
Historische Reflexionen zur Sterbehilfe

Klaus Bergdolt

Die Ethik gilt seit Aristoteles als philosophische Disziplin. Die Gesellschaft konzidiert zwar, dass sich in der aktuellen bioethischen Debatte auch Juristen oder Theologen zu Wort melden, doch gilt ein kulturhistorischer bzw. medizinhistorischer Zugang, etwa zum Problem der Sterbehilfe, immer noch als ungewöhnlich. Während die Philosophen aus methodischen Gründen Zweifel anmelden, argwöhnt man ärztlicherseits eher überflüssige retrospektive Betrachtungen zu Fragen, die – so eine verbreitete Haltung – mit *Logik* und *Vernunft*, d. h. möglichst positivistisch, angegangen werden müssten, was zur Folge hat, dass auch mancher Ethiker seine Empfehlungen, ungeachtet der schon von Aristoteles erwähnten Unsicherheiten, erstaunlich szientistisch, ja als vermeintliche *evidence based facts* zur Diskussion stellt! Doch ist die Geschichtswissenschaft hier selbst gespalten. Mit dem Begriff *Geschichte* verbinden dekonstruktivistisch orientierte Geisteswissenschaftler – nicht zuletzt unter dem überragenden Einfluss von Foucault und Derrida – ein zufälliges Sammelsurium von Geschichten, ohne geistige Tiefe und „Sinn“, von dem man in der wilhelminischen Ära, aber auch etwa im Dritten Reich schwadroniert hatte. Ciceros Wort von der *magistra vitae* gilt deshalb längst als obsolet. Geschichte hat, so die vorherrschende Meinung, weder „Sinn“ noch sinnstiftende Wirkung, geschweige denn eine normative Relevanz auf moralischem Gebiet.

Dies behaupten zu wollen wäre in der Tat unseriös. Eine einflussreiche Gruppe deutscher Intellektueller hat allerdings in den vergangenen Jahren die schon leicht angestaubte Destruktion des Geschichtsbegriffs wieder deutlich relativiert. Erforscher verschiedenster Epochen wie Lothar Gall, Aleida und Jan Assmann sowie selbst Ulrich Wehler entdeckten ihn gleichsam neu. Man spricht plötzlich vom „kulturellem Gedächtnis“, und seit dem 11. September 2001 dürfte der letzte Dekonstruktivist gemerkt haben, dass die Identitätskrise Westeuropas auch etwas (gerade im herausragenden „Pisa“-Land Deutschland) mit Geschichtslosigkeit zu tun hat. Die Historie kann deshalb, folgt man dem neuen Trend, so unwichtig nicht sein. Wie immer wir zu bioethischen Fragestellungen oder gar medizinethischen Tabubrüchen stehen – die Kenntnis entsprechender kultur- bzw. medizinhistorischer Basisfakten stellt, ungeachtet aller Schwächen, immer noch einen fast unumgänglichen Weg zu einer kulturgerechten *Sensibilisierung* der Gesellschaft *in ethicis* dar. Man kann gewisse Probleme nicht nur analytisch, moralisch oder einfach, so schön es wäre, *vernünftig* angehen, ohne ihre Wurzeln zu beleuchten, auch wenn dies zunehmend üblich zu werden scheint. Medizinethische Lösungen müssen, um Bestand zu haben, mit der eigenen Kultur und Identität kompatibel sein. Eine niveauvolle Ethikdiskussion hat durchaus etwas mit Allgemeinbildung zu tun, jenem scheinbar überflüssigen Wissen, das an den zunehmend ökonomisch strukturierten, nach dem Vorbild von GmbHs geleiteten deutschen Universitätskliniken nicht mehr in das Curriculum angehender Mediziner oder Molekularbiologen zu passen scheint. Ethikdebatten profitieren aber auch von der Kenntnis historischer Deontologien und des traditionellen (im Lauf der Zeit selbstverständlich diversen Wandlungen unterworfenen) ärztlichen Ethos, ja von Lösungsvorschlägen für ähnlich gelagerte Problemfälle in der Vergangen-

heit. Das Menschenbild, Pflichten gegenüber der Gesellschaft, Fragen von Autonomie und Freiheit, Krankheit und Behinderung wurden nicht erst angesichts der durch die moderne Medizintechnologie und Molekularbiologie geschaffenen Situation diskutiert.

Freilich ist zuzugeben, dass die hierdurch geförderte kulturhistorische Sensibilisierung, wie übrigens auch eine zur kreativen Reflexion gehörende Zögerlichkeit oder gar stilles Nachdenken, wenig zum Ruhm eines Bioethikers und schon gar nicht zum finanziell messbaren Gewinn einer Klinik beitragen – zumindest auf den ersten Blick. Es fällt allerdings auf, dass in den USA, deren Wissenschaftslandschaft deutschen Ärzten in der Regel als Vorbild gilt, nicht nur die berühmten Ostküsten-Universitäten zunehmend die „medical humanities“, also eben jene ethisch sensibilisierenden Fächer (mit Schwerpunkt Geschichte, bis hin zu Literatur- und Kunststudien!) im Lehrprogramm angehen-der Ärzte verankern.

