

### Worte und ihr Eigensinn: Begriffshistorische Anmerkungen zu Benennungen, Bedeutungen und Bewertungen im Sterbehilfe-Diskurs des 20. Jahrhunderts

Noack, Thorsten

Veröffentlichungsversion / Published Version

Zeitschriftenartikel / journal article

Zur Verfügung gestellt in Kooperation mit / provided in cooperation with:

GESIS - Leibniz-Institut für Sozialwissenschaften

#### Empfohlene Zitierung / Suggested Citation:

Noack, T. (2009). Worte und ihr Eigensinn: Begriffshistorische Anmerkungen zu Benennungen, Bedeutungen und Bewertungen im Sterbehilfe-Diskurs des 20. Jahrhunderts. *Historical Social Research*, 34(4), 97-110. <https://doi.org/10.12759/hsr.34.2009.4.97-110>

#### Nutzungsbedingungen:

Dieser Text wird unter einer CC BY Lizenz (Namensnennung) zur Verfügung gestellt. Nähere Auskünfte zu den CC-Lizenzen finden Sie hier: <https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>

#### Terms of use:

This document is made available under a CC BY Licence (Attribution). For more information see: <https://creativecommons.org/licenses/by/4.0>

# Worte und ihr Eigensinn. Begriffshistorische Anmerkungen zu Benennungen, Bedeutungen und Bewertungen im Sterbehilfe-Diskurs des 20. Jahrhunderts

Thorsten Noack\*

**Abstract:** »Words and their obstinacy. A historical approach to terms, their meanings and connotations in the discourse of euthanasia in 20th century«. The text analyzes the conceptual history of euthanasia in the popular and scientific discourse. It focus on two short periods of changes, before the outbreak of World War I and during the early 1970s, when new terms were created and new meanings became accepted. These upheavals can be understood as reactions to changing views and needs. And vice versa new words and meanings, modify the perception and the interpretation of the signified. The main focus of the text is the analysis of these interactions with their specific dynamics on a field which is narrowly connected with individual fears.

**Keywords:** conceptual history, euthanasia, right to die, Germany, medicalization.

## Einleitung

Und dann begann der Kampf aufs neue ... War es noch ein Kampf mit dem Tode? Nein, sie rang jetzt mit dem Leben um den Tod. „Ich will gerne ...“, keuchte sie ..., „ich kann nicht ... Was zu schlafen! ... Meine Herren, aus Barmherzigkeit! was zu schlafen ...“!

(Mann 1903, Bd. 2, 258)

Was im späten 19. Jh. als literarisches Motiv populär wurde, wie hier in Thomas Manns *Buddenbrooks* (1901) oder schon früher in Theodor Storms *Ein Bekenntnis* (1887) und Henrik Ibsens *Gespenster* (1889), geriet im Folgenden zunehmend zu einer juristischen, medizinischen und medialen Obsession. Sterbehilfe, heute in einem medizinischen Kontext als direkte Tötung eines Menschen oder als Unterlassen lebensverlängernder Maßnahmen verstanden, soll bekanntlich ein nicht beherrschbares und als sinnlos empfundenes Sterben, manchmal unspezifischer: ein chronisches Leiden, verkürzen.

---

\* Address all communications to: Thorsten Noack, Heinrich-Heine-Universität, Institut für Geschichte der Medizin, Universitätsstraße 1, 40225 Düsseldorf, Germany; e-mail: Thorsten.Noack@uni-duesseldorf.de.

Als die drei erwähnten literarischen Texte entstanden, kannten deren Autoren den Begriff Sterbehilfe nicht. Ebenso wenig wurde für das Beschriebene der im deutschen Raum heute obsoleter Ausdruck Euthanasie verwendet. Die wechselvolle Geschichte dieser beiden zentralen Begriffe soll Gegenstand der folgenden Analyse sein. Im Fokus stehen zwei kurze Umbruchperioden, vor Ausbruch des Ersten Weltkriegs und die frühen 1970-er Jahre, in denen die für das Thema relevanten Begriffe geprägt und semantische Verschiebungen vollzogen wurden. Solche Wandlungen lassen sich als Ausdruck veränderter Sichtweisen und Bedürfnisse verstehen. Umgekehrt modifizieren neue Worte und Bedeutungen die Wahrnehmung und Interpretation des Bezeichneten. Diesen Wechselwirkungen, mit ihren eigenen Dynamiken auf einem Gebiet, das wie kein anderes mit individueller Angst verbunden ist, wird im Besonderen nachgegangen. Zur Einordnung der ereignisorientierten Begriffsgeschichte seien zunächst knapp die wichtigsten Diskursstränge dargestellt, die das Themenfeld der Sterbehilfe bis heute konfigurieren (Schmiedebach 1998).

### Sinnkonstruktionen

Der mit dem Säkularisierungsprozess einhergehende Verlust religiöser Deutungsmacht führte unter anderem zu einer Entsakralisierung von Leiden und verlangte nach neuen Sinnkonstruktionen von Tod und Sterben (Ariès 1982). Die medizinisch geprägte Technisierung des Sterbens, und hier besonders die Technik der Sterbehilfe, lassen sich als eine Reaktion hierauf verstehen. Durch Sterbehilfe soll die Kontrolle über das Sterben wiedergewonnen und dem Tod ein neuer säkularer Sinn verliehen werden, nämlich als sinnlos antizipierte Schmerzen zu vermeiden. Die große Bedeutung, die religiösen Vorstellungen am Lebensende einst zugemessen wurde, lässt sich noch daran ersehen, dass auch in der Gegenwart auf religiöse Metaphorik (z.B. Erlösung, Gnade, Leiden) zurückgegriffen wird. Mit dezidiert antireligiöser Stoßrichtung propagierten einzelne Protagonisten der Freidenkerbewegung um 1900 eine Enttabuisierung der Sterbehilfe. Unter dem gemeinsamen Schlagwort „Recht auf den eigenen Tod“ (parallel hierzu im englischen Sprachraum „right to die“) stand allerdings zunächst das Suizidthema im Vordergrund (Baumann 2001, 305-322). „Patientenrechte“ oder „Selbstbestimmungsrecht am Lebensende“ lauten heute die allgegenwärtigen Ausdrücke dieses emanzipatorischen Befreiungsdiskurses. Als widerständige Instanzen werden dabei weniger religiöse Dogmen als vielmehr Recht, Medizin und Politik angesehen.

