und 2001 jeweils zwei Artikel, 2004 sogar vier. Diese Gipfel, wie auch jener aus dem Jahr 2008 (fünf Artikel), könnten wiederum mit denen in Diagramm 1 in Zusammenhang stehen.

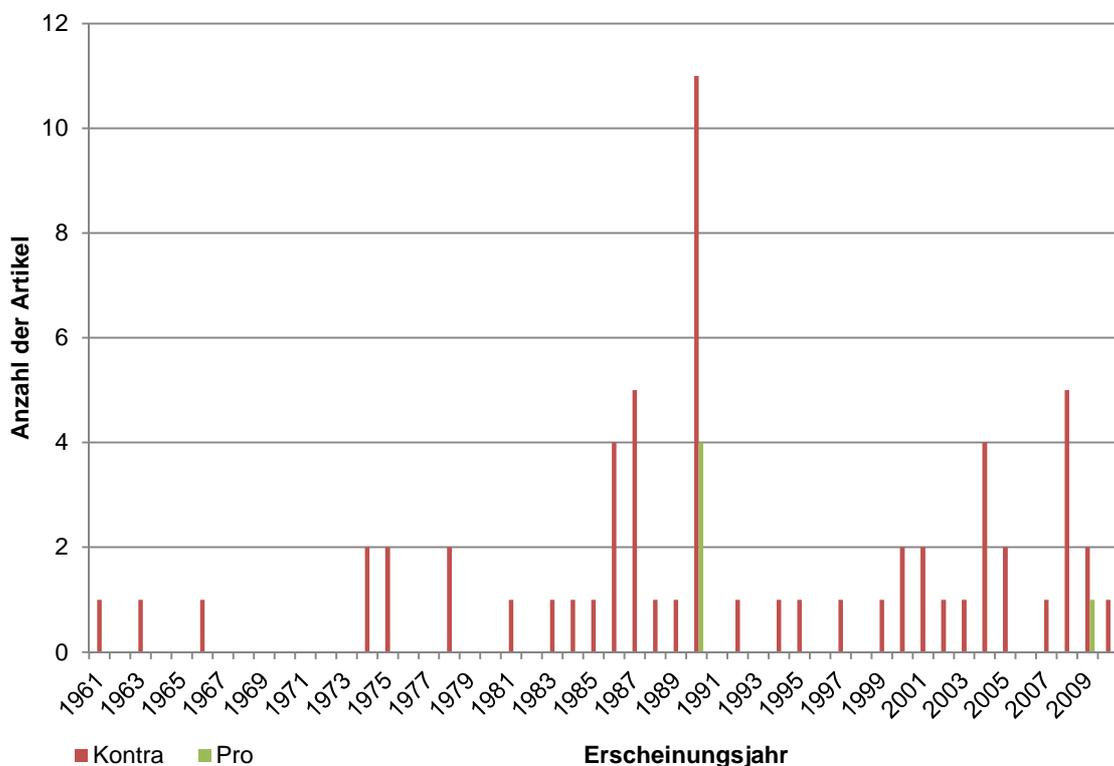


Diagramm 3: *Stellungnahmen* nach pro und contra aktive Sterbehilfe

Wirklich erstaunlich sind die Schlüsse, die Diagramm 3 zulassen. Die Aufschlüsselung der *Stellungnahmen* nach ihrer Aussage *pro aktive Sterbehilfe* und *kontra aktive Sterbehilfe* zeigt, dass bis auf zwei Ausnahmen, lediglich Gegner der aktiven Sterbehilfe im *Deutschen Ärzteblatt* schrieben.

Offensichtliche Ausnahmen dieser einheitlich gegen aktive Sterbehilfe ausgerichteten Jahre, bildeten im Jahr 1990, das durch die höchste Zahl an *Stellungnahmen* auffällt, vier Aufsätze und 2009 ein Artikel. Diese sollen in der inhaltlichen Auswertung nähere Betrachtung finden.

Aus diesen Erkenntnissen ergeben sich Fragen: Gibt es unter den deutschen Ärzten tatsächlich nur so wenige Befürworter der aktiven Sterbehilfe, oder kommen sie im *Deutschen Ärzteblatt* lediglich nicht zu Wort, kurz, sind diese Positionen repräsentativ? Wer schreibt überhaupt die Meinungsartikel, sind es nur akademische Eliten aus den Universitäten oder auch der niedergelassen praktizierende Internist aus der Kleinstadt?

Diese Fragen lassen sich lediglich ansatzweise durch das Heranziehen von Umfragen unter der Ärzteschaft und den Vergleich mit den Leserzuschriften beantworten. Doch auch hier muss einschränkend bedacht werden, dass diese Briefe ähnlich wie die *Stellungnahmen* in ihrer abgedruckten Anzahl und Auswahl stark von der Redaktion einer Zeitschrift beeinflussbar sind. Es bleibt immer die Frage, wie repräsentativ diese Auswahl erfolgte.

Wie die erste *Stellungnahme* erschienen auch die ersten *Leserbriefe* (n=143) zur Sterbehilfe bereits 1961 (siehe Diagramm 4). Eine zehnjährige Pause folgte, bis in der ersten Hälfte der siebziger Jahre wiederum vereinzelt Briefe erschienen. Interessant ist der Blick auf Diagramm 5, das Aufschluss über die inhaltliche Aussage der Briefe gibt. So waren die ersten drei noch gegen aktive Sterbehilfe, während jene in den siebziger Jahren größtenteils eine nicht eindeutige Position vertraten.

In beiden Diagrammen herausstechend ist das Jahr 1984, zum einen, weil sich hier ein plötzlicher Anstieg der Zuschriften offenbart, zum anderen weil sich erstmals fast ebenso viele Befürworter (vier Briefe) wie Gegner (fünf Briefe) der aktiven Sterbehilfe äußerten. 1984 und die darauf folgenden fünf Jahre stellten

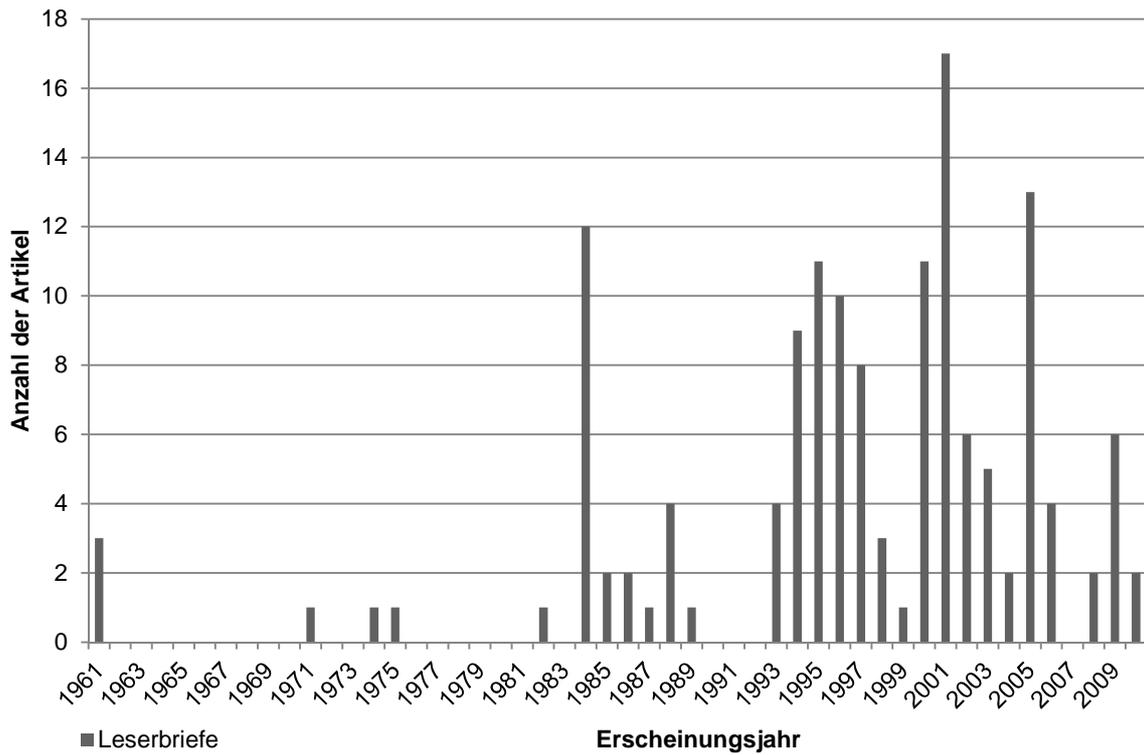


Diagramm 4: *Leserbriefe*

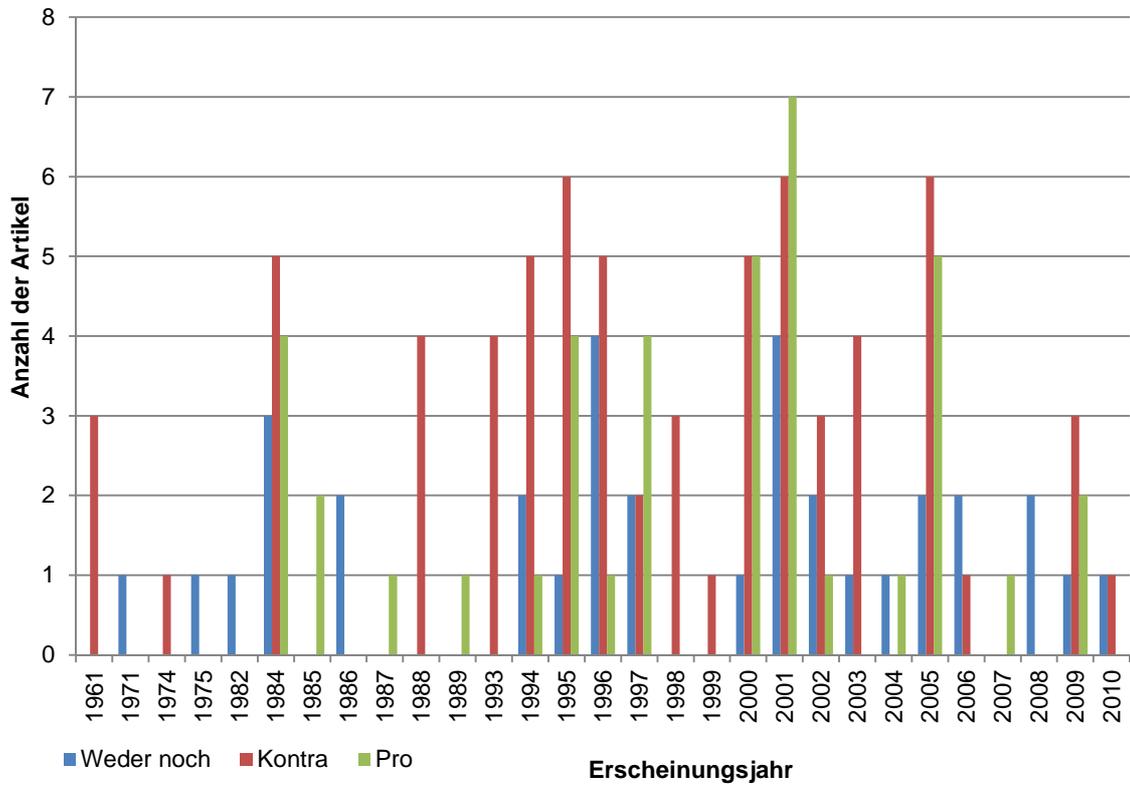


Diagramm 5: *Leserbriefe* nach pro und contra aktive Sterbehilfe oder weder noch

einen ersten Höhepunkt der Diskussion unter den Lesern dar. Dies korreliert wiederum sowohl mit den *Dokumentationen* als auch den *Stellungnahmen*, ein Umstand, der auf ein gesellschaftliches Ereignis hindeuten kann, das ein starkes Echo in allen Rubriken hervorrief.

Die Mitte der neunziger Jahre bildete einen erneuten Höhepunkt bei den *Leserbriefen*. Zwischen 1994 und 1996 veröffentlichte das *Deutsche Ärzteblatt* 28 Briefe zur Sterbehilfediskussion. In jedem dieser Jahre erschien auch mindestens eine Zuschrift eines Befürworters der aktiven Sterbehilfe, wobei die der Gegner immer überwogen. 1997 war das erste Jahr, in dem dieses Verhältnis umgekehrt war (vier Befürworter, zwei Gegner).

Der Beginn des 21. Jahrhunderts brachte einen erneuten Anstieg der *Leserbriefe* mit sich und immer mehr lagen die Befürworter der Sterbehilfe nun gleichauf mit den Gegnern (2000) oder überstiegen diese sogar (2001). Wenn sich auch das Verhältnis in den Folgejahren wiederholt umkehrte, so erschienen ab der Jahrtausendwende fast immer, wenn Briefe zur Sterbehilfediskussion veröffentlicht wurden, auch solche der Befürworter.

Insgesamt gleichen, auch zwischen 2000 und 2010, die Wellenbewegungen der *Leserbriefe* denen der *Dokumentationen*. Gipfel in beiden Rubriken bildeten die Jahre 2005 und 2009, beziehungsweise das Jahr 2010.

Über die Jahrzehnte hinweg stellten die Gegner der aktiven Sterbehilfe mit 47,5 Prozent (n=68) den größten Anteil an den *Leserbriefen*, während die Befürworter mit 28,7 Prozent (n=41) in der Minderheit waren. Unter den Zuschriften fand sich aber auch eine große Zahl an „unentschiedenen“ Meinungen. Ihr Anteil beträgt fast 24 Prozent (n=34). Inwieweit die genannten Anteile an Befürwortern und Gegnern der aktiven Sterbehilfe unter den Verfassern der *Leserbriefe* repräsentativ sind, kann ein Vergleich mit Umfrageergebnissen unter deutschen Ärzten zeigen. Da die obigen Zahlen als Summation der Jahre zustande kamen, ist es sinnvoll, mehrere Umfragen, die zu unterschiedlichen Zeitpunkten entstanden, heranzuziehen.

1985 ergab eine Studie im Auftrag des *Deutschen Ärzteblattes*, dass 59 Prozent der befragten Internisten und 56 Prozent der Chirurgen in Akut-Krankenhäusern aktive Sterbehilfe in jedem Fall ablehnen. Unter den

niedergelassenen Ärzten äußerten sich 80 Prozent der Allgemeinärzte und 74 Prozent der Internisten dagegen.¹⁷⁵

Eine repräsentative Studie, die 1994 unter Würzburger Ärzten durchgeführt wurde, ergab ähnliche, wenn auch leicht abweichende Zahlen. 81,7 Prozent der Befragten lehnten aktive Sterbehilfe bei todkranken Menschen ab, 6,5 Prozent stimmten unter bestimmten Voraussetzungen zu, 3,2 Prozent in jedem Falle. 8,6 Prozent enthielten sich.¹⁷⁶

Das aktuellste und wahrscheinlich umfassendste Meinungsbild der Ärzte zeigt eine Umfrage des *Allensbacher Instituts für Demoskopie* aus dem Jahr 2009. Im Rahmen dieser Studie wurde erstmals auch die Meinung zum ärztlich assistierten Suizid abgefragt. 62 Prozent der Studienteilnehmer sprachen sich gegen eine gesetzliche Regelung zum ärztlich begleiteten Selbstmord aus, 30 Prozent dafür, acht Prozent waren unentschieden. Im Falle der aktiven Sterbehilfe fiel das Ergebnis noch eindeutiger aus: 78 Prozent waren gegen eine Legalisierung, nur 17 Prozent dafür. Eine leichte Verschiebung zugunsten der Befürworter fand interessanterweise bei der Frage nach einer möglichen persönlichen Anwendung aktiver Sterbehilfe in einem konkreten Fall statt. Hierzu wären 25 Prozent der Befragten bereit, 70 Prozent lehnten dies kategorisch ab.¹⁷⁷

In allen drei Studien bewegen sich die Zahlen der Gegner der aktiven Sterbehilfe zwischen knapp 60 und 80 Prozent, die der Befürworter zwischen annähernd neun und 25 Prozent. In diesem Spektrum finden sich auch die Zahlen der Leserbriefe wieder. Insofern ist die Auswahl der abgedruckten Zuschriften im *Deutschen Ärzteblatt*, zumindest über die Jahrzehnte hinweg, als durchaus repräsentativ zu bewerten.

¹⁷⁵ Vgl. Deibl: Ärzte befragen Ärzte (IX), S. B-158. Die Studie fand im Rahmen der Reihe „Ärzte befragen Ärzte“ statt und wurde durch *Infratest Gesundheitsforschung* durchgeführt. 104 Chirurgen und 99 Internisten in Akut-Krankenhäusern, sowie 183 Allgemeinärzte und 67 niedergelassene Internisten nahmen teil.

¹⁷⁶ Vgl. Csef, et al.: Einstellungen zur Sterbehilfe bei deutschen Ärzten, S. 1503. 93 zufällig ausgewählte Ärztinnen und Ärzte nahmen an der Studie teil. 44,1 Prozent waren Krankenhausärzte, 45,2 Prozent im niedergelassenen Bereich tätig, wobei Allgemeinmediziner mit 40 Prozent den größten Anteil unter den verschiedenen Fachrichtungen ausmachten.

¹⁷⁷ Vgl. Institut für Demoskopie Allensbach (Juli 2010). 527 Ärzte nahmen an der repräsentativen Studie teil, wovon 266 im ambulanten, 261 im stationären Bereich tätig waren. Verschiedene Facharztgruppen und Bundesländer waren per Zufall ausgewählt worden.

Vergleicht man allerdings die Umfrageergebnisse mit der Meinungsgewichtung der *Stellungnahmen*, wird allzu deutlich, dass hier keine alle Standpunkte repräsentierende Diskussion stattfand.

Aus der quantitativen Auswertung der Artikel ergaben sich bereits interessante Erkenntnisse: Die fünfziger und sechziger Jahre waren geprägt durch ein fast durchgängiges „Schweigen“. Abgesehen von wenigen *Stellungnahmen* erschienen keine *Dokumentationen* und kaum *Leserbriefe*. Daher sind diese wenigen Artikel von besonderem Interesse für die qualitativ inhaltliche Auswertung.

Eine vermehrte Präsenz der Thematik zeichnete sich erst in den siebziger Jahren ab, als in allen vier Rubriken in regelmäßigen Abständen Artikel erschienen. Eine dauerhafte lebendige Diskussion mit wellenförmigen Höhepunkten entstand ab Mitte der neunziger Jahre, die – abzulesen an den zahlreichen *Dokumentationen* – mit einer verstärkten öffentlichen Diskussion einhergingen.

Insgesamt scheinen die *Leserbriefe* in ihrer Frequenz primär mit den *Dokumentationen*, weniger mit den *Stellungnahmen* zu korrelieren. Letztere verhalten sich weitestgehend unabhängig vom Erscheinen der anderen Artikel, sie zeigen nur in geringem Maße die Schwankungen der restlichen Rubriken.

5.) Inhaltliche Auswertung

5.1) Ab 1949: Der Nachgeschmack der NS-Euthanasie

Der Tübinger Gynäkologe August Mayer (1876 – 1968) eröffnete mit folgenden pathetischen Worten Bernhard Shaws den letzten Teil seines 1961 im *Deutschen Ärzteblatt* veröffentlichten Artikels „Vom Geist der Medizin, vom Ungeist der Zeit und vom Wanken der Arztthronen“:

„Den allerschwersten Verstoß gegen das Arzttum bedeutet die unter völligem Verlust der Ehrfurcht vor dem Leben überhaupt an uns gestellte, gänzlich unärztliche Zumutung der ‚Befreiung vom lebensunwerten Leben‘, zumal wenn der betreffende Mensch ‚mehr kostet, als er wert ist‘ (Bernhard Shaw)“¹⁷⁸

Im Abschnitt „Verlust der Ehrfurcht vor dem Leben und Niedergang des Arztums“ widmete Mayer sich den Verbrechen der NS-Euthanasie und -Menschenversuche. Zwar beinhaltete diese *Stellungnahme* keinen direkten Bezug zur Sterbehilfe, wie sie in den folgenden Jahrzehnten verstanden wurde, doch ist der Artikel beispielhaft für die Geisteshaltung der Nachkriegszeit bezüglich Euthanasie und möglichen erneuten Forderungen danach.

Mayer war seit 1908 Oberarzt, von 1917 bis 1945 Direktor der Universitätsfrauenklinik Tübingen. Als Chefarzt der Gynäkologie unterstützte er die Zwangssterilisationen aus eugenischen Gründen, die dort seit 1934 stattfanden. Aus seiner persönlichen Überzeugung von der Rechtmäßigkeit solcher Maßnahmen machte er keinen Hehl, brüstete sich sogar damit, einer der ersten gewesen zu sein, der solches forderte.¹⁷⁹ Bereits 1910 äußerte er sich in einem Aufsatz für eine gynäkologische Fachzeitschrift wie folgt: „Nicht nur daß seine [das Kind eines „infantilen Individuums“, C.G.] Existenz für die Gesellschaft wertlos ist, sie schadet ihr auch zuweilen direkt durch ein Dasein auf Kosten der Allgemeinheit oder durch Fortpflanzung einer minderwertigen Rasse.“¹⁸⁰

¹⁷⁸ Mayer: Vom Geist der Medizin, vom Ungeist der Zeit und vom Wanken der Arztthronen, S. 557.

¹⁷⁹ Vgl. Doneith: August Mayer. <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:bsz:21-opus-29639>, zuletzt geprüft am 14.03.2013, S. 99 ff. sowie S. 64.

¹⁸⁰ Zit. nach ebd., S. 35.

Hier propagierte Mayer bereits unverhohlenen eugenisches Gedankengut – für die damalige Zeit nichts Ungewöhnliches – wenn auch noch ohne konkrete Forderungen nach „Lösungsansätzen“. 1931 waren seine Äußerungen diesbezüglich schon wesentlich klarer: „Amerika ist uns da voraus. In einigen Staaten der Union gibt es schon die Zwangssterilisierung von Verbrechern. Schwache Ansätze dazu sind auch bei uns da; aber keine Sterilisierung auf Grund eines gesetzlichen Zwanges [...]“¹⁸¹

Einen solchen gesetzlichen Zwang befürwortete Mayer, wobei er durchaus die schrecklichen Folgen für das Individuum sah. Nichtsdestotrotz wog seiner Ansicht nach das Gut der „Volksgesundheit“ mehr.¹⁸²

Seit 1933 war Mayer Mitglied der SA und des Nationalsozialistischen Deutschen Ärztebundes, 1937 trat er der NSDAP bei.¹⁸³ Zuvor stand er politisch der Deutschnationalen Partei nahe und vertrat als strenger Katholik christlich-konservative Wertvorstellungen. Thorsten Doneith, Verfasser einer Dissertation über August Mayer, charakterisierte dessen politische Einstellung so: „ihm war es immer wichtig, daß seine Vorstellungen von einer christlich-moralischen Gesellschaft, einem sicheren persönlichen Leben und letzten Endes auch einer guten Versorgung seiner Klinik und seiner Patientinnen gewährleistet waren – mit welchen Mitteln auch immer“¹⁸⁴. Dementsprechend ergaben Mayers Ideale mit denen der Nationalsozialisten eine Schnittmenge, die ihm groß genug erschien, um andere abweichende Ansichten in Kauf zu nehmen.

Zu diesen Punkten, in denen seine Meinung von der nationalsozialistischen Linie abwich, zählte auch die „Euthanasie“. Als 1941 der Film *Ich klage an* publiziert wurde, bezog Mayer in seiner Vorlesung, laut eigener Aufzeichnungen, klar Stellung:

„Man muß sich sehr fragen, ob hinter diesem ‚Recht auf den Tod‘ nicht letzten Endes auch eine ‚Pflicht zum Tod‘ steckt. d.h. ein Recht der Allgemeinheit, einen Menschen, der nicht mehr arbeiten kann, aus dem Leben zu schaffen,

¹⁸¹ Zit. nach ebd., S. 67.

¹⁸² Vgl. ebd., S. 69.

¹⁸³ Vgl. ebd., S.84.

¹⁸⁴ Ebd., S. 54.

worauf letzten Endes die Dinge hinauslaufen. [...] Die ganze Welt wird uns Unkultur vorwerfen.“¹⁸⁵

August Mayer war also eine – wenn auch nicht auf dem Gebiet der „Euthanasie“ – vorbelastete Persönlichkeit der vom nationalsozialistischen Gedankengut geprägten Medizin. Daher mutet es befremdlich an, dass er sich 1961 vollkommen frei von Selbstkritik zum moralischen Richter über seine Kollegen aufschwang. So wirkt der Aufsatz im *Deutschen Ärzteblatt* in vielen Passagen selbstgefällig, beispielsweise, wenn Mayer in seinen „Schlussbemerkungen“ schrieb: „Es ist mir nicht leichtgefallen, auf die verschiedenen Fehler hinzuweisen; aber wer in 50jähriger Tätigkeit so viele besorgniserregende Zeichen vom Niedergang des Arzttums erlebte, hat im Interesse des Standes die Pflicht, zu reden [...]“.¹⁸⁶ Von eigenen Verfehlungen war hier keine Rede. Vielmehr erhöhte sich Mayer auf eine „unangreifbare“, in seinem Empfinden wohl neutrale Beobachterposition, von der aus ihm die Be- oder Verurteilung der Kollegen zustand.

Er schien bemüht, sich selbst eine weiße Weste zu bescheinigen. So berichtete er in drei Anekdoten von persönlichen Erfahrungen mit der NS-Euthanasie:

„ich selbst [sollte] ein von seinem Vater unter Zustimmung der höchsten ärztlichen Instanz im ‚Dritten Reich‘ hereingebrachtes, blindgeborenes Kind umbringen. Ich lehnte diese unglaubliche Zumutung ab unter Hinweis darauf, daß es die Aufgabe des Arztes [...] ist, Leben zu erhalten, nicht aber Leben zu vernichten, und daß die Tötung eines Kindes die Frauenklinik um das Vertrauen in der Öffentlichkeit bringen würde.“¹⁸⁷

Durch die Wortwahl „umbringen“ betonte Mayer seine persönliche Distanzierung, ja er empört sich geradezu über diese „Zumutung“.

Die oben bereits erwähnte Episode im Zusammenhang mit dem Film *Ich klage an*, schilderte Mayer ebenfalls:

¹⁸⁵ Zit. nach ebd., S. 97.

¹⁸⁶ Mayer: Vom Geist der Medizin, vom Ungeist der Zeit und vom Wanken der Arztthronen, S. 558.

¹⁸⁷ Ebd., S. 557.

„Erfreulicherweise hatte der damalige ärztliche Nachwuchs jene mehr als unärztliche Richtung weitgehend nicht mitgemacht und mir laut zugestimmt, als ich den im zweiten [sic] Weltkrieg auch in Tübingen vorgeführten Film ‚Ich klage an‘ trotz mancher Warnung in der studentischen Vorlesung als schwere Verirrung mit eingehender Begründung klar abgelehnt hatte.“¹⁸⁸

Zuletzt berichtete Mayer noch von einer Frau, die von ihm die Operation ihrer krebserkrankten Mutter verlangte, von der sie wusste, dass sie diese nicht überleben würde. Laut Mayer sollte die Mutter von dem „nach Ansicht der Tochter [...] ‚lebensunwerten Leben erlöst“¹⁸⁹ werden. Die Patientin bat ihn aber „das von der [...] Tochter für ‚lebensunwert‘ gehaltene Leben möglichst zu verlängern, damit sie als Trägerin einer Rente ihrer zweiten, sechzehnjährigen Tochter noch eine Berufsausbildung zuteil werden lassen kann.“¹⁹⁰

In allen drei Fällen bezog Mayer – zumindest laut eigener Aussage – deutlich Stellung gegen die NS-Euthanasie. Die gleichen Beispiele führte er fünf Jahre später in einem zweiten Artikel, in dem er gegen dann aktuelle Forderungen nach aktiver Sterbehilfe argumentierte, erneut an. Insofern war dieser erste Aufsatz bereits wegweisend für die folgende Diskussion. Desweiteren lässt die Erwähnung des Film *Ich klage an* und dessen Ablehnung durchaus Schlüsse auch auf Mayers Einstellung zu einer „echten Euthanasie“¹⁹¹ zu. Der Film propagierte die aktive Sterbehilfe an Schwerkranken, wie sie in der späteren Diskussion immer wieder gefordert wurde. Mayer distanzierte sich also zumindest in den hier zitierten Artikeln sowie in seinen Notizen¹⁹² von der Aussage dieses Films. Natürlich gilt es, diese Aussagen kritisch zu hinterfragen. Es scheint offensichtlich, dass Mayer seine Stellungnahme im *Deutschen Ärzteblatt* nutzte, um ein bestimmtes, von ihm favorisiertes Bild von sich in der Öffentlichkeit zu erzeugen.

¹⁸⁸ Ebd.

¹⁸⁹ Ebd.

¹⁹⁰ Ebd.

¹⁹¹ 1947 hatte auf dem Konstanzer Juristentag der Jurist Arndt in einem Vortrag gefordert, „dass um eine selbst echte Euthanasie in Deutschland nie wieder eine Diskussion entstehen sollte“. Zit. nach Lunshof, et al. (2000), S. 238.

¹⁹² Vgl. Doneith: August Mayer. <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:bsz:21-opus-29639>, zuletzt geprüft am 14.03.2013, S. 172.

Nichtsdestotrotz erscheint es sinnvoll, Mayers Artikel im Zusammenhang mit der Sterbehilfediskussion zu betrachten. Welche Argumentationslinien führte er ein?

Bereits im ersten Absatz des Aufsatzes erscheinen zwei zentrale Argumente der Sterbehilfegegner: das ärztliche Berufsethos („Verstoß gegen das Arztum“) und die „Heiligkeit“ des Lebens („Verlust der Ehrfurcht vor dem Leben“). Aus der Episode mit dem blind geborenen Kind, das er gebeten wurde umzubringen, lässt sich außerdem die Angst vor dem Vertrauensverlust in der Öffentlichkeit, vor der Belastung des Arzt-Patienten-Verhältnisses herauslesen („daß die Tötung eines Kindes die Frauenklinik um das Vertrauen in der Öffentlichkeit bringen würde.“). Alle drei Argumente sollten auch in den folgenden Jahrzehnten eine Rolle spielen.

Publikationen zu „Euthanasie“ und Sterbehilfe waren in der Nachkriegszeit rar¹⁹³, umso mehr Aufsehen erlangte das 1962 vom Leipziger Kinderarzt Werner Catel (1894 – 1981) veröffentlichte Buch *Grenzsituationen des Lebens. Beitrag zum Problem einer begrenzten Euthanasie*. Catel war eine der zentralen Persönlichkeiten der NS-Kindereuthanasie. Als Direktor der Leipziger Kinderklinik war er maßgeblich bereits am ersten Fall der Kindereuthanasie, dem „Fall Knauer“ beteiligt.¹⁹⁴ Ab 1939 entschied er als einer von drei Obergutachtern über die Tötung der registrierten Kinder¹⁹⁵ und missbrauchte die Patienten seiner Kinderfachabteilung auch zu Forschungszwecken¹⁹⁶. Im Rahmen der Entnazifizierung wurde Catel als „entlastet“ eingestuft und 1949 die Strafverfolgung gegen ihn eingestellt. Zwischen 1954 und 1960 leitete er die Kieler Universitätskinderklinik, seine Emeritierung erfolgte auf öffentlichen Druck hin vorzeitig.¹⁹⁷ Auch in der Nachkriegszeit befürwortete Catel wiederholt öffentlich die Kindereuthanasie, wobei er gleichzeitig seine eigene Beteiligung daran als unwissentliche Verstrickung darstellte.¹⁹⁸

¹⁹³ Vgl. Lunshof, et al. (2000), S. 237 sowie Benzenhöfer (2009), S. 118.

¹⁹⁴ Vgl. Schmidt (2000), S. 129.

¹⁹⁵ Vgl. ebd., S. 131.

¹⁹⁶ Vgl. Dahl (2000), S. 155.

¹⁹⁷ Vgl. Klee (1986), S. 140 ff.

¹⁹⁸ Vgl. ebd.

1962 nahm die Staatsanwaltschaft Hannover Vorermittlungen gegen Catel wegen seiner Beteiligung an der NS-Kindereuthanasie auf. Die Anklage sollte auf Totschlag lauten, doch zum Hauptverfahren kam es nicht, da jener Tatbestand zum damaligen Zeitpunkt bereits verjährt war.¹⁹⁹ Im gleichen Jahr veröffentlichte Catel oben genanntes Buch, in dem er die Euthanasie für „idiotische Kleinkinder oder [...] Sterbende“²⁰⁰ forderte. Er knüpfte diese Forderung an gewisse Bedingungen, die erfüllt sein müssten. Hierzu zählte er das unzweifelhafte Feststehen der Diagnose, die Einwilligung des Patienten oder falls dies nicht möglich ist, seiner Angehörigen, das Hinzuziehen einer objektiven Kommission, sowie eine gesetzliche Regelung.²⁰¹ Dieser Entwurf Catels zur Durchführung der aktiven Sterbehilfe glich in vielem bereits den heute geltenden Regelungen in den Niederlanden oder der Schweiz.

Catels Buch rief ein breites öffentliches Echo kritischer Stimmen hervor. Benzenhöfer zitierte den Würzburger Arzt und Journalisten Hoimar von Ditfurth (1921 – 1989) folgendermaßen: „Ein geschmackloses, unwahrhaftiges und sehr gefährliches Buch, das viele Köpfe verwirren wird. Wer die Tendenz des Verfassers erst einmal durchschaut hat, wird nach der Lektüre erst einmal das dringende Bedürfnis verspüren, sich die Hände zu waschen.“²⁰²

Auch im *Deutschen Ärzteblatt* erschien 1963 ein Artikel von Professor Theodor Hellbrügge (1919 – 2014), der unter anderem durch Catels Buch motiviert war. Hellbrügge war ab 1954 Oberarzt an der Universitätskinderklinik München und hatte seit 1976 den ersten Lehrstuhl für Sozialpädiatrie an der dortigen Ludwig-Maximilians-Universität inne. Er setzte sich engagiert für die Frühdiagnostik und –intervention bei kindlichen Entwicklungsstörungen ein und war somit maßgeblich an der Einführung der Vorsorgeuntersuchungen im Kindesalter beteiligt.²⁰³

¹⁹⁹ Vgl. Benzenhöfer (2009), S. 121 f.

²⁰⁰ Catel (1962), S. 123.

²⁰¹ Vgl. ebd.

²⁰² Zit. nach Benzenhöfer (2009), S. 122.

²⁰³ Vgl. Vorstand der Bundesärztekammer: Laudatio zur Verleihung der Paracelsus-Medaille an Prof. Dr. med. Dr. h.c. mult. Theodor Hellbrügge. <http://www.bundesaeztekammer.de/downloads/Lau-hellbrugge.pdf>, zuletzt geprüft am 18.03.2013.

Hellbrügge empfand es für den Kinderarzt als „Verpflichtung, derzeitig zur Euthanasie Stellung zu nehmen“²⁰⁴ und begründete dies an anderer Stelle: „weil verschiedene Vorfälle darauf hinweisen, daß die Euthanasie kein Spezifikum des Nationalsozialismus war, sondern ein weltweites Problem der Medizin darstellt.“

Jene „Vorfälle“, die Hellbrügge erwähnte, erläuterte er schließlich näher und bezog sich ausdrücklich auf Catels 1962 erschienenes Buch: „Mit dieser Schrift versucht Catel nicht nur seine Tätigkeit als Obergutachter für die Tötung mißgebildeter und idiotischer Kinder zu rechtfertigen, sondern er macht auch den Versuch, moralische Grundlagen der ärztlichen Ethik zu erschüttern.“²⁰⁵

Neben Catels Buch bewegte Hellbrügge ein aktueller Prozess zu seinen Äußerungen im *Deutschen Ärzteblatt*:

„Wer nun meinen wollte, daß man 18 Jahre nach dem Zusammenbruch des nationalsozialistischen Regimes die Fragen der Euthanasie abtun und damit auch über die Schrift von Catel zur Tagesordnung übergehen könnte, der wurde von wenigen Wochen durch eine aufsehenerregendes Urteil eines anderen belehrt.“²⁰⁶

Angeklagte im Prozess im belgischen Lüttich waren die Mutter eines Contergan-geschädigten Kindes sowie dessen Kinderarzt, die gemeinsam jenes Kind umgebracht hatten. Das Schwurgericht sprach schließlich beide frei. Das deutsche Medienecho in diesem Fall fiel vorwiegend negativ aus.²⁰⁷ Im *Deutschen Ärzteblatt* fand sich im Gegensatz zur ausführlichen Berichterstattung in späteren ähnlichen Prozessen, keine Erwähnung des Falls. Hellbrügge sah sich auch als Deutscher in besonderer Pflicht, zur Euthanasie Stellung zu beziehen:

²⁰⁴ Hellbrügge: Ärztliche Gesichtspunkte zu einer "begrenzten" Euthanasie, S. 1428, ebenso folgendes Zitat.

²⁰⁵ Ebd.

²⁰⁶ Ebd., S. 1428.

²⁰⁷ Vgl. Steinmetz (2003), S. 221.

„Wir verfügen speziell in Deutschland über Erfahrungen darüber, wie die Euthanasie aus der Sphäre theoretischer Überlegungen herausgehoben wurde. Wir vermögen zu übersehen, welche Folgen entstehen, wenn aus ärztlicher Sicht eine positive Stellungnahme zur Tötung unwerten Lebens, ja selbst zu einer ‚begrenzten‘ Euthanasie, erfolgte.“²⁰⁸

Hier klang bereits das auch später vor allem in der deutschen Diskussion immer wieder gebrauchte Argument der „Dambruchgefahr“ verbunden mit dem Verweis auf die eigene Geschichte an. Aus Sicht Hellbrüggens schien es an dieser Stelle durchaus angebracht, hatte er doch die NS-Euthanasie als Zeitzeuge erlebt und beobachtet jetzt, dass einer der damals Hauptbeteiligten wiederum öffentlich die aktive Sterbehilfe forderte.

Diesem Bezug zur Vergangenheit folgend widmete Hellbrügge einen Großteil seines 22 Seiten umfassenden Artikels der Erläuterung des Euthanasiebegriffs von der Antike über Binding und Hoche bis in die NS-Zeit. In diesem Zusammenhang verdeutlichte er auch seinen Standpunkt bezüglich indirekter Sterbehilfe – auch wenn diese Begrifflichkeit in den Sechzigern noch nicht etabliert war:

„die Verabfolgung von Analgetika oder Narkotika, welche dem Patienten die letzten Stunden schmerzfrei machen sollen und in deren Wirkung die Möglichkeit liegen kann, daß das Leben um einige Stunden früher endet als es vielleicht ohne Pharmaka enden würde, eine solche begrenzte Euthanasie gehört zu den Grundpflichten des helfenden Arztberufes und kann nicht Gegenstand einer Diskussion sein.“²⁰⁹

Diese Äußerung Hellbrüggens ist für seine Zeit ungewöhnlich. Stellungnahmen zur indirekten Sterbehilfe sind damals noch selten bis gar nicht zu finden. Den Schwerpunkt Hellbrüggens Aufsatzes bildet allerdings das Plädoyer gegen die aktive Sterbehilfe fußend auf dem Argument der Dambruchgefahr: „Die Ehrfurcht vor dem Menschenleben [kann] nicht geteilt werden [...] [und] bereits

²⁰⁸ Hellbrügge: Ärztliche Gesichtspunkte zu einer "begrenzten" Euthanasie, S. 1428.

²⁰⁹ Ebd. und S. 1429.

der erste Tötungsgedanke, der von einem Arzt ausgesprochen wird, [bedeutet] den Grundstock zu einer Medizin ohne Menschlichkeit.“²¹⁰

Die von Hellbrügge hier gebrauchten Worte „Medizin ohne Menschlichkeit“ prägten der Psychoanalytiker Alexander Mitscherlich (1908 – 1982) und der Medizinstudent Fred Mielke, die 1947 als Mitglieder der deutschen „Ärztekommission“ die Nürnberger Ärzteprozesse verfolgten.²¹¹ Sie veröffentlichten ihre Beobachtungen noch im gleichen Jahr in der Broschüre „Das Diktat der Menschenverachtung“. Der ausführliche Bericht erschien 1949 unter dem Titel „Wissenschaft ohne Menschlichkeit“, doch trotz hoher Auflage fand dieses Buch kaum Beachtung, sondern wurde von der Ärzteschaft geradezu totgeschwiegen. Die 1960 erschienene Neuauflage „Medizin ohne Menschlichkeit“ erlangte schließlich höheren Bekanntheitsgrad.²¹²

Hellbrügge bezog sich in seinem Artikel neben Mitscherlich vor allem auch auf Viktor von Weizsäcker, der 1947 seinen Aufsatz „Euthanasie und Menschenversuche“ veröffentlicht hatte.²¹³ Von Weizsäcker (1886 – 1957) war zwischen 1920 und 1941 Direktor der Neurologie der Medizinischen Klinik Heidelberg, bis 1945 Ordinarius für Neurologie in Breslau. Als solcher forschte er auch an Präparaten von Opfern der NS-Kindereuthanasie. Nach dem Krieg hatte er den Lehrstuhl für Allgemeine Klinische Medizin der Universität in Heidelberg inne. In oben genanntem Aufsatz erklärte von Weizsäcker die Verbrechen der NS-Euthanasie mit einem, wie Hans-Walter Schmuhl meinte, für die Zeit „symptomatischen“²¹⁴ Ansatz. Er sah ihren Ursprung in einer „verwissenschaftlichten“, allzu technischen Medizin:

„Denn es kann kein Zweifel darüber bestehen, dass die moralische Anästhesie gegenüber den Leiden der zu Euthanasie und Experimenten Ausgewählten *begünstigt* war durch die Denkweise einer Medizin, welche den Menschen

²¹⁰ Ebd., S. 1435.