Natürlich hat die Situation in einer heutigen Intensivstation, äußerlich betrachtet, wenig mit der Alltagswelt eines Arztes vor 2000 Jahren oder zur Lutherzeit zu tun. Doch lässt sich zeigen, dass *eine* Kernfrage der ärztlichen Ethik in Medizin, Philosophie und Theologie schon erstaunlich lange diskutiert wird: Darf man schwer leidende Menschen *entsprechend* ihrem Willen, *gegen* ihren Willen oder gar dann, wenn man diesen, etwa im Fall des Bewusstseinsverlustes, nicht kennt, töten? In der antiken Kulturgeschichte hatte das Wort *euthanasia*, das heute hierfür verwendet wird, eine durchaus *positive* Bedeutung, wie z. B. der von Sueton überlieferte glückliche Tod des Augustus im Kreis der Familie, „in den Armen Livias“, nahelegt. Für den zur Zeitenwende lebenden jüdischen Philosophen Philon von Alexandria stellte das mit diesem Begriff bezeichnete ruhige, würdevolle Sterben, zusammen mit einem vorhergehenden „glücklichen Alter“, sogar das

höchste menschliche Gut dar. Nach der jüngeren Stoa kann das „gute Sterben“ freilich auch im Selbstmord und durch *assistierten* Suizid verwirklicht werden. Es ging den Stoikern darum, ein Leben und somit auch ein Sterben „nach der Natur“ zu unterstützen. Entscheidend war die geistige Grundstimmung des Betroffenen. Seneca erschien es als besonders hohes Gut, das Leben, das er mit einer Reise verglich, selbstbestimmt zu beenden.

Der Begriff der Euthanasie blieb aber, was überraschen mag, bis zum frühen 20. Jahrhundert (und in zynischer Weise ja auch im Dritten Reich) letztlich positiv besetzt. Noch im einflussreichen *Universal-Lexikon* von Zedler (1732–54) wird diese – unter Hinweis auf die zitierte Sueton-Stelle – als „ein ganz leichter und geringer Tod“ dargestellt, „welcher ohne schmerzhaftes convulsiones geschieht“. Entsprechend spricht die *Encyclopédie* von Diderot und d’Alembert (1756) von der „mort heureuse ..., sans douleur“. Im Sinne der bürgerlichen Aufklärung plädierte auch der Dichter Christoph Martin Wieland (1805) für eine „Euthanasie“, die das Ziel umreißt, „im Bewusstsein eines wohlgeführten Lebens ... mit Ruhe und frohem Mut“ zu sterben. Der Begriff hatte bis zum 19. Jahrhundert, vom Altertum einmal abgesehen, so gut wie nichts mit der aktiven Tötung Kranker zu tun.

Berühmte antike Beispiele für eine ärztliche Intervention oder Hilfestellung beim Selbstmord (auch wenn die Voraussetzung einer qualvollen Erkrankung *nicht* gegeben war, wurde dieser, ungeachtet des unterschiedlichen Handlungscharakters, immer wieder der „aktiven Euthanasie“ im modernen Sinn gleichgestellt) stellten Cato der Jüngere und Seneca dar. Cato unterbrach, wie Plutarch berichtet, die Lektüre von Platons Buch *Über die Seele*, unterhielt sich mit seinen Freunden und stieß sich dann, im Gefühl der politischen Niederlage und persönlichen Entehrung, ein Schwert in den Leib. Er wies einen Arzt, der ihm helfen

und die herausquellenden Eingeweide in seinen Bauch zurückzudrängen wollte, schroff zurück, zerriss seinen Darm und starb. Ein Arzt darf, so Catos Wunsch, in der Todesstunde ausschließlich nach dem Willen des Sterbenden handeln. Er muss, so das Fazit dieser Episode, je nach dessen Entscheidung den natürlichen Sterbeprozess fördern, einen Suizid unterstützen oder alles daransetzen, den Tod zu verhindern. Die Würde des Menschen gebietet, „nach eigenem Willen und vorsätzlicher Planung“ zu sterben. Das berühmte Prinzip „*Voluntas aegroti summa lex*“ entsprach stoischer Lebenspraxis, aber auch dem Selbstverständnis und Stolz der römischen Patrizier.