Seit Beginn der modernen Sterbehilfe-Diskussionen, die um 1870 in England einsetzten, ist der Autonomie-Diskurs mit einem ökonomischen um Lebenswert und -qualität verschränkt. Heute hat die liberale Form der Selbsteinschätzung des eigenen Wertes („Ich möchte sterben, um niemandem zur Last zu fallen“) den autoritären Modus der Fremdevaluation („Behinderte fallen der Solidargemeinschaft/ihrer Familie zur Last“) abgelöst (Blevins et al. 2005;

Sonntag et al. 2003). Die 1960er und 1970er Jahre lassen sich als Transformationsphase zwischen den beiden Modi ansehen. Presseartikel über Sterbehilfe enthielten damals regelmäßig auch längere Passagen über die ökonomischen Kosten der modernen Medizintechniken, die sich, so die implizite Botschaft, durch Sterbehilfe verringern ließen<sup>1</sup>.

Der autoritäre Modus konnte in Verbindung mit einer verstärkten Abwertung der betreffenden Menschengruppen, wie sie z.B. in Deutschland nach dem Ersten Weltkrieg parallel zum sich radikalisierenden Antisemitismus einsetzte, eine fatale Dynamik entwickeln. Allerdings stellte selbst die Vorstellung, Personen zu töten, denen ein inferiorer oder kein menschlicher Status zugesprochen wurde, einen zivilisatorischen Bruch dar. Durch das Konzept der Sterbehilfe wurde dieser mit dem Interesse der Betroffenen und/oder das altruistische und daher legitime Tätermotiv gerechtfertigt (vgl. Fittkau 2006, 261). Je geringer der Stellenwert der Betroffenen als Menschen war und je mehr der Opferstatus der Täter in den Vordergrund rückte („Eltern müssen unter den Kosten eines Behinderten leiden“), erschienen psychosoziale und ökonomische Handlungsmotivationen als legitim und wurden offen benannt. Dies lässt sich besonders für die Frage nach einer Legalisierung der Sterbehilfe behinderter oder schwer kranker Säuglinge beobachten (für die 1970-er Jahre vgl. Moor 1973, 275-277, 280-282). Das Thema hat in den letzten Jahren mit der Verlagerung auf das mutmaßliche objektive Interesse des Neugeborenen, seiner wahrscheinlichen künftigen Lebensqualität („best interest“) und den rasanten Entwicklungen der pränatalen Diagnostik, die die Problematik vom Säugling auf das noch nicht Geborene zeitlich vorverlegt und ihr so die Brisanz nimmt, an Stellenwert verloren. Die Verbindung zum Sterbehilfe-Diskurs existiert nicht mehr.

## Frühe Dramatisierungen

In einer internationalen Hochphase des Sterbehilfe-Diskurses am Vorabend des Ersten Weltkriegs wurden für die beiden umgangssprachlichen Euphemismen Gnadentod und Mitleidstötung gleich zwei neue Synonyme eingeführt, die den Tod und das Töten nicht mehr beim deutschen Namen nannten (Noack 2006).

Angestoßen wurden die Diskussionen Ende 1911 durch die zuerst in der englischen Übersetzung veröffentlichte Monografie *La Mort* des Belgiers Maurice Maeterlinck, des damaligen Nobelpreisträgers für Literatur. Wieder einmal erwies sich ein Schriftsteller in Bezug auf das Thema als gesellschaftliche Avantgarde. Wohl nicht nur wegen der zeitgenössischen Berühmtheit des Autors, sondern auch weil Maeterlincks Ausführungen den säkularen, bürgerlich-großstädtischen Zeitgeist trafen, wurde der Essay breit rezipiert. Maeterlinck kritisierte christliche Todesvorstellungen und trat für ein selbstbestimmtes

---

<sup>1</sup> Titelgeschichte: Sterbehilfe – der Tod als Freund. *Der Spiegel*, (1975), Nr. 7, 36-60.

Sterben ein. Folgerichtig wandte er sich gleich auf den ersten Buchseiten an die ärztliche Profession, die ihre ablehnende Haltung gegenüber der aktiven Sterbehilfe aufgeben solle, damit Kranken ein selbstbestimmtes Sterben ermöglicht werden könne (Maeterlinck 1911).

Doch stellte dies schon damals keine neue Sichtweise dar. Worin ist also das Novum zu sehen? Zuerst in den USA und in der Folge auch in Deutschland wurde in einer neuartigen Art und Weise über das Thema berichtet. Vermutlich unter dem Eindruck des Buches von Maeterlinck richtete im September 1912 die 33-jährige New Yorkerin Sarah Harris einen dramatischen Appell an die Medienöffentlichkeit. Wie sie der *New York Times* berichtete, sei ihr Körper aufgrund einer unbekanntes Wirbelsäulenerkrankung seit drei Jahren gelähmt:

‘End my suffering and my helplessness,’ she says, and the voice from the cot at Audubon Sanitarium has rung through all the civilized world. ‘I am hopeless paralyzed. Great doctors and surgeons, I can’t remember how many, an army of them, have told me that there is not the slightest chance that I can get well. They tell me that I am likely to live for a long time. But I don’t want to live [...]. I have two other little ones, but I do not permit them to come to see me, for they are young and impressionable and I don’t want them to know there is anything as grewsome as myself in the world. [...] I am a burden to my family, both financially and as an unending emotional drain’ (Patterson 1912).