²¹¹ Vgl. Benzenhöfer (2009), S. 119.

²¹² Vgl. Schmuhl: Der Mord an psychisch kranken und behinderten Menschen. http://www.mabuseverlag.de/chameleon/outbox/public/4/165_Schmuhl.pdf, zuletzt geprüft am 18.03.2013, S. 2.

²¹³ Vgl. Benzenhöfer (2009), S. 119.

²¹⁴ Schmuhl: Der Mord an psychisch kranken und behinderten Menschen. http://www.mabuseverlag.de/chameleon/outbox/public/4/165_Schmuhl.pdf, zuletzt geprüft am 18.03.2013, S. 3.

betrachtet wie ein chemisches Molekül oder einen Frosch oder ein Versuchskaninchen.“²¹⁵

Diesen Denkansatz und Weizsäckers Argumentation gegen aktive Sterbehilfe zitierte auch Hellbrügge in seinem Aufsatz 1963: „Als mögliche Motive einer Euthanasie vom ärztlichen Standpunkt aus werden erörtert: ‚Unwert des Lebens‘, ‚Mitleid‘ und ‚Opfer‘. Aber Weizsäcker kommt zwingend zu der Schlußfolgerung, daß keines dieser drei Motive herangezogen werden könne.“²¹⁶

Nach einer ausführlichen Besprechung von Weizsäckers Argumentation, fügte Hellbrügge noch einen Verweis auf das Tötungsverbot des Hippokratischen Eides an²¹⁷, bevor er seine Gedanken zusammenfasste:

„Wenn also heute abermals an Ärzte [...] das Ansinnen herangetragen werden sollte, ihre Kunst nicht dem Leben, sondern dem Tod zur Verfügung zu stellen, dann müssen wir [...] als deutsche Ärzte nur schärfstens warnen.

Es gibt keine ‚Begrenzung‘ der Euthanasie [...]. Die Achtung vor dem Menschenleben ist unteilbar und selbst wenn es sich um körperliche oder geistige Krüppel handelt, darf und kann es keine ärztlich begründete Tötung geben. Die speziellen Erfahrungen bei uns haben gezeigt, daß eine weiche Stelle in dieser Grundhaltung genügt, um der Lawine der Unmenschlichkeit den Weg zu ebnen. [...] Keine menschliche Gesellschaft sollte von unserem Beruf etwas anderes verlangen als Hilfe.“²¹⁸

Zusammenfassend fällt an Hellbrüggens Stellungnahme sein zentrales Argument der speziell deutschen Verantwortung durch die geschichtliche Vorbelastung und das damit verbundene Argument der Dammbuchgefahr auf. Diesen Punkt trug er mit emotionaler, bildlicher Wortwahl vor („Lawine der Unmenschlichkeit“, „Der Arzt ist kein Abdecker“²¹⁹). Außerdem verwies er auf die „Heiligkeit“ des Lebens („Die Achtung vor dem Menschenleben ist unteilbar“) und das ärztliche

²¹⁵ Zit. nach Benzenhöfer (2009), S. 120.

²¹⁶ Hellbrügge: Ärztliche Gesichtspunkte zu einer "begrenzten" Euthanasie, S. 1439.

²¹⁷ Vgl. ebd., S. 1440.

²¹⁸ Ebd.

²¹⁹ Ebd.

Berufsethos. Alle drei Motive fanden sich bereits in Mayers Artikel aus dem Jahr 1961.

Durch die mangelhafte Aufarbeitung der Medizinverbrechen des Dritten Reiches und die Verdrängung der „unangenehmen“ Thematik aus dem öffentlichen, aber auch standesinternen Bewusstsein in der direkten Nachkriegszeit erzwangen erst Fälle wie der Catels in den sechziger Jahren eine, wenn auch zögerliche, Auseinandersetzung mit der Vergangenheit. Zumindest einzelne Ärzte empfanden es als „Verpflichtung“, sich zu äußern. Ebenfalls trug dazu der Prozess gegen Werner Heyde (1902 – 1964), ehemaliger Obergutachter der „Aktion-T4“, bei. Heyde war ab 1932 Privatdozent für Psychiatrie und Neurologie in Würzburg und wurde 1939 zum Professor ernannt. In der SS machte er Karriere und fungierte ab 1939 als medizinischer Leiter der Euthanasie-Aktion.²²⁰

Nach Kriegsende wurde Heyde verhaftet und interniert, doch 1947 gelang ihm die Flucht aus der Haft, woraufhin er zwölf Jahre untertauchte.²²¹ Ab 1950 erstellte er in Flensburg unter dem Pseudonym „Dr. Sawade“ neurologische Gutachten für das Oberversicherungsamt, die Staatsanwaltschaft und andere staatliche Stellen.²²²

Obwohl im Laufe der Jahre nicht wenige Personen, auch in offiziellen Positionen, von Sawades wahrer Identität erfuhren²²³, brach seine Tarnung erst 1959 zusammen. Die 1962 vorgelegte Anklage lautete auf „heimtückische“ und „grausame“ Tötung von mindestens 100.000 Menschen.²²⁴ Doch zum Prozess kam es nicht, da Heyde sich ihm im Februar 1964 durch Selbstmord entzog.²²⁵ Natürlich sorgte der Fall Heyde für öffentliches Aufsehen und auch das *Deutsche Ärzteblatt* berichtete über den Prozess.²²⁶ Nachkriegsbiografien wie die des „Dr. Sawade“ und das Fortdauern des von Heyde und Catel vertretenen

²²⁰ Vgl. Klee (1986), S. 19 f.

²²¹ Vgl. ebd.

²²² Vgl. ebd., S. 21 f.

²²³ Vgl. ebd., S. 23 ff.

²²⁴ Vgl. ebd., S. 42.

²²⁵ Vgl. ebd., S. 48.

²²⁶ Vgl. Bittner: Der Fall Heyde oder die falsch verstandene Kollegialität sowie DÄ: Euthanasie-Prozess vorläufig eingestellt und Unbekannt: In einem Satz: Euthanasie-Angeklagter.

Gedankenguts der Befürwortung der NS-Euthanasie bedingten die rückwärtsgerichtete Argumentation der Sterbehilfegegner.

Als letzte *Stellungnahme* im *Deutschen Ärzteblatt* der Nachkriegszeit soll der 1966 erschienene Aufsatz *Arztum im Dritten Reich*, wiederum von Professor Mayer, besprochen werden. Er enthält viele Passagen des Artikels von 1961, die teilweise wörtlich übernommen wurden. Mayer wiederholte die drei Anekdoten zur Euthanasie über das missgebildete Kind, die Krebspatientin und ihre Tochter sowie den Film *Ich klage an*. Doch der Artikel enthält auch neue Elemente, wie einen kurzen Verweis auf Werner Catel und einen ausführlicheren Argumentationsansatz. So stellte Mayer zwei für ihn zentrale Fragen: „Wer entscheidet über den Unwert des Lebens? Und wer vollstreckt das Urteil?“²²⁷

Anhand des Beispiels der an Darmkrebs erkrankten Frau und ihrer Tochter kam Mayer zu dem Schluss, „daß über den Wert eines Lebens eigentlich nur der Kranke, soweit er noch urteilsfähig ist, selbst entscheiden kann.“²²⁸ Indirekt prangerte er somit die Missbrauchsgefahr der aktiven Sterbehilfe an, das Risiko, andere könnten über den Sinn, Nutzen oder Wert eines Lebens entscheiden – ein Argument, das auch in der späteren Diskussion, vor allem als Reaktion auf Äußerungen des Bioethikers Peter Singer wieder aufkam. Seine zweite Frage nach dem „Vollstrecker“ beantwortete Mayer wie folgt:

„Ärzte, die den Eid des Hippokrates nicht einfach als veraltete Formalität ansehen und das göttliche Gebot ‚Du sollst nicht töten‘ beachten, werden es ablehnen, mit der Urteilsvollstreckung zum ‚Scharfrichter‘ herabzusinken und damit den ganzen ärztlichen Stand in Mißkredit zu bringen.“²²⁹

Neben dem Verweis auf das ärztliche Standesethos („Eid des Hippokrates“) argumentierte Mayer hier auch mit dem christlichen Glauben. Ärzten, die aktive Sterbehilfe ausüben würden, unterstellte er Handeln gegen göttliches Gebot und prangerte sie als „Scharfrichter“ an. Außerdem warf er ihnen

²²⁷ Mayer: *Arztum im Dritten Reich*, S. 786.

²²⁸ Ebd.

²²⁹ Ebd.

Nestbeschmutzung vor. Erneut spielte bei ihm also das Argument des Vertrauensverlustes der Patienten in den Arzt, aber vor allem die Wirkung nach außen, eine große Rolle. Schließlich mahnte Mayer mit Blick in die Zukunft:

„Sollte wieder einmal eine Regierung sich anmaßen, auf dem Weg der Gesetzesbestimmung uns Ärzte zu ihren politischen Sonderzwecken zu mißbrauchen, so muß die Ärzteschaft im Interesse ihres Standesethos sowie im Interesse der Kranken und der ganzen Gesellschaft laut und deutlich Protest einlegen.“²³⁰

Auch wenn diese Forderung sehr allgemein formuliert ist und sich nicht nur auf mögliche Bestrebungen einer Legalisierung der aktiven Sterbehilfe bezieht, zeigt sie doch klar, Mayers Bemühen, sich von der nationalsozialistischen Vergangenheit zu distanzieren und die Qualität ärztlichen Handelns zu verklären. Durch die Formulierung „uns Ärzte [...] zu missbrauchen“ entsteht der Eindruck eines hilflosen Ausgeliefertseins der Ärzteschaft, die lediglich fehlgeleitet und instrumentalisiert wurde. Hier betreibt Mayer in eigenem Interesse – man bedenke seine Beteiligung an den Zwangssterilisationen – Augenwischerei und Schönfärberei der Vergangenheit.

Vor diesem Hintergrund sollte auch Mayers Artikel aus dem Jahr 1961 erneut betrachtet werden: War es Zufall, dass er kurz nach der Festnahme beziehungsweise vor der Anklage Heydes erschien? Kann er nicht vielmehr als eine Art Vorabverteidigung eines Arztes verstanden werden, dessen Weste ebenfalls nicht ganz weiß war? Der Fall Heyde war Mayer sicher bekannt und selbst wenn er keinen persönlichen Kontakt zu ihm pflegte, wofür es keine Hinweise gibt, könnte ihn dessen Enttarnung und die Vergangenheitsaufarbeitung der Staatsanwaltschaft durchaus in Aufruhr versetzt haben. Das *Deutsche Ärzteblatt* schien Mayer als Plattform zu dienen, um sich wieder ins Gedächtnis zu rufen – allerdings mit von ihm selbst bestimmten Erinnerungen, die ihm nicht gefährlich werden konnten.

Erstaunlich erscheint, dass er weder aus der Redaktion selbst, noch von Seiten der Leser Widerspruch zu fürchten schien. Als 1961 Mayers erster Artikel

²³⁰ Ebd.

publiziert wurde, zeichnete Johann Friedrich Volrad Deneke (1920 – 2006) als Chefredakteur des *Deutschen Ärzteblattes* für dessen Inhalt verantwortlich. Gerade einen solch umfangreichen Aufsatz (10 Seiten) wie den Mayers muss er inhaltlich abgesegnet haben. Deneke schien keinen Anstoß daran zu finden, im „Sprachrohr der deutschen Ärzteschaft“²³¹ eine ehemalige „braune“ Größe wie Mayer zur moralischen Abrechnung mit der Ärzteschaft auftreten zu lassen. Deneke selbst war 1939 mit 19 Jahren in die NSDAP eingetreten²³² – ein Umstand, der in keinem der zahlreichen Laudatioartikel, die im *Deutschen Ärzteblatt* zu seinen Geburtstagen und seinem Tod erschienen, Erwähnung findet²³³. Von 1940 an studierte Deneke drei Jahre lang Nationalökonomie und Sozialwissenschaften in Berlin, bis er 1943 zum Frontdienst eingezogen wurde²³⁴. Ab 1955 arbeitete er als Redakteur beim *Deutschen Ärzteblatt* und übernahm 1958 dessen Leitung als Chefredakteur.²³⁵ Als Abgeordneter für die FDP saß Deneke zwischen 1961 und 1965 im Bundestag²³⁶, weshalb die Schriftleitung der Zeitschrift de facto bereits 1964 sein späterer Nachfolger Ernst Roemer übernahm²³⁷. Deneke war zeitweilig Hauptgeschäftsführer des Hartmannbundes sowie der Bundesärztekammer und wurde 1975 vom Land Nordrhein-Westfalen mit einer Ehrenprofessur ausgezeichnet.²³⁸ Über eine persönliche Bekanntschaft Mayers mit Deneke, die den unkritischen Abdruck Mayers Artikel im *Ärzteblatt* erklären würde, ist nichts bekannt. Offensichtlich lag dem Chefredakteur aber nichts an der gründlichen Aufarbeitung der Rolle der Ärzte in der NS-Zeit – wie vielen anderen seiner Generation.

Selbstgefällig schrieb Mayer zum Schluss des 1966 erschienenen Artikels: „Zu dem genannten Aufsatz [*Deutsches Ärzteblatt* 1961; C.G.] bekam ich seinerzeit eine große Zahl begeisterter Zustimmungen. Ein Nobelpreisträger schrieb mir, mein Aufsatz sei das Beste, was er über das genannte Thema gelesen

²³¹ Vilmar, et al.: Wachablösung, S. A-2238.

²³² Vgl. NSDAP-Zentralkartei: Aufnahmedatum: 01.09.1939, Mitgliedsnummer 7143950.

²³³ Vgl. Unbekannt: J.F. Volrad Deneke zum Sechzigsten, Unbekannt: J.F. Volrad Deneke zum 65. Geburtstag, Gerst: J.F. Volrad Deneke gestorben sowie Gerst: Ein Generalist im wahren Sinne.

²³⁴ Vgl. Unbekannt: J.F. Volrad Deneke zum Sechzigsten, S. 629.

²³⁵ Vgl. ebd.

²³⁶ Vgl. Gerst: Ein Generalist im wahren Sinne.

²³⁷ Vgl. Jachertz: Zuverlässiger Ratgeber der Ärzteschaft, S. A-1390.

²³⁸ Vgl. Gerst: J.F. Volrad Deneke gestorben, S. A-2589.

habe.“²³⁹ Mayer stilisierte sich hier zur unfehlbaren moralischen Instanz, die benennt, was andere nicht wagten, zu benennen und der so ein großes Verdienst zukomme. Diese Selbstdarstellung blieb im *Deutschen Ärzteblatt* unwiderrprochen.

Wie bereits erwähnt, war die Redaktionsleitung in jenem Jahr bereits an Ernst Roemer (1926 – 2006) übergegangen, weshalb auch seine Person von Interesse ist. Nach seinem 1946 abgelegten Abitur und einem dreisemestrigen, abgebrochenen Studium begann Roemer seine journalistische Laufbahn bei der *Rheinpfalz*.²⁴⁰ Ab 1959 schrieb er für das *Deutsche Ärzteblatt*, dessen Chefredakteur er 1966 wurde.²⁴¹ Außerdem leitete er die Pressestelle der *Deutschen Ärzteschaft*. Für sein Engagement wurde er unter anderem mit dem Bundesverdienstkreuz am Bande ausgezeichnet.²⁴² Roemer stand dem *Deutschen Ärzteblatt* 25 Jahre als Chefredakteur vor, weshalb sich die Frage stellt, wie deutlich seine „Regie“ die Sterbehilfediskussion in der Zeitschrift beeinflusst hat. Lässt sich eine über die Jahrzehnte hinweg dauernde Grundpositionierung erkennen? Zumindest kurz nach seinem Antritt als Chefredakteur blieb er beim Altbewährten, indem er 1966 Mayers zweiten Artikel zur Euthanasie innerhalb von fünf Jahren drucken ließ.

Die Sterbehilfediskussion – wenn man sie überhaupt schon so nennen kann – der Nachkriegszeit war also geprägt vom langen Schatten der NS-Euthanasie. Zwar gab es kaum Stimmen, die sich öffentlich für aktive Sterbehilfe stark machten²⁴³, doch brachten die Prozesse gegen Catel und Heyde in den sechziger Jahren gewollt oder ungewollt die Verbrechen des Dritten Reiches ins standesärztliche Bewusstsein zurück. Sie lösten das unterschiedlich motivierte Bedürfnis aus, sich von dieser Vergangenheit und etwaigen neuen Bestrebungen zur aktiven Sterbehilfe zu distanzieren.

Als zentrales Argument der „Euthanasie“- beziehungsweise Sterbehilfegegner sind das ärztliche Berufsethos, die „Heiligkeit“ des Lebens und die Angst vor

²³⁹ Mayer: *Arztum im Dritten Reich*, S. 787.

²⁴⁰ Vgl. Jachertz: *Zuverlässiger Ratgeber der Ärzteschaft*, S. A-1390.

²⁴¹ Vgl. ebd.

²⁴² Vgl. ebd.

²⁴³ Vgl. Benzenhöfer (2009), S. 126.

der Belastung des Arzt-Patienten-Verhältnisses auszumachen. Zumindest die ersten beiden können als Ausdruck des Sicherheitsbedürfnisses der Nachkriegsgesellschaft verstanden werden: Nach den „Irrungen“ und Verfehlungen der Nazizeit, suchte auch die ärztliche Standesgemeinschaft nach verbindlich geltenden Normen. Ganz dem Geiste der konservativen Nachkriegspolitik folgend, waren „Keine Experimente“²⁴⁴ erwünscht, es galt vielmehr das Ansehen der Patienten wieder zu gewinnen, anstatt es durch gewagte Diskussionen zu strapazieren.

Was die Begrifflichkeiten angeht, dominierte noch die historisch belastete „Euthanasie“, selbst wenn „aktive Sterbehilfe“, wie sie heute diskutiert wird, gemeint war, wurde von „echter Euthanasie“²⁴⁵ gesprochen. Dass sich noch keine neue Wortwahl etabliert hatte, erklärt sich durch die fehlende Notwendigkeit: was tabuisiert war, musste nicht benannt werden.

Doch welche Sprache sprechen die *Leserbriefe*, die zumindest 1961 im *Deutschen Ärzteblatt* erschienen? Die Zuschriften nahmen Bezug auf einen im Februar des gleichen Jahres erschienen Artikel, der sich mit einer gemeinsamen Erklärung der Hamburger Gesundheitsbehörde und der Ärztekammer Hamburg zur NS-Kindereuthanasie beschäftigte. In diesem Artikel mit dem Titel „Approbation wird nicht entzogen“ gab das *Deutsche Ärzteblatt* jene Erklärung wieder, in der Gesundheitsbehörde und Ärztekammer zu dem Schluss kamen, „daß die Frage der Verkürzung lebensunwerten Lebens zwar ein höchst umstrittenes Problem ist, daß ihre Durchführung aber keineswegs eine Maßnahme genannt werden kann, welche dem allgemeinen Sittengesetz widerstreitet.“²⁴⁶ Ärzten, die an der Kindereuthanasie mitgewirkt haben sollen, sollte die Approbation nicht entzogen werden mit der Begründung, dass ihnen das „Bewußtsein der Rechtswidrigkeit nicht nachgewiesen werden kann“ und es so „am Beweise ihrer Schuld [fehlt]“²⁴⁷.

²⁴⁴ Motto des Bundestagswahlkampfes der CDU 1957.

²⁴⁵ Vgl. Fußnote 191.

²⁴⁶ Ärztliche Mitteilungen: Approbation wird nicht entzogen, S. 234.

²⁴⁷ Ebd.

Beispielhaft soll hier der ausführlichste der drei Leserbriefe besprochen werden. Die in ihm angeführten Argumente tauchen verkürzt auch in den beiden anderen Zuschriften auf.

Dr. Stephan Buschmann aus Karlsruhe-Durlach sah durch die Erklärung der Hamburger Gesundheitsbehörde und Ärztekammer „das Vertrauen der Bevölkerung zu unserem Stand, seinen Standesvertretungen und der ärztlichen Ethik“²⁴⁸ gefährdet. Wie auch Autoren der besprochenen *Stellungnahmen* befürchtete der Verfasser dieses Leserbriefes beim Thema Sterbehilfe und „Euthanasie“ eine Erschütterung des Vertrauens der Patienten. Daher war es ihm ein Bedürfnis, sich in seinem Brief von der Stellungnahme der Hamburger Behörden zu distanzieren: „Zunächst ist zur Frage der Tötung ‚lebensunwerten‘ Lebens zu sagen [...], daß die Tötung unschuldiger Menschen mindestens Totschlag, also ein Verbrechen ist.“²⁴⁹

Es tauchen bereits mehrere Schlagworte auf, die auch später immer wieder von Sterbehilfegegnern gebraucht wurden. Hierzu zählen „Tötung“ und die Bewertung der aktiven Sterbehilfe als „Verbrechen“. Desweiteren führte der Autor seinen christlichen Glauben, die Ablehnung der „Wertung“ eines Menschen, sowie den Hippokratischen Eid an:

„Die Vernichtung ‚lebensunwerten‘ Lebens stellt einmal einen Verstoß gegen die vom Christentum geprägte abendländisch-sittliche Moral dar [...]. Kein Mensch darf sich danach anmaßen, über den Wert oder Unwert eines Menschenlebens zu entscheiden. Insbesondere der Arzt hat Hüter und nicht Vernichter menschlichen Lebens zu sein. Diese ärztliche Ethik wurde bekanntlich schon 450 Jahre vor Christi Geburt vom Vater der abendländischen Medizin, Hippokrates, in seinem berühmten Eid niedergelegt [...].“²⁵⁰

Dieser Absatz fasst gebündelt die immer wiederkehrenden Argumente der Sterbehilfegegner zusammen, auch wenn sich der Verfasser des Leserbriefes hier noch primär auf die vergangenen Verbrechen der NS-Euthanasie bezog. Trotzdem lässt sich aus seinen Ausführungen auch seine Haltung gegenüber möglichen Forderungen nach aktiver Sterbehilfe herauslesen: „Ein guter Arzt

²⁴⁸ Stephan Buschmann: "Approbation wird nicht entzogen", S. 1173.

²⁴⁹ Ebd.

²⁵⁰ Ebd.

weiß darüber hinaus, daß auch der unheilbar kranke Mensch in der menschlichen Gesellschaft mindestens die Aufgabe hat, so tragisch auch sein Schicksal für alle Betroffenen ist, die Mitmenschen zur Liebe zu erziehen.“²⁵¹

Die *Leserbriefe* der sechziger Jahre lassen also ähnliche Argumentationslinien erkennen, wie die *Stellungnahmen*. Sie waren ebenso in die Vergangenheit orientiert und beschäftigten sich noch mit der NS-Euthanasie. Auch in ihnen fiel noch nicht das Wort „Sterbehilfe“. Christlicher Glaube, der Eid des Hippokrates und das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient nahmen die zentrale Stellung in der Begründung der Ablehnung der Euthanasie ein. Erst das nächste Jahrzehnt wird eine offenerere und weniger durch die Vergangenheit belastete Diskussion zulassen.

5.2) 1973: „Das Thema droht ‚in‘ zu werden“²⁵²

„Dabei ist unbekannt oder wird vergessen, daß die ‚Gnadentod‘-Aktionen der Nationalsozialisten nur wenig oder gar nichts mit Euthanasie im Sinne individueller Sterbehilfe zu tun hatten.“²⁵³

Dieses Zitat von Professor Helmut Ehrhardt ist beispielhaft für die Sterbehilfediskussion der siebziger Jahre. Es kam zunehmend zu einer größeren Trennschärfe zwischen den Medizinverbrechen des NS-Regimes und der aktuellen Diskussion über „echte“ Sterbehilfe. Neue Begriffsdefinitionen entwickelten sich und die innerdeutsche Betrachtung des Themas orientierte sich vermehrt auch am Ausland.

Bereits in den fünfziger und sechziger Jahren hatte es, beispielsweise in den USA und Großbritannien, wiederholt Bestrebungen zur Legalisierung der aktiven Sterbehilfe gegeben²⁵⁴. Doch hatte sich damals im *Deutschen Ärzteblatt* lediglich 1969 eine kurze Meldung zu einem dieser Gesetzesanträge gefunden²⁵⁵. In den Siebzigern waren es schon fünf von elf *Dokumentationen*, die sich mit der Diskussion im Ausland beschäftigten.

²⁵¹ Ebd., S. 1174.

²⁵² Häussermann: Euthanasie: Neues Thema in den Funk- und Fernseh-Studios, S. 2183.

²⁵³ Ehrhardt: Schwangerschaftsabbruch und Euthanasie, S. 1695.

²⁵⁴ Vgl. Benzenhöfer (2009), S. 135 und S. 141.

²⁵⁵ Vgl. Unbekannt: Freiwillige Euthanasie vorgeschlagen, S. 858.

Prägend für die deutsche Sterbehilfediskussion waren vor allem zwei Justizfälle im Ausland. 1971 hatte die niederländische Ärztin Geertruida Postma-van Boven ihre nach einem Schlaganfall teilweise gelähmte Mutter auf deren ausdrücklichen Wunsch hin mit einer Morphininjektion getötet.²⁵⁶ Ein holländisches Gericht verurteilte sie daraufhin 1973 zu einer symbolischen Freiheitsstrafe von einer Woche auf Bewährung.²⁵⁷ Dieser Fall rief in großen deutschen Zeitungen, wie dem *Stern*, der *Zeit* oder dem *Spiegel* ein vielfaches Echo hervor, wobei die meisten Stimmen sich mehr oder weniger verhalten mit der niederländischen Ärztin solidarisierten.²⁵⁸ Interessanterweise findet sich zum betreffenden Prozess keine Berichterstattung oder *Stellungnahme* im *Deutschen Ärzteblatt*. Lediglich Helmut Ehrhardt verwies in seinem 1974 erschienen Artikel „Schwangerschaftsabbruch und Euthanasie“ kurz auf den holländischen Fall²⁵⁹, weshalb durchaus davon ausgegangen werden kann, dass dieses Ereignis zumindest indirekt die deutsche Diskussion anheizte. Schließlich erschienen in den folgenden zwei Jahren allein vier *Stellungnahmen* im *Deutschen Ärzteblatt*.

Schauplatz des anderen Falles war 1975 der US-Bundesstaat New Jersey. Eine junge Frau namens Karen Ann Quinlan befand sich nach einem Herzstillstand im Zustand eines appallischen Syndroms und wurde künstlich beatmet und ernährt. Als die Eltern das Abstellen des Beatmungsgerätes forderten, weigerten sich die behandelnden Ärzte, sodass der Fall vor Gericht landete. Dort bekamen die Eltern 1976 in zweiter Instanz Recht.²⁶⁰ Der geschilderte Prozess trieb in den USA die Diskussion um die Gültigkeit von Patientenverfügungen voran, sodass noch im selben Jahr im Bundesstaat Kalifornien das erste dementsprechende Gesetz verabschiedet wurde. Der „Natural Death Act“ schrieb die Verbindlichkeit einer Patientenverfügung bezüglich eines gewünschten Behandlungsabbruchs vor.²⁶¹ Das *Deutsche Ärzteblatt* berichtete über die neue Regelung erst 1978.²⁶²

²⁵⁶ Vgl. Benzenhöfer (2009), S. 126.

²⁵⁷ Vgl. ebd.

²⁵⁸ Vgl. ebd., S. 127 f.

²⁵⁹ Vgl. Ehrhardt: Schwangerschaftsabbruch und Euthanasie, S. 1702 f.

²⁶⁰ Vgl. Benzenhöfer (2009), S. 142.

²⁶¹ Vgl. ebd., S. 143.

²⁶² Vgl. Schweisheimer: Das Gesetz über Sterbehilfe in Kalifornien, S. 850.

Zunehmend spielten nun auch in der deutschen Diskussion der Abbruch lebenserhaltender Maßnahmen oder deren Nichtaufnahme eine Rolle. Zwar bestand schon seit den fünfziger und sechziger Jahren, die die Entwicklung der Intensivmedizin entscheidend voran gebracht hatten, weitgehender Konsens über die Legitimität solcher Maßnahmen in bestimmten Fällen²⁶³, doch erschienen erst in der zweiten Hälfte der Siebziger im *Deutschen Ärzteblatt* Artikel, die sich mit „Detail-“ und juristischen Fragen auseinandersetzten.²⁶⁴ Wenn auch dieses Jahrzehnt trotz dahingehender Diskussionen²⁶⁵ keine Gesetzesneuerungen in Deutschland brachten, so fand zumindest eine standesrechtliche Positionierung mittels der *Richtlinien für die Sterbehilfe*, herausgegeben von der Bundesärztekammer, statt. Diese erschienen 1979 als Reaktion auf eine Empfehlung des Europarates aus dem Jahr 1976, die die Mitgliedsstaaten aufforderte, Enquetekommissionen zur Klärung ethischer Fragen im Zusammenhang mit Tod und Sterben zu bilden und dementsprechende Richtlinien auszuarbeiten.²⁶⁶ Dieser Aufforderung war bereits 1976 die Schweiz mit ihren von der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften herausgegebenen *Richtlinien für die Sterbehilfe* nachgekommen.²⁶⁷ Schweizer und deutsche Richtlinie glichen sich inhaltlich sehr. Beide erlaubten die passive Sterbehilfe bei Sterbenden und dem Tode nahen Patienten, so dies seinem Willen entsprach. Im Falle der Urteilsunfähigkeit des Patienten sollte das medizinisch Sinnvolle getan und der mutmaßliche Wille des Patienten berücksichtigt werden. Aktive Sterbehilfe lehnten beide Richtlinien als strafbar ausdrücklich ab.²⁶⁸

²⁶³ Vgl. Benzenhöfer (2009), S. 125.

²⁶⁴ Vgl. HC: Kein neues Sterbehilfe-Recht, S. 523 sowie Unbekannt: Sterbehilfe als Grenzproblem zwischen Medizin und Jurisprudenz, S. 1122 f.

²⁶⁵ 1974 richtete die CDU-Bundestagsabgeordnete Ursula Schleicher eine Anfrage an den Bundesjustizminister, wie die passive Sterbehilfe rechtlich zu beurteilen sei und ob eine Gesetzesänderung auf diesem Gebiet erwogen werde. Die Antwort lautete dahingehend, dass die rechtliche Beurteilung vom Einzelfall abhängt und das Ministerium keinen Bedarf für eine Gesetzesänderung sehe. Vgl. Benzenhöfer (2009), S. 128 sowie HC: Kein neues Sterbehilfe-Recht, S. 523.

²⁶⁶ Vgl. Benzenhöfer (2009), S. 129.

²⁶⁷ Vgl. ebd.

²⁶⁸ Vgl. Vorstand der Bundesärztekammer: Richtlinien für die Sterbehilfe, S. 957 f. sowie Burkart: Ärztliche Hilfe für den Sterbenden, S. 1935.

In den siebziger Jahren finden sich im *Deutschen Ärzteblatte* gleich drei von Professor Helmut E. Ehrhardt (1914 – 1997) verfasste Aufsätze zum Thema Sterbehilfe.²⁶⁹ Es soll der erste von ihnen hier beispielhaft besprochen werden. Ehrhardt studierte zwischen 1934 und 1940 Philosophie, Literaturwissenschaften, Kulturgeschichte, Psychologie und Medizin, in letzteren beiden promovierte er 1939 beziehungsweise 1941.²⁷⁰ Ab 1940 arbeitete er als Assistenzarzt in Breslau, einem seiner ehemaligen Studienorte, an der Universitätsnervenklinik. Als solcher war er auch als Gutachter für ein Erbgesundheitsgericht tätig.²⁷¹ Nach Kriegsende arbeitete Ehrhardt als niedergelassener Nervenarzt, bis er 1950 habilitierte und fünf Jahre später zum Oberarzt unter seinem ehemaligen Chef, Professor Werner Villinger (1887-1961), in Marburg wurde. Villinger war während des „Dritten Reiches“ Mitglied im Stahlhelm und ab 1937 auch der NSDAP, ab 1939 leitete er die Universitätsnervenklinik in Breslau.²⁷² Er fungierte außerdem als Gutachter der „T4-Aktion“, was er später immer wieder bestritt und was auch sein Schüler Ehrhardt leugnete.²⁷³ Dieser übernahm 1964 den Lehrstuhl für Forensische und Sozialpsychiatrie in Marburg und wurde 1966 auch Direktor dieses Instituts, dem er bis 1982 vorstand.²⁷⁴ Er engagierte sich in zahlreichen ärztlichen Organisationen, unter anderem stand er zeitweilig als Präsident der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenheilkunde vor. 1986 verlieh ihm die deutsche Ärzteschaft die Paracelsus-Medaille.²⁷⁵ Kritisch zu erwähnen ist überdies Ehrhardts Stellungnahme im Jahr 1961, als er sich als Sachverständiger für das Bundesfinanzministerium im Rahmen der Diskussion zu Entschädigungszahlungen an Opfer der NS-Zwangssterilisationen gegen

²⁶⁹ Vgl. Ehrhardt: Psychiatrie und Ethik, Ehrhardt: Schwangerschaftsabbruch und Euthanasie sowie Unbekannt: Sterbehilfe als Grenzproblem zwischen Medizin und Jurisprudenz.

²⁷⁰ Vgl. Unbekannt: Die Träger der Paracelsus-Medaille der deutschen Ärzteschaft 1986, S. 1386.

²⁷¹ Vgl. Klee (2003), S. 127. Die 220 Erbgesundheitsgerichte entschieden nach Inkrafttreten des „Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ am 14. Juli 1933 über die durch Amtsärzte, Anstaltsleiter oder in seltenen Fällen auch durch die Betroffenen selbst gestellten Anträge zur Sterilisierung jener Menschen, deren Erkrankung obiges Gesetz als erblich definierte. Diesen Gerichten gehörten jeweils ein Amtsrichter, ein Amtsarzt sowie ein weiterer Arzt an. Nach Entscheidung auf Unfruchtbarmachung musste diese innerhalb von zwei Wochen erfolgen und wurde falls nötig mithilfe von polizeilicher Gewalt umgesetzt. Vgl. Schmuhl (1987), S. 154 und S. 158. Die Verfahren vor den Erbgesundheitsgerichten sanken in ihrer Zahl stark mit Kriegsbeginn, sodass der Großteil der Zwangssterilisationen auf den Zeitraum zwischen 1934 und 1939 entfiel. Vgl. ebd., S. 159.

²⁷² Vgl. Klee (1986), S. 170.

²⁷³ Vgl. ebd., S. 171.

²⁷⁴ Vgl. Unbekannt: Die Träger der Paracelsus-Medaille der deutschen Ärzteschaft 1986, S. 1386.

²⁷⁵ Vgl. Klee (2003), S. 127.

solche Zuwendungen aussprach. Zusammen mit dem Genetiker Hans Nachtsheim und seinem ehemaligen Mentor Werner Villinger begründete er diese Ablehnung mit der Behauptung, das Erbgesundheitsgesetz sei nicht spezifisch nationalsozialistisch geprägt gewesen²⁷⁶ und zudem „verantwortungsvoll umgesetzt“²⁷⁷ worden. Nach Meinung Ehrhardts würden Entschädigungszahlungen „zu einer [...] Verhöhnung des echten Gedanken der Wiedergutmachung“²⁷⁸ führen. Villinger ging sogar noch weiter, indem er behauptete, es seien „bei den Betroffenen niemals irgendwelche Klagen oder Beeinträchtigungen durch den Eingriff entstanden“²⁷⁹. Er warnte vor einer „Neurotisierung dieser Sterilisierten“²⁸⁰.

1963 äußerte sich Ehrhardt in einem Gutachten erneut ablehnend gegenüber einer Einbeziehung der Zwangssterilisierten in das Bundesentschädigungsgesetz (BEG) und forderte sogar die Wiedereinführung der Zwangssterilisation bei an Schizophrenie erkrankten Psychatriepatienten, wobei er deren potenzielle Gewaltbereitschaft hochstilisierte.²⁸¹ Unter anderem seine Empfehlungen führten dazu, dass Zwangssterilisierten im BEG-Schlussgesetz, das am 14. September 1965 in Kraft trat, ausdrücklich die Anerkennung als Verfolgte des nationalsozialistischen Regimes verwehrt wurde.²⁸²

Ehrhardt veröffentlichte 1965 ein Buch mit dem Titel *Euthanasie und Vernichtung „lebensunwerten“ Lebens*, in dem er sich nicht nur mit den NS-Verbrechen sondern auch mit Sterbehilfe, wie sie heute verstanden wird, auseinandersetzte. Hier führte er bereits Begriffsdefinitionen ein, die in seinen späteren Artikeln im *Deutschen Ärzteblatt* wieder auftauchten.

Ehrhardts 1974 erschienener Aufsatz „Schwangerschaftsabbruch und Euthanasie“ thematisierte ausdrücklich, wie auch das Eingangszitat dieses Kapitels zeigt, die Problematik der historischen Belastung der Begrifflichkeit „Euthanasie“. So stellte Ehrhardt fest: „Zunächst erscheint es notwendig, an der

²⁷⁶ Vgl. Tümmers (2011), S. 132 sowie S. 293 f.

²⁷⁷ Goschler (2005), S. 273.

²⁷⁸ Zit. nach Klee (2003)

²⁷⁹ Goschler (2005), S. 273 f.

²⁸⁰ Zit. nach ebd., S. 274.

²⁸¹ Vgl. Tümmers (2011), S. 142.

²⁸² Vgl. ebd., S. 142 ff.

grundsätzlichen Unterscheidung im Titel dieses Abschnitts zwischen Euthanasie im Sinne von Sterbehilfe und Vernichtung ‚lebensunwerten‘ Lebens festzuhalten.“²⁸³

Nachfolgend ging er näher auf die eigentliche Sterbehilfe ein und betonte den Stellenwert der Lebensverkürzung, den er neben der Frage nach aktivem oder passivem Handeln für äußerst relevant hielt.²⁸⁴ Dementsprechend traf er eine Einteilung, die er auch schon in seinem 1965 veröffentlichten Buch vorgestellt hatte²⁸⁵. Ehrhardt unterschied die drei Gruppen „Euthanasie im Sinne von Sterbehilfe“, „Vernichtung ‚lebensunwerten‘ Lebens“ und „künstliche‘ Lebensverlängerung“.²⁸⁶ Die erste Gruppe unterteilte er dann wiederum in vier Untergruppen. Zunächst nannte er die „Sterbehilfe ohne Lebensverkürzung“, worunter er eine reine Sterbebegleitung und „selbstverständliche Pflicht des Arztes“²⁸⁷ verstand. Er erwähnte auch die „Sterbehilfe durch Sterbenlassen [...] passive Euthanasie“ und „Sterbehilfe mit Lebensverkürzung als Nebenwirkung [...] auch [...] ‚indirekte‘ Euthanasie genannt“²⁸⁸. Hier tauchten also bereits die heute gebräuchlichen Termini „passive“ und „indirekte“ Sterbehilfe auf. Zuletzt benannte Ehrhardt die „Sterbehilfe mit gezielter Lebensverkürzung“ als „direkte‘ Euthanasie [...] vom Arzt aktiv oder passiv (durch Unterlassen) bewirkt“²⁸⁹.

Bemerkenswert ist Ehrhardts gesonderte Erwähnung der „Künstlichen‘ Lebensverlängerung“ im Zusammenhang mit Sterbehilfe. Was er darunter verstand, erklärte er so: „Gemeint sind solche Patienten, bei denen der natürliche Tod nur durch einen besonderen technischen Aufwand hinausgeschoben wird, obwohl keine Aussicht auf Heilung besteht oder schwerste Defekte und ständiges Siechtum ‚bestenfalls‘ zu erwarten sind.“²⁹⁰

Hier wird die Relevanz der Neuerungen der Intensivmedizin für die Sterbehilfediskussion deutlich. Die problematischen Auswüchse dieser

²⁸³ Ehrhardt: Schwangerschaftsabbruch und Euthanasie, S. 1699.

²⁸⁴ Vgl. ebd.

²⁸⁵ Vgl. Ehrhardt (1965), S. 5 f.

²⁸⁶ Ehrhardt: Schwangerschaftsabbruch und Euthanasie, S. 1700.

²⁸⁷ Ebd.

²⁸⁸ Ebd.

²⁸⁹ Ebd.

²⁹⁰ Ebd.

„Gerätemedizin“ sah der Autor im Zusammenhang mit der „passiven Sterbehilfe“ als die Unmöglichkeit des „Sterbenlassens“²⁹¹.