Die ärztliche Assistenz trat noch deutlicher bei Senecas Tod in den Vordergrund. Dessen Arzt und Freund Annaeus Staius reichte ihm auf seinen Wunsch – das Vorbild des Sokrates stand zweifellos Pate – ein tödliches Gift. Dieses Verhalten erschien Tacitus, der uns die Stelle überliefert, untadelig. Immerhin hätte man die Frage stellen können, ob ein Arzt auch bei einem von einem blutigen Tyrannen (Nero) befohlenen Selbstmord befugt war, den Tod beschleunigende Mittel einzusetzen. Für Tacitus handelte es sich jedenfalls nicht um Beihilfe zum Mord, sondern um die aktive Erleichterung des agonalen Leidens. Dass Seneca, für den der Tod das Ende der körperlichen *und* seelischen Existenz darstellte, in vielen Schriften die geistige Auseinandersetzung mit dem Sterben – längst vor der Todesstunde – propagierte, wurde auch von christlichen Autoren gewürdigt. In der heidnischen Antike wie im Christentum spielte die philosophisch bzw. religiös akzentuierte *ars moriendi*, welche die Todesfurcht minimieren sollte, eine herausragende Rolle.

Die aktive Tötung Schwerkranker wurde freilich schon Jahrhunderte vorher, nämlich im theoretischen Modell von Platons *Staat*, verteidigt. Chronisch Kranke sollten in der idealen Gesellschaft, war nur ihr Körper betroffen, in

Ruhe sterben können, wenn sie aber „von der Seele her böseartig und unheilbar“ erschienen, umgebracht werden. Auch wenn die Tötung der Kranken der Exekutive zugedacht war, die sich auch sonst um Hinrichtungen zu kümmern hatte, wurden hier vor allem der *Medizin* Grenzen gesetzt, die nur dazu geschaffen war, kurz dauernde, heilbare Krankheiten zu behandeln. In Platons Staat hatte der chronisch Kränkelnde eine reduzierte Existenzberechtigung (eine wohl auch im realen griechischen Alltag – man denke an das anthropologische Ideal der „kalokagathia“ – verbreitete Ansicht!). Dass es bei der konsequenten Ausgestaltung des Modellstaats nahe lag, gleich zu Beginn des Lebens jene zu eliminieren, denen mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit ein solches Schicksal bevorstand, kann kaum überraschen. Obgleich der *Staat* nur ein utopisches *Modell* der „idealen“ Gesellschaft darstellt, sieht man bei Platon – ohne dass wir das Problem hier vertiefen wollen –, wie die Tötung Schwerstkranker, die Selektion zu Beginn des Lebens sowie eugenische Strategien, die er ausführlich darlegt, leider *doch* zusammenhängen, weshalb das Argument des Dammbrochs nicht so unberechtigt ist, wie es heute in gewissen Ethikdebatten dargestellt wird. Dass Platon in anderen Schriften, etwa in den „Gesetzen“, den Selbstmord in auswegloser Situation verurteilt (wie er es auch im *Phaidon* Sokrates tun lässt), relativiert die Passagen aus dem *Staat* nicht. Verurteilt wird nämlich besonders eine Selbsttötung, „ohne dass er (der Selbstmörder) durch ein über die Maßen qualvolles, unentrinnbares Unglück, das ihn ereilte, dazu gezwungen wird“. Setzt man dieses Unglück mit einer unheilbaren, schmerzvollen Krankheit gleich, wären in diesem Fall Suizid bzw. Beihilfe zum Selbstmord eben doch akzeptabel (nach den entsprechenden Passagen im *Staat* freilich sogar moralische Pflicht).

Der Stellenwert von Euthanasie und Bilanzselbstmord änderte sich in der christlichen Ära. Auch nach dem jüdi-

schen Gesetz, der Halacha, war die Tötung Schwerkranker verboten. Im 13. Jahrhundert erklärte Rabbi Jehuda Ha-Chassid allerdings, der sichere Tode eines Menschen dürfe nicht verzögert werden. „Wenn z. B. in Hörweite eines Sterbenden Holz gehackt wird, so dass der Lärm den Tod aufhält, so entferne man den Holzhacker. Ebenso darf man kein Salz auf die Zunge eines Sterbenden legen, um den Eintritt des Todes hinauszuschieben.“ Moses Isserles argumentierte im 16. Jahrhundert in einem Kommentar zu entsprechenden Ausführungen des Joseph Karo: „Wenn ein Hinderungsgrund den natürlichen Eintritt des Todes aufhält, so darf man diese Behinderung entfernen.“ Es handle sich dabei um die „Beseitigung der Behinderung eines natürlichen Prozesses“. Eine sinnlose Lebensverlängerung wird somit verurteilt. Allerdings untersagte der Dekalog streng, unschuldige Menschen, also auch Moribunde, zu töten. „Wer einen Sterbenden berührt und ihn bewegt, ist wie einer, der Blut vergießt“, heißt es im babylonischen Talmud. Am deutlichsten hatte Maimonides (13. Jahrhundert) jeden Euthanasie-Gedanken verworfen: „Gleichgültig, ob einer einen Gesunden oder Sterbenskranken erschlägt, ja selbst wenn er einen Sterbenden tötet, ist er des Todes schuldig.“ Hat dieser auch nur eine Stunde zu leben, „so ist doch jede Tat verboten, die den Tod dieses Menschen nähren könnte“.