Die Geschichte erfüllte alle Voraussetzungen, um Identifikation, Aufmerksamkeit und Mitgefühl herzustellen. Eine unschuldig „unheilbar“ krank gewordene junge Frau aus der weißen Mittelschicht, die ihre Rolle als gute Mutter und Ehefrau nicht mehr ausfüllen konnte und daher lieber sterben wollte, ein sie liebender und aufopfernder Ehemann, der dies zu verhindern suchte, und schließlich ein dramatischer, verzweifelter Appell an die Öffentlichkeit führten dazu, dass ihr Fall international bekannt wurde und sie Nachahmer fand.<sup>2</sup>

Über ihre Hilferufe berichtete vereinzelt die deutsche Tagespresse. Mit demselben Anliegen trat auch hier ein Kranker an die Öffentlichkeit, allerdings unter erheblich anderen Umständen. Anfang November 1912 erhielt Wilhelm Ostwald, eine der internationalen Größen der deutschen Wissenschaftsszene, (wie Maeterlinck) Nobelpreisträger und Vorsitzender des Monistenbundes, einer im ausgehenden Kaiserreich populären Freidenkerbewegung, den Brief eines ihm unbekanntes Verbandsmitgliedes namens Roland Gerkan. Dieser übersandte einen Text zum Thema Euthanasie, der bereits in einer kleinen Zeitung erschienen war. Gerkan bat den prominenten Ostwald, die Materie für einen größeren Rezipientenkreis im Publikationsorgan des Bundes aufzugreifen. Der Adressat reagierte zunächst nicht. Ein halbes Jahr später meldete sich der Absender erneut und berichtete in ähnlich ergreifenden Worten wie Sarah Harris von seiner schweren Krankheit, die er zuvor nicht erwähnt hatte. Der

---

<sup>2</sup> Don’t die to end pain. *Washington Post* (1914) Mai 19, 4; Euthanasia Argument Is Answered. *New York Times*, (1914) Mai 18, 8.

angesichts der persönlichen Schilderung erschütterte Ostwald entschloss sich rasch, Gerkans Anliegen zu publizieren. Dessen Vorstellungen zufolge sollte ein ärztliches Gremium über die Erfüllung des Sterbewunsches anhand medizinischer Kriterien und der Arbeitsprognose entscheiden. Gerkans Ausführungen reflektierten deutlich das enorme Vertrauen in wissenschaftlich-ärztliche Expertise und den hohen Stellenwert von Leistung und sozialer Nützlichkeit als zentrale gesellschaftliche Denk- und Wertkategorien (Sierck 1992). Entsprechend sollte das Gesetz auch für chronisch Kranke („Unheilbare“) und Körperbehinderte („Krüppel“) gelten (Gerkan 1913).

Die Fälle Harris und Gerkan waren vermutlich die ersten öffentlichen „romantic little-person-against-the-state-stories“ (Karpf 1988, 60) auf dem Gebiet der Sterbehilfe. Im Mittelpunkt solcher empathischen Opfererzählungen standen in den folgenden Jahrzehnten allerdings fast ausschließlich Angehörige und medizinisch Professionelle, d.h. Täter. Das weitgehende Schweigen der Kranken und Behinderten führt vor Augen, wie sehr der Sterbehilfe-Diskurs historisch einer von Gesunden über diese Menschen war. War Identifikationspotenzial vorhanden, wie 1912/13, konnten die seltenen Patientendarstellungen eine erhebliche Resonanz erzielen. Die Berichterstattung über solche Fälle, deren narrative Struktur dem Kolportagedrama folgt, fördert die Akzeptanz der Sterbehilfe (Fittkau 2006, 288-294).<sup>3</sup> Einen solchen Effekt für die damalige Zeit anzunehmen, legt die Einführung zweier besonders sterbehilfefreundlicher Begriffe nahe.

### Euthanasie

Unabhängig von ihrem Standpunkt verwendeten fast alle Publikationen im deutschen Sprachraum plötzlich und selbstverständlich den Ausdruck Euthanasie in seiner heutigen Bedeutung als aktive Sterbehilfe – eine Veränderung, die im angloamerikanischen Raum schon zuvor vollzogen worden war. Der Begriff hatte im 19. Jahrhundert mehrere Wandlungen erfahren (Hoffmann 1969). Im Zuge der Medikalisierung des Sterbens wurde er in einen medizinischen Kontext transformiert und gewann an Bedeutung. Zumindest programmatisch wurden Ärzte für die körperliche und psychische Hygiene des Sterbenden, seine richtige Ernährung und Pflege und als Folge eines metaphysischen Sinnverlustes von Leiden auch zunehmend für die Therapie von Schmerzen verantwortlich. Die mitleidsmotivierte bewusste Tötung Sterbenskranker gehörte also bis 1912/13 nicht zum Tätigkeitskreis ärztlicher Euthanasie.

---

<sup>3</sup> Dieser Wirkung waren sich die Befürworter der Sterbehilfe und insbesondere die seit den 1930-er Jahren organisierte Sterbehilfe-Bewegung bewusst und inszenierten solche Fälle häufig vorsätzlich.

## Sterbehilfe

Wie der Sprachphilosoph Fritz Mauthner im *Berliner Tageblatt* anmerkte, tauchte das „entsetzliche Gebilde Sterbehilfe“ zum ersten Mal in dem erwähnten Appell Gerkans auf (Mauthner 1914, 161). Die Erfindung des Neologismus lässt sich als taktisches Kalkül und als authentischer Ausdruck der Sichtweise eines schwer kranken Betroffenen lesen. Ein eingängiges deutsches Synonym für Euthanasie war geschaffen, das der Umgangssprache aufgrund seiner Kompliziertheit eher fremd bleiben musste. Beide Begriffe nannten die Handlung, die Tötung, nicht (mehr) beim Namen. Immerhin sprach das Wort Sterbehilfe offen das Ereignis aus und war damit weniger euphemistisch als sein durch das Griechische verfremdeter Zwillingsbruder. Das Suffix „-hilfe“ unterstellte eine altruistische Absicht des Täters sowie einen Nutzen für den Kranken und suggerierte, dass lediglich eine ohnehin ablaufende Entwicklung unterstützt werde. Auch durch die Analogiebildung zum Begriff der Geburtshilfe erfuhr die Handlung eine deutlich positive Konnotation. Stand am Beginn des Lebens Geburtshilfe, so an dessen Ende nun Sterbehilfe. Damit erhielt die Handlung einen Anschein von Natürlichkeit. Schließlich führte die Analogiebildung zu einem dritten Effekt: Sterbehilfe konnte als medizinische Technik erscheinen. So gewann sie Objektivitätscharakter und profitierte vom hohen zeitgenössischen Ansehen der Medizin.