Das Kernstück von Ehrhardts Aufsatz bleibt jedoch die Auseinandersetzung mit der erstgenannten Form der Sterbehilfe, der „Euthanasie im Sinne von Sterbehilfe“. Sie bezeichnete er als „durchaus legitimes ärztliches Anliegen“²⁹², schränkte aber ein: „Ethisch wie rechtlich unproblematisch sind aber nur solche Maßnahmen der Sterbehilfe, die weder das Bewußtsein noch die Lebensdauer des Sterbenden beeinträchtigen.“²⁹³ Beides ist aber bei der passiven sowie indirekten Sterbehilfe der Fall, weshalb Ehrhardt diese Untergruppen näher betrachtete: „Während der unvermeidliche Doppelleffekt von Schmerzlinderung und Bewußtseinseintrübung heute auch in der Moraltheologie akzeptiert wird, scheiden sich die Geister bei der Frage nach der möglichen Lebensverkürzung.“²⁹⁴

In dieser Frage kam Ehrhardt zu dem Schluss: „Nur zu oft fehlt es an überzeugenden Kriterien für die Unterscheidung zwischen einer Sterbehilfe ohne und einer solchen mit Lebensverkürzung. Hier werden die Grenzen einer nur justizförmigen Betrachtungsweise ärztlichen Handelns deutlich.“

Schließlich stellte der Autor also seine eigene Einteilung, die sich hauptsächlich nach der möglichen Lebensverkürzung richtete, in Frage. Er schien für die „Gewissensentscheidung“ des Arztes zu plädieren, eine Entscheidung von Fall zu Fall, die sich kaum durch rechtliche Vorgaben erfassen lasse. Seine Argumentation gleicht derjenigen des Bundesjustizministeriums in seiner Stellungnahme aus dem Folgejahr 1975 (siehe Fußnote 265): „Ob und gegebenenfalls in welchem Umfang ein Arzt eine Behandlung seines Patienten fortsetzen muß, hängt jeweils von der Ausgestaltung des konkreten Einzelfalles ab.“²⁹⁵ In den siebziger Jahren schienen sowohl Justiz als auch Ärzteschaft der Regelung der passiven und indirekten Sterbehilfe mithilfe von Gesetzen eher kritisch gegenüber zu stehen.

²⁹¹ Vgl. ebd.

²⁹² Ebd.

²⁹³ Ebd.

²⁹⁴ Ebd.

²⁹⁵ HC: Kein neues Sterbehilfe-Recht, S. 523.

Ausführlich beschäftigte sich Ehrhardt in seinem Aufsatz auch mit der „Sterbehilfe mit gezielter Lebensverkürzung“, der aktiven Sterbehilfe. Er führte zunächst die gesetzlichen Regelungen zur Tötung auf Verlangen in verschiedenen Staaten aus und ging dann näher auf die Entwicklung der „Euthanasie“-Bewegung in den USA und Großbritannien ein. Darauf aufbauend versuchte er die „Grenzen der Gesetzgebung“²⁹⁶ aufzuzeigen, aus denen er folgerte, keine Regelung könne gut genug sein, um die aktive Sterbehilfe überhaupt zu erlauben:

„Da ist zunächst das Problem der Diagnose und der Prognose, ganz ähnlich wie bei den Indikationen zum Schwangerschaftsabbruch. Ob und wann eine Krankheit ‚unheilbar‘, ‚hoffnungslos‘ ist, ob und wann sie zum Tode führen wird, lässt sich nun einmal sehr viel schwerer feststellen, als der Laie zu vermuten geneigt ist.“²⁹⁷

Offensichtlich wird hier Ehrhardts Verknüpfung der beiden Themen Abtreibung und aktive Sterbehilfe, wie sie bereits im Titel seines Aufsatzes anklang. Er wiederholte diese Assoziation auch an anderer Stelle in seinem Artikel:

„Wenn es wirklich ein constitutional right to an abortion²⁹⁸ gibt, dann wird man ein solches Recht auf freiwillige Euthanasie kaum bestreiten können; im Gegenteil, es lässt sich besser begründen, weil man wenigstens theoretisch von der Einwilligungsfähigkeit des eigentlich Betroffenen ausgehen kann.“²⁹⁹

Eine ähnliche Verbindung stellte allenfalls August Mayer in seinen beiden Stellungnahmen in den sechziger Jahren her, als er – von jeher Kritiker der Abtreibung – die ärztlichen Verfehlungen der NS-Euthanasie in eine Reihe stellte mit Bestrebungen, den Schwangerschaftsabbruch straffrei zu stellen. Mayer knüpfte allerdings lediglich eine Verbindung dahingehend, dass er beides als moralische Verfehlungen verurteilte, sah aber nicht die direkte Analogie zwischen zwei Formen, Leben zu beenden, wie Ehrhardt es tat. In

²⁹⁶ Ehrhardt: Schwangerschaftsabbruch und Euthanasie, S. 1703.

²⁹⁷ Ebd.

²⁹⁸ Ehrhardt bezog sich hier auf zwei Urteile des Supreme Court in Washington aus dem Jahr 1973, in denen von jenem verfassungsmäßigen Recht der Frau auf eine Abtreibung ausgegangen wurde. Vgl. ebd., S. 1696.

²⁹⁹ Ebd., S. 1703.

den folgenden Jahrzehnten findet sich eine klare Trennung beider Themengebiete, wenn auch beispielsweise der Philosoph Peter Singer sein Plädoyer für Abtreibung wie auch für aktive Sterbehilfe auf derselben Argumentation aufbaut. Seine Theorien spielten aber erst ab Mitte der achtziger Jahre eine entscheidende Rolle in der Sterbehilfediskussion, weshalb sie im folgenden Kapitel nähere Betrachtung finden.

In Ehrhardts Aufsatz findet sich als nächstes Argument gegen die aktive Sterbehilfe das „Problem der Freiwilligkeit“³⁰⁰:

„Er [gemeint ist der Arzt, C.G.] weiß nur zu gut, daß es erstaunlich wenig Menschen gibt, die im vollen Bewußtsein der Tragweite ihrer Entscheidung hier und jetzt getötet werden wollen. Frühere Willenserklärungen, in juristisch noch so einwandfreier Form, können dabei nicht maßgebend sein. Wenn es einmal ‚ernst‘ wird, denken nun einmal viele Menschen ganz anders als in gesunden Tagen.“³⁰¹

Nicht ganz klar ist, inwieweit Ehrhardt diese „früheren Willenserklärungen“ auch im Zusammenhang mit passiver Sterbehilfe anzweifelte. Regelungen zu Patientenverfügungen gab es in den siebziger Jahren noch nicht. Ehrhardt stellte die Anwendbarkeit solcher Erklärungen im Falle des Eintretens einer schweren Krankheit offensichtlich in Frage. Desweiteren sah er das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient im Falle der Legalisierung der „Sterbehilfe mit Lebensverkürzung“ gefährdet:

„Kann man Patienten mit mehr oder weniger deutlicher Entscheidungsunfähigkeit einfach aus einer solchen Regelung ausklammern? Sie spielen in der ärztlichen Praxis die größere Rolle, sie appellieren in noch höherem Grade an unser menschliches Mitgefühl, sie sind ihrem Arzt ‚ausgeliefert‘, der für sie und in ihrem Sinn [...] handeln soll. Damit stehen wir schon mitten in der Problematik einer sogenannten Vernichtung lebensunwerten Lebens.“³⁰²

³⁰⁰ Ebd.

³⁰¹ Ebd.

³⁰² Ebd.

Ehrhardt vollzog hier einen großen Sprung, indem er Ärzten, die versuchen im Sinne ihrer Patienten zu handeln, unterstellte, sie würden über den Wert oder Unwert deren Lebens entscheiden. Außerdem verwischte die von ihm selbst definierte Abgrenzung zwischen den Formen der Sterbehilfe immer mehr, indem er hier nur von „Sterbehilfe mit Lebensverkürzung“ sprach. Meinte er aktive, passive und indirekte Sterbehilfe?

Ehrhardt führten seine Überlegungen zur Frage nach dem individuellen Lebenswert, den insbesondere bei „Mißgeburten“ und „vollidiotischen Kindern [...] immer ‚die anderen‘“³⁰³ absprechen würden. Er bezog sich auch auf den bereits erwähnten Prozess in Lüttich Anfang der sechziger Jahre, in dem es um aktive Sterbehilfe an einem lediglich körperlich behinderten Kind ging.³⁰⁴

„Das Urteil über den Lebenswert in den genannten Fällen und Gruppen stützt sich zunächst einmal auf verbreitete, aber kaum oder gar nicht präzisierbare Vorstellungen von der Erlebnisfähigkeit eines Individuums, gleichsam als Voraussetzung zur Führung eines irgendwie lebenswerten Lebens.

[...] Eine ganz andere Überlegung kommt aber ins Spiel, wenn man den Lebenswert eines Individuums nach seinem Nutzen für die Gemeinschaft oder umgekehrt seinen Lebensunwert nach dem Kostenaufwand für seine Erhaltung beurteilt.“³⁰⁵

Von diesem Argument des Risikos einer ökonomisch motivierten Sterbehilfe schlug Ehrhardt den Bogen zur Dammbuchgefahr: Es sei „dann nur noch ein Schritt zu anderen ‚Gemeinschaftsidealen‘ als Maßstab für die Beurteilung des Lebenswertes: Volksgesundheit, Rassereinheit“³⁰⁶. Diese Verbindung zu den Verbrechen der NS-Zeit relativierte Ehrhardt jedoch im Folgenden, wodurch sich die Frage stellt, weshalb er das Argument überhaupt zunächst anbrachte. Vielleicht, weil man sich „in einigen Kreisen [...] bloß auf Nazi-Deutschland berufen [muß], um die unantastbare Authentizität des eigenen Arguments zu untermauern“³⁰⁷, wie es der britische Historiker Michael Burleigh ausdrückte. Ehrhardts darauf folgende Einsicht wirkt dann auch eher vernunftbetont als von

³⁰³ Ebd.

³⁰⁴ Vgl. ebd.

³⁰⁵ Ebd., S. 1703 f.

³⁰⁶ Ebd., S. 1704.

³⁰⁷ Burleigh (2000), S. 412.

wirklicher Überzeugung geprägt: „Durch die Identifizierung von ‚Euthanasie‘ mit ‚nazistischen‘ Greueln – so naheliegend und verständlich sie sein mag – verbaut man sich den Weg zu einer grundsätzlichen Klärung.“³⁰⁸

Abschließend stellte er die Frage nach dem „Tötungshelfer“³⁰⁹, wobei er sich hier – wiederum ohne dies zuvor unmissverständlich klar zu stellen – offensichtlich auf die Tötung von nicht einwilligungsfähigen Patienten, beispielsweise missgebildeten Neugeborenen, bezog. Solche „Vernichtungen“³¹⁰ bezeichnete er als „unverantwortliche Zumutung“ und zweifelte die „Berufseignung“ und „charakterliche Qualifikation“ von Ärzten, die sich hierzu bereit erklärten, an. Er argumentierte indirekt also mit dem Berufsethos, das es einem Arzt seiner Meinung nach ohne Ausnahme verbot, Leben zu beenden.

Zusammenfassend lassen sich aus Ehrhardts Aufsatz folgende Schlüsse ziehen: Er führte bereits 1974 die heute gebräuchlichen Termini aktive, passive und indirekte Sterbehilfe ein. Trotzdem herrscht in einigen Passagen Unklarheit, auf welche Form der Sterbehilfe er sich bezog. Vor allem in Zusammenhang mit der aktiven Sterbehilfe spielten bei Ehrhardt die nicht einwilligungsfähigen Patienten eine zentrale Rolle. Auf die „Tötung auf Verlangen“ von einwilligungsfähigen Patienten, wie sie heute meist diskutiert wird, hingegen ging er kaum ein.

Ehrhardt betonte mehrmals die Notwendigkeit der Trennung zwischen der NS-„Euthanasie“ und einer „echten“ Sterbehilfe, gleichzeitig sorgte er selbst jedoch für Vermischung, indem er mögliche Parallelen aufzeigte. Einen Vergleich zog er auch zwischen Sterbehilfe und Schwangerschaftsabbruch, wobei er sich wiederum vor allem auf die aktive Sterbehilfe an missgebildeten Neugeborenen bezog und den Unterschied dieser „zwei Varianten der Lebensvernichtung“³¹¹ als einen rein zeitlichen sah.³¹² Als Argumente gegen eine Liberalisierung der Gesetze führte Ehrhardt einige bereits bekannte Motive (Dammbruchgefahr,

³⁰⁸ Ehrhardt: Schwangerschaftsabbruch und Euthanasie, S. 1704.

³⁰⁹ Ebd.

³¹⁰ Ebd. ebenso die folgenden Zitate.

³¹¹ Ebd., S. 1696.

³¹² Vgl. ebd., S. 1704.

Gefährdung des Vertrauensverhältnisses Arzt-Patient, Berufsethos) aber auch neue an. So waren für ihn das Problem der sicheren Diagnose- und Prognosestellung sowie die Unsicherheit bezüglich der Freiwilligkeit und Dauerhaftigkeit des Sterbenswunsches zentral. Vollkommen neu tauchte auch das Argument der Gefahr einer ökonomisch motivierten Sterbehilfe auf. Interessant ist das Aufkommen dieses Motivs im Zusammenhang mit dem Ende des Wirtschaftswunders, das 1974 die Ölpreiskrise markierte. Zwar brachte erst die zweite Hälfte der siebziger Jahre kostensparende Gesundheitsreformen, doch ist denkbar, dass bereits die 1974 einsetzende Rezession Befürchtungen einer zunehmenden „Ökonomisierung“ des Gesundheitswesens aufkommen ließ.

Dass Ehrhardt vor allem rechtliche Aspekte der Sterbehilfeproblematik ansprach, mag einerseits mit der Tatsache verbunden sein, dass er seinen Aufsatz anlässlich des Dritten Weltkongresses für Medizinisches Recht schrieb³¹³, doch kann es ebenso als Ausdruck eines neuen Bewusstseins der Ärzteschaft für die fächerübergreifende Relevanz der Thematik verstanden werden.

Zum Vergleich soll ein weiterer Artikel Ehrhardts aus dem Jahr 1978 besprochen werden. Dieser Aufsatz mit dem Titel „Psychiatrie und Ethik“ ist die gekürzte Fassung eines Vortrags, den der Autor im Vorjahr auf dem Weltkongress für Psychiatrie gehalten hatte. Interessant sind die deutlichen Parallelen zu dem 1974 veröffentlichten Artikel. Ehrhardt zitierte teilweise wörtlich aus dem älteren Aufsatz und brachte keine neuen Argumente an. Er wiederholte seine Skepsis bezüglich der Diagnosesicherheit und der Freiwilligkeit des Sterbewunsches.³¹⁴ Aktuellen Bezug nahm er zu den *Richtlinien für die Sterbehilfe* der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften, sowie zur kalifornischen Gesetzgebung. Beides bezeichnete er als „wichtige Schritte auf dem Weg zu einer weitergehenden rechtlichen Normierung“³¹⁵. Hier wird Ehrhardts Ambivalenz bezüglich der Frage einer

³¹³ Vgl. ebd., S. 1705.

³¹⁴ Vgl. Ehrhardt: Psychiatrie und Ethik, S. 2912 f.

³¹⁵ Ebd.

Sterbehilfegesetzgebung deutlich: einerseits betont er die „Fragwürdigkeit und Grenzen“³¹⁶ einer solchen, andererseits scheint er sie aber in diesen „Grenzen“ auch für notwendig zu befinden. Erneut sprach er sowohl die „Tötung auf Verlangen“ als auch die „Vernichtung lebensunwerten Lebens“ an, wobei er die Verknüpfung beider Themen als Ausgangspunkt „beträchtlicher Verwirrung“³¹⁷ bezeichnete. Eine deutliche Trennung nahm er aber auch selbst nicht vor.

Ehrhardts zweiter Artikel enthält also keine neuen Aspekte der Thematik, vielmehr wurde eine bereits bekannte Position verteidigt. Auch fand keine ausführliche Besprechung der Schweizer Richtlinien statt, vielleicht, weil noch auf eine offizielle Positionierung der Bundesärztekammer gewartet wurde.

Abschließend sollte bezüglich Ehrhardts *Stellungnahmen* im *Deutschen Ärzteblatt* nicht vergessen werden, dass es sich hierbei um Artikel eines ehemaligen Mitglieds der NS-Elite handelt. Seine von der Redaktion, wie schon im Falle Mayers, so vollkommen unkommentiert und unkritisch abgedruckte Positionierung zu einem ethisch umstrittenen Thema wie der Sterbehilfe enthält zwar keinerlei zweifelhaften Äußerungen zur NS-Euthanasie, nichtsdestotrotz kann dem *Deutschen Ärzteblatt* vorgeworfen werden, seinen Lesern bewusst die Vergangenheit dieses Autors verschwiegen zu haben. Von umfassender, unabhängiger Berichterstattung kann keine Rede sein.

Beispielhaft sollen auch zwei Leserbriefe aus den siebziger Jahren Erwähnung finden. 1974 nahm Herr P. Oestreicher aus London Bezug auf Ehrhardts in jenem Jahr erschienen Artikel und vertrat äußerst deutlich seine, die aktive Sterbehilfe ablehnende, Position: „Diesen Gnadentod verurteile ich unter allen Umständen, er ist auch bei bester Absicht unethisch und widerspricht dem einwandfreien Gebot: Du sollst nicht töten! [...] Gnadentod soll auch bei bester Absicht strafbar bleiben.“³¹⁸

Ebenso klar befürwortete er die passive Sterbehilfe: „Wesentlich und völlig einwandfrei scheint mir aber, den Tod eines hoffnungslos Kranken nicht

³¹⁶ Ebd.

³¹⁷ Ebd.

³¹⁸ Oestreicher: Nicht künstlich verzögern, S. 2968.

künstlich [...] zu verzögern.“³¹⁹ Hierbei nahm er deutlichen Bezug auf die gesetzliche Regelung der Patientenverfügungen in Großbritannien, die er für vorbildlich hielt.³²⁰

Beispielhaft für andere Leserbriefe ist die unmissverständliche Positionierung, deutliche Sprache und wenig ausgefeilte Argumentationsweise dieser Leserschrift. Formulierungen wie „ich verurteile“, „einwandfrei scheint mir“ und „M.E. ist es notwendig“³²¹ drücken die subjektive Überzeugung des Autors, aber keinen Anspruch auf Allgemeingültigkeit aus. Auch wird der Standpunkt nicht ausführlich begründet, wenn überhaupt kommen moralische Normen wie das Fünfte Gebot oder der Hippokratische Eid zur Untermauerung der eigenen Meinung zum Tragen. In seiner Sprache ist dieser Brief im Vergleich zu anderen noch gemäßigt, es finden sich kaum emotional aufgeladene, wertende Begriffe wie „Mord“ oder „Vernichtung“.

Um auch einen Eindruck von den vielen Leserbriefen, die keinen eindeutigen Standpunkt bezüglich Sterbehilfe erkennen lassen, zu vermitteln, soll ein solcher aus dem Jahr 1975 besprochen werden. Professor H.-J. Maurer aus Norwegen äußerte sich unter der Überschrift „Rechtliche Konsequenzen“ Bezug nehmend auf Oestreichers Brief kritisch über die angebliche Ignoranz der Ärzte gegenüber juristischen Fragen: „Bei allen Überlegungen zur Euthanasie und zum Gnadentod, was immer auch unter beidem verstanden wird, werden alle sich daraus ergebenden rechtlichen Fragen und Konsequenzen von den Ärzten außer Acht gelassen.“³²²

Ob Herr Maurer selbst Jurist war, ließ sich leider nicht rekonstruieren, könnte aber aufgrund seiner sich selbst distanzierenden Formulierung „von den Ärzten“ vermutet werden. Abgesehen davon, ob er mit seinem Vorwurf recht hatte, verdeutlicht die Äußerung „was immer auch unter beidem verstanden wird“, die Verschiebung der Fragestellung weg von der ethisch-moralischen Diskussion hin zu einem eigenen Problembereich, in diesem Fall dem juristischen. Eine solche Betrachtung von mit der Thematik verwandten aber doch eigenständigen

³¹⁹ Ebd.

³²⁰ Vgl. ebd.

³²¹ Ebd.

³²² Maurer: Rechtliche Konsequenzen, S. 363.

„Randbereichen“ findet sich in vielen der in dieser Arbeit als „neutral“ kodierten Leserbriefe.

Wie aus Diagramm 1 hervorgeht, tauchen in den siebziger Jahren erstmals Artikel der Rubrik *Verschiedenes* auf. Einer davon soll hier beispielhaft Erwähnung finden.

Unter der Überschrift „Euthanasie: Neues Thema in den Funk- und Fernsehstudios“ fand sich 1973 ein Artikel, der sich mit der Sterbehilfethematik in verschiedenen Fernsehsendungen auseinandersetzte. Der Autor E. Häussermann begrüßte zwar diese neue Aufmerksamkeit, sah aber auch eine „Gefahr insofern, als das Thema droht, ‚in‘ zu werden, in die Nähe der ‚Selbstbestimmung des Patienten‘ und der modistischen Vokabeln zu rücken“³²³. Hier verdeutlichte der Autor bereits seine kritische Haltung gegenüber der aktiven Sterbehilfe. Mit sarkastischem Ton fuhr er fort: „Doch schon drohen uns auch hier solche Mode-Soziologen, die ein ‚Recht‘ und ‚Bedürfnis‘ auf alles ableiten, auch das ‚Recht‘ auf einen gefälligen Tod. Der moderne Mensch, ach so schmerzempfindlich, soll vom Ende so wenig wie möglich spüren, und Kliniken und Ärzte haben eben dafür zu sorgen.“³²⁴

Diese Polemik könnte von schwerkranken, leidenden Menschen als beleidigend oder verhöhrend empfunden werden. Formulierungen wie „ach so schmerzempfindlich“ zeugen nicht von einer ausgeprägten Sensibilität des Autors für die Ernsthaftigkeit der Thematik. Der unterschwellig aggressiv vorwurfsvolle Tonfall aber entlarvt seine persönliche Betroffenheit. Er schien es als Zumutung zu empfinden, welche Forderung da an Ärzte gestellt wurde, nämlich für einen „gefälligen Tod“ zu sorgen. Interessant ist auch, dass der Autor die neu aufkommende Bewegung zur Stärkung der Patientenrechte und – selbstbestimmung offensichtlich als starke Bedrohung empfand. Noch herrschte in der Ärzteschaft ein paternalistisch geprägtes Bild der Arzt-Patientenbeziehung vor, von dem nur in Lippenbekenntnissen abgewichen wurde. Wie diese Zitate zeigen, handelte es sich also bei diesem Artikel

³²³ Häussermann: Euthanasie: Neues Thema in den Funk- und Fernseh-Studios, S. 2183.

³²⁴ Ebd.

keineswegs um eine bloße Besprechung einiger Fernsehsendungen. Vielmehr nutzte der Autor ihn auch zur persönlichen Meinungsäußerung.

5.3) 1984: Hackethal und das Recht auf Selbstbestimmung

„Aber er [der Grundwert der Selbstbestimmung, C.G.] bedarf offenbar eines gleichermaßen fundamentalen Gegenwertes, der etwa als Schutz des Lebens zu bezeichnen wäre, um sich nicht zu verselbstständigen, zu verabsolutieren und dadurch mörderisch zu werden.“³²⁵

Diese hier von dem Psychiater Klaus Dörner angesprochene Notwendigkeit, dem „Recht auf Selbstbestimmung“ etwas entgegen zu setzen, entsprang der Tendenz der Sterbehilfediskussion in der zweiten Hälfte der achtziger Jahre, das Selbstbestimmungsrecht des Patienten und somit auch sein „Recht auf den eigenen Tod“ immer mehr in den Mittelpunkt zu stellen. Benzenhöfer beschrieb diese Entwicklung als Teil von drei zentralen Forderungen, die die Sterbehilfediskussion bereits ab 1979 prägten: Zum einen dauerte das Ansinnen, die aktive Sterbehilfe zu legalisieren an, außerdem rückte die passive Sterbehilfe auch bei nicht einwilligungsfähigen Patienten in den Vordergrund und in diesem Zusammenhang auch die Bedeutung von Patientenverfügungen.³²⁶ Diese Strömungen forderten also ein vermehrtes Recht auf Selbstbestimmung, wie Dörner es in obigem Zitat kritisierte. Die dritte Entwicklung war eine Zunahme von Fällen ärztlicher Beihilfe zum Suizid, die die Justiz beschäftigten.³²⁷ Als prägend bezeichnete Benzenhöfer in diesem Zusammenhang den sogenannten „Wittig-Fall“, dessen BGH Urteil aus dem Jahr 1984 eine zunehmende Diskussion um die gesetzliche Regelung der Sterbehilfe in den beiden Folgejahren nach sich zog.³²⁸ In genanntem Prozess ging es um das Nichteingreifen eines Arztes, der seine Patientin nach Einnahme einer Überdosis Morphinum und Schlafmittel in suizidaler Absicht bewusstlos auffand, woraufhin diese verstarb. Der Arzt begründete sein Handeln mit der Tatsache, dass die Patientin bereits im Voraus mehrmals ihm

³²⁵ Dörner: Euthanasie gestern - Sterbehilfe heute?, S. B-2282.

³²⁶ Vgl. Benzenhöfer (2009), S. 174.

³²⁷ Vgl. ebd.

³²⁸ Vgl. ebd. sowie S. 177 ff.

gegenüber geäußert habe, sie wolle nicht länger leben und sie, als der Arzt sie fand, eine an ihn gerichtete Nachricht in der Hand hielt mit der Anweisung, sie nicht ins Krankenhaus zu bringen.³²⁹ Der Bundesgerichtshof sprach den Angeklagten schließlich vom Straftatbestand der Tötung auf Verlangen sowie der unterlassenen Hilfeleistung frei. In der Begründung betonte das Gericht aber, dass nicht der zuvor geäußerte Willen des Patienten maßgebend für das Handeln des Arztes sein dürfe, sondern er „in eigener Verantwortung“³³⁰ eine Entscheidung zu treffen habe, orientiert an der „ärztlichen Standesethik“.³³¹ Der Bundesgerichtshof fällte somit ein einzelfallbezogenes Urteil, das in den folgenden Jahren Forderungen nach eine gesetzlichen Regelung der Sterbehilfe laut werden ließ.³³²

So fand 1985 eine Anhörung von fünfzehn Sachverständigen (Ärzte, Theologen und Juristen) durch den Rechtsausschuss des Bundestages statt. Die Mehrheit sprach sich gegen die Legalisierung der aktiven Sterbehilfe aus³³³ und auch der damalige Bundesjustizminister Hans Engelhard lehnte diese ab³³⁴.

1986 sorgte der von einem Arbeitskreis aus Juristen und Medizinern in Stuttgart vorgelegte *Alternativentwurf eines Gesetzes über Sterbehilfe*, kurz AESH, für Aufsehen. Unter anderem sah dieser Alternativentwurf die im Einzelfall mögliche Straffreiheit bei Tötung auf Verlangen vor, wenn diese der „Beendigung eines schwersten vom Betroffenen nicht mehr zu ertragenden Leidenszustandes dien[e]“³³⁵. Der 56. *Deutsche Juristentag* lehnte die

³²⁹ Vgl. ebd., S. 174 ff.

³³⁰ Zit. nach ebd., S. 176.

³³¹ Vgl. ebd. Eine ausführliche Besprechung der Urteilsbegründung findet sich ebenda.

³³² Vgl. ebd., S. 177.

³³³ Vgl. Stenografisches Protokoll des Rechtsausschusses: Argumentativ tauchten in den Stellungnahmen viele der bereits bekannten Punkte auf. So wurde auf die Dammbuchgefahr verwiesen [Vgl. ebd., S. 28, 98, 100, 158] und die Gefährdung des Arzt-Patienten-Verhältnisses befürchtet [Vgl. ebd., S. 34, 113, 157]. Außerdem mahnten die Theologen Professor Dietrich Rössler und Johannes Reiter die Unzumutbarkeit einer Pflicht zum Töten eines Menschen an, die eine Verfügung eines Menschen über andere mit sich brächte [Vgl. ebd., S. 79, 158]. Viele der befragten Experten befürchteten einen wachsenden gesellschaftlichen und auch ökonomischen Druck auf alten und kranke Menschen [Vgl. ebd., S. 52, 99 f., 169]. Desweiteren verwiesen sie auf die mangelnde Sicherheit bezüglich der Endgültigkeit des Sterbewunsches und die Abhängigkeit des Patienten im Moment des bevorstehenden Todes (Vgl. ebd., S. 47, 89, 91).

³³⁴ Vgl. Unbekannt: Justizminister: Aktive Sterbehilfe bleibt unethisch, S. 1321.

³³⁵ Baumann, et al. (1986), S. 12.

gesetzliche Neuregelung der Sterbehilfe mehrheitlich ab und bestätigte die Richtlinien der Bundesärztekammer.³³⁶

Zentral für die öffentliche Sterbehilfediskussion ab 1980 ist die Rolle der *Deutschen Gesellschaft für Humanes Sterben*, kurz DGHS, die in jenem Jahr in Nürnberg gegründet wurde.³³⁷ Ihr erster Präsident war der Politologe Hans Henning Atrott, dessen Person bereits in der Gründungszeit des Vereins für Meinungsverschiedenheiten unter den Mitgliedern sorgte.³³⁸ Die DGHS bezeichnet sich heute als eine „Bürgerrechtsbewegung sowie Menschenrechts- und Patientenschutzorganisation“³³⁹ und formuliert als Zielsetzung in ihren *10 Forderungen* unter anderem das Recht auf ärztliche Beihilfe zum Suizid³⁴⁰ sowie die Straffreiheit aktiver Sterbehilfe als „Ultissima Ratio in Ausnahmefällen“³⁴¹. Gleichzeitig sucht sie scheinbar den Schulterschluss mit der palliativmedizinischen Bewegung, indem sie „mehr Einrichtungen [...], die ein menschenwürdiges Dasein bis zu Lebensende ermöglichen“, fordert, also Hospize, Palliativstationen oder ambulante palliativmedizinische Pflegedienste. Vertreter der deutschen Hospizbewegung ihrerseits distanzieren sich allerdings wiederholt von einer Zusammenarbeit mit der DGHS.³⁴²

In ihrem *Grundsatzprogramm 2010* schreibt die DGHS, sie setze sich für „Suizidprävention“, „Ausbau der Palliativmedizin“ und individuelle „Sterbebegleitung“ ein.³⁴³ Außerdem distanziert sie sich von „jeglicher profitorientierter Sterbehilfe“³⁴⁴, erhebt allerdings einen jährlichen Mitgliedsbeitrag von 50 € pro Einzelperson, beziehungsweise 45 € für Ehepartner³⁴⁵. Nach der Gründung der DGHS stiegen ihre Mitgliederzahlen bis zu einem Höhepunkt 1992 (60.000 Mitglieder) rasant an.³⁴⁶ Doch der Gerichtsprozess gegen Atrott im Jahr 1993, auf den im Folgenden noch

³³⁶ Vgl. Lunshof, et al. (2000), S. 241 sowie Hess: 56. Deutscher Juristentag zu künstlicher Befruchtung und Sterbehilfe, S. 3272.

³³⁷ Vgl. Klee (1990), S. 90.

³³⁸ Vgl. ebd., S. 91.

³³⁹ <http://www.dghs.de/wir-ueber-uns.html>, zuletzt geprüft am 05.05.2013.

³⁴⁰ Vgl. http://www.dghs.de/fileadmin/user_upload/Dateien/PDF/10_Forderungen_der_DGHS_140411.pdf, Punkt 7, zuletzt geprüft am 05.05.2013.

³⁴¹ Ebd. Punkt 9, zuletzt geprüft am 05.05.2013.

³⁴² Vgl. Weber: Verständigung nicht vorstellbar, S. B-1003.

³⁴³ http://www.dghs.de/fileadmin/user_upload/Dateien/PDF/Grundsatzprogramm_2010.pdf, Grundsatz F, zuletzt geprüft am 05.05.2013.

³⁴⁴ Ebd. Grundsatz E, zuletzt geprüft am 05.05.2013.

³⁴⁵ Vgl. <http://www.dghs.de/service/mitglied-werden.html>, zuletzt geprüft am 05.05.2013.

³⁴⁶ Vgl. E-Mail der Wetzels, W., Pressesprecherin DGHS an die Autorin vom 06.06.2013.

eingegangen wird, fügte ihrem Ansehen schweren Schaden zu und ließ die Zahl ihrer Anhänger im Laufe der neunziger Jahre auf 35.000 sinken. Aktuell gibt die DGHS 26.000 Mitglieder an und geht von einem leichten Aufwärtstrend aus.³⁴⁷ Mitglieder beziehen die vierteljährlich erscheinende Zeitschrift *Humanes Leben – Humanes Sterben* und erhalten außerdem Zugriff auf Formulare für Patientenverfügungen, Notfallausweise und Infobroschüren. Nach einem Jahr besteht zudem die Möglichkeit, bei einem von der Gesellschaft unabhängigen Verlag ein Heft mit Suizidanleitungen sowie ein sogenanntes „Exit Bag“, eine zum Suizid durch Ersticken angefertigte Plastiktüte, für insgesamt circa 60 € zu kaufen.³⁴⁸ Wer diese Broschüre anfordert, muss ein Formular unterschreiben, in dem er bestätigt, in den vergangenen drei Jahren nicht psychisch erkrankt zu sein und weder das Informationsheft noch das Exit Bag an Dritte auszuhändigen.³⁴⁹ Beide Angaben werden aber durch die DGHS nicht näher überprüft.

Der Präsident der DGHS in den achtziger Jahren, Hans Henning Atrott, war in den prominenten „Fall Hackethal“ involviert, der Mitte jenes Jahrzehnts die Öffentlichkeit beschäftigte. Allein im *Deutschen Ärzteblatt* befassten sich sechs von 15 *Stellungnahmen* mit Hackethal, wovon wiederum vier Artikel auf *Seite 1* der Zeitschrift erschienen. Die Brisanz des Themas ist offensichtlich.

Professor Julius Hackethal (1921 – 1997) war zuvor bereits mehrfach durch provokante Aussagen aufgefallen, die ihn zu einem streitbaren Repräsentanten des Arztberufes machten. In den sechziger Jahren, als er als Oberarzt in der chirurgischen Abteilung der Universitätsklinik Erlangen arbeitete, bezichtigte er seinen damaligen Klinikleiter Professor Gerd Hegemann schwerer Kunstfehler in vielfachen Fällen, teilweise sogar angeblich mit Todesfolge.³⁵⁰ Nachdem Hackethal die Lehrbefugnis sowie die Operationserlaubnis entzogen worden waren, kündigte er Anfang 1964 seine Stelle in Erlangen. Das aufgrund der schweren Vorwürfe eingeleitete Ermittlungsverfahren gegen Hegemann wurde eingestellt.³⁵¹ Diese Episode ging als „Erlanger Professorenstreit“ durch die

³⁴⁷ Vgl. ebd.

³⁴⁸ Vgl. Eppelsheim: Der Tod in der Tüte, S. 6.

³⁴⁹ Vgl. ebd.

³⁵⁰ Vgl. Stein: Professoren ohne Pistolen, S. 6.

³⁵¹ Vgl. ebd.

Presse. Hackethal leitete fortan zunächst eine Praxis, später eine Privatklinik am Chiemsee. Immer wieder vertrat er lautstark umstrittene medizinische Thesen und übte öffentlich scharfe Kritik an Kollegen.³⁵² Die deutsche Sterbehilfediskussion prägte er, indem er Hermy Eckert, einer Krebspatientin, 1984 Beihilfe zum Suizid leistete. Die Frau litt an einem in Mund- und Kieferhöhle metastasierten Basaliom, das ihr starke Schmerzen verursachte und zunehmend die Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme erschwerte.³⁵³ Sie äußerte gegenüber Hackethal den Wunsch zu sterben und bat ihn um seine Hilfe. Dieser trat daraufhin mit Atrott in Verbindung und erhielt von ihm das gewünschte Kaliumzyanid, das Hackethal seiner Patientin am 18. April 1984 aushändigte.³⁵⁴ Er selbst war nicht anwesend, als sie das Gift trank, sondern wurde nach Eintritt des Todes von den Angehörigen der Toten hinzu gerufen. Hackethal hatte den Todeswunsch der Patientin auf Video dokumentiert.³⁵⁵ In letzter Instanz lehnte das Oberlandesgericht München 1987 die Verfahrenseröffnung gegen Hackethal ab, da es sein Handeln nicht wie die Staatsanwaltschaft als Tötung auf Verlangen, sondern als Beihilfe zum Suizid wertete. Ausschlaggebend war, dass die Patientin bis zum Schluss das Geschehen habe kontrollieren können.³⁵⁶

Die deutsche Presse kam bezüglich Hackethals Handeln zu keiner einheitlichen Bewertung. In einem ausführlichen *Spiegel*-Artikel aus dem Jahr 1984 äußerte sich der Autor, der ein offensichtlicher Bewunderer Hackethals war, wohlwollend über dessen Suizidbeihilfe. Da wurde Hackethal, „ein Mann wie ein Baum, groß, breitschultrig, vital“³⁵⁷, als Erretter der „von den Ärzten [aufgegebenen]“³⁵⁸ Hermy Eckert gefeiert. Die Bildunterschriften, die den zehnteiligen Artikeln begleiten, wie auch in großen Teilen der eigentliche Inhalt, können nur als Plädoyer für die aktive Sterbehilfe verstanden werden. So lautete dann auch das Resümee des Verfassers: „Während des ‚letzten Stündleins‘ [...] werden auch künftig die meisten Menschen mit ihrer Qual

³⁵² Vgl. Unbekannt: Widerborstiger Kollege, S. 107 sowie Unbekannt: Hackethal: "Ich lasse keinen Arzt ran".

³⁵³ Vgl. Benzenhöfer (2009), S. 179 f.

³⁵⁴ Vgl. ebd.

³⁵⁵ Vgl. Klee (1990), S. 97.

³⁵⁶ Vgl. Benzenhöfer (2009), S. 181.

³⁵⁷ Unbekannt: "Helfen Sie, ich kann so nicht weiterleben", S. 237.

³⁵⁸ Ebd.

alleingelassen sein. Ob ihnen die letzte Hilfe zuteil wird, bleibt Glückssache. Kein schöner Tod.“³⁵⁹

Die Zeit stand zumindest der Person Hackethals weitaus kritischer gegenüber. Sie prangerte dessen Werben in der Öffentlichkeit für die Suizidbeihilfe als „marktschreierisch“³⁶⁰ an, befürwortete aber die Forderung der DGHS, aktive Sterbehilfe in Einzelfällen zu erlauben.³⁶¹

Hackethal und Atrott zeigten sich in ihrem Werben für die Legalisierung aktiver Sterbehilfe zunächst einig in der Öffentlichkeit. Doch 1985 distanzierte sich Atrott von seinem Mitstreiter und leugnete in den kommenden Jahren wiederholt, das Zyankali zum Suizid der Hermy Eckert an Hackethal geliefert zu haben.³⁶² Nichtsdestotrotz sah es das Landgericht Augsburg 1993 als erwiesen an, dass Atrott in mindestens 15 Fällen persönlich und in zahlreichen weiteren Fällen über Mittelsfrauen Zyankali zu überhöhten Preisen³⁶³ an Suizidwillige verkauft und zudem Steuern hinterzogen hatte. Er wurde zu zwei Jahren Freiheitsentzug auf Bewährung und 40.000 DM Strafe verurteilt.³⁶⁴ Die DGHS enthob Atrott 1993 seines Amtes als Vorsitzendem und distanzierte sich von seinem Handeln.³⁶⁵ Seine dreizehnjährige Präsidentschaft wird in einem ausführlichen Artikel der Vereinszeitschrift zum 30-jährigen Bestehen der Gesellschaft nicht erwähnt.³⁶⁶

Im *Deutschen Ärzteblatt* erregte der Hackethal Prozess Aufmerksamkeit wie kein anderer zuvor. Auch schien er die Redaktion zu bisher nicht gekannten offenen Meinungsäußerungen zur Sterbehilfethematik herauszufordern. So wurden Hackethal kurz nach Bekanntwerden des Falles „Hermy Eckert“ „Selbstdarstellung“³⁶⁷ und „Komplizenschaft bei der [...] Tötung auf

³⁵⁹ Ebd., S. 247.

³⁶⁰ Randow: Werben mit Sterben?, S. 1.

³⁶¹ Vgl. ebd.

³⁶² Vgl. Klee (1990), S. 97 ff.

³⁶³ Die beiden SPIEGEL-Redakteure Georg Bönisch und Hans Leyendecker nennen Marktpreise zwischen 80 und 300 DM pro Kilogramm und von Atrott verlangte Summen von 3.000 bis 8.000 DM pro Kapsel (Inhalt ½ - 1g). Vgl. Bönisch, et al. (1993), S. 35.

³⁶⁴ Vgl. Benzenhöfer (2009), S. 181.

³⁶⁵ Vgl. Wichmann: Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Humanes Sterben (DGHS) zur Vergangenheit im Zusammenhang mit dem früheren Präsidenten Hans Henning Atrott, S. 1.

³⁶⁶ Vgl. Unbekannt: 30 Jahre Einsatz für Bürger-, Menschen- und Patienten-Rechte.

³⁶⁷ Unbekannt: Euthanasie 1984, S. 1501.