Auch die frühchristliche und scholastische Argumentation schloss bei Schwerkranken eine aktive Lebensbeendigung wie auch den Selbstmord aus (die Ansicht des Laktanz, dass ein in Kauf genommener Märtyrertod höher-rangig sei als jedes irdische Leben, ändert an dieser Tatsache nichts). Bezeichnenderweise finden sich zu diesem Thema in der früh- und hochmittelalterlichen medizinischen Literatur kaum Hinweise. Die Tötung eines Schwerkranken galt, ganz im Sinne des durch Thomas von Aquin ausgesprochenen Verbots, „irgendwelchen

Elendsnöten des gegenwärtigen Lebens“ zu entgehen, als Mord. In dieser Frage bedurfte es im Mittelalter offensichtlich keiner besonderen Diskussion.

Die für das Mittelalter charakteristische Ablehnung jeder Form aktiver Lebensbeendigung wurde von einigen Autoren der Renaissance (zum Teil allerdings nur scheinbar) in Frage gestellt. Martin Luther plädierte dafür, einen geistig schwer behinderten „Wechselbalg“ – es handelte sich um den konkreten Fall eines zwölfjährigen Kindes aus Dessau – zu ertränken. Er hielt das Kind „für ein Stück Fleisch, eine Masse carnis ... da keine Seele innen ist“. Luther unterstellte, dass der Teufel solche Wesen „leiblich besitzt, da sie weder hören, sehen, noch etwas fühlen, er macht sie stumm, taub und blind“. Das behinderte Kind wurde als vom Teufel unterschobenes Wesen in Menschengestalt interpretiert, d. h. als kein wirklicher Mensch (dessen Tötung Luther abgelehnt hätte!). Dennoch ruft die Argumentation des Reformators Befremden hervor. Sie verrät eine Denkweise, die später immerhin auch Hexenverfolgungen legitimierte.

Luthers Ansicht stand im Gegensatz zu einer Äußerung des spanischen Kanonikers Martinus Navarrus (1568), nach der ein Arzt, wenn er bewusst ein schädliches Mittel verabreicht – und sei es aus Mitleid oder um dem Kranken einen Gefallen zu tun – schwer sündigt. Diese Ansicht vertrat 1591 auch der römische Arzt Battista Codronchi. Damit wird jede Form der Tötung Kranker verurteilt. Navarrus berief sich auf den Theologen und Juristen Panormitanus (1386–1445), der erklärt hatte, wer sich um Kranke kümmere und sie pflege, habe sich davor zu hüten, aus Mitleid deren (krankheitshalber) „pervertierte Wünsche“ zu erfüllen. Es muss nicht extra betont werden, dass Euthanasie *ohne* Einwilligung des Patienten als besonders schweres Verbrechen galt. Theologische Werke dieser Art beeinflussten die christlich geprägte Gesellschaft und gin-

gen mit den religiösen und juristischen Auffassungen von Juden und Muslimen weitgehend konform. Was die Ärzteschaft anging, unterstützte der nunmehr allgemein bekannte „hippokratische Eid“ (den zu schwören in Mitteleuropa seit Beginn des 16. Jahrhunderts zunehmend als Bedingung der Approbation bzw. Promotion galt) mit seinem Verbot, jemandem ein tödliches Mittel zu verabreichen, die moralische Vorgabe der Kirche.

Dagegen griffen einige Verfasser utopischer Gesellschaftswürfe der Renaissance den Euthanasie-Gedanken auf. In der *Utopia* (1516) des Thomas Morus (1478–1535) heißt es: „Sogar unheilbar Kranken erleichtern sie (die Leute von Utopia) ihr Los, indem sie sich zu ihnen setzen, ihnen Trost zusprechen und überhaupt alle möglichen Erleichterungen verschaffen. Ist die Krankheit aber nicht nur unheilbar, sondern auch andauernd qualvoll und schmerzhaft, so reden Priester und Behörden dem Kranken zu, da er doch allen Anforderungen des Lebens nicht mehr gewachsen, den Mitmenschen lästig und sich selbst unerträglich, seinen eigenen Tod bereits überlebt habe, nicht darauf zu bestehen, das unheilvolle Leiden noch länger zu nähren, und nicht zu zögern zu sterben, zumal das Leben nur noch eine Qual für ihn sei. Er solle sich so getrost und hoffnungsvoll aus diesem bitteren Leben wie aus einem Kerker oder einer Folterkammer befreien oder sich willentlich von anderen herausreißen lassen. Daran werde er klug tun, da ja der Tod nicht Freuden, sondern nur Qualen beende.“ Im kühlen Modellstaat von Utopia legte man immerhin Wert darauf, dass der Patient mit seiner Tötung einverstanden sei: „Wer sich dazu überreden lässt, beendet sein Leben entweder durch freiwilligen Verzicht auf Nahrung, oder er wird eingeschläfert und er geht dahin, ohne es zu merken. Lehnt einer aber ab, so schaffen sie ihn nicht etwa aus der Welt oder behandeln ihn deshalb mit weniger Zuwendung.“ Die *nicht* durch Priester oder