Doch fand der neue Begriff nur zögerlich Akzeptanz. Trotz Schlichtheit und Eingängigkeit blieb sein Stellenwert, verglichen mit dem von „Euthanasie“, viele Jahrzehnte eher gering. Dies lag nicht in seiner Tendenziosität und seiner Herkunft aus der Propaganda begründet, sondern in der Form, in der das Thema behandelt wurde. Dieses war in Deutschland vor allem Gegenstand wissenschaftlicher Monografien, Dissertationen und Fachaufsätze, sprich: eines Distanz konstruierenden Expertendiskurses. Der elaborierte Gräzismus Euthanasie versprach erheblich mehr Wissenschaftlichkeit (Weisgerber 1923). Hier konvergierten Diskursform und Position von Sterbehilfe-Befürwortern, die ihr Konzept zunehmend von dem des Suizids abgrenzten und betonten, dass dieses auf Kontrolle und Verfahren basiere. Tatsächlich setzte sich der Sterbehilfe-Begriff erst um 1980 durch. Der Ausdruck Euthanasie erschien nun weit weniger geeignet. Die Veränderung war nicht nur eng mit der Popularisierung der Thematik, sondern auch mit der Abgrenzung gegenüber der NS-Vergangenheit verbunden.<sup>4</sup> Euthanasie war nach dem Krieg sowohl als historische Bezeichnung für die Vergasungen von psychiatrischen Patienten als auch für die Tötung auf Verlangen verwendet worden.

---

<sup>4</sup> Bezogen auf die Auseinandersetzung mit der NS-Euthanasie zählen die Ausstrahlung (1978/79) der Fernsehserie „Holocaust“, in der u.a. auch eine Vergasung von Patienten in der Tötungsanstalt Hadamar visualisiert wurde, sowie Ernst Klees Buch *„Euthanasie“ im NS-Staat* (Klee 1983), das bis heute in zahlreichen Auflagen erschienen ist, zu den wichtigen Marken.

## Gesellschaftsreform und Technisierung des Sterbens

Nachdem das Sterbehilfe-Thema über zwei Jahrzehnte aus den Medien der westlichen Industrieländer fast verschwunden war, tauchte es in den frühen 1970-er Jahren wieder auf und wird seitdem regelmäßig aufgegriffen (Lohmann 1975, Filene 1998). Die plötzliche Präsenz gründete auf mehreren konvergierenden Entwicklungen.

Beruhend auf dem anhaltenden ökonomischen Aufschwung kam es in den 1950-er und 1960-er Jahren infolge zahlloser medizinischer Innovationen zu einem umfassenden Ausbau und einer Technisierung der Krankenhäuser. Diese führte vor allem zur Einführung, Etablierung und Expansion von Notfall- und Intensivmedizin (Konzepte und Techniken der kardiopulmonalen Reanimation, der künstlichen Ernährung und Langzeitbeatmung, große Bandbreite neuer Medikamente usw.). Der rasche medizintechnische Fortschritt forcierte auch die Medikalisierung des Sterbens.<sup>5</sup> Dabei führte die Anwendung neuer Medizintechniken dazu, dass sich der Sterbeort in das Krankenhaus verlagerte und sich der Sterbeprozess erheblich verlangsamte (Göckenjan 2008). Dieser Effekt stand im Gegensatz zu den in säkularen Zeiten gängigen normativen Vorstellungen vom Sterben. Der Tod soll am besten unerwartet und rasch sein Opfer aus seinem vertrauten Alltag reißen. So erscheint es wenig verwunderlich, dass ärztlicher Paternalismus hier allmählich in die Kritik geriet; immer noch bestimmten Ärzte zu dieser Zeit weitgehend autonom das medizinische Vorgehen (Oken 1961; Moor 1973, 94).

Damit ist ein relevanter gesellschaftlicher Faktor für die Popularisierung der Sterbehilfe-Thematik angesprochen: Der beschleunigte Modernisierungsprozess und der Wertewandel, die mit dem Abbau von Autoritarismus und einer zunehmenden Sensibilisierung für bürgerrechtliche Defizite einhergingen, stärkten Selbstbestimmung und Subjektivität, was sich auch bei dem hier verhandelten Thema niederschlug. Der Sterbende und seine Bedürfnisse erhielten mehr Gehör, ebenso wie seine Angehörigen. Im angloamerikanischen Raum entstand vor allem in den 1960-er Jahren eine entsprechende, interdisziplinär angelegte umfangreiche Forschung (Ariès 1982, 754; Filene 1998, 94; Kemp 2002, 174-203). In Deutschland setzte dieser Prozess, wie auch die Institutiona-

---

<sup>5</sup> Ablesen lässt sich der in vielen westlichen Industrieländern simultan ablaufende Prozess an einer Reihe beeindruckender Zahlen (die Daten für Deutschland sind den *Statistischen Jahrbüchern* entnommen): Verstarben 1927 im Deutschen Reich 20,8 Prozent aller Menschen in Allgemeinen Krankenhäusern, waren es 1973 in der Bundesrepublik 54,0 Prozent. Für die USA lässt sich ähnliches beobachten: Noch 1949 verstarb die Mehrheit der US-Amerikaner nicht in Institutionen. In den verfügbaren Statistiken einzelner Bundesstaaten für die Zeit um 1970 liegen die Quoten um 30 Prozent; Übersichten für die gesamten USA existieren nicht (Lerner 1970). Etwas verzögert zu dieser rasanten Entwicklung entstand die Kritik an ihr, Begriff und Konzept der Medikalisierung wurden erfunden und popularisiert (Szasz 1970; Illich 1975), bezogen auf Sterben und Tod (Ariès 1982, franz. Original 1978).



lisierung von Palliativmedizin und Hospiz-Einrichtungen, erheblich später ein. Hier dominierte der Expertendiskurs von Medizin, Recht und Theologie, die Perspektive betroffener „Laien“ wurde primär in deutschen Übersetzungen englischsprachiger Texte vermittelt (Wertenbaker 1957; Moor 1973).