Verlangen³⁶⁸ vorgeworfen. Was letztere Anschuldigung angeht, scheint die Redaktion (noch) nicht korrekt über den Ablauf der Geschehnisse informiert gewesen zu sein, beziehungsweise in der juristischen Bewertung Hackethals Handelns der Staatsanwaltschaft zu folgen. 1985 konstatierte ein unbekannter Autor in einem Artikel auf Seite eins, Hackethal sei für „seriöse Leser eigentlich kein Thema mehr“³⁶⁹ und erhob sich und seine Leserschaft somit moralisch über „den Gefallenen“. Das *Deutsche Ärzteblatt* distanzierte sich überdeutlich von diesem Standesvertreter, wirkte allerdings irritiert und überrascht über die Stimmung in der Öffentlichkeit, die zumindest teilweise mit Hackethal zu sympathisieren schien: „Die Tat und ihr öffentliches Echo haben einem vielberedetem [...] Thema – des Sterbens und der ärztlichen Hilfe – eine Wende verliehen, die einem den Atem stocken lässt.“³⁷⁰

Eine erstmals 1984 vom Allensbacher Institut für Demoskopie durchgeführte Umfrage zur Sterbehilfethematik zeigte eine der Liberalisierung der Gesetzgebung gegenüber überwiegend befürwortend eingestellte westdeutsche Bevölkerung. Zwar reichte die Fragestellung lediglich bis hin zur ärztlichen Beihilfe zum Suizid – nicht zur aktiven Sterbehilfe – doch sprachen sich in diesem Fall 66 Prozent der Befragten für eine Straffreiheit des Arztes aus.³⁷¹ Eine weitere im März 1986 vorgelegte Umfrage des Instituts bezog sich ausdrücklich auf den „Fall Hackethal“. Die Präsenz des Themas in der Öffentlichkeit verdeutlicht bereits die Tatsache, dass 96 Prozent der Befragten auf die Frage, ob sie bereits von Julius Hackethal gehört hatten, mit „Ja“ antworteten.³⁷² 64 Prozent der Befragten befürworteten Hackethals Verhalten im Fall Eckert, wobei die Zustimmung unter den unter 30-Jährigen noch höher (74 Prozent), unter den über 60-Jährigen niedriger (54 Prozent) war. Gegen diese hier offensichtlich werdende, der ärztlichen Suizidbeihilfe zunehmend offener gegenüberstehende Haltung schrieb das *Deutsche Ärzteblatt* in klaren Stellungnahmen an:

³⁶⁸ Ebd.

³⁶⁹ Unbekannt: Moralisch verurteilt, S. 1213.

³⁷⁰ Unbekannt: Euthanasie 1984, S. 1501.

³⁷¹ Vgl. Institut für Demoskopie Allensbach (Oktober 1984), S. 4.

³⁷² Vgl. Institut für Demoskopie Allensbach (März 1986), S. 2.

„Eine aktive Beteiligung an der Beendigung menschlichen Lebens darf es nicht geben; das hat auch Bundesärztekammerpräsident Dr. Karsten Vilmar in diesem Zusammenhang noch einmal unterstrichen. Darüber besteht Einigkeit in der Ärzteschaft – dies vor allem müssen die Patienten wissen, darauf müssen sie sich verlassen können.“³⁷³

Es offenbart sich deutlich das Selbstverständnis der Redaktion, nicht nur passives Sprachrohr zu sein sondern auch aktive zur Meinungsbildung beizutragen. Argumentativ zeigt sich keine Neuerung: Das Arzt-Patienten Verhältnis, dessen Vertrauensbasis durch ein Einschwenken der Ärzteschaft auf die Forderungen nach aktiver Sterbehilfe angeblich erschüttert würde, wird wie auch in den vergangenen Jahrzehnten angeführt. Die in diesem Zitat aufgestellte Behauptung, in der Ablehnung solcher Forderungen herrsche Einigkeit unter den Ärzten, scheint eher einem Wunschgedanken zu entsprechen als der Realität. So ist 1984 doch das erste Jahr, in dem zumindest in den Leserbriefen des *Deutschen Ärzteblattes* erstmals auch Befürworter der aktiven Sterbehilfe auftreten. Der Hackethalprozess, beziehungsweise die durch ihn in der Öffentlichkeit angestoßene Diskussion, kann also durchaus als ausschlaggebend für diesen augenscheinlichen Sinneswandel in Teilen der Ärzteschaft angesehen werden. Es erscheint aufgrund der sonstigen einseitigen Berichterstattung des *Deutschen Ärzteblattes* erstaunlich, dass die Redaktion trotz offensichtlich differierender eigener Meinung die Befürworter der aktiven Sterbehilfe in der Rubrik Leserbriefe zu Wort kommen ließ.

Die unter den Lesern geführte Debatte nahm in der zweiten Hälfte der achtziger Jahre zunehmend emotionalere Züge an. So fragte Adam Kolb aus Neu-Ulm in seinem Brief herausfordernd: „Wäre es denn ethischer gewesen, die hoffnungslose, verzweifelte Krebspatientin grausam ihrer Not zu überlassen, oder sie protrahiert – mit höchsten Opiat-Tagesdosen – sterben zu lassen?“³⁷⁴ Für ihn schien es also nur die Alternativen: aktive Sterbehilfe/ärztliche Suizidbeihilfe oder grauenvolles Dahinsiechen zu geben. Beide Positionen standen sich für diesen Leser offensichtlich kompromisslos gegenüber. Das

³⁷³ Unbekannt: *Ärztliches Gewissen*, S. 149.

³⁷⁴ Kolb: "Menschliche Sterbehilfe", S. 1911.

immer wiederkehrende Argument der Sterbehilfegegner, den Verweis auf die NS-Euthanasie-Verbrechen, wehrte er zum Schluss seines Briefes pauschal ab: „Etwas ist nicht schon alleine deshalb schlecht, weil es die Nationalsozialisten für gut gehalten haben.“³⁷⁵

Alfred Brehm aus Freiburg kritisierte offensiv den oben zitierten Seite eines Artikel „Euthanasie 1984“, indem er ihn „affektiv, aggressiv und anmaßend“³⁷⁶ nannte und seinen Brief mit der provokanten Forderung beschloss: „Es müsste noch viel mehr Hackethals geben!“³⁷⁷ Hackethal diente hier offensichtlich als Projektionsfläche, wofür genau ist nicht mit letzter Sicherheit festzustellen. Doch spricht aus dieser polemischen Forderung eine tief reichende Unzufriedenheit – mit dem ärztlichen Berufsalltag, der eigenen Unzulänglichkeit hinsichtlich allgegenwärtigen Leides und dem Tod? Brehm forderte indirekt Hilfe – von „mehr Hackethals“ – fühlte sich also von der Politik mit den „leidenden“ Patienten allein gelassen? Hierzu passt als immer wiederkehrendes Motiv in den Briefen der Sterbehilfebefürworter der Vorwurf an ihre Gegner, sie würden den Patienten seinen Schmerzen und Siechtum überlassen. So schrieb Herr Leonhardt, Psychotherapeut aus Baden-Baden: „Aus der Furcht vor einer Verantwortung vor Gott [...] lassen sie den todkranken Mitmenschen im Stich, überantworten sie ihn dem nicht mehr behebbaren Leiden.“³⁷⁸

Dieses „im Stich lassen“ prangerte auch Herr Klesser, Internist aus Aerzen, an: „Wer in einem solchen Fall dem Leidenden seine Hilfe zu einem würdigen Sterben verweigert, ist für mich kein Arzt, sondern ein Ungeheuer.“³⁷⁹ Diese bildliche, drastische Wortwahl findet sich allerdings auch in Zuschriften der Sterbehilfegegner, wie folgender Auszug zeigt: „Auf mich wirkte Hackethal wie ein Lustmörder, dem es nur leid tat, nicht bis zum Orgasmus gekommen zu sein; und ich wünschte, mehr Menschen empfänden endlich Angst vor dieser Karikatur eines Arztes, der seine Heilstaten durch die Gabe des tödlichen Giftes krönt.“³⁸⁰ In beiden Briefen kommen zwei vollkommen gegensätzliche Bilder des ärztlichen Berufes zum Tragen: für den einen wird der die aktive Sterbehilfe

³⁷⁵ Ebd.

³⁷⁶ Brehm: Mehr Hackethals!, S. 1911.

³⁷⁷ Ebd.

³⁷⁸ Leonhardt: Philosophisches Problem, S. 2000.

³⁷⁹ Klesser: Arzt oder Ungeheuer, S. B-1690.

³⁸⁰ Wendt: Beistehen, S. B-826.

verweigernde Arzt zum „Ungeheuer“, der andere empfindet „Angst“ vor jenen „Lustmörder[n]“, die zur Euthanasie bereit sind. Überdies wird im letzten Zitat die für die Zuschriften der Sterbehilfegegner typische Wortwahl besonders deutlich, es ist vom „Mörder“ und von „Gift“ die Rede, beides eindeutig negativ konnotierte Begriffe.

Heinz Uppleger aus Starnberg verhöhnte in seinem Brief sogar die Suizidwilligen als „Feiglinge“³⁸¹ und gab sich selbst auf die Frage, wozu sie denn einen Arzt für ihr Vorhaben bräuchten, die Antwort: „Weil es so bequem ist, die schmutzige Arbeit auf den Arzt abzuwälzen?“³⁸². Deutlich spricht aus diesen Worten die Empörung über die Zumutung, als die es der Verfasser dieses Briefes anscheinend empfindet, zum Sterbehelfer zu werden. Außerdem offenbart sich ein fragliches Patientenbild, das von Verachtung, anstatt von professioneller Motivation zu helfen, geprägt scheint.

Allen *Leserbriefen* gemein ist, dass in ihnen kaum sachliche Argumente zur Untermauerung ihrer Aussage angeführt wurden. Anders verhält es sich bei den *Stellungnahmen*, weshalb einige wiederum beispielhaft Erwähnung finden sollen.

Klaus Dörner veröffentlichte 1987 einen Beitrag mit dem Titel „Euthanasie gestern – Sterbehilfe heute?“ im *Deutschen Ärzteblatt*. Dörner hatte Medizin, Soziologie und Geschichte in Heidelberg studiert³⁸³ und sich danach an der psychiatrischen Abteilung der Universitätsklinik Hamburg habilitiert³⁸⁴. Zwischen 1980 und 1996 leitete er die Psychiatrie Gütersloh und hatte einen Lehrstuhl an der Universität Witten/Herdecke inne.³⁸⁵ Er trat bereits in den siebziger Jahren engagiert für eine Reform der Psychiatrie in Deutschland ein. So gründete er 1970 den sogenannten „Mannheimer Kreis“, ein Diskussionsforum für gleichgesinnte Psychiater und in der Psychiatrie Tätige.³⁸⁶ Hieraus entstand in der Folge die „Deutsche Gesellschaft für Soziale Psychiatrie“ (DGSP), deren Vorsitzender Dörner war. Die DGSP setzte sich selbstkritisch mit der Vergangenheit der deutschen Anstaltspsychiatrie, aber auch mit den aktuellen

³⁸¹ Uppleger: Vertrauen, S. B-1998.

³⁸² Ebd.

³⁸³ Vgl. Dörner (1993), S. 16.

³⁸⁴ Vgl. <http://www.imew.de/index.php?id=170#c288>, zuletzt geprüft am 29.05.13.

³⁸⁵ Ebd.

³⁸⁶ Vgl. Tümmers (2011), S. 259.

Verhältnissen auseinander und forderte 1979 in einer Denkschrift an den Bundeskanzler und Bundestag ein aktives Aufarbeiten und Erinnern der NS-Medizinverbrechen und –„Euthanasie“.³⁸⁷ Dörner engagierte sich auch für die NS-Zwangsterilisierten als er 1984 eine Petition an den Bundestag richtete, in der er deren Aufnahme in das Bundesentschädigungsgesetz forderte.³⁸⁸ In seinem 1988 erschienenen Buch *Tödliches Mitleid* stellte er selbstkritisch und reflektiert seine eigene von der NS-Ideologie geprägte Kindheit und die nach Kriegsende beginnende Auseinandersetzung mit den „gefallenen Helden“ dar.³⁸⁹ Zentraler Inhalt seines Buches ist aber die Beschäftigung mit der „Sozialen Frage“ und den aktuellen Forderungen nach Sterbehilfe. Dörner warnte in diesem Zusammenhang vor dem sogenannten „Pannwitz-Blick“³⁹⁰, dem „Verwertungs- und Ausrottungsblick“³⁹¹ der NS-Ideologen auf die schwachen, nicht leistungsfähigen, „industriell unbrauchbaren“³⁹² Gesellschaftsmitglieder. Er prophezeite die nahende Notwendigkeit, sich in einer überalterten Gesellschaft für oder gegen diesen Pannwitz-Blick zu entscheiden.³⁹³ Hier stellte Dörner also mit Verweis auf die NS-Ideologie das Risiko des „ökonomischen Druckes“ auf alte, kranke, nicht leistungsfähige Menschen in den Mittelpunkt seiner Argumentation gegen eine Liberalisierung der Sterbehilfegesetzgebung. Nach einigen Kapiteln, die sich mit der historischen Entwicklung der Sozialen Frage und ihren Lösungsansätzen beschäftigen, spitzte Dörner diese Problematik im Abschnitt mit dem provokanten Titel „Gehn wir Behinderte vergiften im Heim“ zu und sprach von einem gesellschaftlichen Erwartungsdruck zum „Selbstmord aus Verantwortung“³⁹⁴.

Der bereits erwähnte Artikel Dörners aus dem Jahr 1987 enthält schon einige Grundideen des ein Jahr später erschienenen Buches und entstand beeinflusst

³⁸⁷ Vgl. ebd., S. 260.

³⁸⁸ Vgl. ebd., S. 276.

³⁸⁹ Vgl. Dörner (1993), S. 13 ff.

³⁹⁰ Ebd., S. 7. Dörner führte diesen Begriff beziehungsweise auf den Erfahrungsbericht des KZ-Häftlings Primo Levi ein. Levi beschrieb den Blick des Dr. Pannwitz, eines ihn begutachtenden Arztes in Auschwitz, als zwischen Menschen nie dagewesenen, das Gegenüber verdinglichenden Blick. Vgl. ebd., S. 7.

³⁹¹ Ebd., S. 9.

³⁹² Ebd., S. 8.

³⁹³ Vgl. ebd., S. 10 f.

³⁹⁴ Ebd., S. 78.

durch Gedanken der Gütersloher psychiatrischen Weiterbildung sowie einer Tagung der Evangelischen Akademie Bad Boll. Bezeichnenderweise für die achtziger Jahre begann Dörner seine Betrachtungen mit einem Verweis auf den Hackethal-Prozess und das entsprechende mediale Echo. Er beobachtete ein „wachsendes Bedürfnis, das Leiden eines Menschen irgendwann für so groß zu halten, daß man nicht mehr von einem menschenwürdigen oder einem lebenswerten Leben sprechen könne“³⁹⁵. Dies war für ihn „Anlaß genug, sich mit der Frage zu beschäftigen, wie weit die beschriebene Tendenz auf Liberalisierung der Sterbehilfe sich in einer gefährlichen Kontinuität mit Euthanasie-Forderungen der letzten hundert Jahre befindet, von denen Theorie und Praxis der nationalsozialistischen Euthanasie nur die konsequenteste und mörderischste Spielart war.“³⁹⁶ Wie für so viele seiner Vorgänger wies auch für Dörner die aktuelle Sterbehilfediskussion Parallelen zu jenen Euthanasiedebatten der vergangenen Jahrhunderte auf, weshalb er eine von der deutschen Geschichte losgelöste Betrachtung ablehnte. Nicht ganz schlüssig fügt sich in diese Argumentationslinie seine folgende Einschätzung, der Ursprung der derzeitigen Euthanasieforderungen seien die zunehmenden Selbstbestimmungs- und Emanzipationsbestrebungen, denen er den Grundwert des Lebensschutzes entgegen gesetzt sehen wollte.³⁹⁷ Diese Selbstbestimmungsforderungen können sicherlich nicht in einer Kontinuität mit der NS-Euthanasie oder der zu Beginn des letzten Jahrhunderts aufkommenden eugenischen Ideologie betrachtet werden.

Dörner stellte nach diesen einführenden Gedanken zunächst ausführlich die Geschichte der Euthanasie und eugenischen Tendenzen der vergangenen zwei Jahrhunderte mit besonderem Augenmerk auf die NS-Euthanasie dar.³⁹⁸ Er kritisierte ausdrücklich die seit den sechziger Jahren einsetzende Tendenz, Fälle von „strittiger Sterbehilfe [...] so [zu diskutieren] als hätten wir [...] nur wieder an die Tradition der 20er Jahre anzuknüpfen“³⁹⁹, worin seiner Meinung

³⁹⁵ Dörner: Euthanasie gestern - Sterbehilfe heute?, S. B-2282.

³⁹⁶ Ebd.

³⁹⁷ Vgl. ebd.

³⁹⁸ Vgl. ebd., S. B-2284 f.

³⁹⁹ Ebd., S. B-2285.

nach der „entscheidende Fehler“⁴⁰⁰ liege. Forderungen, aktuelle Sterbehilfediskussionen von der historisch belasteten Euthanasie loszukoppeln, bezeichnete Dörner als „fatales Denkmuster, wonach der Nationalsozialismus nur ein Betriebsunfall in der deutschen Geschichte gewesen ist.“⁴⁰¹ Für „uns Deutsche“⁴⁰² konstatierte er: „Wir haben die Pflicht zu lernen.“⁴⁰³

Nachfolgend ging Dörner nochmal auf den „Fall Hackethal“ und „das widerwärtige Spektakel um [dessen] Aktivitäten“⁴⁰⁴ ein. An diesem Beispiel führte er einige neue Argumente gegen die Legalisierung der aktiven Sterbehilfe oder ärztlichen Suizidbeihilfe an. So stellte Dörner fest, „daß die Patientin [Hermey Eckert; C.G.] von der mächtigen Persönlichkeit des Professors, des Herrn über Leben und Tod, völlig abhängig war, so daß die geforderte Tatherrschaft ganz offensichtlich eben nicht mehr bei der Patientin, sondern bei dem Professor lag.“⁴⁰⁵ Dörner sah also gerade das Hauptargument der Sterbehilfebefürworter, das Recht auf Selbstbestimmung, bereits im Falle der ärztlichen Suizidbeihilfe als entkräftet an. Für ihn handelte es sich um eine falsche Autonomievorstellung, die in der Extremsituation des nahenden Todes nicht aufrecht erhalten werden könne.

Desweiteren führte Dörner das Argument des möglicherweise entstehenden gesellschaftlichen Druckes auf schwache Menschen an, sich „sozialverträglich“ umzubringen oder umbringen zu lassen:

„Wenn dieser Sieg des Wertes der Selbstbestimmung von den Medien nur hinreichend hochgejubelt wird, dann kann allmählich eine soziale Erwartungshaltung in der Bevölkerung entstehen, wonach alle behinderten, unheilbaren oder alten Menschen es für anständig halten müssen, sich von den medizinischen Vertretern der Wissenschaft den Tod geben zu lassen.“⁴⁰⁶

Und Dörner fügte provokant hinzu: „Es entstehen ungeahnte Möglichkeiten, soziale Kosten einzusparen.“⁴⁰⁷ Hier benannte er erstmals explizit die Gefahr

⁴⁰⁰ Ebd.

⁴⁰¹ Ebd.

⁴⁰² Ebd., S. B-2286.

⁴⁰³ Ebd.

⁴⁰⁴ Ebd.

⁴⁰⁵ Ebd.

⁴⁰⁶ Ebd.

⁴⁰⁷ Ebd.

der Ökonomisierung der Gesundheit oder sogar des Lebens. Dass dieses Argument in der zweiten Hälfte der achtziger Jahre neu auftauchte, ist sicherlich in der zunehmend finanziell angespannten Lage des deutschen Gesundheitssystems begründet. 1986 wurde erstmals verpflichtend die ICD-9 Klassifikation (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems) für Krankenhäuser eingeführt. Eine Krankheits- und Symptomklassifikation der WHO, die Diagnostik, Therapie und seit 2003 (Einführung der Diagnosis Related Groups, kurz DRG–Fallpauschalen) auch die Abrechnung medizinischer Leistungen vereinheitlichte und kontrollierbar machen sollte. Bereits 1977 war das erste Kostendämpfungsgesetz, 1982 seine Ergänzung, in Kraft getreten, was einschließlich der Gesundheitsreform von 1989 eine Entwicklung der zunehmenden Leistungsreduzierung und Kosteneinsparung markierte. Es erschien plötzlich fraglich, inwieweit in Zukunft eine gleichberechtigte Teilhabe aller Bürger an Gesundheitsleistungen, unabhängig von ihrem Einkommen, noch zu ermöglichen wäre. Ein weiteres Merkmal der Ökonomisierung der Gesundheit, die zunehmende Privatisierung von Versorgungsstrukturen, nahm zwar erst im Laufe der neunziger Jahre Fahrt auf⁴⁰⁸, doch deutete sie sich mit der Börsennotation der ersten Privatklinik Deutschlands, des Röhnklinikums, 1988⁴⁰⁹ bereits an. Der Gesundheitsforscher Hagen Kühn formulierte die neue Philosophie so: „Geld bleibt nicht Mittel zur Sicherstellung der Versorgung, sondern die Versorgung von Kranken wird tendenziell zum Mittel, durch das Gewinn erzielt werden kann.“⁴¹⁰

Aus diesen Tendenzen folgerte Dörner die Gefahr, dass ökonomische Interessen auch die Entscheidung über Leben oder Sterben beeinflussen könnten. Daraus erwuchs für ihn folgerichtig das Risiko des Vertrauensverlustes der Patienten in den Arzt: „Wer sich in die unvermeidliche Abhängigkeit von einem Arzt begibt, wird nicht mehr wissen können, ob dieser seine Tatherrschaft mehr aufs Leben oder aufs Sterben richten wird.“⁴¹¹

Dieses Schreckensszenario war in der Argumentation der Sterbehilfegegner nichts Neues, doch sah es Dörner als einen weiteren Quell des Misstrauens im

⁴⁰⁸ Vgl. Bauer (2006), S. 19.

⁴⁰⁹ Vgl. http://www.rhoen-klinikum-ag.com/rka/cms/rka_2/deu/33912.html, zuletzt geprüft am 31.05.13.

⁴¹⁰ Zit. nach ebd., S. 18.

⁴¹¹ Dörner: Euthanasie gestern - Sterbehilfe heute?

Arzt-Patientenverhältnis das „fragwürdige Mittel des Patiententestamentes“⁴¹². Karsten Vilmar, Präsident der Bundesärztekammer, äußerte sich hierzu anderweitig in einem Interview mit dem *Deutschen Ärzteblatt* aus dem Jahr 1983. Er mahnte zwar zur Zurückhaltung bezüglich einer uneingeschränkten Umsetzung einer solchen „Willenserklärung aus gesunden Tagen“⁴¹³ und bezeichnete sie lediglich als „Entscheidungshilfe“⁴¹⁴ für den Arzt, zweifelte sie aber nicht als grundsätzliche Belastung für das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient an.

Dörner schloss seine Stellungnahme mit den konservativ geprägten, bereits bekannten Argumenten der Sterbehilfegegner, der „Heiligkeit“ des Lebens sowie dem Hippokratischen Eid. Er betrachte „das Leben als Geschenk, als Pfand, als von Gott geliehen“⁴¹⁵. Um diesem Wert ausreichend Gewicht zu verschaffen, hätten Ärzte „die Möglichkeit des hippokratischen Eides, obwohl dieser nicht mehr sehr mächtig zu sein [scheine]“⁴¹⁶.

Um einen Eindruck der von der Bundesärztekammer offiziell vertretenen Position zu vermitteln, soll noch ein 1983 veröffentlichtes Interview mit dem damaligen Präsidenten der Bundesärztekammer, Karsten Vilmar, besprochen werden. Die Fragen stellte der Journalist Norbert Jachertz, der seit 1972 beim *Deutschen Ärzteblatt* tätig war und 1991 dessen Chefredakteur wurde.⁴¹⁷ Jachertz hatte Volkswirtschaft studiert und einige Jahre als Referent bei der Bundesärztekammer gearbeitet.⁴¹⁸ Seit seinem Ausscheiden aus dem *Deutschen Ärzteblatt* ist er freiberuflich als Journalist tätig. Seine eigene Position in der Sterbehilfediskussion verdeutlichte er in der Zeitschrift wiederholt in unmissverständlichen Stellungnahmen. So sprach er 1990 von der „Gefahr, daß aktive Sterbehilfe mehr und mehr praktiziert wird“⁴¹⁹ und mahnte in Zusammenhang mit dem Hackethal-Prozess 1987 den „dünnen Grat“⁴²⁰

⁴¹² Ebd.

⁴¹³ Jachertz: Das Leben erhalten. Das Sterben nicht verlängern., S. 20.

⁴¹⁴ Ebd.

⁴¹⁵ Dörner: Euthanasie gestern - Sterbehilfe heute?, S. B-2287.

⁴¹⁶ Ebd.

⁴¹⁷ Vgl. Stüwe: Kompetent, mutig, rheinisch-gelassen, S. A-2359.

⁴¹⁸ Vgl. ebd.

⁴¹⁹ Jachertz: Mehr Mut bei der Leichenschau, S. B-1957.

⁴²⁰ Jachertz: Dünner Grat, S. B-1593 ebenso das folgende Zitat.

zwischen „Selbsttötung und Tötung“ an. So verwundert es nicht, dass er in jenem Interview mit Vilmar kaum provokante Fragen stellte, sondern seinem Interviewpartner vielmehr Vorlagen lieferte, um die aktive Sterbehilfe ablehnende Einstellung der Bundesärztekammer möglichst einleuchtend darzustellen.

Karsten Vilmar war zwischen 1965 und 1996 Leitender Oberarzt der Unfallchirurgie in Bremen und stand von 1978 bis 1999 der Bundesärztekammer als Präsident vor.⁴²¹ Berufspolitisch war er in zahlreichen Verbänden und Organisationen engagiert. 1998 sorgte er für öffentliche Diskussionen als er in einem Interview mit dem NDR den Begriff des „Sozialverträglichen Frühablebens“ einbrachte. Er hatte diese Wortwahl provokant verwandt, um seine Kritik am wachsenden Kostendruck und einer zunehmenden Begrenzung der Ärztehonorare im deutschen Gesundheitssystem zu äußern, doch stieß sein Zynismus auf Unverständnis und Ablehnung in weiten Teilen der Bevölkerung. Der Begriff wurde zum „Unwort des Jahres 1998“ gewählt.

Neue Argumente gegen die aktive Sterbehilfe brachte Vilmar in dem Interview im *Ärzteblatt* nicht vor. Vielmehr wiederholte er den Verweis auf das Berufsverständnis, das es Ärzten „aufgrund der über zweieinhalb Jahrtausende alten ethischen Verpflichtung“⁴²² verbiete, zu töten. Außerdem äußerte er seine Sorge über die „nachhaltige Zerstörung jeglichen Vertrauensverhältnisses zwischen Patient und Arzt“⁴²³, sollten Ärzte „aktiv Leben [...] beenden“. Ebenso verteidigte Vilmar jenes Argument, das bereits zuvor als „Heiligkeit des Lebens“ angeführt wurde. So war er der Überzeugung: „Grundsätzlich muß Leben in jeder Phase, am Anfang oder am Ende vom Arzt geschützt werden.“⁴²⁴ Eine gesetzliche Regelung, auch lediglich der passiven oder indirekten Sterbehilfe, lehnte Vilmar mit Verweis auf das Ausreichen der Richtlinien der Bundesärztekammer ab.⁴²⁵

⁴²¹ Vgl. Stüwe: "Als Mensch, als Arzt und als Berufspolitiker Großes geleistet", S. A-1213.

⁴²² Jachertz: Das Leben erhalten. Das Sterben nicht verlängern., S. 19.

⁴²³ Ebd. ebenso das folgende Zitat.

⁴²⁴ Ebd.

⁴²⁵ Vgl. ebd.

Die achtziger Jahre brachten zusammengefasst immerhin zwei neue Argumente auf Seiten der Sterbehilfegegner in die Diskussion im *Deutschen Ärzteblatt* ein: zum einen das Risiko eines zunehmenden ökonomischen Druckes im Gesundheitswesen, der zum „verantwortlichen“ Selbstmord führen könnte, zum anderen die Anzweifelung des Hauptpunktes der Sterbehilfebefürworter, die Wahrung des Selbstbestimmungsrechts. Dörner stellte erstmals in Frage, in wieweit es sich beim Entschluss zum Suizid in einem dem Tode nahen Zustand vielleicht gar nicht mehr um eine autonome Entscheidung handele, sondern eher um eine durch äußeren Druck und Abhängigkeit entstandene. Das Selbstbestimmungsrecht und das daraus von den Befürwortern gefolgerte Recht auf den eigenen Tod brachte außerdem die Etablierung von Patientenverfügungen voran, die allerdings von der Ärzteschaft mehrheitlich noch zurückhaltend bewertet wurde.

Die auch im *Deutschen Ärzteblatt* vielbeachteten Prozesse gegen Hackethal und Atrott sowie die lautstarken Äußerungen der DGHS hoben die Sterbehilfediskussion in den achtziger Jahren auf ein öffentliches Podium, das auch der allgemeinen Bevölkerung eine Meinungsbildung ermöglichte. Festzuhalten bleibt, dass sich bereits 1984 eine Mehrheit für die Legalisierung des ärztlich assistierten Suizids aussprach. Alle Bestrebungen, die Sterbehilfe gesetzlich zu regeln, konnten sich allerdings nicht durchsetzen.

Bemerkenswert scheint auch die nun erstmals in den Leserbriefen entfesselte Debatte zwischen Befürwortern und Gegnern der aktiven Sterbehilfe. Beide Seiten ließ die Redaktion relativ ausgewogen zu Wort kommen, obwohl sie ihre eigene Position wiederholt, unmissverständlich verdeutlichte.

5.4) Die neunziger Jahre: Die Bioethikdebatte

„Nach der Serie ‚Medizin im Nationalsozialismus‘ im Deutschen Ärzteblatt und nach der Ausstellung ‚Der Wert des Menschen‘ während des Ärztetages im vergangenen Jahr ist die Veröffentlichung des Artikels von H. Kuhse ein Skandal. H. Kuhse versucht die Begriffe ‚lebenswert‘ und ‚Euthanasie‘ ihres zeitgeschichtlichen Gehalts zu berauben, um erneut menschliches Leben als lebensunwert zu klassifizieren und unter der Devise ‚Euthanasie‘ töten zu können.“⁴²⁶

Dieses Zitat entstammt einem Leserbrief aus dem Jahr 1990, der sich auf einen im *Deutschen Ärzteblatt* erschienenen Artikel der australischen Bioethikerin Helga Kuhse bezieht. Jener Aufsatz, im April 1990 veröffentlicht, löste eine Flut von Leserbriefen aus, die die Zeitschrift in zwei Ausgaben in Auszügen veröffentlichte. Der Tenor des obigen Zitates zeigt, mit welcher Empörung zahlreiche Leser auf die Thesen Kuhses reagierten, ja allein deren Abdruck im *Deutschen Ärzteblatt* offensichtlich als Zumutung empfanden. Auch Benzenhöfer beschrieb die Auseinandersetzung mit den Thesen des Bioethikers Peter Singer – Helga Kuhse war Mitarbeiterin Singers – als prägend für die Sterbehilfediskussion zu Beginn der neunziger Jahre.⁴²⁷

Peter Singer (geb. 1946) ist Sohn von dem Holocaust geflohener Juden und wuchs in Melbourne auf. Er studierte Philosophie in Oxford und lehrt seit 1999 an der Princeton Universität in New Jersey Bioethik sowie seit 2013 an der Universität Melbourne am Institut für Geschichte und Philosophie.⁴²⁸ Die Berufung an erstere Universität sorgte für Protestkundgebungen vor Ort⁴²⁹, da Singers Thesen zu Präimplantationsdiagnostik, Abtreibung und Sterbehilfe durchaus umstritten und beispielsweise von Behinderten vielfach als diskriminierend empfunden werden. 1975 veröffentlichte Singer das Buch *Animal Liberations*, in dem er sich mit Tierschutz und Tierrechten auseinandersetzte. Vier Jahre später erschien zunächst auf Englisch, 1984 auch auf Deutsch seine *Praktische Ethik*. In diesem Buch entwickelte er die philosophische Richtung des Utilitarismus weiter zum sogenannten Präferenz-

⁴²⁶ Bentfeld: Skandal, S. B-1976.

⁴²⁷ Vgl. Benzenhöfer (2009), S. 182.

⁴²⁸ Vgl. <http://www.princeton.edu/~psinger/appointments.html>, zuletzt geprüft am 19.06.13.

⁴²⁹ Vgl. Unbekannt: Peter Singer: Kaltherziger Vordenker.

Utilitarismus. Der klassische Utilitarismus „betrachtet eine Handlung als richtig, wenn sie ebenso viel oder mehr Zuwachs an Glück für alle Betroffenen produziert als jede andere Handlung“⁴³⁰. Im Gegensatz dazu berücksichtigt der Präferenz-Utilitarismus stärker die Interessen der Betroffenen, anstatt einzig die pauschale Mehrung von „Lust“ und Vermeidung von „Unlust“ anzustreben.⁴³¹ Demnach geht es laut Singer bei ethischen Entscheidungen unter Anwendung dieser Denkweise um „Interessenabwägung“⁴³². Im Kapitel „Weshalb ist töten unrecht?“ setzte Singer sich mit möglichen ethischen Begründungen für das in unserer Gesellschaft verwurzelte Tötungsverbot bezüglich menschlichen Lebens auseinander. Hierbei hinterfragte er zunächst, weshalb wir diese Vorstellung der „Heiligkeit“ des Lebens auf unsere Spezies beschränken. Er hält das Kriterium „Spezieszugehörigkeit“ für nicht sinnvoll und bevorzugt ein Tötungsverbot für „Personen“. Singer stellte zwei Eigenschaften in den Mittelpunkt seiner Personendefinition: die Rationalität und das Selbstbewusstsein.⁴³³ Zudem zentral für ihn als Präferenz-Utilitaristen ist die Tatsache, dass Personen Zukunftsabsichten haben, die durch ihre Tötung durchkreuzt werden: „Nach dem Präferenz-Utilitarismus ist eine Handlung, die der Präferenz irgendeines Wesens entgegensteht, ohne daß diese Präferenz durch entgegengesetzte Präferenzen ausgeglichen wird, moralisch falsch. Eine Person zu töten, die es vorzieht, weiterzuleben, ist daher, gleiche Umstände vorausgesetzt, unrecht.“⁴³⁴ Eine nähere Betrachtung Singers Kriterien für „Personen“ offenbart rasch die daraus folgenden Konsequenzen: „Das Kalb, das Schwein und das viel verspottete Huhn [haben] einen guten Vorsprung vor dem Fötus in jedem Stadium der Schwangerschaft“⁴³⁵. Aus diesem provokant formulierten Satz folgerte Singer weiter: „Ich schlage daher vor, dem Leben eines Fötus keinen größeren Wert zuzubilligen als dem Leben eines nichtmenschlichen Lebewesens auf einer ähnlichen Stufe der Rationalität, der Selbstbewußtheit, der Empfindungsfähigkeit usw.“⁴³⁶ Begründet in Singers

⁴³⁰ Singer (1994), S. 17.

⁴³¹ Vgl. ebd., S. 31.

⁴³² Ebd., S. 115.

⁴³³ Vgl. ebd., S. 120.

⁴³⁴ Ebd., S. 128 f.

⁴³⁵ Ebd., S. 197.

⁴³⁶ Ebd.

Definition von „Personen“ billigt der Philosoph auch neugeborenen Säuglingen nicht den absoluten Lebensschutz zu, den sie in unserer Gesellschaft genießen. Singer greift diesen Schutz der Babys als irrational und emotional geprägt an und stellt grundsätzlich fest, „daß das Unrecht *an sich*, den entwickelten Fötus zu töten, nicht sonderlich verschieden ist von dem Unrecht *an sich*, das Neugeborene zu töten.“⁴³⁷ Nichtsdestotrotz gesteht er zu, dass im Falle des Infantizids die Interessen der Eltern eine zentrale Rolle spielen: „Infantizid [kann] nur dann mit Schwangerschaftsabbruch gleichgesetzt werden, wenn die dem Kind Nahestehenden nicht wollen, daß es lebt.“⁴³⁸ Im Übrigen spräche wohl die „intuitive Ebene des moralischen Denkens“⁴³⁹ gegen eine Freigabe der Tötung Neugeborener.

Ein eigenes Kapitel widmete Singer der Euthanasiefrage, wobei er drei Formen der Sterbehilfe unterschied: 1. Freiwillige Euthanasie, 2. Unfreiwillige Euthanasie, 3. Nichtfreiwillige Euthanasie. Unter Punkt eins versteht Singer „Euthanasie auf Verlangen der Person, die getötet werden will.“⁴⁴⁰ Mit „Unfreiwilliger Euthanasie“ meint er solche Fälle, in denen die Person explizit geäußert hat, nicht getötet werden zu wollen und es somit gegen ihren Willen geschähe. Für jenen Fall sieht Singer keinerlei rechtfertigendes Argument und lehnt diese Euthanasieform daher ab.⁴⁴¹

In die dritte Kategorie zählt er jene Fälle, in denen die Betroffenen in einem Zustand sind, in dem sie ihren Willen nicht äußern können, wie beispielsweise (behinderte) Säuglinge, weshalb Singer sich an dieser Stelle wiederum mit dem Infantizid beschäftigt. Desweiteren fallen in jene Gruppe schwer geistig behinderte Erwachsene sowie ehemals gesunde Menschen, die aber durch Unfall oder Krankheit in einen Zustand kommen, in dem sie nicht mehr entscheiden können. Für die Säuglinge kommt Singer zu dem Schluss, dass der Unterschied zwischen einem gesundem Kind und einem behinderten äußerst relevant sei: Einige Schäden verwandelten „das normalerweise freudige Ereignis der Geburt in eine Bedrohung für das Glück der Eltern und

⁴³⁷ Ebd., S. 224.

⁴³⁸ Ebd.

⁴³⁹ Ebd., S. 222.

⁴⁴⁰ Ebd., S. 226.

⁴⁴¹ Vgl. ebd., S. 256 f.

anderer Kinder, die sie vielleicht haben.“⁴⁴² Für den Fall, dass die Eltern trotzdem den Wunsch haben, dass das Kind weiterlebt, spricht dies laut Singer unbedingt gegen die Tötung des Kindes, ebenso, sollten sich Adoptiveltern finden.⁴⁴³ Für schwerbehinderte Säuglinge könne man aber vielfach zu dem Schluss kommen, dass „das Leben eines Kindes so elend sein wird, daß es sich aus der inneren Perspektive des Wesens, das dieses Leben führen wird, nicht zu leben lohnt.“⁴⁴⁴ Sollten dann die Eltern dies wünschen, spricht für Singer nichts gegen die Tötung solcher Kinder.⁴⁴⁵ Auch bei leichteren Behinderungen hält er die Euthanasie für vertretbar und verweist zur Begründung auf die Indikationen zur Abtreibung, zu denen auch Krankheiten wie die Hämophilie zählen. Für den Philosophen gibt es keinen plausiblen Grund, die Abtreibung in solchen Fällen zu erlauben, eine Tötung nach der Geburt aber abzulehnen.⁴⁴⁶ Vom Vorwurf, behinderten Menschen ein Existenzrecht abzuerkennen, distanziert sich Singer:

„Diese Überzeugung bedeutet keinerlei Missachtung gegenüber jenen, die ohne Gliedmaßen leben müssen [Bezugnahme auf Contergan-Geschädigte; C.G.]; vielmehr wird damit einfach die Realität der Schwierigkeiten anerkannt, denen sich die Betroffenen gegenüber sehen. Jedenfalls folgt aus dem hier vertretenen Standpunkt nicht, daß es besser wäre, wenn keine Menschen mit schweren Behinderungen überlebten. Es folgt lediglich, daß die Eltern solcher Kinder eine entsprechende Entscheidung treffen können sollten.“⁴⁴⁷

Für die zweite Patientengruppe, die ebenfalls unter die „nichtfreiwillige“ Euthanasie fällt, jene, die einmal einwilligungsfähig waren, es nun aber nicht mehr sind und von denen kein Wille bekannt ist, stellt Singer fest: „Wenn sie überhaupt keine Erlebnisse haben und niemals mehr welche haben können, dann hat ihr Leben keinen Wert an sich.“⁴⁴⁸ Allerdings bleibt der Philosoph hier jegliche Überlegung schuldig, welche Kriterien zur Anwendung der Euthanasie in solchen Fällen zum Einsatz kommen sollten, wie Missbrauch vermieden und

⁴⁴² Ebd., S. 234.

⁴⁴³ Vgl. ebd.

⁴⁴⁴ Ebd., S. 236.

⁴⁴⁵ Ebd.

⁴⁴⁶ Vgl. ebd., S. 239.

⁴⁴⁷ Ebd., S. 242.

⁴⁴⁸ Ebd., S. 245.

die Diagnosesicherheit gewährleistet werden könnte. Kurz geht er noch auf jene Patienten ein, „die nicht im Koma liegen und die Bewußtsein, aber kein Selbstbewußtsein haben“⁴⁴⁹. Deren Leben habe „dann einen Wert, wenn sie mehr Lust als Schmerz empfinden oder Präferenzen haben, die erfüllt werden können.“ Doch schließlich postuliert Singer: „es ist schwer einzusehen, warum man solche menschlichen Wesen am Leben erhalten sollte, wenn ihr Leben insgesamt elend ist.“⁴⁵⁰

Das Gegenargument, es könnten Ängste und Befürchtungen unter jenen geweckt werden, die eine solche Sterbehilfe für sich nicht wünschen, wehrt Singer mit dem Hinweis ab, man könne Verfahren etablieren, die solchen Menschen einen schriftlichen Widerspruch ermöglichen. Allerdings gibt er zu, falls Ängste trotzdem bestehen blieben, sei „nichtfreiwillige Euthanasie“ nur für erstgenannte Gruppe der Säuglinge und von Lebensbeginn an Schwerstbehinderte möglich.⁴⁵¹

Für den Fall der „freiwilligen Euthanasie“ kommt Singer zu dem Schluss, dass sowohl der klassisch utilitaristische als auch der präferenzutilitaristische Denkansatz für diese Form der Sterbehilfe spricht.⁴⁵² Gegen das Argument, es könnte zu einem Missbrauch der aktive Sterbehilfe, zur Druckausübung durch Angehörige und somit zu kaum „autonomen“ Entscheidungen kommen, führt Singer die niederländischen Richtlinien zur Durchführung der Euthanasie an, die „Mord unter dem Deckmantel der Euthanasie ziemlich abwegig erscheinen“⁴⁵³ ließen. Das Problem der Diagnoseunsicherheit wiegt für Singer ebenfalls nicht schwer genug, um jene Argumente für die Euthanasie aufzuwiegen. Eine „kleine Zahl von unnötigen Todesfällen“⁴⁵⁴ stünden der „[großen] Summe von Leiden und Schmerz“ gegenüber.