Behörden legitimierte Selbsttötung bleibt allerdings streng verboten und wird durch Entehrung bestraft: „Statt die Leiche zu begraben, wirft man sie kurzerhand in einen Sumpf.“ Man darf davon ausgehen, dass es sich um ein Gedankenspiel des englischen Staatskanzlers handelt, dessen Vorbild natürlich Platons *Staat* war. Der Hinweis, der hoffnungslos Kranke könne den Mitmenschen zur Last fallen, kennzeichnete im Übrigen ein klassisches Argument der Euthanasie-Befürworter von der Antike bis zur Gegenwart. Die Intention des Morus, später immerhin Märtyrer der katholischen Kirche, bleibt letztlich rätselhaft. Keinesfalls darf die *Utopia*, wie es häufig geschieht, als Gesellschaftsmodell missverstanden werden, dessen Verwirklichung sich der Autor gewünscht hätte.

Es mag verführerisch sein, Morus eine philosophisch völlig konträre Persönlichkeit gegenüberzustellen, nämlich Michel Montaigne (1533–1592). Der Mensch muss nach Meinung des einflussreichen Literaten erkennen, dass sein Schicksal, d. h. auch Gesundheitszustand, Geburt und Tod, von der *Natur* bestimmt wird. Der Tod stellt, wie einst für die Stoiker, nur den unausweichlich letzten Akt des Lebens dar. Montaigne propagiert eine säkularisierte *ars moriendi*, die bei schwerster Krankheit und unerträglichen Schmerzen deren Linderung, ja eine Verkürzung des Lebens einschließt. Auch in dieser schwierigen Situation hat man die *Natur* zu unterstützen. Ist der Tod unausweichlich, soll man ihn nicht aufhalten. Wie bei den Hippokratikern wird der Arzt als „Diener der *Natur*“ definiert. „Im Gegensatz zu den anderen verachte ich die Medizin“, bekennt Montaigne, denn „ich lasse die *Natur* machen“, die allerdings, wie er gesteht, „gewaltig und mitleidslos“ ist. Die Ethik des Sterbens wird so profanisiert, der Tod gilt als Akt der Selbstregulierung der *Natur*. Sie durch übertriebene ärztliche Bemühungen zu überlisten, ist ebenso töricht wie maßlos.

In seiner Schrift *Über die Würde und den Fortgang der Wissenschaften* (1623) unterschied Morus' Landsmann, der protestantische Philosoph Francis Bacon, eine *euthanasia interior*, d. h. die seelisch-geistige Vorbereitung auf den Tod (gegen die niemand etwas einzuwenden hatte), von der *euthanasia exterior*, die vor allem auf Linderung von Schmerzen im Todeskampf zielte. Sie nimmt eine Verkürzung des Lebens als Begleitfolge in Kauf. Würdiges Sterben, erkannte Bacon, ist unter qualvollen Schmerzen schwierig. Wie er schon 1605 in einer kleineren Abhandlung namens *Vom Nutzen und Fortschritt des Studiums göttlicher und menschlicher Dinge* ausgeführt hatte, ist es eine Menschenpflicht, Leiden gerade auch dann zu verringern, „wenn ganz und gar keine Hoffnung mehr vorhanden ist, aber durch Linderung der Qualen ein sanfterer und ruhigerer Übergang aus diesem in jenes Leben verschafft werden kann. Denn es ist fürwahr kein kleiner Teil der menschlichen Glückseligkeit ..., dass man ein sanftes Ende habe.“ Ein Argument Bacons für die Sterbebegleitung durch *Ärzte* (und nicht nur, wie üblich, durch Priester und Angehörige) ist bestechend: Unheilbare Krankheiten seien zu wenig erforscht, was sich daran zeige, dass viele „Sterbende“ schon überlebt hätten. Solche Fälle gestalteten sich für Ärzte nicht selten überaus interessant ... Bacons Konzept der *euthanasia exterior* zielt primär nicht auf Tötung, sondern auf Erleichterung der Agonie. Im äußersten Fall wird die Lebensverkürzung aber, wie erwähnt, in Kauf genommen. Seine Argumente lassen erahnen, dass im 17. Jahrhundert über Fragen der Sterbebegleitung und Lebensverkürzung offen diskutiert wurde. Später wurde eingewendet, Bacons Lösung gestehe dem Arzt nur eine „pharmakologische“ Linderung zu. Es fehle die psychologische und geistige Betreuung des Moribunden. Dem ist zu entgegen, dass diese Aufgabe im 17. Jahrhundert zunächst noch ganz selbstverständlich der Familie und den Geistlichen zukam, was frei-

lich das Problem der Schmerzlinderung nicht löste (selbst wenn man annehmen muss, dass hierfür gewisse Hausmittel zur Verfügung standen). Jeder Geistliche wusste (und weiß noch heute), dass ein würdiger Abschied unter heftigen körperlichen Schmerzen und agonalen Qualen kaum möglich ist.