In das Reformklima fügte sich das Selbstverständnis von Sterbehilfe-Befürwortern besonders gut ein. Diese verstanden sich als Avantgarde, die furchtlos und offen überkommene Tabus ansprach. Dabei bildete für deutschsprachige Texte der angelsächsische Raum die rhetorische Referenz, wo Sterbehilfe ein „seit langem diskutierte(s) Problem“ sei (Seh 1974). In den Vereinigten Staaten und in England wiederum galt die sexuelle Revolution als Bezugspunkt. Dass sich die Thematik einfach in ein Konzept gesellschaftlicher Aufklärung einbetten ließ, trug zu ihrer anhaltenden Popularität bei.

Auch wenn sich mit Blick auf die Seite der „Liberalisierer“ kaum personelle Kontinuitäten finden lassen, bewirkte die zeitliche Nähe zu den heftigen gesellschaftspolitischen Konflikten um den Schwangerschaftsabbruch, dem anderen großen rechtspolitischen Medizinthema des 20. Jahrhunderts, dass sich die hier ausgebildeten Konstellationen, Polarisierungen und Dynamiken auf das Diskursfeld der Sterbehilfe übertrugen und zur medialen Skandalisierung führten.

Das liberalere gesellschaftliche Klima und die Medikalisierung des Sterbens spiegeln sich in der zunehmend aufgeschlosseneren Haltung gegenüber der aktiven Sterbehilfe wider, wie sie in demoskopischen Untersuchungen immer wieder erhoben wird. Beispielsweise stieg die Zustimmung in den Vereinigten Staaten zwischen 1950 und 1973 den Umfragen des Gallup-Instituts zufolge von 36 auf 53 Prozent, sie liegt seit den 1990-er Jahren regelmäßig bei 70 Prozent. Die Veränderungen beruhten vor allem auf einem Einstellungswandel bei Jüngeren und Teilen des katholischen Milieus (Ostheimer 1980, 126). Entsprechende Umfragen in Deutschland finden seit 1973 statt, damals als Reaktion auf einen zeitgenössischen niederländischen Fall und dessen Berichterstattung (Jahrbuch der öffentlichen Meinung 1968-1973, 247; EMNID-Informationen 5/1973, 8-9). Sie zeigt(t)en fast durchweg eine deutliche Mehrheit für die aktive Sterbehilfe; allerdings sind die hohen Zustimmungsraten zurückhaltend zu interpretieren, da die Fragen fast durchweg suggestiv und euphemistisch gestellt waren – die so produzierten Zahlen wurden von Anfang an als politisches Argument eingesetzt.

## Aktive und passive Sterbehilfe

In der Zeit rascher gesellschaftlicher Umbrüche veränderten sich auch die Begriffe des Sterbehilfe-Diskurses. Anfang der 1970-er Jahre wurde zeitlich

international simultan der Ausdruck passive Sterbehilfe eingeführt.<sup>6</sup> Hierunter wird ein breites Spektrum von Handlungsweisen verstanden, die bei einer Erkrankung auf medizinisch maximal mögliche therapeutische Interventionen verzichten. Potentiell lebensverlängernde Maßnahmen werden entweder unterlassen oder (partiell) abgebrochen. Der Begriff umfasst damit eine Bandbreite sehr unterschiedlicher Situationen, vom Einstellen der Ernährung bei einem Menschen im Wachkoma, der unter Umständen noch viele Jahre leben kann, bis zum Verzicht auf das volle Repertoire intensivmedizinischer Maßnahmen in den letzten Lebensminuten. Die Krankheit nimmt dann ihren vom Menschen nicht länger wesentlich beeinflussten, häufig affirmativ als natürlich bezeichneten Verlauf.

Anders als es der Ausdruck passiv zuerst vermuten lässt, bedeutet Sterben lassen nicht per se ein Nichtstun (Birnbacher 1995). Vor allem der Umstand, dass nicht nur die Nicht-Aufnahme von Therapien, sondern auch ihr Abbruch im ethischen Fachdiskurs passiv genannt wird, widerspricht dem herkömmlichen intuitiven Verständnis. So werden passive Formen mit hohem Handlungsanteil meist als aktiv eingeschätzt. Tötungshemmung und die Antizipation von Schuldgefühlen führen dazu, dass sich medizinisch Professionelle als unmittelbar Handelnde in Situationen, in denen sich die Frage der Anwendung solcher Formen stellt, entsprechend zurückhaltend verhalten (Leppert et al. 2005; Weber 2001). Umfragen in der Allgemeinbevölkerung zum Thema Sterbehilfe zeigen hingegen, dass Unbeteiligte keine moralisch relevante Differenzierung zwischen aktiv und passiv vornehmen (Oorschot et al. 2005). Wie häufig angemerkt wird, erscheinen die unterschiedlichen Benennungen, Bedeutungen und Bewertungen verwirrend. Die Begriffe verstehen sich nach wie vor nicht von selbst und müssen bei ihrer Verwendung immer wieder erklärt werden.

Wie konnte es historisch zu den Begriffsbildungen und ihrer Durchsetzung kommen? Vor den frühen 1970-er Jahren wurde unter Sterbehilfe oder Euthanasie meist die aktive Form verstanden. Für die passive existierten unterschiedliche Bezeichnungen: Die konkrete Handlung wurde beim Namen genannt oder umschrieben (z.B. durch „Sterben lassen“, „letting die“). Aktive und passive Handlungen waren also begrifflich eindeutig getrennt. In den seltenen Fällen, in denen der Ausdruck passive Euthanasie verwendet wurde, geschah dies in Anführungszeichen, oder, in den Tageszeitungen, pejorativ im Sinne von tödlicher Vernachlässigung (Osmundsen 1962) und Ausgrenzung (Peters 1971).