Palliativmedizin als Alternative zur aktiven Sterbehilfe akzeptiert Singer nicht, da ihre Verfügbarkeit für alle totkranken Menschen heute noch ein „utopisches Ideal“⁴⁵⁵ sei. Schließlich fasst er zusammen, dass die Stärke der Argumentation

⁴⁴⁹ Ebd. ebenso das folgende Zitat.

⁴⁵⁰ Ebd.

⁴⁵¹ Vgl. ebd., S. 246.

⁴⁵² Vgl. ebd., S. 250.

⁴⁵³ Ebd., S. 251.

⁴⁵⁴ Ebd., S. 252 ebenso das folgende Zitat.

⁴⁵⁵ Ebd., S. 255.

in ihrer Begründung auf den Präferenzen und der Autonomie der Sterbewilligen, sowie der „klaren rationalen Basis der Entscheidung selbst“ liege.⁴⁵⁶

Zur Frage ob es eine ethisch begründete Unterscheidung zwischen aktiver und passiver Sterbehilfe gibt, äußerte sich Singer eindeutig: „Es [gibt] zwischen Töten und Sterbenlassen keinen moralischen Unterschied *an sich*.“⁴⁵⁷ Diese Ansicht begründete er im Folgenden eingehend, ebenso wie er auf das Argument der „schiefen Bahn“ noch einging⁴⁵⁸.

Singer betonte, dass er als Konsequenzen aus seinen Überlegungen keine „staatliche“ Selektion von beispielsweise Neugeborenen oder Embryonen fordere, sondern lediglich von „individuellen Entscheidungen“⁴⁵⁹ der Eltern spreche. In jenem Punkt distanzierte er sich ausdrücklich vom Euthanasieprogramm der Nationalsozialisten, zu dem er außerdem den Unterschied sieht, dass es ihm um „Leiden“⁴⁶⁰ und nicht um die Tötung von „vermeintlich lebensunwertem Leben“ gehe. Nichtsdestotrotz sorgten Singers Thesen gerade in Deutschland immer wieder für öffentliche Diskussionen und Anfeindungen gegen ihn.⁴⁶¹ 1996 musste er von einem Kongress in Heidelberg, auf dem er über Sterbehilfe auch im Zusammenhang mit schwerstbehinderten Neugeborenen sprechen sollte, wieder ausgeladen werden. Behindertenverbände und Politiker hatten gegen seine Einladung protestiert, sodass er schließlich lediglich aus Erlangen zugeschaltet wurde.⁴⁶²

Helga Kuhse gründete zusammen mit Peter Singer 1980 das Institut für Bioethik an der Monash Universität in Melbourne und stand diesem von 1992-1998 vor. Derzeit arbeitet sie dort als Forschungsbeauftragte.⁴⁶³ Kuhse veröffentlichte gemeinsam mit Singer zahlreiche Schriften. Im Rahmen der Euthanasie-Diskussion in Deutschland sorgte vor allem das 1993 erschienene Buch *Muss dieses Kind am Leben bleiben? – Das Problem schwerstgeschädigter Neugeborener* für Aufsehen. In ihm stellten die Autoren

⁴⁵⁶ Vgl. ebd., S. 256.

⁴⁵⁷ Ebd., S. 267.

⁴⁵⁸ Vgl. ebd., S. 272 f.

⁴⁵⁹ Gern: Sind Sie der gefährlichste Mann der Welt?

⁴⁶⁰ Ebd. ebenso das folgende Zitat.

⁴⁶¹ Vgl. Kuhse, et al. (1993), S. 283 ff.

⁴⁶² Vgl. Klinkhammer: Diskussion um den Philosophen Peter Singer: Widerstand gegen eine "neue" Ethik, S. A-1508.

⁴⁶³ Vgl. <http://profiles.arts.monash.edu.au/helga-kuhse/>, zuletzt geprüft am 19.06.13.

im Wesentlichen die bereits oben wiedergegebenen Gedanken Singers zum Infantizid dar. 1994 erschien im *Deutschen Ärzteblatt* eine Besprechung des Buches von Norbert Hoerster, damals Professor für Rechts- und Sozialphilosophie an der Universität Mainz. Hoerster vertrat bezüglich der aktiven Sterbehilfe eine befürwortende Position, weshalb auch seine wohlwollende Rezension des Kuhse/Singer Buches nicht verwundert. Er betonte, zwar seien die Positionen der Autoren „unter verschiedenen Aspekten angreifbar“⁴⁶⁴, aber nicht „behindertenfeindlich“. Kritikpunkte an den Argumenten Kuhses und Singers erläuterte Hoerster detailliert und hinterfragte die von ihnen aufgestellten Thesen. Schließlich bezeichnete er das Buch als „stellenweise provozierend“⁴⁶⁵, aber auch „sehr spannend“ geschrieben und forderte vom potentiellen Leser zumindest die Auseinandersetzung mit der Problematik. Insofern handelt es sich um eine für das *Deutsche Ärzteblatt* erstaunlich liberale Rezension eines in der deutschen Öffentlichkeit emotional diskutierten Buches.

Doch war, wie bereits erwähnt, schon 1990 ein Artikel der Autorin selbst, Helga Kuhse, im *Deutschen Ärzteblatt* erschienen. Die Philosophin beschäftigte sich darin unter dem Titel „Warum Fragen der aktiven und passiven Euthanasie auch in Deutschland unvermeidlich sind“ unter anderem mit den Begriffen „lebenswert“ und „–unwert“ und dem Argument der „Heiligkeit“ des Lebens. Schlussendlich plädierte sie für eine offene Diskussion über aktive Sterbehilfe in Deutschland.⁴⁶⁶

Der Aufsatz wurde in um Wissenschaftlichkeit bemühtem Stil verfasst, nur selten schrieb Kuhse suggestiv von „leidenden [...] Patienten“⁴⁶⁷ oder „[qualvollem]“⁴⁶⁸ Sterben. Sie führte viele Studienergebnisse an, die belegen sollten, dass unter Ärzten vielfach bereits ein unausgesprochener Konsens über aktive Sterbehilfe beispielweise für schwerstgeschädigte Neugeborene vorliege.⁴⁶⁹ Dadurch wirkte der Artikel wissenschaftlich fundiert und die

⁴⁶⁴ Hoerster: Keine Euthanasie-Propaganda, S. B-1573 ebenso das folgende Zitat.

⁴⁶⁵ Ebd., S. B-1574 ebenso das folgende Zitat.

⁴⁶⁶ Vgl. Kuhse: Warum Fragen der aktiven und passiven Euthanasie auch in Deutschland unvermeidlich sind, S B-920.

⁴⁶⁷ Ebd., S. B-915.

⁴⁶⁸ Ebd., S. B-914.

⁴⁶⁹ Vgl. ebd.

Argumentation sachlich begründet. Andererseits erläuterte Kuhse aber ihren Standpunkt fast ausschließlich mithilfe drastischer Einzelfallschilderungen, die beim Leser, durch teilweise rhetorische Fragen der Autorin unterstützt, unvermeidlich ein Gefühl der Betroffenheit hervorriefen.

Kuhse stellte ihren Überlegungen die Feststellung voran, dass unsere Gesellschaft bereits durch die zunehmende Akzeptanz von Patientenverfügungen und damit verbundenen Wünschen nach passiver Sterbehilfe die grundsätzliche Bewertung von „lebenswertem“ und „lebensunwertem“ Leben zulasse: „Implizit [wird urteilsfähigen Patienten] das moralische Recht eingeräumt [...], zwischen lebenswertem und lebensunwertem Leben zu unterscheiden.“⁴⁷⁰ Aus dieser Tatsache folgerte Kuhse, die Bewertung eines Lebens nach seinem Wert „für den Patienten selbst“⁴⁷¹ könne „nicht immer moralisch falsch“⁴⁷² sein und sei „durchaus ethisch vertretbar“⁴⁷³ – ganz im Gegensatz zu seiner Beurteilung durch die NS-Ideologen nach Kriterien einer „eugenischen oder rassistischen Philosophie“. Laut Kuhse hat das Leben für Patienten mit höchstwahrscheinlich dauerhaftem Bewusstseinsverlust oder anenzepale Kinder „keinen subjektiven Wert“⁴⁷⁴, weshalb es keinen „patientenbezogene[n] Grund“ gäbe, ihr Leben zu erhalten. Sobald allerdings „das Leben des Patienten – als Ganzes betrachtet – von positivem Wert für den Patienten ist“⁴⁷⁵, sollte er am Leben erhalten werden, auch im Falle von schwerbehinderten Säuglingen oder Patienten deren Wille unbekannt ist. Hier vertrat Kuhse eine äußerst paternalistische Sichtweise, indem sie sich, beziehungsweise einem behandelnden Arzt, die Kompetenz zusprach, den „Lebenswert“ eines anderen Menschen stellvertretend für ihn zu beurteilen. Wobei sie eine Erklärung schuldig blieb, anhand welcher Kriterien eine solche Bewertung erfolgen könnte.

Auf eines der Hauptargumente der Sterbehilfegegner, die „Heiligkeit des Lebens“, von Kuhse als „absolutes Lebensprinzip“⁴⁷⁶ benannt, ging sie in ihrem

⁴⁷⁰ Ebd.

⁴⁷¹ Ebd., S. B-915.

⁴⁷² Ebd., S. B-914.

⁴⁷³ Ebd., S. B-915 ebenso das folgende Zitat.

⁴⁷⁴ Ebd., S. B-918 ebenso das folgende Zitat.

⁴⁷⁵ Ebd.

⁴⁷⁶ Ebd., S. B-914.

Artikel ausführlich ein. Sie unterstellte den Verfechtern dieser These, sie würden prinzipiell jede Lebenswertbeurteilung ablehnen und versuchte darauffolgend zu zeigen, in wie vielen Fällen der passiven, also legalen, Sterbehilfe eben solche Kriterien aber bereits Anwendung finden. Sie bezeichnete dieses Argument daher als bloßes „Lippenbekenntnis“⁴⁷⁷ der Sterbehilfegegner.

Zur Frage des Unterschieds zwischen aktiver und passiver Sterbehilfe, also zwischen dem „Sterben lassen“ und dem „Töten“ bemühte die Philosophin wiederum das Fallbeispiel eines schwerstgeschädigten Neugeborenen, das durch die Vorenthaltung künstlicher Ernährung „langsam und qualvoll dahin[siechen]“⁴⁷⁸ würde. Kuhse warf die Frage auf, ob es in solchen Fällen nicht ein „Recht [...], schnell zu sterben“, gäbe. In einem Fantasiegespräch zwischen einem deutschen Arzt und einem „Fremden“ diskutierte sie im Folgenden detailliert die Argumente der Gegner der aktiven Sterbehilfe. Auf den Einwand, im Falle der aktiven Sterbehilfe sei der Arzt der „Urheber des Todes“⁴⁷⁹, bei der passiven gäbe es eine natürliche Ursache, stellte Kuhse die Frage: „Ist diese Unterscheidung auch von moralischem Belang? Ist nicht ein Arzt, der einen Patienten willentlich sterben läßt, genauso verantwortlich für dessen Tod wie ein Arzt, der dem Patienten eine tödliche Spritze gibt?“⁴⁸⁰

Eine Antwort erhielt der Leser nicht, doch schloss Kuhse ihren Aufsatz mit der Aufforderung, eben solche Fragen zu diskutieren und ging sogar noch weiter, indem sie eine Gesetzesänderung in Deutschland forderte: „Wenn ein Gesetz also ein schlechtes ist, dann haben wir die Pflicht, es zu ändern.“⁴⁸¹

Wie bereits erwähnt, löste Kuhses Artikel eine Flut von Leserbriefen aus, von denen hier einige näher betrachtet werden sollen. Zeichnete sich Kuhses Artikels durch einen um emotionale Distanz bemühten Stil aus, so finden sich in den *Leserbriefen* umso mehr teilweise sogar polemische Formulierungen, die von der persönlichen Betroffenheit der Verfasser zeugen. Klaus Dörner, jener Psychiater, der bereits in der Sterbehilfediskussion der achtziger Jahre deutlich

⁴⁷⁷ Ebd.

⁴⁷⁸ Ebd., S. B-919 ebenso das folgende Zitat.

⁴⁷⁹ Ebd.

⁴⁸⁰ Ebd.

⁴⁸¹ Ebd.

Stellung bezogen hatte, listete diverse „Denkfehler“⁴⁸² Kuhses auf und erhob teilweise schwere Vorwürfe gegen sie. Die Philosophin „[interessiere] sich also gar nicht für den oder die Menschen in allen denkbaren Hinsichten“⁴⁸³ und weise eine „unglaubliche historische Ignoranz“ auf. Doch Dörner ging noch weiter und stellte die Autorin in eine Reihe mit Jost, Binding und Hoche und den Nationalsozialisten, deren „Euthanasiegesetz [...] in allen Einzelheiten der Vorstellung von Frau Kuhse [entspreche]“⁴⁸⁴. Der gesamte Brief zeugt in seiner Ausdrucksweise von einem hochempörten Verfasser, dem es nicht gelingt, auf sachlicher Ebene auf Kuhses Argumentation einzugehen.

Doch tauchten auch in weniger drastisch formulierten *Leserbriefen* der Sterbehilfegegner kaum neue Argumente auf. Dr. Matthias Albrecht, Kinderarzt aus Dortmund lehnte die Rolle des Arztes als Richter über Leben und Tod ab, verwies auf den Vertrauensverlust der Patienten in den Arzt und die Missbrauchsgefahr.⁴⁸⁵ Allerdings untermauerte er seine Ansicht, indem er die von Kuhse zitierten Studienergebnisse kritisch hinterfragte und neuere Umfragen anführte, die seine Position unterstützten.⁴⁸⁶

Vielfach übten die Gegner der aktiven Sterbehilfe in ihren Zuschriften Kritik am Abdruck des Artikels an sich. So sprach Dr. Ludwig Rost aus Berlin von einem „unseligen Beitrag“⁴⁸⁷, der das „Niveau [...] gleichartiger Artikel in der Boulevardpresse“ habe und Dr. Michael Bentfeld aus Hamburg sah in der Veröffentlichung gar einen „Skandal“⁴⁸⁸.

Von den insgesamt zwölf abgedruckten Zuschriften sprachen sich zehn gegen die aktive Sterbehilfe, nur zwei dafür aus. Ob dieses Verhältnis repräsentativ für die Gesamtzahl an Leserbriefen, einschließlich der nicht veröffentlichten, ist, lässt sich leider nicht überprüfen, da jene nicht archiviert wurden. In beiden Zuschriften, die aktive Sterbehilfe befürworten, findet sich die typische, suggestive Terminologie von „Folter“⁴⁸⁹ und „Qual“. Doch bemerkte Herr/Frau

⁴⁸² Dörner: Ethik ist unteilbar, S B-1909.

⁴⁸³ Ebd. ebenso das folgende Zitat.

⁴⁸⁴ Ebd., S. B-1910.

⁴⁸⁵ Vgl. Albrecht: Nur Minderheit dafür.

⁴⁸⁶ Vgl. ebd., S. B.1910 f.

⁴⁸⁷ Rost: Wertigkeit suggeriert, S. B-1914 ebenso das folgende Zitat.

⁴⁸⁸ Bentfeld: Skandal, S. B-1976.

⁴⁸⁹ Wiedemann: Ethikkommissionen sind gefordert, S. B-1914, sowie Josten: Sachkundig, S. B-1977 ebenso das folgende Zitat.

Josten zumindest kritisch, dass praktische Überlegungen („wer soll oder darf die Entscheidung zur Beendigung eines qualvollen Lebens treffen?“⁴⁹⁰) und die sich daraus ergebenden Fragen in Kuhses Artikel unausgesprochen blieben.

Abschließend hatte die Philosophin noch einmal die Möglichkeit, zu den Zuschriften Stellung zu nehmen. Sie begrüßte die lebhafte Diskussion, die ihr Aufsatz ausgelöst hatte, kritisierte allerdings, „daß mehrere Briefeschreiber sich nicht an die Regeln einer vernünftigen ethischen Diskussion gehalten haben.“⁴⁹¹

Es seien „rhetorische Tiefschläge“⁴⁹² verteilt worden und mit den Tatsachen habe man es nicht sehr genau genommen. Kuhse hingegen ging im Folgenden auf einige Leserbriefe explizit ein und widersprach den darin enthaltenen Argumenten.⁴⁹³

Die gesamte Debatte um den Artikel Kuhses im *Deutschen Ärzteblatt* ist als wegweisend für einen neuen, offeneren Umgang der Zeitschrift mit der Sterbehilfediskussion zu bewerten. Auch in den beiden kommenden Jahrzehnten blieb zwar die Positionierung der Redaktion konform mit der der Bundesärztekammer, doch kamen häufiger auch Befürworter der aktiven Sterbehilfe zu Wort, sodass deren Argumente diskutiert anstatt verdrängt wurden. In gewisser Weise verschärfte sich dadurch die Debatte innerhalb der Ärzteschaft: Erstmals wagten es auch „Euthanasie“-Befürworter, sich zu Wort zu melden, was wiederum bei den Gegnern, die Angst vor einem schleichenden Umdenken schürte. Eine Tatsache, die sich auch in der stark steigenden Zahl von Leserbriefen äußerte.

Inhaltlich brachten Singer und Kuhse die Problematik der Sterbehilfe in der Neonatologie in den Mittelpunkt der Debatte. Eine Thematik, die in der deutschen Diskussion bisher und auch in den kommenden Jahrzehnten eine untergeordnete Rolle spielte, allerdings in den Leserzuschriften umso größere Empörung hervorrief⁴⁹⁴. Immerhin widmete die Bundesärztekammer in den

⁴⁹⁰ Ebd.

⁴⁹¹ Kuhse: Schlußwort, S. B-1977.

⁴⁹² Ebd.

⁴⁹³ Vgl. ebd.

⁴⁹⁴ Vgl. Ruhrmann: Plädoyer für Infantizid, S. B-1832 f.

Grundsätzen zur ärztlichen Sterbebegleitung von 1998 der passiven Sterbehilfe für schwerstkranke Neugeborene einen eigenen Absatz.⁴⁹⁵

Bereits 1993 hatte die Bundesärztekammer die *Richtlinien für die ärztliche Sterbebegleitung* neu herausgegeben und sich darin wie in den vorherigen Fassungen gegen aktive Sterbehilfe positioniert. Bezüglich der passiven Sterbehilfe bekam nun aber der mutmaßliche Wille urteilsunfähiger Patienten größeres Gewicht, womit, wenn auch nicht ausdrücklich erwähnt, die Bedeutung von Patientenverfügungen wuchs.⁴⁹⁶

Konform mit diesen Richtlinien hob 1994 der Bundesgerichtshof ein Urteil des Landgerichts Kempten auf, das den Sohn und Betreuer einer siebzigjährigen Patientin mit appallischem Syndrom wegen versuchten Totschlags verurteilt hatte, da er die Sondenernährung seiner Mutter hatte einstellen lassen wollen.⁴⁹⁷ Das Besondere an diesem Fall war, dass beim appallischen Syndrom, auch Wachkoma genannt, der Sterbevorgang noch nicht eingesetzt hat. Somit handelte es sich laut den Richtlinien der Bundesärztekammer von 1993 bei der Einstellung der Sondenernährung auch nicht um passive Sterbehilfe. Der Bundesgerichtshof sprach vom Abbruch „einer einzelnen lebenserhaltenden Maßnahme“⁴⁹⁸ und bezeichnete diese als zulässig, soweit sie dem mutmaßlichen Patientenwille entspreche. Daher sollte das Landgericht Kempten versuchen, diesen anhand von früheren Äußerungen der Patientin oder auch „allgemeinen Wertvorstellungen“⁴⁹⁹ zu ermitteln. Schlussendlich sprach das Landgericht den Angeklagten 1995 frei und entschied, der Abbruch der Sondenernährung habe dem mutmaßlichen Willen der Patientin entsprochen.⁵⁰⁰

Ein ähnlicher Fall, in dem es ebenfalls um die Willensermittlung bezüglich einer Therapiebegrenzung bei einer urteilsunfähigen Patientin ging, folgte 1998 in Frankfurt.⁵⁰¹ Die Urteile beider Prozesse veranlassten die Bundesärztekammer noch im selben Jahr, eine erneute Überarbeitung der *Richtlinien zur*

⁴⁹⁵ Vgl. Bundesärztekammer: Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung, S. A-2367.

⁴⁹⁶ Vgl. Bundesärztekammer: Richtlinien für die ärztliche Sterbebegleitung, S. B-1791.

⁴⁹⁷ Vgl. Benzenhöfer (2009), S. 185 ff.

⁴⁹⁸ Zit. nach ebd., S. 185.

⁴⁹⁹ Ebd., S. 186.

⁵⁰⁰ Vgl. ebd., S. 187.

⁵⁰¹ Vgl. ebd., S. 190.

Sterbebegleitung vorzunehmen. Neu war nun, dass passive Sterbehilfe ausdrücklich nicht nur bei sterbenden Patienten erlaubt wurde, sondern auch bei solchen, die „trotz generell schlechter Prognose nicht zwangsläufig in absehbarer Zeit sterben“⁵⁰² und „Patienten mit schwersten cerebralen Schädigungen und anhaltender Bewusstlosigkeit (appallisches Syndrom, sog. Wachkoma)“⁵⁰³ – immer unter der Voraussetzung, damit dem Wunsch des Patienten zu entsprechen. Ein längerer Abschnitt war daher auch der Ermittlung des mutmaßlichen Patientenwillens und den Patientenverfügungen gewidmet. Ausdrücklich wurden diese nun als „verbindlich“⁵⁰⁴ bezeichnet.

Die angeführten Abschnitte aus den erneuerten Richtlinien der Bundesärztekammer illustrieren einen neuen Aspekt in der Sterbehilfediskussion der neunziger Jahre: Die Problematik des Umgangs mit dauerhaft bewusstlosen Patienten, die aufgrund der immer besseren Intensivmedizin über Jahre hinweg am Leben erhalten werden können. Zwar existierten in Deutschland bereits seit Ende der fünfziger Jahre Intensivstationen⁵⁰⁵ und auch die Langzeitbeatmung von Patienten hatte sich etabliert⁵⁰⁶, doch gelang es erst in den achtziger und neunziger Jahren, die sich aus der dauerhaften intensivmedizinischen Behandlung ergebenden Probleme in den Griff zu bekommen. Durch die Entwicklung differenzierter Beatmungsmodi oder der extrakorporalen Membranoxygenierung⁵⁰⁷ konnten Folgeschäden wie das Acute Respiratory Distress Syndrome (ARDS) reduziert beziehungsweise behandelt werden. Auch die Therapie der akuten Niereninsuffizienz machte ab Mitte der achtziger Jahre einen weiteren entscheidenden Schritt, indem die kontinuierliche venovenöse Hämofiltration (CVVH) entwickelt wurde.⁵⁰⁸ Auch Infusionssysteme, die Hygieneverbesserung und die Weiterentwicklung der parenteralen Ernährung trugen ihren Teil dazu bei, dass eine Langzeitbehandlung von Wachkomapatienten über Monate oder sogar Jahre möglich wurde. Im Übrigen entwickelten sich die operativen

⁵⁰² Bundesärztekammer: Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung, S. A-2367.

⁵⁰³ Ebd.

⁵⁰⁴ Ebd.

⁵⁰⁵ Vgl. Schuster (2002), S. 13 f.

⁵⁰⁶ Vgl. Hachenberg, et al. (2002), S. 148.

⁵⁰⁷ Vgl. ebd., S. 151.

⁵⁰⁸ Vgl. Sieberth (2002), S. 132.

Fächer, im Besonderen die Herzchirurgie und Neurochirurgie in den neunziger Jahren entscheidend weiter, sodass von dieser Seite eine größere Anzahl von Patienten auf der Intensivstation weiter- oder – im Falle von Komplikationen – langzeitbehandelt wurde.

Auch das *Deutsche Ärzteblatt* wandte sich der Problematik der Intensivmedizin zu. Es berichtete über oben genannte Prozesse, aber auch über eine Tagung in Bonn, die sich 1996 mit dem appallischen Syndrom, im englischen Sprachraum Persistent vegetative State (PVS) genannt, befasste. Ein Hauptproblem sahen die anwesenden Experten in der Schwierigkeit, die Prognose- und Therapiechancen von Patienten im Wachkoma richtig einzuschätzen.⁵⁰⁹ Daraus folgerten einige von ihnen, dass das „Leiden“⁵¹⁰ oder die „Lebensqualität“⁵¹¹ eines Patienten niemals als Entscheidungskriterium zum Behandlungsabbruch dienen dürfe. Die Diskussionen dieser Konferenz zeigen umso mehr, wie wichtig die Erneuerung der Grundsätze der Bundesärztekammer von 1998 war. Empört zeigten sich einige Leser aber bereits 1996 angesichts der Überlegungen, passive Sterbehilfe bei PVS-Patienten zu legalisieren. Prof. J.-C. Student von der Evangelischen Fachhochschule Hannover sprach in seiner Zuschrift von „[Tötung] durch Verhungern“⁵¹² und unterstellte gar, dass durch den angeblich in Deutschland herrschenden „Mangel an (teuren) therapeutischen Möglichkeiten [...] erst ein Zustand bei Betroffenen erzeugt [werde], der dann durch (preisgünstige) Euthanasie offenbar wieder ‚behoben‘ werden“⁵¹³ solle. Hier klingt wiederum das Argument der Gefahr der „Ökonomisierung“ der Gesundheit an, das bereits in der zweiten Hälfte der achtziger Jahre aufgekommen war. Allerdings ist bemerkenswert, dass es in diesem Fall nicht nur als Argument gegen aktive Sterbehilfe verwendet wurde, sondern auch gegen passive. Auch Dr. Kirsti Brachtel aus Wetzlar-Steindorf empörte sich in ihrer Zuschrift unter Bezugnahme auf oben genannten Artikel: „Wenn Ärzte sich beinahe mehr Gedanken über Unterlassung und wie diese

⁵⁰⁹ Vgl. Klinkhammer, et al.: Behandlung und Versorgung von Patienten mit PVS: Ethiktagung entfacht Euthanasie-Diskussion, S. A-27.

⁵¹⁰ Ebd., S. A-28.

⁵¹¹ Ebd., S. A-27.

⁵¹² Student: Wachkoma: Makaber, S. A-722.

⁵¹³ Ebd.

rechtlich zu regeln seien statt Behandlung machen, dann mag wohl die Medizin in einer ernsten Krise stecken.“⁵¹⁴

Neben der Diskussion über passive Sterbehilfe bei PVS-Patienten, die schließlich mit den neuen Grundsätzen der Bundesärztekammer 1998 von offizieller Seite eine klare Richtung bekam, rückte vor allem die Befürchtung der Sterbehilfegegner, Euthanasie könne aus ökonomischen Gründen immer mehr Befürworter finden, in den Vordergrund. Professor Hans-Joachim Wagner (geb. 1924), ehemaliger Direktor des Homburger Instituts für Rechtsmedizin, äußerte sich 1991 auf der 69. Jahrestagung der *Deutschen Gesellschaft für Rechtsmedizin* besorgt angesichts der zuletzt steigenden Fälle von Tötungsdelikten an alten Menschen in Pflegeeinrichtungen. Wagner vermutete, „aus der steigenden Zahl alter Menschen und dem damit verbundenen Anstieg der Pflegefälle“⁵¹⁵ könne „ein Anstieg der Suizidraten älterer Menschen sowie eine verstärkte Aggressivität gegen ältere Menschen“ resultieren. Außerdem „nehme die Gefahr einer aktiven Sterbehilfe zu“. Erstmals sprach ein Autor im *Deutschen Ärzteblatt* den möglichen Zusammenhang zwischen demographischem Wandel und einem zunehmendem Wunsch nach aktiver Sterbehilfe – vor allem für alte Patienten – so deutlich aus. In seinem 1992 erschienenen Artikel „Konsumgesellschaft und Tötungsdelikte an alten Menschen“ ging Wagner noch weiter. Unter Bezugnahme auf den oben besprochenen Aufsatz Helga Kuhses und deren Forderung nach einer Legalisierung der aktiven Sterbehilfe in Deutschland, fragte er provokant: „Sollte dies der Anfang vom Beginn der Endlösung im Alter sein?!“⁵¹⁶ und fuhr mit Verweis auf die NS-„Euthanasie“ fort: „Soll erneut eine Tötungsbereitschaft der Ärzte provoziert werden, um ‚nutzloses Leben zu erlösen‘ und ‚Ärzte, Pflegende und Kosten frei zu machen““⁵¹⁷?

Auch die Leser des *Deutschen Ärzteblatts* hegten ähnliche Befürchtungen wie Wagner. So schrieb 1993 der Theologe Dr. Friedhelm Jung: „Angesichts leerer öffentlicher Kassen und der ständig zunehmenden Verrohung mancher

⁵¹⁴ Brachtel: Wachkoma: Dem Tod zuvorkommen? S. A-722.

⁵¹⁵ Berghaus, et al.: DNA-Diagnosen, Promillegrenzen, S. B-665 ebenso die beiden folgenden Zitate.

⁵¹⁶ Wagner: Konsumgesellschaft und Tötungsdelikte an alten Menschen, S. B-780.

⁵¹⁷ Ebd.

gesellschaftlicher Kreise braucht man keine prophetische Begabung, um vorherzusagen, daß in Zukunft die Zahl von Euthanasiebefürwortern wachsen wird.“⁵¹⁸ Auch Dr. Christian Spaemann, Psychiater und Sohn des Philosophen Robert Spaemann (geb. 1927), der sich ausdrücklich gegen aktive Sterbehilfe wandte, schrieb in einem Leserbrief 1994: „In einer Zeit, in der die Zahl der alten, gebrechlichen und kranken Menschen im Verhältnis zur arbeitenden Bevölkerung ständig wächst, würde das Brechen des Tabus gegen die Euthanasie unabsehbare Folgen haben“⁵¹⁹. Herr Dr. Jaschke prophezeite gar in sarkastischer Weise: „Morgen wird auch bei uns [Verweis auf die Niederlande; C.G.] das Renten- oder besser Rentnerproblem zu bewältigen sein“⁵²⁰.

1998 berichtete das *Deutsche Ärzteblatt* über eine amerikanische Studie, veröffentlicht im *New England Journal of Medicine*, die sich mit den durch die Verkürzung der Lebenszeit bei schwerkranken Patienten einzusparenden Kosten im Falle einer Legalisierung des ärztlich assistierten Suizids befasste. Da in den USA noch keine entsprechenden Zahlen vorlagen, analysierte die Forschungsgruppe jene aus den Niederlanden bezüglich freiwilliger aktiver Sterbehilfe. Das Ergebnis der Studie war, dass sich selbst bei großzügiger Rechnung weniger als 0,07 Prozent der Gesamtkosten des amerikanischen Gesundheitssystems einsparen ließen.⁵²¹ Doch unabhängig von dieser Erkenntnis, erscheint alleine die Durchführung einer Untersuchung unter dieser Fragestellung alarmierend. Ihre Motivation lag in der Tatsache, dass in der amerikanischen Diskussion das Argument des ökonomischen Nutzens explizit von den Befürwortern des ärztlich assistierten Suizids angeführt wurde⁵²² – anders als in Deutschland, wo die Sterbehilfegegner vor eben solchem Denken warnten. Dementsprechend empörte sich auch der Leser Dr. Eberhard Hetzke: „Absurd finde ich [...], daß man einen [sic!] Menschen, [...] die letzten Tage seines Daseins in Geld berechnet und dann noch die Frage stellt, ob das für die

⁵¹⁸ Jung: Begrüßenswert, S. B-1375.

⁵¹⁹ Spaemann: Nicht schweigend zusehen, S. B-1113.

⁵²⁰ Jaschke: Ethik: Entkrampfen wir uns von Ethik und Moral, S. A-1864.

⁵²¹ Vgl. Unbekannt: Ist der Freitod mit ärztlicher Hilfe ein Geschenk an die Solidargemeinschaft?

⁵²² Vgl. ebd.

Solidargemeinschaft ein Geschenk ist, wenn er einen Arzt findet, der ihn in seiner Not tötet.“⁵²³

Oben zitierter Artikel war nicht der einzige, der sich mit der Sterbehilfediskussion im Ausland befasste. Im Laufe der neunziger Jahre beeinflusste zunehmend auch das Geschehen außerhalb Deutschlands die Berichterstattung im *Deutschen Ärzteblatt*.

In den USA hatte es zwar wiederholt bereits zu Beginn des 20. Jahrhunderts Bestrebungen gegeben, aktive Sterbehilfe zu legalisieren, doch waren diese nie zur Umsetzung gekommen, da eine breite Mehrheit der Bevölkerung und auch der Ärzteschaft entgegengesetzt Stellung bezog.⁵²⁴ In einer Erklärung der *American Medical Association* aus dem Jahr 1973 wurde allerdings die passive Sterbehilfe für sterbende Patienten erlaubt. In den beiden kommenden Jahrzehnten verschärfte medial heiß diskutierte Fälle von urteilsunfähigen Patienten, die nicht unmittelbar im Sterben lagen, deren Angehörige aber auch für sie passive Sterbehilfe wünschten, die Diskussion um Patientenverfügungen und die Ausweitung des legalen Behandlungsabbruchs auf eben diese Patientengruppe. Mehrere Gerichtsurteile bestätigten im Laufe der siebziger und achtziger Jahre die Rechtmäßigkeit eines Behandlungsabbruchs bei PVS-Patienten, soweit diese sich früher eindeutig dahingehend geäußert hatten.⁵²⁵ Eine gesetzliche Regelung bezüglich Patientenverfügungen folgte erst 1990.⁵²⁶ Im Laufe der neunziger Jahre gab es in verschiedenen US-Bundesstaaten, darunter Kalifornien, Michigan, Alaska, Oregon und Washington, Bürgerinitiativen, die sich für eine Legalisierung des ärztlich assistierten Suizids einsetzten. Doch lediglich in den beiden letztgenannten Staaten wurden dementsprechende Gesetzentwürfe („Death with Dignity Acts“) in Volksabstimmungen 1994, beziehungsweise 2008, akzeptiert.⁵²⁷

Das *Deutsche Ärzteblatt* berichtete in den neunziger Jahren vermehrt über jene Gesetzgebungsprozesse in den USA.⁵²⁸ Außerdem sorgte der Fall des Arztes

⁵²³ Hetzke: Sterbehilfe: Wo bleiben Ethik und Moral? S. A-12.

⁵²⁴ Vgl. Benzenhöfer (2009), S. 139 ff.

⁵²⁵ Vgl. ebd., S. 144 f.

⁵²⁶ Ebd.

⁵²⁷ Vgl. ebd., S. 145 sowie 153.

⁵²⁸ Vgl. Unbekannt: Euthanasie-Gesetz abgelehnt, Unbekannt: US-Gericht erklärt Verbot der Sterbehilfe für verfassungswidrig, sowie Unbekannt: USA: Kein Recht auf Sterbehilfe

Jack Kevorkian (1928 – 2011), alias „Dr. Death“⁵²⁹ für internationales Aufsehen. Kevorkian, ursprünglich Pathologe, verhalf 1990 einer Alzheimer Patientin auf deren Wunsch hin zum Tode, indem sie eine von Kevorkian entwickelte Apparatur zur intravenösen Injektion von Kaliumchlorid nutzte.⁵³⁰ Dieser ärztliche assistierte Suizid fand in Michigan statt, wo kein Gesetz dieses Handeln verbot. Trotzdem wurde kurz danach Anklage gegen Kevorkian erhoben, doch bereits 1991 das Verfahren eingestellt. Bis 1993 in Michigan ein entsprechendes Gesetz verabschiedet wurde, das ärztlich assistierten Suizid unter Strafe stellte, hatte Kevorkian dreizehn weiteren Menschen zum Tod verholfen, diesmal mithilfe einer von ihm entwickelten Kohlenmonoxidmethode.⁵³¹ Trotz des Inkrafttretens des oben genannten Gesetzes wurde der Arzt in den gegen ihn angestregten Prozessen mehrmals freigesprochen und fuhr in seinem Tun fort. Ende 1998 übergab er einem US-Fernsehsender eine Videoaufnahme, die zeigte, wie er einem an Amyotropher Lateralsklerose erkrankten Patienten ein tödliches Mittel injizierte. Als Grund für diese Veröffentlichung nannte er, er wolle die öffentliche Debatte um aktive Sterbehilfe vorantreiben.⁵³² 1999 wurde Kevorkian schließlich wegen Mordes zu zehn bis 25 Jahren Haft verurteilt. Unter der Zusage keine Beihilfe zum Suizid mehr zu leisten, kam er 2007 auf Bewährung frei.⁵³³

Mehr als die USA beeinflussten aber die Niederlande und ihre fortschreitend liberalere Gesetzgebung bezüglich Sterbehilfe in den neunziger Jahren die deutsche Debatte. Zwischen 1993 und 1995 befassten sich allein acht Leserbriefe mit der „Euthanasie“-Diskussion im Nachbarland. In den überwiegend ablehnend der niederländischen „Euthanasie“-Praxis gegenüberstehenden Briefen, finden sich Befürchtungen, die „ungute Tötungswelle“⁵³⁴ schwappe hinüber und Warnungen, „diesen von den

⁵²⁹ Benzenhöfer: "Euthanasie" und ärztliche Beihilfe zum Suizid: Verurteilt: Jack Kevorkian alias "Dr. Death", S. A-1708.

⁵³⁰ Vgl. Benzenhöfer (2009), S. 147.

⁵³¹ Vgl. ebd., S. 148.

⁵³² Vgl. ebd., S. 149.

⁵³³ Ebd.

⁵³⁴ Reuß: Wo bleibt der Protest..., S. B-1267.

Holländern eingeschlagenen Weg [dürften] wir in Deutschland auf keinen Fall beschreiten“⁵³⁵.

Bereits in den achtziger Jahren hatte sich in den Niederlanden durch mehrere Gerichtsurteile eine Art „Duldungspolitik“⁵³⁶ der aktiven Sterbehilfe bei Erfüllung bestimmter Voraussetzungen herausgebildet. Die dortige Ärztevereinigung setzte sich früh für eine vollkommene Legalisierung der Euthanasie ein.⁵³⁷ 1990 beauftragte die Regierung die sogenannte „Rommelink-Kommission“, benannt nach ihrem Vorsitzenden, um die Praxis der Euthanasie in den Niederlanden zu untersuchen. Es ergab sich unter anderem aus der Befragung von 405 Ärzten, dass circa 1,8 Prozent aller Todesfälle in den Niederlanden im Jahr 1990 auf aktive Sterbehilfe zurück zu führen waren.⁵³⁸ Alarmierend war, dass nur ungefähr 18 Prozent der Fälle von Euthanasie und ärztlich assistiertem Suizid dem Staatsanwalt gemeldet worden waren⁵³⁹ – eigentliche Voraussetzung für die Straffreiheit – und in 0,8 Prozent der Fälle unfreiwillige Euthanasie, also ohne ausdrückliche Einwilligung des Patienten, vorlag⁵⁴⁰. Eine Folgestudie aus dem Jahr 1995 zeigte eine mehr als Verdreifachung der absoluten Zahl an Euthanasiefällen (n(1995)=1466, n(1990)=486), beziehungsweise einen Anteil an allen Todesfällen von 2,3-2,4 Prozent.⁵⁴¹ Dies war vermutlich in der geänderten Gesetzgebung von 1994 begründet. Die Fälle von „nichtfreiwilliger“ aktiver Sterbehilfe sanken auf 0,7 Prozent.⁵⁴² Der Anteil offiziell an die Staatsanwaltschaft gemeldeter Fälle von aktiver Sterbehilfe und ärztlich assistiertem Suizid stieg leicht an auf 41 Prozent.⁵⁴³ Die Hauptdiagnose, die zur Anwendung von Euthanasie führte, war in beiden Studien Krebs.⁵⁴⁴ Auch eine

⁵³⁵ Van der Gaag: Diesen Weg auf keinen Fall beschreiten, S. B-828.

⁵³⁶ Benzenhöfer (2009), S. 164.

⁵³⁷ Ebd., S. 167.

⁵³⁸ Vgl. van der Maas, et al.: Euthanasia and other medical decisions concerning the end of life, S. 669 f.

⁵³⁹ Vgl. Benzenhöfer (2009)

⁵⁴⁰ Vgl. van der Maas, et al.: Euthanasia and other medical decisions concerning the end of life

⁵⁴¹ Vgl. van der Maas, et al.: Euthanasia, physician-assisted suicide, and other medical practices involving the end of life in the Netherlands, 1990-1995, S. 1700.

⁵⁴² Vgl. ebd.

⁵⁴³ Vgl. van der Wal, et al.: Evaluation of the notification procedure for physician-assisted death in the Netherlands, S. 1707.

⁵⁴⁴ Vgl. van der Maas, et al.: Euthanasia and other medical decisions concerning the end of life, S. 672 sowie van der Maas, et al.: Euthanasia, physician-assisted suicide, and other medical practices involving the end of life in the Netherlands, 1990-1995, S. 1703.