Dass das Modell von Morus' Utopia oder Bacons *euthanasia exterior* für die Renaissance keinesfalls verallgemeinert werden darf, zeigt der schwäbische Pietist und Rosenkreuzer Johann Valentin Andreae, der in seinem ebenfalls utopisch angehauchten Werk *Christianopolis* (1619) die aktive Beendigung des Lebens scharf verurteilt. Die gesamte Gesellschaft der „christlichen Stadt“ kümmert sich um die Kranken, wobei, was die Pflege angeht, Frauen und Witwen eine besondere Rolle zukommt. Schwerkranken zu helfen bedeutet Christus nachzufolgen, der sich andererseits im Patienten offenbart. Die Behandlung und Pflege Missgestalteter, Schwerkranker und Sterbender steht in hohem Ansehen: „Menschen, deren Geist verwirrt oder gestört ist, dulden sie unter sich, wenn es erträglich ist. Ist dies nicht der Fall, so gelangen diese unter gelinde Aufsicht. Ebenso hält man es mit den ungewöhnlich Missgestalteten. Denn die Vernunft gebietet, dass die menschliche Gesellschaft sich derer, welche die Natur stiefmütterlich behandelt hat, besonders gütig annimmt. Auch Gott erträgt uns ja mit unendlicher Güte und Langmut – nicht wie er uns wünscht, sondern wie wir sind.“ Der Euthanasiegedanke fehlte im Übrigen auch im utopischen Gesellschaftsmodell des Dominikaners Tommaso Campanella (1568–1639), für dessen im Gefängnis entstandene Schrift *Civitas solis* (1602) ebenfalls Platons *Staat* das Vorbild war.

Dass, jenseits aller theoretischen Entwürfe, der medizinische Alltag oft rauher und härter ablief, zeigt eine Passage aus dem Reisetagebuch des französischen Chirurgen

Ambroise Paré, der 1536 während eines Feldzugs in Italien folgende Beobachtung machte: „Ich stieß auf vier tote Soldaten und drei, die an die Mauer gelehnt waren, weil ihr Gesicht vollkommen zerstört war. Sie sahen nichts mehr, sie hörten nichts mehr, sie sprachen nicht mehr, und ihre Kleider flammten noch von dem Kanonenpulver, das sie verbrannt hatte. Als ich sie noch voll Mitleid betrachtete, kam ein alter Soldat herein, der mich fragte, ob es noch eine Möglichkeit gäbe, sie zu heilen. Ich verneinte dies. Da näherte er sich ihnen schnell und schnitt ihnen die Kehle durch, sanft und ohne Zorn. Als ich diese große Grausamkeit sah, sagte ich ihm, er sei ein schlechter Kerl. Er antwortete mir, dass er Gott bäte, dass, wenn er einmal auf solche Art verstümmelt sei, sich auch jemand fände, der ihm denselben Dienst täte, so dass er nicht elend dahinsiechen müsste.“ Parés Tagebuch verrät im Übrigen einen sensiblen Arzt, den das Schicksal der Kranken auch nachts verfolgt. Er äußert sich allerdings nicht darüber, ob er *selbst* aktive Euthanasie praktizierte. Dies hätte immerhin allen bekannten ärztlichen Deontologien der Zeit widersprochen.

Das Problem der „Erleichterung des Sterbens“ wurde in der Folgezeit häufiger diskutiert. 1687 bestritt der Theologe Christian Scriver in seiner Schrift *Gotthold's Siech- und Siegesbett*, dass die Frage der Linderung der Agonie überhaupt von Bedeutung sei, und bemerkte: „Ich habe wenige Seelen Gottesfürchtiger sterben sehen, bei denen man solche natürlichen Mittel gebraucht hätte.“ Er wandte sich dagegen, das Leiden Sterbender medikamentös zu bekämpfen, da Gott Art und Weise des Todes vorbestimmt habe. Im 18. Jahrhundert gab es zahlreiche ähnliche Stellungnahmen. In seiner Hallenser Dissertation *De Euthanasia Medica. Vom Leichten Todt* (1735) verwirft der Arzt Zacharias Schulz Bacons Thesen. Niemals dürfe ein Sterbeprozess manipuliert werden. Der gute Arzt erkenne dessen Beginn,

d. h. die Zeichen des Todes, im Übrigen leicht: eine gewisse Stille und Gelassenheit des Kranken, vor allem aber die *facies hippocratica*, das eingefallene Antlitz als Anzeichen des nahen Endes. Solchen Menschen, die friedlich dem Ende entgegenblickten, dürfe man kein Mittel geben. Nur reine Pflegemaßnahmen erscheinen geboten. Beruhigende Arzneien, welche den Tod beschleunigen können, sind selbst bei Schwerstkranken verpönt und widersprechen, so die Meinung von Schulz, dem Gebot der christlichen Nächstenliebe. Doch betont der Autor auch, man solle einem Moribunden nicht „das Ende schwer machen“.