Anders als das Thema der Tötung auf Verlangen wurde das Sterben lassen Schwerkranker historisch kaum problematisiert. Mindestens in seinen als legitim erachteten milden Formen wurde es praktiziert (Synopsis bei Filene 1998, 60-63). Ein in seiner legitimatorischen Funktion kaum zu unterschätzendes Dokument stellte die päpstliche Stellungnahme für den internationalen Kon-

---

<sup>6</sup> Damit wurden die Begrifflichkeiten noch vor der Publikation eingeführt, die als medizin-ethischer Schlüsseltext zum Thema passive und aktive Sterbehilfe gilt (Rachels 1975).

gress für Anästhesie 1957 dar, die den Abbruch medizinisch „außergewöhnlicher Maßnahmen“, etwa die Einstellung einer Beatmung, ausdrücklich rechtfertigte. Die Position von Pius XII. war ein bis in die 1970-er Jahre wiederholt zitierter Referenzpunkt auch unter Nicht-Katholiken (Horn/Mall 1980, 281-287).

Als Gegenbegriff zum Sterben lassen (bzw. später: zur passiven Sterbehilfe) kam in den 1960er Jahren das Schlagwort der als künstlich apostrophierten und negativ konnotierten medizinischen Lebensverlängerung (prolongation of life) auf. Treffend bemerkte der Jurist George Fletcher 1968 in einem viel zitierten Beitrag für das angesehene *Journal of the American Medical Association*, dass dieser Begriffsbildung dieselbe Logik zu Grunde liege wie die Entscheidung, die Abschaltung des Beatmungsgerätes als Sterben lassen und nicht als aktive Form zu bezeichnen (Fletcher 1968, 119). Die Monografie des Marburger Psychiaters Helmut Ehrhardt, in den 1960er Jahren die einzige deutschsprachige zum Thema, ging sogar so weit, die „Lebens- und Leidensverlängerung“ negative Euthanasie zu nennen (Ehrhardt 1965, 6). Der Grund für diese Begriffsbildungen wie auch für die eindeutige Trennung zwischen aktiven und passiven Formen ist vor allem in der normativen Kraft von Natur- und Natürlichkeitskonstrukten, d.h. in den säkularen Äquivalenten religiöser Vorstellungen zu sehen.

Die polare Konstruktion künstlich (Einsatz von Medizin) versus natürlich (Verzicht auf Medizin) spielte aus drei Gründen in der Sterbehilfe-Debatte historisch eine wichtige Rolle: Die Begriffe waren normativ, weit zu fassen, somit bedeutungssoffen und sowohl in säkularen als auch in religiösen Kontexten verwendbar. Bereits mit ihrer Konstruktion entstand die Kritik an ihnen. So argumentierte Lionel Tollmache in der englischen Sterbehilfe-Debatte in den frühen 1870er Jahren, dass durch die Medizin der Zeitpunkt des Lebensendes erheblich beeinflusst werde und der Ausdruck natürlicher Tod und die mit diesem verknüpften Begründungen daher sinnlos seien (Tollmache 1873). Seine Ansicht über den artifiziellen Charakter des Todeseintritts stellte natürlich ein Argument für die aktive Sterbehilfe dar. Wurde, wie bei Tollmache, zunächst nicht der Begriff der Natur oder deren normative Kraft in Frage gestellt, hatte sich dies in den Debatten hundert Jahre später gewandelt, wobei nun allerdings populärer und fachlicher Diskurs auseinanderfielen (Birnbacher 2006). In wissenschaftlichen Arbeiten zum Thema Sterbehilfe begegnete man nun einem reflektierten Naturbegriff, der Kultur und Künstlichkeit nicht antithetisch ausschloss.

Nicht nur die Dichotomie, die ja bereits zuvor existiert hatte, veränderte sich Anfang der 1970er Jahre. Zum ersten Mal wurden beide Formen auch unter einem Ausdruck, dem der Sterbehilfe, subsumiert. Die Hervorhebung des Gemeinsamen gegenüber dem Trennenden ebnete die Grenzen zwischen dem als legitim betrachteten Sterben lassen und der problematischeren Tötung auf Verlangen ein Stück weit ein. Diese Entwicklung spiegelte die erwähnte eher

auf Seiten der Öffentlichkeit existierende Wahrnehmung wider, dass die Übergänge zwischen beiden Formen fließend waren und Differenzen ohnehin kaum existierten. Dieser Eindruck wurde sicherlich auch dadurch gefördert, dass als Beispiel für ein Sterben lassen bzw. für passive Sterbehilfe meist das Abschalten des Beatmungsgerätes angeführt wurde – eine Handlung mit hohem aktiven Anteil. Woher rührte die einseitige und folgenreiche Fixierung auf dieses eine Beispiel? Die häufig visualisierten Darstellungen des bewusstlosen, regungslosen und an Apparate angeschlossenen Menschen lassen sich zum einen trotz aller kritischen Rhetorik in ihrer Fixierung als Technikbegeisterung lesen. Zum anderen verdichteten sie symbolhaft Verletzlichkeit, Ohnmacht und Abhängigkeit des Moribunden von Maschinen und verstärkten Ängste vor der „Apparatedizin“ und „den Gott spielenden Ärzten“, so die neuen und rasch gebräuchlichen Schlagworte, in einem beängstigenden und suggestiven Bild. Dessen Dominanz trug möglicherweise zur Implementierung des Oberbegriffs der Sterbehilfe bei.