2001 durchgeführte Untersuchung kam zu ähnlichen Zahlen betreffend den Anteil aktiver Sterbehilfe und nichtfreiwilliger Euthanasie.⁵⁴⁵

1994 trat in den Niederlanden ein Gesetz in Kraft, das die mögliche Straffreiheit für aktive Sterbehilfe festschrieb, soweit gewisse Voraussetzungen (Aufklärung des Patienten, Freiwilligkeit, keine medizinischen Alternativen, „unerträgliche“ Situation, Zweitmeinung eines anderen Arztes) eingehalten wurden.⁵⁴⁶ Die Befolgung dieser Vorschriften sollte nach Meldung des Falles durch den Arzt an die Staatsanwaltschaft von dieser überprüft werden. Dass diese Praxis nur in einer Minderheit der Fälle eingehalten wurde, zeigten die oben zitierten Studien.

2002 verabschiedete die niederländische Regierung das bis heute geltende „Gesetz über die Kontrolle der Lebensbeendigung auf Verlangen und der Hilfe bei der Selbsttötung“. Dieses legalisierte sowohl die durch einen Arzt durchgeführte aktive Sterbehilfe als auch den ärztlich assistierten Suizid, beides unter Einhaltung sogenannter „Sorgfaltskriterien“, die im Wesentlichen jenen aus der „Duldungsphase“ entsprechen. Wiederum besteht eine Meldepflicht der Fälle an „regionale Kontrollkommissionen“.⁵⁴⁷ Die neueste Studie zur Praxis der aktiven Sterbehilfe in den Niederlanden aus dem Jahr 2010 zeigte im Vergleich zu den Untersuchungen vor der Legalisierung der Euthanasie einen leichten Anstieg der Zahlen. Der Anteil von aktiver Sterbehilfe und ärztlich assistiertem Suizid an allen Todesfällen lag bei circa 2,8 Prozent.⁵⁴⁸ Doch nahmen die Fälle unfreiwilliger Euthanasie auf 0,2 Prozent ab und das Meldeverhalten der Ärzte verbesserte sich verglichen mit 1995 auf 77 Prozent (2005: 80 Prozent).⁵⁴⁹

Das *Deutsche Ärzteblatt* berichtete ausführlich über die Entwicklungen im Nachbarland. Zwischen 1993 und 1999 erschienen 14 *Dokumentationen*, teilweise über aktuelle Gesetzgebungsprozesse, teilweise über oben dargestellte Studienergebnisse. Zwar handelte es sich um weitgehend neutral gehaltene, informative Artikel, doch fand sich mitunter auch eine tendenziöse,

⁵⁴⁵ Vgl. Onwuteaka-Philipsen, et al.: Trends in end-of-life-practices before and after the enactment of the euthanasia law in the Netherlands from 1990 to 2010: a repeated cross-sectional survey, S. 909.

⁵⁴⁶ Vgl. Benzenhöfer (2009), S. 171.

⁵⁴⁷ Vgl. Justizministerium Niederlande: Gesetz über die Kontrolle der Lebensbeendigung auf Verlangen und der Hilfe bei der Selbsttötung, 01. April 2002.

⁵⁴⁸ Vgl. Onwuteaka-Philipsen, et al.: Trends in end-of-life-practices before and after the enactment of the euthanasia law in the Netherlands from 1990 to 2010: a repeated cross-sectional survey, S. 909.

⁵⁴⁹ Vgl. ebd. sowie S. 908.

emotional gefärbte Wortwahl. 1994 erschien beispielsweise ein Bericht, der einen niederländischen Prozess gegen einen Arzt schilderte, der einer Patientin Beihilfe zum Suizid geleistet hatte, wobei sie als Motiv „unerträgliche seelische Qualen“⁵⁵⁰ angegeben hatte. Der Titel des Artikels lautete „Tödliche Giftdosis für ‚seelische Qualen‘“. Die Wortwahl „Gift“ ist eindeutig negativ konnotiert und wird vom Leser wahrscheinlich eher mit Mord als mit mitfühlender ärztlicher Behandlung assoziiert. Auch suggerierte der nur unvollständig zitierte Beweggrund der Patientin, – die „Unerträglichkeit“ der Depression wurde erst im Text genannt – es handele sich hierbei um ein unzureichendes, gar lapidares Motiv. Doch abgesehen von dieser reißerischen Überschrift, ist der Bericht in sachlichem Ton gehalten.

Anders verhält es sich bei den *Leserbriefen*. Beispielhaft sei hier aus einem zitiert, dessen Autor offensichtlich mit der niederländischen Gesetzgebung mehr als einverstanden war: „Was sind wir doch für eine – angeblich christliche – menschenverachtende Gesellschaft. Das nimmt allerdings nicht Wunder, hat doch Gott seinen auf welche Weise auch immer gezeugten Sohn brutal ans Kreuz schlagen lassen. [...] Man kann nur die Niederländer um ihr einigermaßen vernünftiges Recht beneiden.“⁵⁵¹

Festzuhalten bleibt, dass das *Deutsche Ärzteblatt* ausführlich und weitgehend sachlich über die ausländischen Gesetzesentwicklungen berichtete. Vor allem die niederländische Diskussion fand bei den Lesern großen Widerhall und sorgte für emotionale Stellungnahmen – sowohl von Gegnern wie auch Befürwortern der aktiven Sterbehilfe. Auch die oben dargestellten Studien wurden in der Zeitschrift zitiert.⁵⁵² Bemerkenswerter Weise bestimmte das negativste Ergebnis der Studie von Van der Wal aus dem Jahr 1996 den Titel des Artikels von Gisela Klinkhammer: „Euthanasie in den Niederlanden: 60 Prozent der Fälle wurden nicht gemeldet.“ Das selbstverständlich bedenkliche Meldeverhalten der holländischen Ärzte bezüglich der aktiven Sterbehilfe schien der Autorin die wichtigste Botschaft an die Leser des *Ärzteblatts*. Dies ist

⁵⁵⁰ Van Ackeren: Tödliche Giftdosis für "seelische Qualen", S. B-1573.

⁵⁵¹ Andreas: Begreifliches Verlangen, S. B-479.

⁵⁵² Vgl. Klinkhammer: Euthanasie in den Niederlanden: 60 Prozent der Fälle wurden nicht gemeldet sowie Unbekannt: Sterbehilfe in den Niederlanden.

ein Beispiel für die subtile Meinungsbildung, die es der Redaktion der Zeitschrift auch in vermeintlich neutraler Berichterstattung, einzubauen gelang.

Abschließend soll eine dreiseitige Stellungnahme aus dem Jahr 1997 des damaligen Direktors der Psychiatrischen Klinik der Technischen Universität München, Professor Hans Lauter und eines seiner Mitarbeiter, Dr. Thomas Fuchs, Erwähnung finden. Im Folgejahr veröffentlichte Fuchs gemeinsam mit Robert Spaemann, das Buch *Töten oder Sterbenlassen*, das sich ebenfalls mit der Sterbehilfedebatte auseinandersetzte. Der Artikel „Euthanasie: Kein Recht auf Tötung“ im *Ärzteblatt* ist bemerkenswert in seinem strukturierten Aufbau, seiner klaren Sprache und ausführlichen Argumentationsweise. Als bereits bekannte Punkte tauchten der Verweis auf die Gefahr eines wachsenden sozialen Druckes auf alte und kranke Mitmenschen und einer ökonomischen Aufrechnung der Kosten der letzten Lebensstage auf.⁵⁵³ Die Autoren verwiesen außerdem auf die Problematik der Objektivierbarkeit des Sterbewunsches: „Niemand, nicht einmal der Patient selbst, kann sicher ausschließen, daß hinter seinem Wunsch nach einem raschen Ende eigentlich etwas ganz anderes steht: die möglicherweise unbegründete Angst vor unerträglichem Leiden, Depression, Einsamkeit, das Bedürfnis nach Nähe und Verständnis oder auch der Wunsch nach Entlastung der Umgebung.“⁵⁵⁴ Den Hinweis auf die Missbrauchs- und Dambruchgefahr im Falle einer Legalisierung der aktiven Sterbehilfe untermauerten Lauter und Fuchs mit den Zahlen aus den niederländischen Studien zur unfreiwilligen Euthanasie und nicht gemeldeten Sterbehilfefällen.⁵⁵⁵ Hier wird deutlich, welche Rolle die Entwicklung im Nachbarland für die deutsche Debatte einnahm: Erstmals hatten die Befürworter der aktiven Sterbehilfe ein praktisches Vorbild, ihre Gegner aber ein abschreckendes Beispiel vor Augen, in dem sie ihre schlimmsten Befürchtungen bestätigt sahen. Kritisch bewerteten die Autoren die „Zumutung“⁵⁵⁶ an die Ärzte, „die Tötung zu vollziehen“. Sie stritten daher ein

⁵⁵³ Vgl. Fuchs, et al.: Euthanasie: Kein Recht auf Tötung, S. A-220 sowie A-222.

⁵⁵⁴ Ebd., S. A-220.

⁵⁵⁵ Ebd., S. A-220 sowie A-222.

⁵⁵⁶ Ebd., S. A-222 ebenso das folgende Zitat.

„Recht auf Tötung“⁵⁵⁷ ab: „Die Forderung nach Abschaffung von Leid durch Beseitigung des Leidenden mißbraucht die Medizin zur Verwirklichung individueller Glücksvorstellungen und zur Leidvermeidung um jeden Preis. Eine solche Forderung mag gleichwohl erhoben werden, ein Recht aber ist darauf nicht abzuleiten.“⁵⁵⁸ Nach einer Erklärung zur ethischen Unterscheidung aktiver und passiver Sterbehilfe, die keine neuen Aspekte beleuchtete, stellten Fuchs und Lauter abschließend die Frage: „Ist die Tötung eines Menschen wirklich mit der Achtung seiner Person vereinbar?“⁵⁵⁹ und kamen zu dem Schluss:

„Ein gegen den Organismus als ganzen gerichtetes Handeln muß, selbst als human intendiertes, letztlich ein die Person negierendes Handeln sein. Es impliziert einen geistigen Akt, der über ihr Leben eine Bewertung als sinnlos oder wertlos vollzieht und der sich in seiner Vollstreckung gegen die Person selbst als leibseelische Einheit richten muß. Beides ist mit der ärztlichen Sorge für den Patienten und der Achtung vor seiner Würde nicht vereinbar.“⁵⁶⁰

Dieser Artikel fasste einige der aufgezeigten Aspekte der Sterbehilfedebatte der neunziger Jahre zusammen: er enthielt eine Warnung vor der Theorie der Bioethiker Kuhse und Singer, den Lebensschutz an Personalitätskriterien festzumachen⁵⁶¹, verwies auf die Gefahr einer „Ökonomisierung“ des Sterbens und zeigte vielfachen Bezug zur Sterbehilfedebatte in den Niederlanden. Als neues Argument gegen die aktive Sterbehilfe enthielt er die Problematik der Objektivierbarkeit des Sterbewunsches.

Zentrales Element der neunziger Jahre bleibt jedoch die Auseinandersetzung mit und um die Bioethiker Kuhse und Singer. Der Artikel Kuhses steht in seiner Bedeutung für den Austausch zwischen Gegnern und Befürwortern der aktiven Sterbehilfe in der deutschen Ärzteschaft singulär. Einerseits führte er zu einem offenen Meinungsaustausch im Ärzteblatt, andererseits bildeten sich im Laufe der neunziger Jahre zwei härtere Fronten in der Euthanasie-Frage heraus – zumindest lassen dies die Leserbriefe vermuten. Die Einen hatten in den

⁵⁵⁷ Ebd.

⁵⁵⁸ Ebd.

⁵⁵⁹ Ebd., S. A-224.

⁵⁶⁰ Ebd.

⁵⁶¹ Vgl. ebd., S. A-222.

australischen Philosophen prominente und sachlich argumentierende Leitfiguren gefunden, die Anderen ein klares Feindbild.

5.5) Die Palliativmedizin als Alternative im 21. Jahrhundert?

„Es ist [...] nicht nur Verpflichtung der Ärzte, sondern aller Menschen in diesem Land, die Unverfügbarkeit menschlichen Lebens anzuerkennen und zu bewahren. Deshalb plädieren wir mit Nachdruck für einen Ausbau der Hospize und der palliativmedizinischen Versorgung und wenden uns mit aller Macht gegen jeden Versuch, Ärzte zu staatlich legitimierte Euthanatikern zu machen.“⁵⁶²

Dieses Zitat aus dem Jahr 2001 stammt von Dr. Jörg-Dietrich Hoppe, damaliger Präsident der Bundesärztekammer, der in seiner Rede zur Eröffnung des 104. Deutschen Ärztetages einen Schwerpunkt auf die Sterbehilfediskussion legte. Aus seinen Worten lassen sich bereits zwei zentrale Themen der Debatte der vergangenen zehn Jahre ableiten: zum einen die Bestrebungen der Bundesärztekammer, die Palliativmedizin zu fördern und auszubauen, um so den „Ruf nach aktiver Sterbehilfe bald [verhalten]“⁵⁶³ zu lassen. Zum anderen der Widerstand offizieller Vertreter der Ärzteschaft gegen Tendenzen, die nach wie vor nicht gesetzlich geregelte Sterbehilfepraxis rechtlich zu fixieren.

Besonders seit Ende der neunziger Jahre ist die deutsche Sterbehilfediskussion zunehmend mit der Entwicklung der Palliativ- und Hospizbewegung verknüpft. Zwar eröffnete bereits 1983 das erste deutsche Hospiz, auch wurde fünf Jahre später die *Deutsche Hospizstiftung* gegründet, doch fand die wechselseitige Beeinflussung erst im Laufe der Jahre nach 2000 ihren Höhepunkt. So stieg auch die Zahl der Palliativstationen zwischen 1983 und 2000 um lediglich 24, bis 2009 aber um weitere 167.⁵⁶⁴ Dieser Anschlag im Ausbau der Palliativmedizin ist unter anderem darauf zurück zu führen, dass die Bundesärztekammer in ihr zunehmend ein Mittel sah, Forderungen nach aktiver Sterbehilfe mit einer Alternative entgegenzutreten. So beschloss der 106.

⁵⁶² Hoppe: Gesundheits- und Sozialpolitik: Freiheit und Verantwortung in der modernen Medizin, S. A-1461

⁵⁶³ Klinkhammer: Interview mit Prof. Dr. med. Jörg-Dietrich Hoppe, Präsident der Bundesärztekammer: Keine Suizidhilfe, S. A-1385.

⁵⁶⁴ Vgl. Stolberg (2011), S. 245.

Deutsche Ärztetag 2003 die Aufnahme der Palliativmedizin als Querschnittsbereich in die Approbationsordnung, ihre Zulassung als Wahlfach im Praktischen Jahr sowie den Auf- und Ausbau der palliativmedizinischen Versorgung sowohl im ambulanten wie auch im stationären Bereich.⁵⁶⁵ Von staatlicher Seite wurde mit der Gesetzgebung zur *Spezialisierten ambulanten Palliativversorgung* (Sozialgesetzbuch V) aus dem Jahr 2007 eine weitere Grundlage zur Förderung der medizinischen Versorgung schwerkranker und sterbender Patienten geschaffen. Nichtsdestotrotz hinkte der Ausbau der Palliativmedizin auch in den kommenden Jahren hinterher. Den Krankenkassen wurde vorgeworfen, Verhandlungen mit potentiellen Leistungserbringern unnötig in die Länge zu ziehen, um Kosten zu sparen.⁵⁶⁶

Die 1994 gegründete *Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin* setzte sich besonders im vergangenen Jahrzehnt offensiv mit der Sterbehilfeproblematik auseinander, indem sie beispielsweise 2002 eine Umfrage unter ihren Mitgliedern sowie einer Vergleichsgruppe anderer Ärzte zum Thema Sterbehilfe durchführte. Es wurden 251 Fragebögen von DGP-Mitgliedern, sowie 505 davon unabhängige ausgewertet.⁵⁶⁷ Nicht überraschend differierten die Zahlen der Gegner der aktiven Sterbehilfe in beiden Gruppen deutlich. So befürworteten nur 1,6 Prozent der DGP-Mitglieder eine Legalisierung der Euthanasie, hingegen 8,5 Prozent der Vergleichsgruppe, ähnlich beim ärztlich assistierten Suizid (DGP: 25,2 Prozent, Vergleichsgruppe: 40,1 Prozent).⁵⁶⁸ Die Auseinandersetzung der Palliativmediziner mit den Therapiemöglichkeiten am Lebensende und ihre Begleitung Sterbender beeinflusste also offensichtlich ihre Einstellung zur aktiven Sterbehilfe. Interessant ist allerdings, dass sich die Zahlen in beiden Gruppen nach oben verschieben, sobald nach der Entscheidung im Falle persönlicher Betroffenheit gefragt wurde. Dann befürworteten 11,6 Prozent der DGP-Mitglieder und 30,4 Prozent der Vergleichsgruppe die Euthanasie.⁵⁶⁹ Aufschlussreich sind die Antworten zu den Beweggründen der Sterbehilfegegner in beiden Untersuchungsgruppen. Am

⁵⁶⁵ Vgl. Bundesärztekammer (20.-23. Mai 2003).

⁵⁶⁶ Vgl. Klinkhammer: Umfrage zur Sterbehilfe: Palliativmedizin als Alternative, S. A-2617.

⁵⁶⁷ Vgl. Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (2004), S. 2.

⁵⁶⁸ Vgl. ebd., S. 6.

⁵⁶⁹ Vgl. ebd.

häufigsten wurde die „eigene ethische Überzeugung“ und „professionelle Erfahrung“ genannt.⁵⁷⁰ Wobei letzterer Punkt deutlich häufiger von den DGP-Ärzten angegeben wurde (DGP-Ärzte: 72,1 Prozent, andere: 57,8 Prozent).⁵⁷¹ Ebenso trat der Unterschied bei der „Kenntnis von Alternativen“ zutage: 55 Prozent der DGP-Ärzte nannten dies als Grund für die Ablehnung der aktiven Sterbehilfe, doch nur 30,5 Prozent der Vergleichsgruppe.⁵⁷² „Religiöse Vorstellungen“ hingegen lagen in beiden Gruppen an hinterer Stelle mit 27,9 Prozent (DGP), beziehungsweise 20,4 Prozent (Vergleichsgruppe).⁵⁷³ Für diese Untersuchung ebenfalls interessant ist die Tatsache, dass die NS-Euthanasie, so oft sie auch in den *Stellungnahmen* der Sterbehilfegegner im *Deutschen Ärzteblatt* angeführt wurde, für die Entscheidungsfindung der Ärzte praktisch keine Rolle spielte. Nur 4,4 beziehungsweise 4,6 Prozent der befragten Ärzte nannten die „deutsche Vergangenheit“ als Grund für ihre Ablehnung der aktiven Sterbehilfe.⁵⁷⁴ Dies mag auch einen Wandel in der deutschen Sterbehilfediskussion zeigen: Zwar mahnen Einzelne immer noch die Erinnerung an die NS-Euthanasie im Zusammenhang mit der Sterbehilfe an und es findet gerade ab den neunziger Jahren eine zunehmende Aufarbeitung der Rolle der Psychiatrie in der NS-Zeit statt. Doch mehren sich die Stimmen in der Öffentlichkeit, die eine klare Trennung beider Themen fordern – im Gegensatz zu den fünfziger, sechziger Jahren und siebziger Jahren, in denen weder eine Aufarbeitung der NS-Euthanasie stattfand, noch eine Sterbehilfediskussion zugelassen wurde.

Die Palliativmedizin nahm sich in den vergangenen 15 Jahren zunehmend der Euthanasie-Thematik an und versuchte, durch Aufklärung – sowohl von Ärzten wie auch Patienten – und weiteren Ausbau ihrer Disziplin, Legalisierungsforderungen entgegen zu steuern. So berichtete das *Deutsche Ärzteblatt* 2007 unter der Überschrift „Palliativmedizin: Den Sterbewilligen in einen Lebenswillen ändern“ über ein gemeinsames Forschungsprojekt der Palliativmedizinischen Abteilungen der Unikliniken Aachen, Köln und Bonn. Die

⁵⁷⁰ Vgl. ebd.

⁵⁷¹ Vgl. ebd., S. 11.

⁵⁷² Vgl. ebd.

⁵⁷³ Vgl. ebd.

⁵⁷⁴ Vgl. ebd.

Untersuchung mit dem Titel *Das Lebensende gestalten: Vorstellungen von Palliativpatienten zu Patientenverfügungen, Sterbewunsch und aktiver Sterbehilfe* sollte unter anderem die Beweggründe für den Todeswunsch von schwerkranken Patienten erforschen.⁵⁷⁵ Leider liegen derzeit noch keine Ergebnisse genannter Studie vor.

Das *Ärzteblatt* berichtete regelmäßig über die Entwicklungen im Ausbau der Palliativmedizin und ließ Vertreter der Disziplin auch in Stellungnahmen zur Sterbehilfethematik zu Wort kommen. So erschien beispielsweise 2007 ein Interview mit Professor Gian Domenico Borasio, (geb. 1962), damaliger Lehrstuhlinhaber der Palliativmedizin an der Münchner Universitätsklinik, seit 2011 Professor für Palliativmedizin in Lausanne. Borasio nahm in dem Interview zu den seiner Meinung nach unpassenden Begrifflichkeiten „aktive“, „passive“ und „indirekte“ Sterbehilfe Stellung und plädierte dafür, diese zu ersetzen. Außerdem wies er darauf hin, dass es letztere „in der Praxis bei korrekter Medikamentenanwendung so gut wie gar nicht [gebe]“⁵⁷⁶. In diesem Zusammenhang nannte er Studien, die Opioiden und Benzodiazepinen sogar eine lebensverlängernde Wirkung in der Sterbephase bescheinigt hätten.⁵⁷⁷ Auf die Frage, wie man Bestrebungen zur Legalisierung aktiver Sterbehilfe in Deutschland entgegentreten könne, antwortete Borasio, er halte den „Respekt vor der Patientenautonomie und die gesetzliche Klärung der Verbindlichkeit von Patientenverfügungen“⁵⁷⁸ für essentiell. Er begründete dies mit der Ansicht, aus der Angst der Patienten, im Sterben könnte von ihnen Ungewolltes mit ihnen geschehen, erwachse erst der Wunsch nach „ultimative[r] Kontrolle“⁵⁷⁹ und somit nach aktiver Sterbehilfe. Weiterhin forderte Borasio die „flächendeckende Bereitstellung von palliativmedizinischer und hospizlicher Versorgung“⁵⁸⁰. Auch in anderen *Stellungnahmen*, häufig verfasst vom Redaktionsmitglied Gisela Klinkhammer, tauchte die Palliativmedizin als Alternative zur aktiven Sterbehilfe auf. 2004 schrieb die Autorin, Palliativmedizin könne „mithilfe von

⁵⁷⁵ Vgl. Klinkhammer: *Palliativmedizin: Den Sterbewillen in einen Lebenswillen ändern*, S. A-3306 sowie Radbruch, et al.: *Das Lebensende gestalten*, S. 27.

⁵⁷⁶ Klinkhammer: *Interview mit Prof. Dr. med. Gian Domenico Borasio: "Ohne Dialog gibt es keine guten Entscheidungen."*, S. A-226.

⁵⁷⁷ Vgl. ebd.

⁵⁷⁸ Ebd.

⁵⁷⁹ Ebd.

⁵⁸⁰ Ebd.

Schmerzlinderung und persönlicher Begleitung solche Forderungen überflüssig machen⁵⁸¹. Auch äußerte sie vier Jahre später die Überzeugung: „nur wenn Menschen schmerzlos und in Würde sterben können, kann es auch gelingen, der Debatte um die aktive Sterbehilfe [...] überzeugend etwas entgegenzusetzen.“⁵⁸²

Im Interview mit Borasio tauchte neben der Palliativmedizin ein weiterer Punkt auf, der die Sterbehilfediskussion der letzten Jahre zunehmend prägte: die Debatte um Patientenverfügungen und ihre Verbindlichkeit. Im März 2003 fällte in dieser Frage der Bundesgerichtshof ein wichtiges Urteil. Ein 72-jähriger Patient hatte infolge eines Myokardinfarktes einen hypoxischen Hirnschaden erlitten und befand sich seitdem im Zustand des appallischen Syndroms. Er wurde über eine PEG-Sonde ernährt. Es lag allerdings eine Patientenverfügung vor, die für den Falle „schwerster Dauerschäden [seines] Gehirns“⁵⁸³ die „Einstellung der Ernährung“ forderte. Diese Verfügung hatte der Sohn des Betroffenen, der zum Betreuer ernannt war, gegenüber den behandelnden Ärzten durchzusetzen versucht. Es lagen bezüglich der Genehmigungspflicht einer solchen Ernährungseinstellung über eine PEG-Sonde unterschiedliche Urteile der Oberlandesgerichte Frankfurt, Karlsruhe und Schleswig-Holstein vor, sodass der Bundesgerichtshof angerufen wurde. Dieser entschied mit Urteil vom 17.03.2003, dass, sollte ein Patient einwilligungsunfähig sein, „lebenserhaltende oder –verlängernde Maßnahmen unterbleiben [müssen], wenn dies seinem zuvor – etwa in Form einer sog. Patientenverfügung – geäußerten Willen entspricht.“⁵⁸⁴ Hier folgte das Urteil der bereits herrschenden Rechtsprechung. Sollte kein „solcher erklärter Wille des Patienten“ vorliegen, gelte es, den „mutmaßlichen [...] individuell“⁵⁸⁵ zu ermitteln. Jedoch stellte das Gericht klar, dass ein bestellter Betreuer zur Verweigerung ärztlicherseits angebotener Behandlung die Genehmigung eines Vormundschaftsgerichtes bräuchte, auch wenn die Behandlungsbegrenzung dem Patientenwillen

⁵⁸¹ Klinkhammer: Sterbehilfe: Bedenklicher Vorstoß, S. A-1049.

⁵⁸² Klinkhammer: Umfrage zur Sterbehilfe: Palliativmedizin als Alternative, S. A-2617.

⁵⁸³ Bundesgerichtshof: Beschluss vom 17. März 2003, Aktenzeichen XII ZB 2/03, S. 3 ebenso das folgende Zitat.

⁵⁸⁴ Ebd., S. 1.

⁵⁸⁵ Ebd.

entspreche.⁵⁸⁶ Auf Verwirrung und Kritik stieß die im Urteil auftauchende Formulierung bezüglich der notwendigerweise vorausgesetzten Art und Schwere der Erkrankung: es war die Rede vom „irreversibel tödlichen Verlauf“⁵⁸⁷, der aber beim appallischen Syndrom durchaus nicht mit absoluter Sicherheit gegeben ist. Das *Deutsche Ärzteblatt* berichtete ausführlich über das neue Urteil des Bundesgerichtshofs sowie über die daraus folgende politische Diskussion um die gesetzliche Regelung von Patientenverfügungen. Die damalige Bundesjustizministerin Brigitte Zypries legte 2004 einen Gesetzentwurf für den Umgang mit Patientenverfügungen vor, der im Wesentlichen dem BGH-Urteil aus dem Vorjahr folgte. Trotzdem kam es erst im Jahr 2009 zur Verabschiedung des 3. Gesetzes zur Änderung des *Betreuungsrechts*, das nach langwierigen Diskussionen schließlich dem Entwurf des rechtspolitischen Sprechers der SPD-Fraktion Joachim Stünker folgte. Das Gesetz legte die Verbindlichkeit schriftlich verfasster Patientenverfügungen unabhängig von Art und Stadium der Erkrankung fest. Ein Vormundschaftsgericht sollte in Streitfällen angerufen werden, in denen sich Ärzte, Pflegende und Betreuer nicht über die Umsetzung des Patientenwillens einigen können. Zudem sollte immer das Zutreffen der Verfügung auf die jeweilige Situation des Patienten überprüft werden.⁵⁸⁸ Im Vergleich zu anderen eingereichten Gesetzesentwürfen stärkte das nun verabschiedete Recht deutlich die Bedeutung von Patientenverfügungen – unter anderem durch die fehlende Reichweitenbegrenzung –, aber auch die Rolle von Betreuern. Von ärztlicher Seite stieß die neue Regelung auf Kritik. Frank Ulrich Montgomery, damaliger Vizepräsident der Bundesärztekammer sprach von einem „Patientenverfügungs-Verhinderungsgesetz“⁵⁸⁹ und auch die *Deutsche Hospizstiftung* und evangelische wie katholische Kirche sahen das Gesetz skeptisch. Kritisiert wurde die „einseitige Betonung der Selbstbestimmung der Patienten“⁵⁹⁰. Die Bundesärztekammer hatte sich bereits in der Vergangenheit gegen eine gesetzliche Regelung von Patientenverfügungen ausgesprochen.

⁵⁸⁶ Vgl. ebd.

⁵⁸⁷ Ebd., S. 25.

⁵⁸⁸ Vgl. Bundesjustizministerium: Drittes Gesetz zur Änderung des *Betreuungsrechts*, 01. September 2009.

⁵⁸⁹ Richter-Kuhlmann: *Patientenverfügungen: Wenig Akzeptanz für das Gesetz*, S. A-1397.

⁵⁹⁰ Ebd.

Ihr Präsident Jörg-Dietrich Hoppe war der Meinung, „die Rechtslage [sei] klar“⁵⁹¹ und „nur nicht bekannt genug“. Erwähnenswert ist in diesem Zusammenhang eine bereits 2002 im *Deutschen Ärzteblatt* veröffentlichte *Stellungnahme*, verfasst unter anderem vom Leitenden Oberarzt der Abteilung für Schwerst-Schädel-Hirngeschädigte des Evangelischen Krankenhauses Oldenburg, Privatdozent Andreas Zieger, sowie Klaus Dörner. Unter der Überschrift „Patientenverfügungen: Kein Sterben in Würde“ sprachen sich die Autoren deutlich gegen die gesetzliche Etablierung des Patientenwillens aus. Sie sahen die Gefahr, dass es zu einem „mechanischen Abarbeiten“⁵⁹² des in der Patientenverfügung festgelegten Willens ohne Berücksichtigung der aktuellen, individuellen Situation des Betroffenen kommen könnte.⁵⁹³ Zudem nahmen sie eine „Überforderung“⁵⁹⁴ der Patienten an, da eine „Vorabklärung zu einer unvorhersehbaren, abstrakten Lebenssituation“ gegeben werden müsse. Auch bezweifelten sie, dass alle Patienten verstehen, was sie mit ihrer Verfügung veranlassen.⁵⁹⁵ Weiterhin gingen die Autoren auf die aktive Sterbehilfe ein und brachten dahingehend ihre Bedenken vor. So führten sie Studien an, die zeigten, dass Bewohner von Altenheimen, also Menschen, die Tod und Krankheit potentiell näher stehen als andere Altersgruppen, zu einem wesentlich geringeren Prozentsatz die aktive Sterbehilfe befürworten.⁵⁹⁶ Aus dieser Erkenntnis wiederum zogen die Autoren ihre Skepsis bezüglich der Patientenverfügungen, da sie zu einem Zeitpunkt verfasst werden, zu dem der Patient eben noch nicht unmittelbar von einer lebensbedrohlichen Situation betroffen ist. Als weitere Argumente gegen aktive Sterbehilfe führten Zieger et al. die Palliativmedizin, die „95 Prozent aller schweren Schmerzzustände [...] zufriedenstellend [...] behandeln“⁵⁹⁷ könne, an, sowie den Verweis auf die Gefahr, dass der Todeswunsch eher von den Angehörigen ausgehen könne als vom Patienten selbst: „Die Last des Mitleidens wäre in diesem Fall so groß, dass man sich sofort entlasten muss, auch wenn dies auf Kosten des Lebens

⁵⁹¹ Klinkhammer: Patientenverfügungen: Gegen eine gesetzliche Regelung, S. A-1160 ebenso das folgende Zitat.

⁵⁹² Zieger, et al.: Patientenverfügungen "Kein Sterben in Würde", S. A-918.

⁵⁹³ Vgl. ebd.

⁵⁹⁴ Ebd. ebenso das folgende Zitat.

⁵⁹⁵ Vgl. ebd.

⁵⁹⁶ Vgl. ebd.

⁵⁹⁷ Ebd.

des anderen geschieht.“⁵⁹⁸ Die Autoren schlossen ihr Plädoyer gegen Patientenverfügungen mit dem Hinweis auf die Gefährdung der Arzt-Patienten-Beziehung. Sie würde „ausgehöhlt oder gar zerstört.“⁵⁹⁹ Durch Patientenverfügungen sei „dem Patienten die Fürsorgepflicht des Arztes weggenommen.“⁶⁰⁰ Das Fazit hätte absoluter nicht sein können: „Patientenverfügungen fördern kein Sterbenkönnen in Würde. Patientenverfügungen stehen Sterbebegleitung und Palliativmedizin entgegen“⁶⁰¹. Viele der gegen Patientenverfügungen angebrachten Argumente glichen also denen der Sterbehilfegegner. Dies verdeutlicht umso mehr die enge Verknüpfung beider Themen. Wie oben dargestellt nützten jedoch alle Einwände vonseiten der Ärzteschaft nichts: 2009 trat das 3. *Gesetz zur Änderung des Betreuungsrechts* in Kraft, woraufhin die Bundesärztekammer ihre *Empfehlungen zum Umgang mit Patientenverfügungen*, die erstmals 2007 erschienen waren, der neuen Rechtslage anpassen musste.⁶⁰²

Im Jahr 2010 fällte der Bundesgerichtshof ein wegweisendes Urteil zur passiven Sterbehilfe. Zur Verhandlung kam der Fall eines Anwalts, der der Tochter einer Wachkomapatientin geraten hatte, die gegen den Willen der Betroffenen durch das Pflegeheim fortgeführte künstliche Ernährung durch Durchtrennung des PEG-Sondenschlauches zu beenden. Der Anwalt war vom Landgericht Fulda des Totschlages für schuldig befunden worden. Der Bundesgerichtshof hob dieses Urteil auf und sprach den Angeklagten frei. Die Patientin um die es in dem Fall ging, lag seit einer Hirnblutung im Oktober 2002 im Wachkoma und wurde künstlich ernährt. Allerdings hatte sie noch kurz zuvor gegenüber ihrer Tochter mündlich geäußert, dass sie eine solche Behandlung für den Fall einer dauerhaften Bewusstlosigkeit ablehne.⁶⁰³ Nachdem die Tochter, die zwischenzeitlich zur gesetzlichen Betreuerin bestellt worden war, gegenüber der Heimleitung vergeblich versucht hatte, diesen Wunsch der Mutter durchzusetzen, gab ihr ihr Anwalt eben jenen Rat, selbst zu handeln und

⁵⁹⁸ Ebd.

⁵⁹⁹ Ebd., S. A-919.

⁶⁰⁰ Ebd.

⁶⁰¹ Ebd.

⁶⁰² Vgl. Bundesärztekammer: Empfehlungen der Bundesärztekammer und der Zentralen Ethikkommission bei der Bundesärztekammer zum Umgang mit Vorsorgevollmacht und Patientenverfügung in der ärztlichen Praxis.

⁶⁰³ Vgl. Bundesgerichtshof: Beschluss vom 25. Juni 2010, Aktenzeichen 2 StR 454/09, S. 4.

den Sondenschlauch durchzuschneiden. Als die betreuenden Pflegekräfte dies entdeckten, wurde die Patienten ins Krankenhaus verlegt, wo sie eine neue PEG-Sonde bekam. Trotzdem verstarb sie 2 Wochen später.⁶⁰⁴ Grundlegend neu an der Rechtsprechung des Bundesgerichtshof war nun, dass es sich im vorliegenden Fall eindeutig um „aktives Tun“, um die Beendigung einer Therapie, nicht um die Unterlassung von Behandlungsmaßnahmen handelte.⁶⁰⁵ Das Gericht sah es aber als erwiesen an, dass es sich hierbei – auch gemäß der neuen Gesetzgebung von 2009 – um die Erfüllung des Patientenwillens handelte und dass dessen Umsetzung unabhängig von Art und Stadium der Erkrankung bindend sei.⁶⁰⁶ Der Präsident der Bundesärztekammer, Jörg-Dietrich Hoppe, begrüßte das Urteil⁶⁰⁷ und auch sonstige Vertreter der Ärzteschaft bewerteten es positiv⁶⁰⁸.

Zwischen 2003 und 2011 sorgte der Fall der Dr. Mechthild Bach, einer Internistin aus Hannover, wiederholt für Schlagzeilen in der deutschen Presse. Der Belegärztin der Paracelsus-Klinik in Hannover-Langenhagen wurde vorgeworfen, mindestens 13 Patienten durch überhöhte Morphindosen getötet zu haben.⁶⁰⁹ Sie selbst wollte ihr Handeln als indirekte Sterbehilfe verstanden wissen.⁶¹⁰ Die Staatsanwaltschaft Hannover, die schließlich 2005 Anklage wegen Totschlags erhob, bezweifelte allerdings, dass alle Patienten in einem finalen Krankheitsstadium gewesen seien und Bach überhaupt den Patientenwillen in ihren Entscheidungen berücksichtigt hatte.⁶¹¹ Als sich im Laufe des 2009 wiederaufgenommenen Prozesses herausstellte, dass zumindest in einem Teil der Fälle sogar eine Verurteilung wegen Mordes drohte, nahm sich Bach Anfang 2011 das Leben. Der Prozess und die drohende Verurteilung Bachs löste Verunsicherung unter Ärzten aus, was die legale therapeutische Anwendung von Opioiden in der Palliativmedizin anging. Das Landgericht Hannover betonte allerdings in einer Presseerklärung vom

⁶⁰⁴ Vgl. ebd., S. 5 f.

⁶⁰⁵ Vgl. ebd., S. 12.

⁶⁰⁶ Ebd.

⁶⁰⁷ Vgl. Klinkhammer: Bundesgerichtshof: Freispruch für Anwalt im Sterbehilfe-Prozess, S. A-1288.

⁶⁰⁸ Vgl. Klinkhammer: Grundsatzurteil des Bundesgerichtshofs: Entscheidungshilfe - aber kein Freibrief, S. A-1335.

⁶⁰⁹ Vgl. Richter-Kuhlmann: Randnotiz: Neue Vorwürfe gegen Bach, S. A-1333.

⁶¹⁰ Vgl. Richter-Kuhlmann: Fall Dr. Bach: Sterbehilfe oder Tötung? S. A-2916 f.

⁶¹¹ Vgl. Richter-Kuhlmann: Prozess um Sterbebegleitung: Ärztin muss vor Gericht, S. A-2197.

28.01.2011, dass „kein Arzt [...] Angst vor juristischen Konsequenzen [...] haben [braucht], wenn er Morphium bei Indikation einsetzt, titriert und den Patienten überwacht.“⁶¹²

Weiterhin prägend für die Sterbehilfediskussion nach 2000 waren verschiedene Gesetzesinitiativen, sowohl von Gegnern wie auch Befürwortern der aktiven Sterbehilfe. So setzte sich der ehemalige Hamburger Justizsenator Dr. Roger Kusch engagiert für die Legalisierung der Euthanasie ein. Er gründete zunächst den Verein „Dr. Roger Kusch Sterbehilfe“, dessen zahlungswilligen Mitgliedern er aktive Sterbehilfe anbot und diese vereinzelt auch durchführte.⁶¹³ 2008 untersagte ihm zwar das Verwaltungsgericht Hamburg weiteres derartiges Handeln,⁶¹⁴ doch gründete Kusch daraufhin die „Sterbehilfe Deutschland“, die Suizidbeihilfe nach wie vor, beispielsweise mithilfe eines Injektionsautomaten, anbietet.⁶¹⁵ 2006 legte Kusch einen Gesetzentwurf zur aktiven Sterbehilfe vor, der ihre Legalisierung in bestimmten Fällen vorsah.⁶¹⁶ Zwar hatte er mit seinem Ansinnen keinen Erfolg, doch sorgten unter anderem seine Aktivitäten für das Aufkommen von Forderungen nach einem Verbot von Sterbehilfe Organisationen⁶¹⁷, beziehungsweise „geschäftsmäßige[r] Vermittlung von Gelegenheiten zur Selbsttötung“⁶¹⁸. Auch wenn bereits 2006 ein dahingehender Gesetzesantrag der Länder Thüringen, Hessen und Saarland im Bundesrat gestellt wurde, dauert der Gesetzgebungsprozess bis heute an. Im Oktober 2012 verabschiedete die damalige Bundesregierung einen Gesetzentwurf, der den neuen Straftatbestand, der „gewerbsmäßige[n] Förderung der Selbsttötung“⁶¹⁹ vorsieht.

Das *Deutsche Ärzteblatt* berichtete in zahlreichen neutralen Artikeln über die dargestellten Entwicklungen. Gleichzeitig blieb, wie bereits der quantitativen Auswertung zu entnehmen ist, die Zahl der *Stellungnahmen* auf einem konstant hohen Niveau. Die Qualität dieser Artikel unterscheidet sich dahingehend von

⁶¹² Zit. nach Zenz: Der Einsatz von Morphium: Zwischen Pflicht und Strafe, S. A-641.

⁶¹³ Vgl. Unbekannt: Aktive Sterbehilfe: Hoppe fordert Verbot, S. A-167.

⁶¹⁴ Vgl. ebd.

⁶¹⁵ Vgl. Sterbehilfe Deutschland e. V.: Häufig gestellte Fragen: Injektionsautomat.

⁶¹⁶ Vgl. Klinkhammer: Aktive Sterbehilfe: Straffreiheit gefordert, S. A-300.

⁶¹⁷ Vgl. Unbekannt: Aktive Sterbehilfe: Hoppe fordert Verbot, S. A-167

⁶¹⁸ Unbekannt: Bundesrat: "Ethische Schiefelage", S. A-969.