Es bleibt festzustellen, dass die große Mehrheit der ärztlichen Autoren des 18. und frühen 19. Jahrhunderts in Deutschland eine Manipulation des Todetermins – selbst bei schwerstem Leiden – ablehnte. Man verwarf die aktive Tötung, auch wenn ein Kranker sie wünschen sollte, während eine Leidensverringerung *ohne* Lebensverkürzung meist toleriert wurde. Auch diese Hilfe war, wie wir bei Scriver und Schulz erfahren, lange umstritten, da vielen Ärzten und Theologen jede Form des „natürlichen“ Todes, inklusive des Leidens, als gottgewollt galt. 1796 erschien dagegen im *Neuen Magazin für Aerzte* ein Beitrag des Leidener Medizinprofessors Nicolaus Parady, in welchem die „natürliche Euthanasie“ als die Kunst umschrieben wurde, „den Tod so leicht, so erträglich als möglich zu machen, soweit dies in unserer Gewalt steht und von natürlichen Ursachen abhänget“. Für Parady gehört es bereits zu den selbstverständlichen ärztlichen Aufgaben, das Ende des Patienten durch schmerzstillende oder beruhigende Mittel zu erleichtern. In diesem Sinne äußerte sich eine Generation später (1826) der Göttinger Pathologe und Pharmakologe Carl F. H. Marx, der die Herbeiführung einer schmerz- und leidensmindernden Euthanasie neben Prophylaxe und Heilung zu den zentralen Pflichten des Arztes zählte. Marx ging es dabei weniger um eine „spektakuläre“ Behandlung

im finalen Stadium, sondern um eine „geistige“, sich durch Einfühlsamkeit und tröstende Worte auszeichnende Begleitung. Er verurteilt aber noch entschieden eine aktive *Lebensverkürzung* – ob auf Bitten des Kranken oder gar nach Gutdünken des Arztes: „Wie kann es denn erlaubt sein, dass derjenige, der gesetzlich dazu verpflichtet ist, Leben zu erhalten, zum Urheber oder Mithelfer seiner Zerstörung wird?“

Auch der Psychiater Johann Christian Reil (1759–1813) sprach sich für die Milderung der „Plagen der Krankheit“ und für eine seelisch-psychische Stärkung des Moribunden aus. Der sterbende Mensch ist für ihn „eine heilige Sache“, von der „alle unangenehmen Eindrücke, physische und moralische, abzuwenden sind, soweit es möglich ist“. Im schlimmsten Fall ist es sogar erlaubt, „das Bewusstsein desselben zu verdunkeln“. Zur Linderung des Schmerzes und der Angst bedarf es allerdings einer überlegenen Arztpersönlichkeit, „von feiner Bildung, vieler Weltkenntnis“. Nur dieser wird es glücken, „das Zutrauen der Kranken bis an den letzten Hauch ihres Lebens zu erhalten“. Reil plädiert dafür, stets einen Hauch von Hoffnung am Leben zu halten. Arzneien könnten dabei zu Strohhalmen werden, „an welchen diese Hoffnung klebt“. Während es für die Geburtsbegleitung die alte Kunst der Hebammen gebe, habe der sterbende Mensch, so seine Kritik an Gesellschaft und Ärzten, am Ende kaum Unterstützung zu erwarten: „Dafür, dass man erträglich wieder hinauskomme, ist fast nichts getan.“

Besonders bekannt wurde die Stellungnahme von Christoph Wilhelm Hufeland (1762–1836), einem der einflussreichsten Ärzte der Epoche. Der Autor des Buches *Makrobiotik oder die Kunst, das menschliche Leben zu verlängern* (1796), eines medizinischen Bestsellers des 19. Jahrhunderts, mahnte 1806, der gute Arzt solle nicht nur heilen, „sondern auch bei unheilbaren Krankheiten