Angesichts des bisher Gesagten ist nicht verwunderlich, dass die großen deutschsprachigen liberalen Medien *Zeit*, *Spiegel* und *Stern* eine deutlich positive Einstellung gegenüber der aktiven Sterbehilfe bezogen (Benzenhöfer 1999, 137-141). Sie stellten die in der Medizin keineswegs etablierten neuen Begriffe als tradierten medizinischen Expertenkonsens dar.<sup>7</sup> Gleichzeitig wurde die Differenzierung zwischen aktiv und passiv als „feige“ und „spitzfindig“ (Harth 1974; Seh 1974) bezeichnet. Da die passive Form eine breite und damit akzeptierte Praxis darstelle, so der unterschwellige Tenor, müsse auch die aktive Form zugelassen werden. Inwieweit die Presseberichterstattung die Etablierung der neuen Ausdrücke förderte, lässt sich nicht ermessen. Jedenfalls dokumentiert diese frühe Indienstnahme, wie einfach und mit welcher hoher Plausibilität sie sich instrumentalisieren ließen.

## Ausblick

Das begriffsgeschichtliche Beispiel zeigt, wie sich das Sterbehilfe-Konzept schrittweise durchsetzte. Das tendenziöse Vokabular seiner Befürworter, Euthanasie und Sterbehilfe als deutsche Besonderheit, hat sich international zunehmend etabliert. Auch wenn die Begriffe aufgrund ihres euphemistischen Gehalts wiederholt Kritik erfuhren und alternative Vorschläge entwickelt wurden, hat diese den Expertenkreis bisher kaum verlassen.<sup>8</sup> Anscheinend stehen

---

<sup>7</sup> Beispielsweise begann das *Deutsche Ärzteblatt* erst ab 1974/75 zwischen aktiver und passiver Sterbehilfe zu unterscheiden (Ehrhardt 1974).

<sup>8</sup> Beispielsweise schlug der Nationale Ethikrat bezüglich der als problematisch wahrgenommenen Terminologie 2006 vor, passive Formen durch „Sterben lassen“ und aktive durch „Tötung auf Verlangen“ zu ersetzen. So könnte der verharmlosende Ausdruck Sterbehilfe sowie die verwirrende Unterscheidung zwischen aktiv und passiv ganz aufgegeben werden

die aktuellen Ausdrücke weitgehend in Einklang mit den vorherrschenden Wahrnehmungs- und Wertungsmustern im populären Diskurs.

Damit scheint die Begriffsgeschichte eine Entwicklung zu spiegeln (und auf diese zu wirken), an deren Ende, wie zuletzt in den Benelux-Staaten, die Liberalisierung der Tötung auf Verlangen steht. Im Zuge einer beschleunigten gesellschaftlichen Liberalisierung und verfeinerter medizinischer Techniken nimmt die Verfügungsmacht über das eigene wie das fremde menschliche Leben weiterhin zu. Viel beschworen sind der demografische Wandel, die Erosion der bis in die 1970-er Jahre expandierenden wohlfahrtsstaatlichen Sozialsysteme, sowie die Kosten der starken Konkurrenz- und Leistungsorientierung kapitalistischer Industriegesellschaften, die mit andauernden fremd- und selbstevaluativen Wertberechnungen von Individuen einhergeht. Alle diese Faktoren produzieren bereits heute einen autonom erscheinenden, aber in einem hohen Maße sozial präfigurierten Sterbewunsch.

## References

- Ariès, Philippe. 1982. *Geschichte des Todes*. München: dtv. (franz. Originalausgabe 1978).
- Baumann, Ursula. 2001. *Vom Recht auf den eigenen Tod. Die Geschichte des Suizids vom 18. bis zum 20. Jahrhundert*. Weimar: Böhlau.
- Birnbacher, Dieter. 1995. *Tun und Unterlassen*. Stuttgart: Reclam.
- Birnbacher, Dieter. 2006. *Natürlichkeit*. Berlin: de Gruyter.
- Benzenhöfer, Udo. 1999. *Der gute Tod? Euthanasie und Sterbehilfe in Geschichte und Gegenwart*. München: Beck.
- Blevins, D., T. A. Preston and J. L. Werth. 2005. Characteristics of persons approving of physician-assisted death. *Death Studies* 29: 601-623.
- Downing, Arthur Benjamin, ed. 1969. *Euthanasia and the Right to Death. The Case for voluntary Euthanasia*. London: Owen.
- Ehrhardt, Helmut E. 1965. *Euthanasie und Vernichtung ‚lebensunwerten‘ Lebens*. Stuttgart: Enke.
- Ehrhardt, Helmut E. 1975. Schwangerschaftsabbruch und Euthanasie. *Deutsches Ärzteblatt*: 1695-1705.
- Filene, Peter G. 1998. *In the Arms of Others. A Cultural History of the Right-to-Die in America*. Chicago: Dee.
- Fittkau, Ludger. 2006. *Autonomie und Fremdtötung. Sterbehilfe als Sozialtechnologie*. Frankfurt: Mabuse.
- Fletcher, George P. 1968. Legal Aspects of the Decision Not to Prolong Life. *Journal of the American Medical Association* 203: 119-122.

---

(Nationaler Ethikrat 2006, 53-56). Anders der 2003 publizierte Vorschlag der European Association for Palliative Care, der auf die vor den 1970-er Jahren gebräuchlichen Begriffe zurückgreift (Materstvedt et al. 2003), ein weiterer Vorschlag geht dahin, passive Sterbehilfe durch Therapiebegrenzung zu ersetzen.