⁶¹⁹ Bundesjustizministerium: Gesetzentwurf zur Strafbarkeit der gewerbsmäßigen Förderung der Selbsttötung, 22. Oktober 2012, S. 1.

früheren, dass immer unverblümt auch von Redakteuren der Zeitschrift selbst gegen aktive Sterbehilfe angeschrieben wurde. Hierbei fällt auf, dass vor allem zwei Namen besonders häufig auftauchen: Gisela Klinkhammer und Norbert Jachertz. Erstere zeichnete für immerhin acht der 22 zwischen 2000 und 2010 erschienenen *Stellungnahmen* verantwortlich, Jachertz für drei. Bei den Stellungnahmen handelte sich auch immer häufiger um Wortmeldungen von oder Interviews mit offiziellen Vertretern der deutschen Ärzteschaft, wie Jörg-Dietrich Hoppe, Präsident der Bundesärztekammer oder Eggert Beleites, Präsident der Landesärztekammer Thüringen. Beispielhaft sei hier der 2005 erschienene Artikel „Standpunkt: Sterbehilfe“ von Hoppe erwähnt. In dieser zwar kurzen aber deutlichen Stellungnahme legte der Autor in prägnanten Sätzen seine ablehnende Haltung gegenüber aktiver Sterbehilfe dar: „Es gehört nicht zum Arztberuf, den Tod herbeizuführen.“⁶²⁰ Mit dieser Aussage eröffnete Hoppe den Artikel und fuhr fort: „Wir als Ärzte wollen den Tod zulassen, ihn aber nicht zuteilen.“⁶²¹ Hier vermittelte Hoppe zwei ihm wichtige Botschaften: Die Geschlossenheit der deutschen Ärzteschaft in der Ablehnung der Euthanasie sollte heraufbeschworen („wir als Ärzte“) und zugleich die Befürwortung passiver Sterbehilfe verdeutlicht werden. Hoppe führte im Folgenden die bekannten Argumente der Sterbehilfegegner an, die Gefahr der schiefen Ebene und des wachsenden sozialökonomischen Druckes auf alte und kranke Menschen: „Wer im Grundsatz nachgibt, riskiert einen Bewusstseinswandel. Wenn man ein bestimmtes Alter erreicht hat und pflegebedürftig ist, wenn man für die Gesellschaft teuer und für Angehörige eine Last wird, dann würde es künftig heißen: Hör mal, hier gibt es doch einen Ausweg“⁶²².

Eine ähnlich deutliche Stellungnahme erschien 2008, verfasst vom damaligen Chefredakteur des *Deutschen Ärzteblattes*, Heinz Stüwe. Stüwe hatte Volkswirtschaft und Politikwissenschaft in Münster studiert und bei den Zeitungen *Die Welt* und der *Frankfurter Allgemeinen Zeitung* gearbeitet, bevor er 2004 Chefredakteur des *Deutschen Ärzteblattes* wurde. Stüwe stellte in

⁶²⁰ Hoppe: Standpunkt: Sterbehilfe, S. A-1084.

⁶²¹ Ebd.

⁶²² Ebd.

seinem Artikel auf Seite eins der Zeitschrift die Diskussion zur gewerblichen Sterbehilfe und die Aktivitäten Roger Kuschs dar. Er schloss mit dem Appell: „Gerade auch Ärztinnen und Ärzte müssen vermitteln, dass eine Gesellschaft, in der der Freitod eine alltägliche Option unter mehreren ‚Problemlösungen‘ wird, keine humane mehr ist.“⁶²³ Er vertrat die Überzeugung, „dass die Mitwirkung bei der Selbsttötung dem ärztlichen Ethos widerspricht.“ Ebenso wie der Chefredakteur äußerte sich auch die bereits erwähnte Journalistin Gisela Klinkhammer deutlich in ihren Artikeln. So beispielsweise 2009 in einer kurzen „Randnotiz“, die sie mit der Aussage beschloss: „Ärzte sollen keine Sterbegehilfen sein. Wenn sie Beihilfe zum Suizid leisten, ist dies nicht mehr weit von Sterbehilfe entfernt und mit ihrem Berufsethos nicht vereinbar.“⁶²⁴ Auch in dieser *Stellungnahme* wurde also das Berufsethos als zentrales Gegenargument zur aktiven Sterbehilfe angeführt, auf ausführlichere Argumentationen ließen sich die Autoren kaum mehr ein.

Immerhin kam in einem 2009 veröffentlichten Interview mit Professor Jochen Taupitz, Jurist mit Spezialisierung auf Medizinrecht und Mitglied des Deutschen Ethikrates, auch ein Befürworter der Legalisierung der ärztlichen Suizidbeihilfe zu Wort. Allerdings nicht ohne dass ihm mit Frank Ulrich Montgomery, damaliger Vizepräsident der Bundesärztekammer, ein Gegner für dieses Streitgespräch gegenüber gestellt wurde. Das Interview führten Heinz Stüwe, Gisela Klinkhammer sowie Eva Richter-Kuhlmann. Sowohl Taupitz als auch Montgomery sprachen sich gegenüber den Redakteuren gegen „kommerziellen Wildwuchs“⁶²⁵ auf dem Gebiet der Suizidbeihilfe aus. Allerdings zogen sie daraus unterschiedliche Konsequenzen. Während sich Taupitz dafür stark machte, die Suizidbeihilfe in die „fachkundig[en]“⁶²⁶ Hände von Ärzten zu legen, betonte Montgomery, Ärzte seien „auf den Lebensschutz ausgerichtet“⁶²⁷ und gab zu bedenken: „Wenn ich Beihilfe zum Suizid technisch perfekt leisten soll, dann ist sie von aktiver Euthanasie nicht mehr abgrenzbar.“⁶²⁸ Hierbei bezog er sich auf die Tatsache, dass er es für unverantwortlich hielt, Medikamente zur

⁶²³ Stüwe: Gewerbliche Sterbehilfe: nein, S. A-1521 ebenso das folgende Zitat.

⁶²⁴ Klinkhammer: Randnotiz: Ärzte keine Sterbegehilfen, S. A-1079.

⁶²⁵ Klinkhammer, et al.: Streitgespräch: Sind Ärzte geeignete Suizidhelfer? S. A-693.

⁶²⁶ Ebd.

⁶²⁷ Ebd.

⁶²⁸ Ebd.

Selbsttötung in einem Becher zu verabreichen. Vielmehr hielt er es für notwendig, im Falle der ärztlichen Suizidbeihilfe auch einen intravenösen Zugang zu verlangen, durch den wiederum der Patient die Handlungshoheit verlieren würde, es sich also um aktive Sterbehilfe handele.⁶²⁹ Es folgte eine kurze Definition der Begrifflichkeiten durch Taupitz und sein Verweis auf eine Meinungsumfrage unter Ärzten, die ergab, dass 35 Prozent der Befragten, Suizidbeihilfe befürworten würden. Auf die daraufhin an Montgomery gestellte Frage, ob es „noch einen Grundkonsens in der Ärzteschaft“ gebe, antwortete dieser: „Ja. Aber die Frage ist, wo setzen wir diesen Konsens an? Wir werden in keiner ethischen und moralischen Entscheidung hundertprozentige Mehrheiten haben.“⁶³⁰ Dies zeigt zwar, dass sich die Vertreter der Ärzteschaft inzwischen der Tatsache stellten, lange nicht mehr für alle ihres Berufsstandes zu sprechen, doch ist dies offensichtlich kein Grund für sie, von ihrer klaren Linie abzuweichen. Immerhin wissen sie noch eine Mehrheit der Ärzte hinter sich. Taupitz betonte nachfolgend, er plädiere auch im Falle einer Legalisierung der ärztlichen Suizidbeihilfe für eine „Gewissensentscheidung des einzelnen Arztes“⁶³¹. Im Laufe des Interviews führte Montgomery bereits bekannte Argumente der Sterbehilfegegner an: die Gefahr des Vertrauensverlustes im Arzt-Patienten-Verhältnis sowie der schiefen Ebene⁶³², die allerdings für Taupitz „ein sehr untergeordnetes Argument“ darstellte. Auf die Frage der Redakteure an Taupitz, ob der Arzt sich nicht mit dem Eid des Hippokrates „zu etwas ganz anderem verpflichtet“ habe, antwortete dieser knapp, jedoch juristisch korrekt: „Der Eid des Hippokrates hat rechtlich überhaupt keine Bedeutung. Das Genfer Gelöbnis übrigens auch nicht.“⁶³³ Dies offenbart überaus deutlich die vollkommen unterschiedlichen Blickwinkel von ärztlichen Gegnern der Euthanasie und Suizidbeihilfe und den nicht selten aus den Rechtswissenschaften stammenden Befürwortern: Von ersteren wurden immer noch gerne die mit dem Berufsethos verbundenen Gelöbnisse zitiert, ideelle Werte, denen sie sich verpflichtet fühlten. Wohingegen die Befürworter diese

⁶²⁹ Vgl. ebd.

⁶³⁰ Ebd.

⁶³¹ Ebd., S. A-694.

⁶³² Vgl. ebd.

⁶³³ Ebd., S. A-695.

nüchtern als überholte Relikte aus anderen Zeiten vom Tisch wischen konnten und für eine persönliche Gewissensentscheidung des Arztes plädierten. Nicht nur im Bereich Patientenrechte ging es also um ein mehr an Autonomie, auch der Arzt sollte im Sinne der Euthanasie-Befürworter nun unabhängig von allgemeinen ethisch-moralischen Normen entscheiden dürfen. Taupitz sah dahingehend auch keine Gefahr für das „ärztliche Ethos“⁶³⁴, da er die Suizidbeihilfe in Zukunft nicht als „Normalität“, sondern „als letzten Ausweg“ sähe.

Den letzten Ausweg sah der an Amyotropher Lateralsklerose erkrankte Craig Ewert aus Großbritannien 2006 eben in jenem Angebot zur Suizidbeihilfe der Schweizer Organisation Dignitas. Er ließ sich hierbei von einem Fernsehteam begleiten, das seinen Selbstmord in einem Dokumentarfilm festhielt. Im *Deutschen Ärzteblatt* wurde die Ausstrahlung als „Plädoyer für den assistierten Suizid“⁶³⁵ kritisch kommentiert: „Eine ausgewogene Darstellung hätte jemanden gebraucht, der trotz einer terminalen Erkrankung weiterleben will und nicht einen bequemen Tod wählt.“⁶³⁶ Desweiteren begrüßte der Autor des Artikels offensichtlich nicht die durch den Film „neu entfacht[e] [...] Debatte um den assistierten Suizid und die Organisation Dignitas“⁶³⁷ und verwies auf die moralisch fragwürdige mediale Verwertung des Todes eines Menschen.⁶³⁸

Die *Leserbriefe* im *Deutschen Ärzteblatt* ähnelten in den vergangenen Jahren in ihren Argumenten den *Stellungnahmen*. So schrieb Professor Lothar Prinz aus Rostock 2002: „Der Deutsche Ärztetag 2001 hat zur Problematik einer aktiven Sterbehilfe erfreulich klar und ablehnend Stellung bezogen ... und sich für eine dringend notwendige Förderung und den Ausbau von Palliativmedizin, einschließlich differenzierter Schmerztherapie, ausgesprochen.“⁶³⁹ Wie in den Meinungsartikeln stellen also auch die Leser den Forderungen nach Euthanasie die Palliativmedizin als Alternative entgegen. So druckte die Redaktion auch Zuschriften von Vertretern jener Disziplin ab, wie beispielsweise 2010 einen Brief des Vorstandsvorsitzenden der *Deutschen Palliativstiftung* Thomas Sitte:

⁶³⁴ Ebd. ebenso die beiden folgenden Zitate.

⁶³⁵ Meißner: Aktive Sterbehilfe im Fernsehen: Tod zur besten Sendezeit, S. A-2742.

⁶³⁶ Ebd.

⁶³⁷ Ebd.

⁶³⁸ Vgl. ebd.

⁶³⁹ Prinz: Sterbehilfe: Mehr Palliativmedizin, S. 278.

„Palliativversorgung daheim ist [...] in den meisten Regionen Deutschlands noch nicht ausreichend verfügbar. Dies muss sich für die Patienten und deren Angehörige ändern, damit der Wunsch nach Tötung auf Verlangen nicht erst auftritt!“⁶⁴⁰

Auffällig ist, dass in den *Leserbriefen* der Sterbehilfegegner häufiger als in den *Stellungnahmen* auf die NS-Euthanasie und ihre Bedeutung auch für heutige Sterbehilfeforderungen verwiesen wurde: „All jenen, die einer aktive Sterbehilfe das Wort reden, seien die Erfahrungen und das Vermächtnis von Lucie Adelsberger Ärztin und Häftling im KZ Auschwitz (1943 bis 1945) in Erinnerung gerufen: Wenn das Leben nichts mehr gilt, verschwindet auch die Achtung vor den Toten.“⁶⁴¹ So schrieb der bereits zitierte Professor Prinz 2002. Ähnlich äußerte sich Herr Richter 2005: „Im Blick auf 1933 kann man da nur sagen: Aktive Tötung darf niemals Ziel ärztlichen Handelns sein! Wehret den Anfängen!“⁶⁴² Das Argument der „schiefen Ebene“ und der Verweis auf die deutsche Vergangenheit war im wissenschaftlich-ethischen Diskurs immer wieder umstritten und spielte auch in den *Stellungnahmen* der vergangenen Jahre kaum eine Rolle. Auch zeigten oben zitierte Studien, dass es für die Meinungsbildung der Ärzte eine eher untergeordnete Position einnahm. Trotzdem wurde es zumindest in den veröffentlichten *Leserbriefen* der letzten Jahre noch immer gerne als „Maximalargument“ herangezogen.

Der Tenor der Zuschriften der Sterbehilfebefürworter gleicht jenem der Vorjahre: die Euthanasie sei ein „humane[r] Schritt“⁶⁴³, alles andere bedeute „Qual“, dem Patienten „einen fremden Willen aufzuzwingen“, „im Stich lassen“⁶⁴⁴ und „grausame Diktatur“⁶⁴⁵. Argumentativ kamen keine neuen Punkte zum Tragen. Wiederholt wurde auf die Eigenverantwortung des Patienten verwiesen sowie die Pflicht des Arztes, Leiden zu lindern – oder was dies für einige Leserbriefautoren offenbar bedeutete, zu vermeiden.

⁶⁴⁰ Sitte, et al.: Sterbehilfe: Palliativmedizin verlängert das Leben! S. A-1984.

⁶⁴¹ Prinz: Sterbehilfe: Mehr Palliativmedizin, S. 278.

⁶⁴² Richter: Niederlande: Weltweiter Protest fehlt! S. A-576.

⁶⁴³ Hipp: Sterbehilfe: Gesetz ist überfällig, S. A-97 ebenso die beiden folgenden Zitate.

⁶⁴⁴ Werning: Patientenverfügungen: Hilfe wird verweigert, S. A-416.

⁶⁴⁵ Hipp: Sterbehilfe: Gesetz ist überfällig

6.) Diskussion und Zusammenfassung

Die vorliegende Arbeit beschäftigt sich mit der inhaltsanalytischen Untersuchung von Artikeln zur Sterbehilfe im *Deutschen Ärzteblatt* zwischen 1949 und 2010. Diese Diskussion war über die Jahrzehnte hinweg vor allem durch die Eindeutigkeit der Positionierung der offiziellen Standesvertreter charakterisiert. So äußerten sich in der Zeitschrift mehrheitlich Repräsentanten der akademischen Elite zum Thema und bis auf eine Ausnahme – Professor Helga Kuhse im Jahr 1990 – bezogen sie Stellung gegen die aktive Sterbehilfe. Auch waren es fast allesamt Ärzte, die im *Deutschen Ärzteblatt* zu Wort kamen, nur vereinzelt abgelöst von Juristen. Repräsentanten der Kirchen kamen nicht zu Wort. So könnte man zunächst also anzweifeln, ob überhaupt von einer „Diskussion“ gesprochen werden kann, gehört hierzu doch meist ein Meinungsaustausch verschiedener Fachbereiche und ein möglichst ausgewogenes Verhältnis von Argumenten beider Seiten. Dies fand sich zumindest seit den achtziger Jahren im Bereich der Leserbriefe, anhand derer sich vielleicht eher die Spaltung der Ärzteschaft ablesen lässt. In ihnen fanden sich tatsächlich die beiden Extrempositionen pro und kontra aktive Sterbehilfe in ausgeglichenem Verhältnis.

Die Zeit von der ersten Nachkriegsausgabe der Zeitschrift bis Anfang der siebziger Jahre war geprägt durch die zwar verdrängte, aber dadurch umso belastendere Präsenz der NS-Euthanasie. Es fand keine Auseinandersetzung mit den Verstrickungen der deutschen Ärzteschaft in die NS-Medizinverbrechen statt und ehemalige braune Größen wie August Mayer konnten das *Deutsche Ärzteblatt* nutzen, um sich selbst zu beweihräuchern und kritische Episoden ihrer Biografie zu verklären. Möglich war dies unter den Chefredakteuren Deneke und Roemer, die, selbst Angehörige der gleichen Generation, kein Interesse an einer wirklichen Diskussion an den Tag legten. Es dominierte das Bedürfnis, sich von unangenehmen Erinnerungen an die NS-Euthanasie zu distanzieren, ja rein zu waschen. Es galt, das Ansehen in der Öffentlichkeit wieder herzustellen. Die Autoren Mayer und Hellbrügge zogen sich argumentativ hinter moralische Normen wie den Hippokratischen Eid und die

„Heiligkeit des Lebens“ zurück, befürchteten, das Vertrauen der Patienten durch einen offeneren Umgang mit der Thematik womöglich weiter zu strapazieren. Die wenigen Leserbriefe folgten ihnen in dieser konservativen Strategie des Stillhaltens.

Ein Wandel vollzog sich erstmals Anfang der siebziger Jahre, wobei kein singuläres Ereignis den Ausschlag gab. Vielmehr war es wohl die Summe verschiedener äußerer Einflussfaktoren, die zu einer intensivierten Auseinandersetzung mit der Sterbehilfethematik im *Deutschen Ärzteblatt* führte. Eine große Rolle spielte offensichtlich das Gerichtsurteil in den Niederlanden 1973. Zwar berichtete das *Deutsche Ärzteblatt* zunächst kaum darüber, doch nicht zufällig stieg die Zahl der Meinungsartikel in der zweiten Hälfte der siebziger Jahre. Es kam sozusagen Bewegung in die Debatte, oder wie es ein Autor in der Zeitschrift ausdrückte: „das Thema droht[e] ‚in‘ zu werden“⁶⁴⁶. Das Bundesjustizministerium äußerte sich, der Europarat gab Empfehlungen ab, zunächst die schweizer dann auch die deutsche Ärztevertretung erarbeiteten Richtlinien zum Umgang mit Sterben und Tod. Die Ärztezeitschrift berichtete über diese Vorgänge, wie die kontinuierliche Präsenz der Thematik in den *Dokumentationen* ab Mitte der siebziger Jahre zeigt. Mit Helmut Ehrhardt schrieb allerdings wiederum ein ehemaliger Repräsentant der NS-Medizin im *Deutschen Ärzteblatt*, ohne dass auf seine Vergangenheit kritisch hingewiesen worden wäre. Er bemühte sich um eine größere Trennschärfe zwischen der NS-Euthanasie und modernen Vorstellungen von Sterbehilfe. Nichtsdestotrotz lehnte er diese in ihrer aktiven Form ab und begründete seine Haltung mit den bereits bekannten Argumenten der Dambruchgefahr, des Berufsethos und des Vertrauensverlustes. Aber es deutete sich bereits ein neues Thema an: die Ökonomisierung der Gesundheit. Die Ölpreiskrise 1974 und das damit eingeläutete Ende des Wirtschaftswunders ließen erahnen, dass in Zukunft auch die Geldmittel im Gesundheitswesen begrenzt sein würden. Ehrhardt warnte bereits vor der Gefahr eines wachsenden ökonomischen Druckes auf Alte und Kranke in einer Gesellschaft, in der die aktive Sterbehilfe eine Option

⁶⁴⁶ Häussermann: Euthanasie: Neues Thema in den Funk- und Fernseh-Studios, S. 2183.

wäre. Ebenfalls neu war sein Hinweis auf die Problematik der Diagnose- und Prognosesicherheit.

Im Laufe der siebziger Jahre vollzog sich also ein grundlegender Wandel in der standesinternen Sterbehilfediskussion. Die Thematik konnte nicht länger totgeschwiegen werden und auch wenn noch Ambivalenz und teilweise Abwehr herrschte, so zeigten sich in den nun folgenden drei Jahrzehnten gänzlich neue Aspekte im Umgang mit der Problematik. Diese Erkenntnis deckt sich mit der These der Historiker Anselm Doering-Manteuffel und Lutz Raphael, die in ihrem Buch *Nach dem Boom* einen „Strukturbruch“⁶⁴⁷ und „sozialen Wandel von revolutionärer Qualität“ für die Zeit nach 1970 konstatieren. Sie benennen den „digitalen Finanzmarkt-Kapitalismus als wirkmächtigste Kraft“⁶⁴⁸ für diesen Umbruch, der seinen Beginn in den siebziger und achtziger Jahren hatte und ab den Neunzigern „in der Breite spürbar“⁶⁴⁹ wurde. Doering-Manteuffel und Raphael charakterisieren die wirtschaftlichen Entwicklungen nach 1970 mit der Überschrift „Eigeninteresse vor Gemeininteresse“⁶⁵⁰, was sich auch in der zunehmenden Ökonomisierung und Privatisierung der Gesundheit niederschlug. Hieraus erwuchs die seit den Siebzigern zunehmend spürbare Angst der Sterbehilfegegner, Alte und Kranke könnten bloß noch als möglichst früh zu entsorgender Ballast für die Gesellschaft gesehen werden. Als weitere treibende Kraft für den Wandel führen die Autoren das veränderte Menschenbild an. Sie beschreiben es näher als ein Streben nach der Entfaltung des Individuums sowie der Kritik an hierarchischen Strukturen.⁶⁵¹ Beide Punkte finden sich in der Sterbehilfediskussion der kommenden Jahrzehnte wieder: im Hauptargument der Befürworter, dem unbedingten Autonomieanspruch, sowie im Wandel des Arzt-Patienten-Verhältnisses, weg vom paternalistischen Prinzip hin zu Patientenverfügungen und Behandlungsbegrenzungen. Im Detail decken sich weitere Erkenntnisse dieser Arbeit mit den Thesen Doering-Manteuffels und Raphaels. So konstatieren die Autoren eine nachlassende „Bindekraft der

⁶⁴⁷ Doering-Manteuffel, et al. (2010), S. 12 ebenso das folgende Zitat.

⁶⁴⁸ Ebd., S. 8.

⁶⁴⁹ Ebd.

⁶⁵⁰ Ebd., S. 10.

⁶⁵¹ Vgl. ebd..

etablierten Kirchen⁶⁵², was eine Individualisierung der Religion sowie ein nachlassendes „Interesse an den überkommenen konfessionellen Bindungen und Sicherheiten“⁶⁵³ mit sich brachte. In der Sterbehilfediskussion nach 1970 zeigte sich dies im zunehmenden Wandel der gesamtgesellschaftlichen Einstellung zur Sterbehilfe (siehe Umfrageergebnisse), im Wegfall des Tabus, über das Thema zu reden, sowie im Wandel der Argumentation. Die „Heiligkeit des Lebens“, das Fünfte Gebot, aber auch der Verweis auf religionsähnliche Normen wie den Hippokratischen Eid ließen nach, während rationale, realitätsbezogene Argumente wie die Gefahr der Ökonomisierung der Sterbehilfe und falsche Autonomievorstellungen in den Vordergrund rückten. Doering-Manteuffel und Raphael beschreiben in ihrer Betrachtung der vergangenen vier Jahrzehnte auch einen Wandel im Körperbild, verknüpft mit der Überzeugung von der „Manipulierbarkeit des Körpers“⁶⁵⁴. Wer manipulieren will, will auch kontrollieren und dieses Streben nach Kontrolle zeigte sich in vorliegender Untersuchung in der Überzeugung der Euthanasiebefürworter, Leiden, Krankheit und vor allem auch Sterben seien steuerbar, müssten kontrollierbar gemacht werden. Als Gegenbewegung zur ultimativen Manipulation aller Organsysteme auf Intensivstationen entwickelten sich lauter werdende Forderungen nach Patientenverfügungen und Behandlungsbegrenzung.

Doering-Manteuffel und Raphael folgend konstatiert vorliegende Arbeit also den Beginn eines grundlegenden gesellschaftlichen Wandels in den siebziger Jahren, der auch in der Sterbehilfediskussion des *Deutschen Ärzteblattes* nachweisbar ist. Wie aber die beiden Historiker einräumen, kann es sich nicht um ein singuläres, auf ein Jahr zu datierendes Ereignis handeln, das diesen Umbruch einleitete.⁶⁵⁵ Vielmehr waren es langsame Veränderungen und multiple kleine und große Wendepunkte, die auch noch in den achtziger und neunziger Jahren, die Zeitgeschichte „nach dem Boom“ prägten.

Ein eben solcher Wendepunkt, der zwar erst 1984 stattfand, aber im Kontext des Umbruchs ab 1970 zu sehen ist, war der Hackethalprozess, der eine rege

⁶⁵² Ebd., S. 130.

⁶⁵³ Ebd., S. 131.

⁶⁵⁴ Ebd., S. 128.

⁶⁵⁵ Vgl. ebd., S. 13.

Diskussion im *Deutschen Ärzteblatt* auslöste. Sechs von 15 *Stellungnahmen* nahmen Bezug auf ihn und in der zweiten Hälfte der achtziger Jahre erschienen vermehrt *Dokumentationen*. Erstmals 1984 wurden *Leserbriefe* von Befürwortern aktiver Sterbehilfe und Suizidbeihilfe abgedruckt, das *Allensbacher Institut* startete seine erste Umfrage zur Thematik und das „Recht auf Selbstbestimmung“ als zentrales Argument der Sterbehilfebefürworter rückte in den Fokus. In der Zeitschrift wurde der Tonfall der *Stellungnahmen*, vor allem der Redaktionsmitglieder, aggressiver – das Bemühen um eine Distanzierung von Hackethals Handeln war groß. Im Zuge dessen versuchten Einzelne, die altbewährte Strategie der Verdrängung, indem sie schon 1985 konstatierten, Hackethal sei „eigentlich kein Thema mehr“⁶⁵⁶. Dies war Mitnichten so: Hackethals Suizidbeihilfe für Hermy Eckert und deren medienwirksame Aufbereitung sorgte für eine starke Präsenz der Thematik in der öffentlichen Wahrnehmung. Die *Leserbriefe* im *Deutschen Ärzteblatt* – ob von Gegnern oder Befürwortern verfasst – sprachen eine emotionalere Sprache als zuvor: Nun war von „im Stich lassen“ und „Leiden“ auf der einen Seite, von „Mördern“, „Gift“ und „Feiglingen“ auf der anderen die Rede. Mit Klaus Dörner schrieb erstmals ein Repräsentant einer neuen Generation, ein Reformers der Psychiatrie, der die aktive Aufarbeitung der NS-Euthanasie forderte und vorantrieb. Auch dieser nun von der belasteten Vergangenheit unabhängige Autor betonte seine klare Ablehnung der aktiven Sterbehilfe – jedoch mit weitaus glaubhafterer Motivation. Dörner forderte eine von den NS-Verbrechen losgelöste Betrachtung der Sterbehilfethematik. Argumentativ legte er einen Schwerpunkt auf die Gefahr des sozialen Druckes durch die Ökonomisierung des Gesundheitssystems. Außerdem widersprach er vehement dem Hauptargument der Befürworter, dem Recht auf Selbstbestimmung, indem er ausführte, es handele sich um falsche Autonomievorstellungen in der Situation des unmittelbar bevorstehenden Todes. In diesem Zusammenhang wurden auch Patientenverfügungen noch kritisch beäugt und von der Ärzteschaft, die offensichtlich noch am paternalistischen Arzt-Patienten-Verhältnis hing, weithin abgelehnt. Im Hintergrund wiederholten sich die althergebrachten Verweise der

⁶⁵⁶ Unbekannt: Moralisch verurteilt, S. 1213.

Sterbehilfegegner auf den drohenden Vertrauensverlust, die „Heiligkeit des Lebens“ und das Berufsethos.

1990 sorgte Helga Kuhses Artikel für Aufruhr unter den Lesern des *Deutschen Ärzteblattes*. Diesmal war kein äußeres Ereignis Ursache für eine bisher beispiellose Diskussion, sondern die Redaktion selbst hatte sie ausgelöst, ja durch den Abdruck des provokanten Artikels herausgefordert. Es folgten zahlreiche Zuschriften, in denen sich Leser engagiert für oder gegen die aktive Sterbehilfe aussprachen. Die so entstandene zeitschriftinterne Debatte ist insofern als weiterer Wendepunkt anzusehen: erstmals kam es – zumindest durch den Abdruck der *Leserbriefe* – zu einer ausgewogenen Darstellung der unterschiedlichen Positionen. Gleichzeitig reichte die Wirkung der Thesen der Bioethiker Kuhse und Singer über das *Deutsche Ärzteblatt* hinaus: sie sprachen die Thematik der aktiven Sterbehilfe in der Neonatologie an – sicherlich ein Grund, weshalb dieser Problematik ein eigener Absatz in den neuen *Richtlinien zur Sterbebegleitung* von 1993 gewidmet wurde.

In den neunziger Jahren wurde die Sterbehilfedebatte insgesamt vielschichtiger und komplizierter, ein Faktum, das zu Doering-Manteuffels und Raphaels These passt, dass die in den siebziger Jahren angestoßenen gesellschaftlichen Umwälzungen, in den Neunzigern „in der Breite spürbar“ wurden. Zum einen wühlten die Thesen der Bioethiker viele auf, gleichzeitig offenbarten sich zunehmende Probleme im Umgang mit dauerhaft bewusstlosen Patienten auf Intensivstationen und der Blick ins Ausland, ja ins direkte Nachbarland die Niederlande, zeigte ein für einige bedrohliches Bild dessen, was noch kommen könnte. Nach der dortigen Legalisierung der aktiven Sterbehilfe 1994 war ein deutlicher Höhepunkt bei der Anzahl der *Leserbriefe* in der *Ärztezeitschrift* zu verzeichnen. Unter dem neuen Chefredakteur Norbert Jachertz widmete sich das *Deutsche Ärzteblatt* umfassend diesen Aspekten der Sterbehilfediskussion. Jedoch ohne dabei von der grundsätzlichen Position der Bundesärztekammer, der Ablehnung der aktiven Euthanasie, abzurücken. Man war sich also zunehmend der Notwendigkeit bewusst, die öffentliche Debatte aufmerksam zu dokumentieren und sich in begrenztem Maße auch an ihr zu beteiligen. Das Thema ließ sich nun nicht mehr verdrängen oder totschweigen. Offensichtlich

wuchs auch die Bereitschaft, sich detailliert mit den Forderungen der Befürworter aktiver Sterbehilfe auseinander zu setzen. Der Artikel aus dem Jahr 1997 von Hans Lauter und Thomas Fuchs argumentierte sachlich, wissenschaftlich und versuchte, die Thematik aus ähnlich distanzierendem Blickwinkel zu betrachten wie es die Bioethiker taten. Doch war es auch in eben jenem Jahr, als erstmals mehr Befürworter als Gegner der aktiven Sterbehilfe in den *Leserbriefen* zu Wort kamen.

Die Jahre nach 2000 brachten vor allem noch einen neuen Aspekt in die Sterbehilfediskussion: den Ausbau der Palliativmedizin, vielfach als Gegenentwurf zur Legalisierung aktiver Euthanasie verstanden. Desweiteren stellte das Urteil des Bundesgerichtshofs von 2003 die Verbindlichkeit von Patientenverfügungen klar und die Patientenautonomie wurde im 3. *Gesetz zur Änderung des Betreuungsrechts* 2009 festgeschrieben – teilweise stark kritisiert durch Vertreter der Bundesärztekammer. Im *Deutschen Ärzteblatt* erschienen zunehmend direkte *Stellungnahmen* und Interviews von offiziellen Repräsentanten der deutschen Ärzteschaft, außerdem äußerten sich die Redakteure Jachertz, Klinkhammer und Stüwe immer offensiver zur Problematik. In Dokumentationen und Leserbriefen fand sich eine durchgängig starke Präsenz der Thematik, wobei auch hier die Palliativmedizin ein zentraler Aspekt war.

Diese Untersuchung der Sterbehilfediskussion im *Deutschen Ärzteblatt* offenbarte eine zunehmende Spaltung der Ärzteschaft bezüglich der Frage pro oder contra aktive Euthanasie. Dabei reduzierte sich die Debatte im Wesentlichen auf diese beiden Extrempositionen. In der Zeitschrift kamen fast ausschließlich Repräsentanten der akademischen Elite zu Wort, die sich konform mit der offiziellen Position der Bundesärztekammer zeigten. Allerdings fand sich in den Leserbriefen eine emotional geführte Diskussion, die sich eher mit den Umfrageergebnissen unter deutschen Ärzten deckte. Über die Jahrzehnte hinweg ließ sich ein Wandel im Berufsverständnis beobachten – zumindest bei einem Teil der Ärzteschaft. Während sich die Bundesärztekammer bemühte, althergebrachte Werte, wie sie beispielsweise

im Hippokratischen Eid verankert sind, zu bewahren und sie zum zentralen Drehpunkt ihrer Argumentation gegen aktive Sterbehilfe machte, ließ sich bei einem Teil der Ärzte eine ganz eigene Interpretation des Gebotes, Leiden zu lindern, finden. Das Fünfte Gebot, der Hippokratische Eid und das Genfer Gelöbnis wurden als überholt und sowieso nicht bindend abgetan. Insofern scheint für die Befürworter der aktiven Sterbehilfe das Berufsverständnis mehr von individuellen Wertvorstellungen geprägt als von allgemein bindenden Normen – entspricht der Arzt nicht dem Wunsch des Patienten, ihn zu töten, so wird er zum „Ungeheuer“⁶⁵⁷.

Auf Seiten der Sterbehilfegegner stand als zentrales Element des ärztlichen Berufsverständnisses in allen hier untersuchten Jahrzehnten das notwendige Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient, eine der von Pellegrino geforderten „Tugenden“. Hier herrschte „Angst vor dieser Karikatur eines Arztes“⁶⁵⁸, der zum Sterbehelfer wird. An diesem und dem obigen Zitat aus Leserbriefen lässt sich die Spaltung der Ärzteschaft zur Frage der aktiven Sterbehilfe deutlich zeigen: Diese Debatte ist unmittelbar verknüpft mit dogmatischen Vorstellungen dessen, was das ärztliche Berufsbild ausmacht – und was nicht.

Zwar zeigte die vorliegende Arbeit eine mangelnde Ausgewogenheit der Sterbehilfedebatte im *Deutschen Ärzteblatt*, doch erscheint die dort vorgetragene unnachgiebige Position der Bundesärztekammer angesichts der in den vergangenen Jahren in der deutschen Presse lauter werdenden Forderungen zur Legalisierung aktiver Sterbehilfe durchaus berechtigt. Die Entwicklung der Nachbarländern Holland und Belgien zeigte in den vergangenen Jahren eine schleichende Ausweitung der bestehenden Gesetzgebung, sodass das vielfach als überholt kritisierte Argument der schiefen Ebene doch nicht ganz abwegig erscheint. Auch wenn immer wieder eine Loskopplung der aktuellen Sterbehilfedebatte von der NS-Euthanasie gefordert wird, so gehen solche theoretischen Vorstellungen in der realen Diskussion unter. Deutschland scheint daher einen eigenen Weg beschreiten

⁶⁵⁷ Klesser: Arzt oder Ungeheuer, S. B-1690.

⁶⁵⁸ Wendt: Beistehen, S. B-826.

zu müssen, der vielleicht mit dem Ausbau der Palliativmedizin tatsächlich eine Alternative für einen Großteil der Menschen darstellen kann.

7.) Anhang

7.1) Abbildungsverzeichnis

Diagramm 1:	<i>Dokumentationen und Verschiedenes</i>	S. 48
Diagramm 2:	<i>Stellungnahmen</i>	S. 51
Diagramm 3:	<i>Stellungnahmen</i> nach pro und contra aktive Sterbehilfe	S. 52
Diagramm 4:	<i>Leserbriefe</i>	S. 54
Diagramm 5:	<i>Leserbriefe</i> nach pro und contra aktive Sterbehilfe oder weder noch	S. 54

7.2) Wertetabellen der quantitativen Auswertung

Jahr	Dokumentationen	Verschiedenes
1966	1	0
1967	1	0
1968	0	0
1969	1	0
1970	2	0
1971	0	0
1972	0	0
1973	0	1
1974	2	2
1975	2	0
1976	1	0
1977	2	0
1978	1	0
1979	1	0
1980	0	0
1981	2	0
1982	1	0
1983	0	0
1984	2	0
1985	4	0
1986	2	0
1987	5	0

1988	1	0
1989	1	0
1990	2	0
1991	3	0
1992	0	0
1993	3	0
1994	6	0
1995	11	0
1996	12	1
1997	13	0
1998	7	2
1999	7	0
2000	9	1
2001	14	2
2002	9	0
2003	5	2
2004	11	0
2005	16	2
2006	11	1
2007	3	1
2008	7	0
2009	5	1
2010	8	1
Gesamt	190	19

Tabelle 1: *Dokumentationen und Verschiedenes*

Jahr	Stellungnahmen
1961	1
1962	0
1963	1
1964	0
1965	0
1966	1
1967	0
1968	0
1969	0
1970	0
1971	0
1972	0
1973	0
1974	2
1975	2
1976	0
1977	0
1978	2
1979	0
1980	0
1981	1
1982	0
1983	1
1984	1
1985	1
1986	4
1987	5

1988	1
1989	1
1990	15
1991	0
1992	1
1993	0
1994	1
1995	1
1996	0
1997	1
1998	0
1999	1
2000	2
2001	2
2002	1
2003	0
2004	4
2005	2
2006	0
2007	1
2008	5
2009	3
2010	1
Gesamt	69

Tabelle 2: *Stellungnahmen*

Jahr	Kontra	Pro
1961	1	0
1962	0	0
1963	1	0
1964	0	0
1965	0	0
1966	1	0
1967	0	0
1968	0	0
1969	0	0
1970	0	0
1971	0	0
1972	0	0
1973	0	0
1974	2	0
1975	2	0
1976	0	0
1977	0	0
1978	2	0
1979	0	0
1980	0	0
1981	1	0
1982	0	0
1983	1	0
1984	1	0
1985	1	0
1986	4	0
1987	5	0

1988	1	0
1989	1	0
1990	11	4
1991	0	0
1992	1	0
1993	0	0
1994	1	0
1995	1	0
1996	0	0
1997	1	0
1998	0	0
1999	1	0
2000	2	0
2001	2	0
2002	1	0
2003	1	0
2004	4	0
2005	2	0
2006	0	0
2007	1	0
2008	5	0
2009	2	1
2010	1	0

Tabelle 3: *Stellungnahmen pro/ contra aktive Sterbehilfe*

Jahr	Leserbriefe
1961	3
1962	0
1963	0
1964	0
1965	0
1966	0
1967	0
1968	0
1969	0
1970	0
1971	1
1972	0
1973	0
1974	1
1975	1
1976	0
1977	0
1978	0
1979	0
1980	0
1981	0
1982	1
1983	0
1984	12
1985	2
1986	2
1987	1

1988	4
1989	1
1990	0
1991	0
1992	0
1993	4
1994	9
1995	11
1996	10
1997	8
1998	3
1999	1
2000	11
2001	17
2002	6
2003	5
2004	2
2005	13
2006	4
2007	0
2008	2
2009	6
2010	2
Gesamt	143

Tabelle 4: *Leserbriefe*

	Weder noch	Kontra	Pro
1961	0	3	0
1971	1	0	0
1974	0	1	0
1975	1	0	0
1982	1	0	0
1984	3	5	4
1985	0	0	2
1986	2	0	0
1987	0	0	1
1988	0	4	0
1989	0	0	1
1993	0	4	0
1994	2	5	1
1995	1	6	4
1996	4	5	1
1997	2	2	4
1998	0	3	0
1999	0	1	0
2000	1	5	5
2001	4	6	7
2002	2	3	1
2003	1	4	0
2004	1	0	1
2005	2	6	5
2006	2	1	0
2007	0	0	1
2008	2	0	0
2009	1	3	2
2010	1	1	0

Tabelle 5: *Leserbriefe* nach pro/ contra aktive Sterbehilfe oder weder noch

7.3) Literaturverzeichnis

Albrecht, Matthias: Nur Minderheit dafür. In: Deutsches Ärzteblatt (87) 1990, Heftnr. 37, S. B-1910–1911.

Aly, Götz: Die Belasteten. "Euthanasie" 1939 - 1945 Eine Gesellschaftsgeschichte. Frankfurt am Main 2013.

Andreas, Erich: Begreifliches Verlangen. In: Deutsches Ärzteblatt (92) 1995, Heftnr. 10, S. B-479.

Ärztliche Mitteilungen: Approbation wird nicht entzogen. Gemeinsame Erklärung der Hamburger Gesundheitsbehörde und der Ärztekammer Hamburg. In: Ärztliche Mitteilungen (58) 1961, Heftnr. 5, S. 234–235.

Bauer, Ullrich: Die sozialen Kosten der Ökonomisierung von Gesundheit. In: Bundeszentrale für politische Bildung (Hg.): Aus Politik und Zeitgeschichte - Reformen des Sozialstaates. Bonn 2006, S. 17–24.

Baumann, Jürgen; Bochnik, Hans J; Brauneck Anne-Eva; Callies, Rolf-Peter; Carstensen, Gert; Eser, Albin, et al.: Alternativentwurf eines Gesetzes über Sterbehilfe. Entwurf eines Arbeitskreises von Professoren des Strafrechts und der Medizin sowie ihrer Mitarbeiter. Stuttgart 1986.

Beck, Sabine; van de Loo, Andreas; Reiter-Theil, Stella: A "little bit illegal"? Withholding and withdrawing of mechanical ventilation in the eyes of German intensive care physicians. In: Medicine, health care and philosophy (11) 2008, Heftnr. 1, S. 7–16.

Bentfeld, Michael: Skandal. In: Deutsches Ärzteblatt (87) 1990, Heftnr. 38, S. B-1976.

Benzenhöfer, Udo: "Euthanasie" und ärztliche Beihilfe zum Suizid: Verurteilt: Jack Kevorkian alias "Dr. Death". In: Deutsches Ärzteblatt (96) 1999, Heftnr. 25, S. A-1708–1709.

Benzenhöfer, Udo: Der gute Tod? Geschichte der Euthanasie und Sterbehilfe. Göttingen 2009.

Berghaus, Günter; Staak, Michael: DNA-Diagnosen, Promillegrenzen. In: Deutsches Ärzteblatt (88) 1991, Heftnr. 12, S. B-665–666.

Binding, Karl; Hoche, Alfred: Die Freigabe der Vernichtung lebensunwerten Lebens. Ihr Maß und ihre Form. Leipzig 1920.

Bittner, Georg: Der Fall Heyde oder die falsch verstandene Kollegialität. In: Ärztliche Mitteilungen (58) 1961, Heftnr. 31, S. 1711–1717.

Bönisch, Georg; Leyendecker, Hans: Das Geschäft mit der Sterbehilfe. Göttingen 1993.

Boschung, Urs: Der hippokratische Eid. Überlieferung, Wirkungsgeschichte und medizinhistorische Interpretation. In: Ausfeld-Hafter, Brigitte (Hg.): Der hippokratische Eid und die heutige Medizin. Bern 2003, S. 9–26.

Brachtel, Kirsti: Wachkoma: Dem Tod zuvorkommen? In: Deutsches Ärzteblatt (93) 1996, Heftnr. 12, S. A-722.

Brehm, Alfred: Mehr Hackethals! In: Deutsches Ärzteblatt (81) 1984, Heftnr. 24, S. 1911.

Bundesärztekammer: Richtlinien für die ärztliche Sterbebegleitung. In: Deutsches Ärzteblatt (90) 1993, Heftnr. 37, S. B-1791–1792.

Bundesärztekammer: Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung. In: Deutsches Ärzteblatt (95) 1998a, Heftnr. 39, S. A-2366–2367.

Bundesärztekammer: Beschlussprotokoll 106. Deutscher Ärztetag 2003: Zu Punkt III der Tagesordnung: Palliativmedizinische Versorgung in Deutschland. Köln 20.-23. Mai 2003.

Bundesärztekammer: Empfehlungen der Bundesärztekammer und der Zentralen Ethikkommission bei der Bundesärztekammer zum Umgang mit Vorsorgevollmacht und Patientenverfügung in der ärztlichen Praxis. In: Deutsches Ärzteblatt (107) 2010, Heftnr. 18, S. A-877–882.

Bundesärztekammer: Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung. In: Deutsches Ärzteblatt (108) 2011b, Heftnr. 7, S. A-346–348.

Bundesgerichtshof: Beschluss vom 17.03.2003, Aktenzeichen XII ZB 2/03. Karlsruhe.

Bundesgerichtshof: Beschluss vom 25.06.2010, Aktenzeichen 2 StR 454/09. Karlsruhe.

Bundesjustizministerium: Drittes Gesetz zur Änderung des Betreuungsrechts. Berlin 01.10.2009.

Bundesjustizministerium: Gesetzentwurf zur Strafbarkeit der gewerbsmäßigen Förderung der Selbsttötung. Drucksache 17/11126. Berlin 22.10.2012.

Burkart, Walter: Ärztliche Hilfe für den Sterbenden. Die Richtlinien der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften. In: Deutsches Ärzteblatt (74) 1977, Heftnr. 31, S. 1933–1937.

Burleigh, Michael: Die Nazi-Analogie und die Debatten zur Euthanasie. In: Frewer, Andreas; Eickhoff, Clemens (Hg.): "Euthanasie" und die aktuelle Sterbehilfe-Debatte. Die historischen Hintergründe medizinischer Ethik. Frankfurt am Main 2000, S. 408–423.

Catel, Werner: Grenzsituationen des Lebens. Beitrag zum Problem der begrenzten Euthanasie. Nürnberg 1962.

Csef, Herbert; Heindl, Bernhard: Einstellungen zur Sterbehilfe bei deutschen Ärzten. Eine repräsentative Befragung im ärztlichen Kreisverband Würzburg. In: Deutsche medizinische Wochenschrift (123) 1998, Heftnr. 50, S. 1501–1506.

DÄ: Euthanasie-Prozess vorläufig eingestellt. In: Deutsches Ärzteblatt (61) 1964, Heftnr. 40, S. 2065.

- Dahl, Matthias: "Vollständig bildungs- und arbeitsunfähig" - Kinder-"Euthanasie" während des Nationalsozialismus und die Sterbehilfe-Debatte. In: Frewer, Andreas; Eickhoff, Clemens (Hg.): "Euthanasie" und die aktuelle Sterbehilfe-Debatte. Die historischen Hintergründe medizinischer Ethik. Frankfurt am Main 2000, S. 144–172.
- Deibl, Asta: Ärzte befragen Ärzte (IX). In: Deutsches Ärzteblatt (82) 1985, Heftnr. 4, S. B-157.
- Deneke, Johann F. Volrad: Einhundert Jahre Deutsches Ärzteblatt. Ärztliche Mitteilungen; 1872 - 1972. Lövenich, Kreis Köln 1973.
- Diekhaus, Waltraud: Sterbehilfe: Sensibilität gefragt. In: Deutsches Ärzteblatt (92) 1995, Heftnr. 10, S. A-648.
- Doering-Manteuffel, Anselm; Raphael, Lutz: Nach dem Boom. Perspektiven auf die Zeitgeschichte seit 1970. Göttingen 2010.
- Dörner, Klaus: Euthanasie gestern - Sterbehilfe heute? In: Deutsches Ärzteblatt (84) 1987, Heftnr. 48, S. B-2282–2287.
- Dörner, Klaus: Ethik ist unteilbar. In: Deutsches Ärzteblatt (87) 1990, Heftnr. 37, S. B-1909–1910.
- Dörner, Klaus: Tödliches Mitleid. Zur Frage der Unerträglichkeit des Lebens. Gütersloh 1993.
- Edelstein, Ludwig: Der hippokratische Eid. Zürich, Stuttgart 1969.
- Ehrhardt, Helmut E: Euthanasie und die Vernichtung 'lebensunwerten' Lebens. Stuttgart 1965.
- Ehrhardt, Helmut E: Schwangerschaftsabbruch und Euthanasie. In: Deutsches Ärzteblatt (71) 1974, Heftnr. 23, S. 1695–1705.
- Ehrhardt, Helmut E: Psychiatrie und Ethik. In: Deutsches Ärzteblatt (75) 1978, Heftnr. 48, S. 2909–2914.
- Eppelsheim, Philip: Der Tod in der Tüte. Exit Bags und die Geschäfte der Deutschen Gesellschaft für humanes Sterben. Nach den Motiven der Lebensmüden wird nicht gefragt. In: Frankfurter Allgemeine Sonntagszeitung (59) 05.10.2008, S. 6.
- Friedrichs, Jürgen: Methoden empirischer Sozialforschung. Reinbek bei Hamburg 1973.
- Früh, Werner: Inhaltsanalyse. Theorie und Praxis. Konstanz 2001.
- Fuchs, Thomas; Lauter, Hans: Euthanasie: Kein Recht auf Tötung. In: Deutsches Ärzteblatt (94) 1997, Heftnr. 5, S. A-220–224.
- Gaul, Charly: Sterbehilfe: Rolle der Ärzte häufig zu wenig beachtet. In: Deutsches Ärzteblatt (99) 2002, Heftnr. 5, S. A-278.
- Gerst, Thomas: Ein Generalist im wahren Sinne. In: Deutsches Ärzteblatt (103) 2006, Heftnr. 41, S. A-2731.

Gerst, Thomas: J.F. Volrad Deneke gestorben. Jahrzehntelanger Einsatz für die Ärzte. In: Deutsches Ärzteblatt (103) 2006, Heftnr. 40, S. A-2589.

Geyer, Ulrich: Eugenik und Euthanasie in der ethisch-politischen Programmatik der deutschen Ärzteschaft. Eine inhaltsanalytische Auswertung von Standesorganen und medizinischen Wochenschriften für den Zeitraum 1930-1983. Duisburg 1990.

Goschler, Constantin: Schuld und Schulden. Die Politik der Wiedergutmachung für NS-Verfolgte seit 1945. Göttingen 2005.

Hachenberg, Thomas; Pfeiffer, B.: Beatmung, Tracheotomie und prolongierte Intubation. In: Lawin, Peter; Opderbecke, Hans Wolfgang; Schuster, Hans-Peter (Hg.): Die Intensivmedizin in Deutschland. Geschichte und Entwicklung. Berlin, Heidelberg 2002, S. 144–155.

Haeckel, Ernst: Natürliche Schöpfungsgeschichte. Gemeinverständliche wissenschaftliche Vorträge über die Entwicklungslehre im Allgemeinen und diejenige von Darwin Goethe und Lamarck im Besonderen über die Anwendung derselben auf den Ursprung des Menschen und andere damit zusammenhängende Grundfragen der Naturwissenschaft; mit ... 19 systematischen Tabellen. Berlin 1870.

Häussermann, E.: Euthanasie: Neues Thema in den Funk- und Fernseh-Studios. In: Deutsches Ärzteblatt (70) 1973, Heftnr. 34, S. 2183–2184.

HC: Kein neues Sterbehilfe-Recht. In: Deutsches Ärzteblatt (72) 1975, Heftnr. 8, S. 523.

Hellbrügge, Theodor: Ärztliche Gesichtspunkte zu einer "begrenzten" Euthanasie. In: Ärztliche Mitteilungen (60) 1963, Heftnr. 25, S. 1428–1440.

Hess, Rainer: 56. Deutscher Juristentag zu künstlicher Befruchtung und Sterbehilfe. Meinungsbildung im Sinne der Bundesärztekammer- Richtlinien. In: Deutsches Ärzteblatt (83) 1986, Heftnr. 47, S. 3272.

Hetzke, Eberhard: Sterbehilfe: Wo bleiben Ethik und Moral? In: Deutsches Ärzteblatt (96) 1999, Heftnr. 1-2, S. A-12.

Hipp, Ulrich: Sterbehilfe: Gesetz ist überfällig. In: Deutsches Ärzteblatt (98) 2001, Heftnr. 3, S. A-97.

Hoenn, Karl (Hg.): Menander. Die Komödien und Fragmente. Zürich 1949.

Hoerster, Norbert: Keine Euthanasie-Propaganda. In: Deutsches Ärzteblatt (91) 1994, Heftnr. 31/32, S. B-1573–1574.

Hohendorf, Gerrit: Ideengeschichte und Realgeschichte der nationalsozialistischen "Euthanasie" im Überblick. In: Fuchs, Petra; Rotzoll, Maike; Müller, Ulrich; Richter, Paul; Hohendorf, Gerrit (Hg.): "Das Vergessen der Vernichtung ist Teil der Vernichtung selbst". Lebensgeschichten von Opfern der nationalsozialistischen "Euthanasie". Göttingen 2008, S. 36–52.

Hoppe, Jörg-Dietrich: Gesundheits- und Sozialpolitik: Freiheit und Verantwortung in der modernen Medizin. In: Deutsches Ärzteblatt (98) 2001, Heftnr. 22, S. A-1461–1462.

Hoppe, Jörg-Dietrich: Standpunkt: Sterbehilfe. In: Deutsches Ärzteblatt (102) 2005, Heftnr. 15, S. A-1084.

Hufeland, Christoph W von: Die Verhältnisse des Arztes. Berlin 1808.

Institut für Demoskopie Allensbach: Wenn der Arzt beim Sterben hilft. Allensbach am Bodensee (Oktober 1984).

Institut für Demoskopie Allensbach: 64 Prozent billigen Hackethals Sterbehilfe. Allensbach am Bodensee (März 1986).

Institut für Demoskopie Allensbach: Ärztlich begleiteter Suizid und aktive Sterbehilfe aus Sicht der deutschen Ärzteschaft. Ergebnisse einer Repräsentativbefragung von Krankenhaus- und niedergelassenen Ärzten. Allensbach am Bodensee (Juli 2010).

Jachertz, Norbert: Aufruf zu einer ideologie-freien Gesundheitspolitik. In: Deutsches Ärzteblatt (74) 1977, Heftnr. 42, S. 2485–2487.

Jachertz, Norbert: Das Leben erhalten. Das Sterben nicht verlängern. In: Deutsches Ärzteblatt (80) 1983, Heftnr. 44, S. B-17–20.

Jachertz, Norbert: Dünner Grat. In: Deutsches Ärzteblatt (84) 1987, Heftnr. 36, S. B-1593.

Jachertz, Norbert: Mehr Mut bei der Leichenschau. In: Deutsches Ärzteblatt (87) 1990, Heftnr. 38, S. B-1957.

Jachertz, Norbert: Zuverlässiger Ratgeber der Ärzteschaft. Ernst Roemer gestorben. In: Deutsches Ärzteblatt (103) 2006a, Heftnr. 20, S. A-1390.

Jaschke, B.: Ethik: Entkrampfen wir uns von Ethik und Moral. In: Deutsches Ärzteblatt (93) 1996, Heftnr. 28-29, S. A-1864.

Jost, Adolf: Das Recht auf den Tod. Sociale Studie. Göttingen 1895.

Josten, E. A: Sachkundig. In: Deutsches Ärzteblatt (87) 1990, Heftnr. 38, S. B-1977.

Jung, Friedhelm: Begrüßenswert. In: Deutsches Ärzteblatt (90) 1993, Heftnr. 27, S. B-1375.

Justizministerium Niederlande: Gesetz über die Kontrolle der Lebensbeendigung auf Verlangen und der Hilfe bei der Selbsttötung. Den Haag 01.04.2002.

Jütte, Robert; Gerst, Thomas (Hg.): Geschichte der deutschen Ärzteschaft. Organisierte Berufs- und Gesundheitspolitik im 19. und 20. Jahrhundert. Köln 1997.

Klee, Ernst: Euthanasie im NS-Staat. Die "Vernichtung lebensunwerten Lebens". Frankfurt am Main 1983.

Klee, Ernst: Was sie taten - was sie wurden. Ärzte, Juristen und andere Beteiligte am Kranken- oder Judenmord. Frankfurt am Main 1986.

Klee, Ernst: "Durch Zyankali erlöst". Sterbehilfe und Euthanasie heute. Frankfurt am Main 1990.

Klee, Ernst: Personenlexikon zum Dritten Reich. Wer war was vor und nach 1945. Frankfurt am Main 2003.

Klessler, R.: Arzt oder Ungeheuer. In: Deutsches Ärzteblatt (84) 1987, Heftnr. 38, S. B-1690.

Klinkhammer, Gisela: Diskussion um den Philosophen Peter Singer: Widerstand gegen eine "neue" Ethik. In: Deutsches Ärzteblatt (93) 1996, Heftnr. 23, S. A-1508–1509.

Klinkhammer, Gisela: Euthanasie in den Niederlanden: 60 Prozent der Fälle wurden nicht gemeldet. In: Deutsches Ärzteblatt (93) 1996, Heftnr. 50, S. A-3334.

Klinkhammer, Gisela: Sterbehilfe: Bedenklicher Vorstoß. In: Deutsches Ärzteblatt (101) 2004, Heftnr. 16, S. A-1049.

Klinkhammer, Gisela: Aktive Sterbehilfe: Straffreiheit gefordert. Hamburger Justizsenator legt Gesetzentwurf vor. In: Deutsches Ärzteblatt (103) 2006, Heftnr. 6, S. A-300.

Klinkhammer, Gisela: Interview mit Prof. Dr. med. Gian Domenico Borasio: "Ohne Dialog gibt es keine guten Entscheidungen." In: Deutsches Ärzteblatt (104) 2007, Heftnr. 5, S. A-224–226.

Klinkhammer, Gisela: Palliativmedizin: Den Sterbewillen in einen Lebenswillen ändern. In: Deutsches Ärzteblatt (104) 2007, Heftnr. 48, S. A-3306.

Klinkhammer, Gisela: Patientenverfügungen: Gegen eine gesetzliche Regelung. In: Deutsches Ärzteblatt (105) 2008, Heftnr. 22, S. A-1160.

Klinkhammer, Gisela: Umfrage zur Sterbehilfe: Palliativmedizin als Alternative. In: Deutsches Ärzteblatt (105) 2008, Heftnr. 49, S. A-2617.

Klinkhammer, Gisela: Randnotiz: Ärzte keine Sterbegehilfen. In: Deutsches Ärzteblatt (106) 2009, Heftnr. 22, S. A-1079.

Klinkhammer, Gisela: Bundesgerichtshof: Freispruch für Anwalt im Sterbehilfe-Prozess. In: Deutsches Ärzteblatt (107) 2010, Heftnr. 26, S. A-1288.

Klinkhammer, Gisela: Grundsatzurteil des Bundesgerichtshofs: Entscheidungshilfe – aber kein Freibrief. In: Deutsches Ärzteblatt (107) 2010, Heftnr. 27, S. A-1335.

Klinkhammer, Gisela: Interview mit Prof. Dr. med. Jörg-Dietrich Hoppe, Präsident der Bundesärztekammer: Keine Suizidbeihilfe. In: Deutsches Ärzteblatt (107) 2010, Heftnr. 28-29, S. A-1385.

Klinkhammer, Gisela; Korzilius, Heike: Behandlung und Versorgung von Patienten mit PVS: Ethiktagung entfacht Euthanasie-Diskussion. In: Deutsches Ärzteblatt (93) 1996, Heftnr. 1/2, S. A-27–28.

Klinkhammer, Gisela; Richter-Kuhlmann, Eva; Stüwe, Heinz: Streitgespräch: Sind Ärzte geeignete Suizidhelfer? In: Deutsches Ärzteblatt (106) 2009, Heftnr. 15, S. A-693–695.

- Kolb, Adam: "Menschliche Sterbehilfe". In: Deutsches Ärzteblatt (81) 1984, Heftnr. 24, S. 1909–1911.
- Kuhse, Helga: Warum Fragen der aktiven und passiven Euthanasie auch in Deutschland unvermeidlich sind. In: Deutsches Ärzteblatt (87) 1990, Heftnr. 16, S. B-913–920.
- Kuhse, Helga: Schlußwort. In: Deutsches Ärzteblatt (87) 1990, Heftnr. 38, S. B-1977–1980.
- Kuhse, Helga; Singer, Peter: Muß dieses Kind am Leben bleiben? Das Problem schwerstgeschädigter Neugeborener. Erlangen 1993.
- Leonhardt, L.: Philosophisches Problem. In: Deutsches Ärzteblatt (82) 1985, Heftnr. 27, S. 2000.
- Lunshof, Jeantine; Simon, Alfred: Die Diskussion um Sterbehilfe und Euthanasie in Deutschland von 1945 bis in die Gegenwart. In: Frewer, Andreas; Eickhoff, Clemens (Hg.): "Euthanasie" und die aktuelle Sterbehilfe-Debatte. Die historischen Hintergründe medizinischer Ethik. Frankfurt am Main 2000, S. 237–249.
- Maurer, H.-J: Rechtliche Konsequenzen. In: Deutsches Ärzteblatt (72) 1975, Heftnr. 6, S. 363.
- Mayer, August: Vom Geist der Medizin, vom Ungeist der Zeit und vom Wanken der Arztthrone. In: Ärztliche Mitteilungen (58) 1961, Heftnr. 10, S. 549–559.
- Mayer, August: Arzttum im Dritten Reich. Ärztliches Berufsgeheimnis, Tötung von missgebildeten Neugeborenen, Euthanasie. In: Deutsches Ärzteblatt (63) 1966, Heftnr. 12, S. 785–787.
- Mayring, Philipp: Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. Weinheim, Basel 2010.
- Meißner, Marc: Aktive Sterbehilfe im Fernsehen: Tod zur besten Sendezeit. In: Deutsches Ärzteblatt (105) 2008, Heftnr. 51/52, S. A-2742.
- Morus, Thomas: Ein wahrhaft kostbares und ebenso bekömmliches wie kurzweiliges Buch über die beste Staatsverfassung und die neue Insel Utopia. München 1987.
- Müller-Busch, Christof; Klaschik, Eberhard; Woskanjan, Susanne: Einstellung und Erfahrung von Ärzten zur vorzeitigen Lebensbeendigung bei unerträglichem Leid. Eine Befragung der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (2004).
- Nationaler Ethikrat: Selbstbestimmung und Fürsorge am Lebensende. Stellungnahme. Berlin (2006).
- Neitzke, Gerald: Euthanasie: Moralische Kompetenz mehr akzentuieren. In: Deutsches Ärzteblatt (94) 1997, Heftnr. 10, S. A-554.
- Oestreicher, P: Nicht künstlich verzögern. In: Deutsches Ärzteblatt (71) 1974, Heftnr. 41, S. 2968.

Onwuteaka-Philipsen, Bregje D; Brinkmann-Stoppelenburg, Arianne: Trends in end-of-life-practices before and after the enactment of the euthanasia law in the Netherlands from 1990 to 2010: a repeated cross-sectional survey. In: The Lancet (Vol. 380) 2012, Heftnr. 10, S. 908–915.

Payk, Th R: Heilung unkonventionell. In: Deutsches Ärzteblatt (81) 1984, Heftnr. 24, S. 1909.

Pellegrino, Edmund D: Bekenntnis zum Arztberuf - und was moralisch daraus folgt. Eine tugendorientierte Moralphilosophie des Berufs. In: Thomas, Hans (Hg.): Ärztliche Freiheit und Berufsethos. Dettelbach 2005, S. 17–58.

Prinz, Lothar: Sterbehilfe: Mehr Palliativmedizin. In: Deutsches Ärzteblatt (99) 2002, Heftnr. 5, S. 278.

Pürer, Heinz: Einführung in die Publizistikwissenschaft. Systematik Fragestellungen Theorieansätze Forschungstechniken. München 1993.

Radbruch, Lukas; Stiel, Stephanie; Nauck, Friedemann: Das Lebensende gestalten. Vorstellungen von Palliativpatienten zu Patientenverfügungen, Sterbewunsch und aktiver Sterbehilfe. In: Zeitschrift für Palliativmedizin (9) 2008, Heftnr. 1, S. 27–32.

Randow, Thomas von: Werben mit Sterben? Hackethal und das Recht auf den eigenen Tod. In: Die Zeit (38) 04.05.1984, Heftnr. 19, S. 1.

Reuß, Dieter: Wo bleibt der Protest... In: Deutsches Ärzteblatt (90) 1993, Heftnr. 24, S. B-1267.

Richter, Joachim: Niederlande: Weltweiter Protest fehlt! In: Deutsches Ärzteblatt (102) 2005, Heftnr. 9, S. A-576.

Richter-Kuhlmann, Eva: Fall Dr. Bach: Sterbehilfe oder Tötung? Eine Ärztin aus Hannover-Langenhagen wird beschuldigt, Patienten mit erhöhten Morphindose getötet zu haben. In: Deutsches Ärzteblatt (100) 2003, Heftnr. 45, S. A-2916–2918.

Richter-Kuhlmann, Eva: Prozess um Sterbebegleitung: Ärztin muss vor Gericht. In: Deutsches Ärzteblatt (102) 2005, Heftnr. 33, S. A-2197.

Richter-Kuhlmann, Eva: Patientenverfügungen: Wenig Akzeptanz für das Gesetz. In: Deutsches Ärzteblatt (106) 2009, Heftnr. 27, S. A-1397.

Richter-Kuhlmann, Eva: Randnotiz: Neue Vorwürfe gegen Bach. In: Deutsches Ärzteblatt (107) 2010, Heftnr. 27, S. A-1333.

Roemer, Ernst: 1949-1989: Die Zeitschrift der Ärzteschaft. In: Deutsches Ärzteblatt (86) 1989, Heftnr. 18, S. A-1253.

Roggendorf, Sophie: Indirekte Sterbehilfe. Medizinische, rechtliche und ethische Perspektiven. Freiburg 2011.

Rost, Ludwig: Wertigkeit suggeriert. In: Deutsches Ärzteblatt (87) 1990, Heftnr. 37, S. B-1914.

Rotzoll, Maïke: Verwahren, verpflegen, vernichten. Die Entwicklung der Anstaltspsychiatrie in Deutschland und die NS-"Euthanasie". In: Fuchs, Petra;

Rotzoll, Maïke; Müller, Ulrich; Richter, Paul; Hohendorf, Gerrit (Hg.): "Das Vergessen der Vernichtung ist Teil der Vernichtung selbst". Lebensgeschichten von Opfern der nationalsozialistischen "Euthanasie". Göttingen 2008, S. 24–35.

Rotzoll, Maïke; Bader, Helmut (Hg.): Die nationalsozialistische "Euthanasie"-Aktion "T4" und ihre Opfer. Geschichte und ethische Konsequenzen für die Gegenwart. Paderborn, München, Wien, Zürich 2010.

Ruhrmann, G.: Plädoyer für Infantizid. In: Deutsches Ärzteblatt (91) 1994, Heftnr. 38, S. B-1832–1833.

Sandmann, Jürgen: Ernst Haeckels Entwicklungslehre als Teil seiner biologistischen Weltanschauung. In: Engels, Eve-Marie (Hg.): Die Rezeption von Evolutionstheorien im 19. Jahrhundert. Frankfurt am Main 1995, S. 326–346.

Schmidt, Ulf: Kriegsausbruch und "Euthanasie": Neue Forschungsergebnisse zum "Knauer Kind" im Jahre 1939. In: Frewer, Andreas; Eickhoff, Clemens (Hg.): "Euthanasie" und die aktuelle Sterbehilfe-Debatte. Die historischen Hintergründe medizinischer Ethik. Frankfurt am Main 2000, S. 120–141.

Schmuhl, Hans-Walter: Rassenhygiene, Nationalsozialismus, Euthanasie. Von der Verhütung zur Vernichtung "lebensunwerten Lebens" 1890 - 1945. Göttingen 1987.

Schubert, Charlotte: Der Hippokratische Eid. Medizin und Ethik von der Antike bis heute. Darmstadt 2005.

Schuster, Hans-Peter: Strukturelle Entwicklung der internistischen Intensivmedizin. In: Lawin, Peter; Opderbecke, Hans Wolfgang; Schuster, Hans-Peter (Hg.): Die Intensivmedizin in Deutschland. Geschichte und Entwicklung. Berlin, Heidelberg 2002, S. 11–20.

Schweisheimer, Waldemar: Das Gesetz über Sterbehilfe in Kalifornien. In: Deutsches Ärzteblatt (75) 1978, Heftnr. 14, S. 850.

Sieberth, H.-G: Geschichtlicher Überblick über die Behandlung des Akuten Nierenversagens in Deutschland. In: Lawin, Peter; Opderbecke, Hans Wolfgang; Schuster, Hans-Peter (Hg.): Die Intensivmedizin in Deutschland. Geschichte und Entwicklung. Berlin, Heidelberg 2002, S. 127–133.

Singer, Peter: Praktische Ethik. Stuttgart 1994.

Sitte, Thomas; Thöns, Matthias: Sterbehilfe: Palliativmedizin verlängert das Leben! In: Deutsches Ärzteblatt (107) 2010, Heftnr. 41, S. A-1984.

Spaemann, Christian: Nicht schweigend zusehen. In: Deutsches Ärzteblatt (91) 1994, Heftnr. 21, S. B-1113.

Spaemann, Christian: Euthanasie: Richtigstellung. In: Deutsches Ärzteblatt (93) 1996, Heftnr. 25, S. A-2001.

Spaemann, Cordelia: Ich klage an. Spielfilm. Deutschland 1942. In: Spaemann, Robert; Fuchs, Thomas (Hg.): Töten oder sterben lassen? Worum es in der Euthanasiedebatte geht. Freiburg 1998, S. 7–11.

Spaemann, Robert; Fuchs, Thomas (Hg.): Töten oder sterben lassen? Worum es in der Euthanasiedebatte geht. Freiburg 1998.

Steinmetz, Willibald: Ungewollte Politisierung durch die Medien? Die Contergan-Affäre. In: Weisbrod, Bernd (Hg.): Die Politik der Öffentlichkeit - Die Öffentlichkeit der Politik. Politische Medialisierung in der Geschichte der Bundesrepublik. Göttingen 2003, S. 195–230.

Stein, Paul: Professoren ohne Pistolen. In Erlangen fand der Ärztestreit ein schnelles Ende. In: Die Zeit (18) 28.07.1964, S. 6.

Stenografisches Protokoll des Rechtsausschusses, Deutscher Bundestag, 10. (1983/86), Heft 47-51, Anlage S. 1-197.

Stephan Buschmann: "Approbation wird nicht entzogen". Zu der gemeinsamen Erklärung der Hamburger Gesundheitsbehörde und der Ärztekammer Hamburg, veröffentlicht in ÄM 5/1961, Seite 234. In: Ärztliche Mitteilungen (58) 1961, Heftnr. 20, S. 1173–1174.

Stobrawa, Franz F.: Die ärztlichen Organisationen in Deutschland. Entstehung und Struktur. München, Bern, Wien 2001.

Stöckle, Thomas: Die Reaktionen der Angehörigen und der Bevölkerung auf die "Aktion T4". In: Rotzoll, Maike; Bader, Helmut (Hg.): Die nationalsozialistische "Euthanasie"-Aktion "T4" und ihre Opfer. Geschichte und ethische Konsequenzen für die Gegenwart. Paderborn, München, Wien, Zürich 2010, S. 118–124.

Stolberg, Michael: Die Geschichte der Palliativmedizin. Medizinische Sterbebegleitung von 1500 bis heute. Frankfurt am Main 2011.

Strohm, Theodor: Bestandsaufnahme: Die Haltung der Kirchen zu den NS-"Euthanasie"-Verbrechen. In: Rotzoll, Maike; Bader, Helmut (Hg.): Die nationalsozialistische "Euthanasie"-Aktion "T4" und ihre Opfer. Geschichte und ethische Konsequenzen für die Gegenwart. Paderborn, München, Wien, Zürich 2010, S. 125–133.

Student, J.-C: Wachkoma: Makaber. In: Deutsches Ärzteblatt (93) 1996, Heftnr. 12, S. A-722.

Stüwe, Heinz: Kompetent, mutig, rheinisch-gelassen. Langjähriger Chefredakteur des Deutschen Ärzteblatts verabschiedet. In: Deutsches Ärzteblatt (101) 2004, Heftnr. 36, S. A-2359–2360.

Stüwe, Heinz: Gewerbliche Sterbehilfe: nein. In: Deutsches Ärzteblatt (105) 2008, Heftnr. 28/29, S. A-1521.

Stüwe, Heinz: "Als Mensch, als Arzt und als Berufspolitiker Großes geleistet". In: Deutsches Ärzteblatt (107) 2010, Heftnr. 24, S. A-1213.

Tümmers, Henning: Anerkennungskämpfe. Die Nachgeschichte der nationalsozialistischen Zwangssterilisationen in der Bundesrepublik. Göttingen 2011.

Unbekannt: In einem Satz: Euthanasie-Angeklagter. In: Deutsches Ärzteblatt (63) 1966, Heftnr. 46, S. 2637.

Unbekannt: Freiwillige Euthanasie vorgeschlagen. In: Deutsches Ärzteblatt (66) 1969, Heftnr. 13, S. 858.

Unbekannt: Sterbehilfe als Grenzproblem zwischen Medizin und Jurisprudenz. Referat des Festvortrags von Prof. Dr. Helmut. E. Ehrhardt. In: Deutsches Ärzteblatt (74) 1977, Heftnr. 17, S. 1122–1123.

Unbekannt: Hackethal: "Ich lasse keinen Arzt ran". In: Der Spiegel (31) 1978, Heftnr. 40, S. 130–137.

Unbekannt: J.F. Volrad Deneke zum Sechzigsten. In: Deutsches Ärzteblatt (77) 1980, Heftnr. 10, S. 629–630.

Unbekannt: Euthanasie 1984. In: Deutsches Ärzteblatt (81) 1984, Heftnr. 19, S. 1501.

Unbekannt: "Helfen Sie, ich kann so nicht weiterleben". In: Der Spiegel (37) 1984, Heftnr. 18, S. 237–254.

Unbekannt: J.F. Volrad Deneke zum 65. Geburtstag. In: Deutsches Ärzteblatt (82) 1985, Heftnr. 10, S. 678.

Unbekannt: Justizminister: Aktive Sterbehilfe bleibt unethisch. In: Deutsches Ärzteblatt (82) 1985, Heftnr. 18, S. 1321.

Unbekannt: Moralisch verurteilt. In: Deutsches Ärzteblatt (82) 1985, Heftnr. 17, S. 1213.

Unbekannt: Ärztliches Gewissen. In: Deutsches Ärzteblatt (83) 1986, Heftnr. 4, S. 149.

Unbekannt: Die Träger der Paracelsus-Medaille der deutschen Ärzteschaft 1986. In: Deutsches Ärzteblatt (83) 1986, Heftnr. 19, S. 1385–1387.

Unbekannt: Widerborstiger Kollege. Ein Berufsverbot, das die Ärztekammer gegen Professor Hackethal verhängen will, wird vor Gericht schwer durchzusetzen sein. In: Der Spiegel (41) 1988, Heftnr. 6, S. 107.

Unbekannt: Euthanasie-Gesetz abgelehnt. In: Deutsches Ärzteblatt (90) 1993, Heftnr. 15, S. B-779.

Unbekannt: US-Gericht erklärt Verbot der Sterbehilfe für verfassungswidrig. In: Deutsches Ärzteblatt (91) 1994, Heftnr. 27, S. B-1389.

Unbekannt: Sterbehilfe in den Niederlanden. In: Deutsches Ärzteblatt (94) 1997, Heftnr. 8, S. A-462.

Unbekannt: USA: Kein Recht auf Sterbehilfe. In: Deutsches Ärzteblatt (94) 1997, Heftnr. 33, S. A-2105.

Unbekannt: Ist der Freitod mit ärztlicher Hilfe ein Geschenk an die Solidargemeinschaft? In: Deutsches Ärzteblatt (95) 1998, Heftnr. 48, S. A-3074.

Unbekannt: Bundesrat: "Ethische Schiefelage". Kommerzialisierung von Selbsttötungen soll unter Strafe gestellt werden. In: Deutsches Ärzteblatt (103) 2006, Heftnr. 15, S. A-969.

Unbekannt: 30 Jahre Einsatz für Bürger-, Menschen- und Patienten-Rechte. Die Deutsche Gesellschaft für Humanes Sterben und ihre Entwicklung. In: Humanes Leben-Humanes Sterben (30) 2010, Heftnr. Sonderausgabe, S. 24–37.

Unbekannt: Aktive Sterbehilfe: Hoppe fordert Verbot. In: Deutsches Ärzteblatt (107) 2010, Heftnr. 5, S. A-167.

Upplieger, Heinz: Vertrauen. In: Deutsches Ärzteblatt (85) 1988, Heftnr. 42, S. B-1998.

Van Ackeren, Margarete: Tödliche Giftdosis für "seelische Qualen". In: Deutsches Ärzteblatt (91) 1994, Heftnr. 31/32, S. B-1573.

Van der Gaag, Holger: Diesen Weg auf keinen Fall beschreiten. In: Deutsches Ärzteblatt (90) 1993, Heftnr. 16, S. B-828.

Van der Maas, Paul J; van Delden, J. M: Euthanasia and other medical decisions concerning the end of life. In: The Lancet (Vol. 338) 1991, Heftnr. 11, S. 669–674.

Van der Maas, Paul J; van der Wal, Gerrit; Haverkate, Ilinka: Euthanasia, physician-assisted suicide, and other medical practices involving the end of life in the Netherlands, 1990-1995. In: The New England Journal of Medicine (Vol. 335) 1996, Heftnr. 22, S. 1699–1705.

Van der Wal, Gerrit; van der Maas, Paul J: Evaluation of the notification procedure for physician-assisted death in the Netherlands. In: The New England Journal of Medicine (Vol. 335) 1996, Heftnr. 22, S. 1706–1711.

Vilmar, Karsten; Oesingmann, Ulrich: Wachablösung. In: Deutsches Ärzteblatt (88) 1991, Heftnr. 25/26, S. A-2237-2239.

Vorstand der Bundesärztekammer: Richtlinien für die Sterbehilfe. In: Deutsches Ärzteblatt (76) 1979, Heftnr. 14, S. 957–958.

Wagner, Hans-Joachim: Konsumgesellschaft und Tötungsdelikte an alten Menschen. Phänomen oder bedrohliche Entwicklung? In: Deutsches Ärzteblatt (89) 1992, Heftnr. 14, S. B-778–780.

Weber, Karl-Heinz: Sterben zu Hause. In: Deutsches Ärzteblatt (78) 1981, Heftnr. 19, S. 954–957.

Weber, Martin: Verständigung nicht vorstellbar. In: Deutsches Ärzteblatt (92) 1995, Heftnr. 19, S. B-1003.

Weingart, Peter; Kroll, Jürgen; Bayertz, Kurt: Rasse, Blut und Gene. Geschichte der Eugenik und Rassenhygiene in Deutschland. Frankfurt am Main 1992.

Wendt, Friedrich-Karl: Beistehen. In: Deutsches Ärzteblatt (85) 1988, Heftnr. 17, S. B-826.

Wendtland, Klaus: Sterbehilfe: Bindendes Gesetz fehlt. In: Deutsches Ärzteblatt (99) 2002, Heftnr. 17, S. A-1146.

Werning, Claus: Patientenverfügungen: Hilfe wird verweigert. In: Deutsches Ärzteblatt (104) 2007, Heftnr. 7, S. A-416.

Wiedemann, Fritz: Ethikkommissionen sind gefordert. In: Deutsches Ärzteblatt (87) 1990, Heftnr. 37, S. B-1913–1914.

Zenz, Michael: Der Einsatz von Morphium: Zwischen Pflicht und Strafe. In: Deutsches Ärzteblatt (108) 2011, Heftnr. 12, S. A-641–643.

Zieger, Andreas; Bavastro, Paolo; Holfelder, Hans H; Dörner, Klaus: Patientenverfügungen "Kein Sterben in Würde". Eine Aufwertung der Ethik der Autonomie des Einzelnen bedeutet eine Dominanz des Stärkeren über die Ethik des Schwachen. In: Deutsches Ärzteblatt (99) 2002, Heftnr. 14, S. A-917–919.

Zimmermann, Volker: Die "Heiligkeit des Lebens" - Geschichte der Euthanasie in Grundzügen. In: Frewer, Andreas; Eickhoff, Clemens (Hg.): "Euthanasie" und die aktuelle Sterbehilfe-Debatte. Die historischen Hintergründe medizinischer Ethik. Frankfurt am Main 2000, S. 27–45.

Internetdokumente

Doneith, Thorsten: August Mayer. Direktor der Universitäts-Frauenklinik Tübingen 1917-1949. <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:bsz:21-opus-29639>, zuletzt geprüft am 14.03.2013.

Gern, David: Sind Sie der gefährlichste Mann der Welt? <http://www.faz.net/aktuell/feuilleton/im-gespraech-peter-singer-sind-sie-der-gefaehrlichste-mann-der-welt-11108221.html>, zuletzt geprüft am 19.06.13.

Medizinisch-Wissenschaftliche Redaktion des Deutschen Ärzteblatts: 6 Gründe im Deutschen Ärzteblatt zu publizieren. <http://www.aerzteblatt.de/download/files/2011/07/down155696.pdf>, zuletzt geprüft am 10.05.2012.

Schmuhl, Hans-Walter: Der Mord an psychisch kranken und behinderten Menschen. Eine Forschungsbilanz. http://www.mabuse-verlag.de/chameleon//outbox//public/4/165_Schmuhl.pdf, zuletzt geprüft am 18.03.2013.

Sterbehilfe Deutschland e. V.: Häufig gestellte Fragen http://www.sterbehilfedeuatland.de/sbgl/files/PDF/W_2013-02_HaeufFr_Injektionsautomat_.pdf, zuletzt geprüft am 28.03.2014.

Unbekannt: Peter Singer: Kalthertziger Vordenker. Wann und wo Peter Singer auftritt, er entfacht Furor. <http://www.spiegel.de/wissenschaft/mensch/peter-singer-kalthertziger-vordenker-a-169606.html>, zuletzt geprüft am 19.06.13.

Vorstand der Bundesärztekammer: Laudatio zur Verleihung der Paracelsus-Medaille an Prof. Dr. med. Dr. h.c. mult. Theodor Hellbrügge. <http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/Lau-hellbrugge.pdf>, zuletzt geprüft am 18.03.2013.

Wichmann, Karlheinz: Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Humanes Sterben zur Vergangenheit im Zusammenhang mit dem früheren Präsidenten Hans Henning Atrott.

[http://www.dghs.de/pdf/Stellungnahme_DGHS-](http://www.dghs.de/pdf/Stellungnahme_DGHS-Vergangenheit.pdf#search=%22hans%20henning%20atrott%22)

[Vergangenheit.pdf#search=%22hans%20henning%20atrott%22,](http://www.dghs.de/pdf/Stellungnahme_DGHS-Vergangenheit.pdf#search=%22hans%20henning%20atrott%22)

zuletzt geprüft am 07.05.2013.