- Gehring, Petra, ed. 2007. *Ambivalenzen des Todes. Wirklichkeit des Sterbens und Todestheorien heute*. Darmstadt: Wiss. Buchges.
- Gerkan, Roland. 1913. Euthanasie (mit einem Epilog von Wilhelm Ostwald). *Das monistische Jahrhundert* Nr. 7: 169-174.
- Göckenjan, Gerd. 2008. Sterben in unserer Gesellschaft – Ideale und Wirklichkeiten. *Aus Politik und Zeitgeschichte* 4: 7-14.
- Harth, Uli. 1974. Wie sterben wir? Tod – Tabu unserer Gesellschaft. *Die Zeit* Nr. 11.
- Hoffmann, Christoph. 1969. *Der Inhalt des Begriffes „Euthanasie“ im 19. Jahrhundert und seine Wandlung in der Zeit bis 1920*. Med. Diss., Ost-Berlin.
- Horn, Dennis J. and David Mall, eds. 1980. *Death, Dying and Euthanasia*. Frederick: Aletheia.
- Graefe, Stefanie. 2008. *Autonomie am Lebensende?* Frankfurt: Campus.
- Illich, Ivan. 1975. *Medical Nemesis: The expropriation of health*, London 1975 (dt.: *Die Enteignung der Gesundheit*, Rowohlt: Reinbek 1975).
- Karpf, Anne. 1988. *Doctoring the media. The reporting of health and medicine*. London: Routledge.
- Kemp, N. D. A. 2002. 'Merciful release'. *The History of the British Euthanasia Movement*. Manchester, New York: Manchester University Press.
- Kübler-Ross, Elisabeth. 1969. *On Death And Dying*. London: Macmillan (dt. *Interviews mit Sterbenden*. Stuttgart: Kreuz 1971).
- Leppert, Karena; Christopher Hausmann; Louise Dye and Birgitt van Oorschot. 2005. Zwischen Selbstbestimmung und Rollenverzicht: Einstellungen zum Sterben und zur Sterbehilfe. Ergebnisse einer Befragung von palliativbehandelten Tumorpatienten in Thüringen. *Psychotherapie – Psychosomatik – medizinische Psychologie* 55: 291-297.
- Lerner, Monroe. 1970. When, Why, and Where People Die. In *The Dying Patient*, ed. Orville G. Brim, Sol Levine and Howard E. Freeman, 5-29. New York: Russell Sage.
- Lohmann, Thomas. 1975. *Euthanasie in der Diskussion. Zu Beiträgen aus Medizin und Theologie seit 1945*. Düsseldorf: Patmos.
- Maeterlinck, Maurice. 1911. *La Mort* Paris: Bib.Charpentier. (dt. und franz. Übersetzung 1913).
- Mann, Thomas. 1903. *Buddenbrooks. Verfall einer Familie*. 2 Bände, 7. Auflage. Berlin: Fischer.
- Materstvedt, Lars Johan; David Clark; John Ellershaw et al. 2003. Euthanasia and physician-assisted suicide: a view from an EAPC Ethics Task Force. *Palliative Medicine* 17: 97-101.
- Mauthner, Fritz. 1914. *Gespräche im Himmel und andere Ketzereien*. München, Leipzig: Müller.
- Moor, Paul. 1973. *Die Freiheit zum Tode. Ein Plädoyer für das Recht auf menschenwürdiges Sterben. Euthanasie und Ethik*. Reinbek: Rowohlt.
- Nationaler Ethikrat. 2006. *Selbstbestimmung und Fürsorge am Lebensende (Stellungnahme)*. Berlin ([www.ethikrat.org/](http://www.ethikrat.org/) vom 29.6.2009).
- Noack, Thorsten. 2006. Gefährliche Anfälligkeit. Diskussionen über Sterbehilfe in den USA und Deutschland 1870-1930. In *Entscheidungen am Lebensende in der modernen Medizin: Ethik, Recht, Ökonomie und Klinik*, ed. Jan Schildmann, Uwe Fahr, Jochen Vollmann, 141-160. Münster, Hamburg: Lit.

- Oken, Donald. 1961. What to tell cancer patients. A study of medical attitudes. *Journal of the American Medical Association*; 175 April 1: 1120-8.
- van Oorschot, B., V. Lipp, A. Tietze, N. Nickel and A. Simon. 2005. Einstellungen zu Sterbehilfe und zu Patientenverfügungen – Ergebnisse einer Ärztebefragung. *Deutsche Medizinische Wochenschrift* 130: 261-265.
- Osmundsen, John. 1962. Mercy Killings At Birth Opposed. *New York Times*, November 16: 28.
- Ostheimer, John M. 1980. The Polls: Changing Attitudes Toward Euthanasia. *Public Opinion Quarterly*: 123-128.
- Peters, Joachim. 1971. Nicht für Deppen. Im Schwimmbad kein Platz für behinderte Kinder. *Die Zeit*, Nr. 43.
- Rachels, James. 1975. Active and passive euthanasia. *New England Journal of Medicine* 292: 78-80.
- Schmiedebach, Heinz-Peter. 1998. „... kein Platz für Halbe, Viertels- und Achtels-Kräfte“. Historische Anmerkungen zur „Euthanasie“-Debatte. In *Medizin und Gewissen. 50 Jahre nach dem Nürnberger Ärzteprozeß - Kongreßdokumentation*, ed. Stefan Kolb and Horst Seithe, 39-51. Frankfurt: Mabuse.
- Seh, H. 1974. Hilfe zum Sterben. *Die Zeit*, Nr. 37.
- Sierck, Udo. 1992. *Arbeit ist die beste Medizin. Zur Geschichte der Rehabilitationspolitik*. Hamburg: Konkret.
- Sonntag, A., J. Bischkopf, A. Ritz, A. Jakob and M. C. Angermeyer. 2003. „Pflege mit Herz, Gesundheit und Sterben.“ Wünsche zur Veränderung der Lebenssituation von Altenpflegeheimbewohnern. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 36: 280-286.
- Szasz, Thomas S. 1970. *The manufacture of madness. A comparative study of the inquisition and the mental health movement*. New York: Harper & Row (dt.: Die Fabrikation des Wahnsinns. Olten: Walter 1974).
- Tollmache, Lionel A. 1873. The New Cure For Incurables. *Fortnightly Review*, 13-74: 218-230.
- Weber, M, and K. Kutzer. 2001. Ethische Entscheidungen am Ende des Lebens. Sorgsames Abwägen der jeweiligen Situation. Ergebnisse einer Ärztebefragung in Rheinland-Pfalz. *Deutsches Ärzteblatt* 98: A 3184-88.
- Weisgerber, Josef. 1923. *Die Verschaffung der Euthanasie und das geltende Strafrecht*. Jur. Diss. Würzburg.
- Wertenbaker, Lael Tucker. 1957. Der Tod eines Mannes. Hamburg: Nannen.