das Leben erhalten ... Selbst im Tode soll er den Kranken nicht verlassen ... und wenn er ihn nicht retten kann, ihm wenigstens das Sterben erleichtern.“ Der Autor berief sich explizit auf den Eid des Hippokrates: „Jeder Arzt hat geschworen, nichts zu tun, wodurch das Leben eines Menschen verkürzt werden könne.“ Als erfahrener Arzt war es Hufeland klar, dass angesichts eines qualvollen Sterbevorgangs mancher Kollege in Versuchung geführt werden könne, eine aktive Beendigung dieses Zustands in Betracht zu ziehen. Es könne gerade in der „Seele des Bessern der Gedanke aufsteigen: Sollte es nicht erlaubt, ja sogar Pflicht sein, jenen Elenden etwas früher von seiner Bürde zu befreien!“ Für einen moralisch denkenden Arzt ist ein solches Handeln freilich unannehmbar. „Er soll und darf“, so Hufeland in seiner berühmten Stellungnahme, „nichts anderes tun als Leben erhalten, ob es ein Glück oder Unglück sei, ob es Wert habe oder nicht, dies geht ihn gar nichts an. Und maßt er sich einmal an, diese Rücksicht in sein Geschäft mit aufzunehmen, so sind die Folgen unabsehbar, und der Arzt wird der gefährlichste Mann im Staate. Ist nämlich einmal die Linie überschritten, glaubt sich der Arzt einmal berechtigt, über die Notwendigkeit eines Lebens zu entscheiden, so braucht es nur stufenweise Progressionen, um den Unwert und folglich die Unmöglichkeit eines Menschenlebens auch auf andere Fälle anzuwenden.“ Hufeland war somit einer der ersten, welche die Gefahr des Dammbrochs nicht nur ahnten, sondern in Worte fassten. Historisch gesehen – man denke an die Exzesse der Nationalsozialisten in Deutschland – hatte er Recht. Für den prominenten Arzt, der mit Goethe und der preußischen Königin korrespondierte, verboten christliche Religion und Moral – gerade infolge des durch die Aufklärung bedingten Wissensschubs und angesichts des neuen Trends zu Autonomie und Freiheit – jede aktive Euthanasie. Hufeland verlangte konsequenterweise, auch hier sei-

ner Zeit vorausgreifend, höchste Vorsicht bei Experimenten an Patienten: Der Arzt solle sie zunächst an sich selbst durchführen.

Nach 1800 wurde die Euthanasiediskussion zunächst ruhiger, zur Mitte des 19. Jahrhunderts jedoch wieder heftiger, obgleich sich die Ärzteschaft in ihrer Mehrheit auffallend konservativ verhielt. 1843 verlangte der Arzt Friedrich Wilhelm Theile in der *Allgemeine[n] Enzyklopädie der Wissenschaften und Künste*, Ärzte müssten sich Verfahren entziehen, „durch die man ebenfalls die Agonie abzukürzen sucht, dem Wegziehen des Kopfkissens, dem Bedecken des Gesichtes mit einem Tuche, dem Umlegen des Kranken aufs Gesicht, dem Zubinden oder sonstigen Verstopfen der Nase und des Mundes“ (was einige Rückschlüsse auf den Sterbealltag im 19. Jahrhundert zulässt). In gleicher Weise betonte zwei Jahre später sein französischer Kollege Maximilien Isidore Simon in der *Déontologie médicale*, ein Arzt dürfe niemals aktiv das Leiden eines Menschen beenden, da die Medizin ein „Zweig der Caritas“ sei. Aufgabe des Arztes sei es allerdings, das Sterben mit allen psychologischen und – im Notfall – physischen Mitteln zu erleichtern. Entsprechende Standpunkte wurden auch in der angloamerikanischen Medizin vertreten. Seit 1835 propagierte Jacob Bigelow eine Art Palliativmedizin, welche die von ärztlicher Selbstüberschätzung begleitete „heroische“ Therapie am Sterbebett ersetzen sollte. Natürlich war die einschlägige Diskussion nicht von der Entwicklung brauchbarer Schmerzmittel und Narkotika zu trennen, die in der Einführung der kontrollierbaren Anästhesie 1846 durch Morton einen ersten Höhepunkt fand. Wenn der Engländer Joseph Bullar 1856 für die Anwendung von Opium bei terminaler Tuberkulose und – zehn Jahre später – für eine Schmerzbehandlung im finalen Stadium mit Chloroform plädierte, beeilte er sich immer noch hinzuzufügen, dass Linderung, nicht Lebensverkürzung sein

Ziel sei und hohe Dosen angesichts der unübersehbaren Nebenwirkungen bestenfalls die Kühnheit des behandelnden Arztes unterstrichen.

Die Frage des Umgangs mit dem hoffnungslos Leidenden beschäftigte Ärzte und Philosophen seit der Antike. Fast alle *ärztlichen* Autoren verhielten sich, zumindest bis zur zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts, ablehnend, was die aktive Sterbehilfe anging, während in der Philosophie und Literatur, wenn auch selten, Modelle der aktiven Lebensbeendigung oder in Kauf genommenen Lebensverkürzung präsentiert wurden (allerdings nicht zwischen christlicher Spätantike und dem 16. Jahrhundert!). Die gegenseitige Beeinflussung von Philosophen und Ärzten war in diesem Punkt – selbst noch zur Zeit Descartes' – erstaunlich gering, jedenfalls geringer als in der Antike. Descartes war im Übrigen der Meinung, dass die Wissenschaft eines Tages Leiden und agonale Schmerzen überhaupt beseitigen werde. Andererseits wurde die Alltagspraxis aus verständlichen Gründen nicht an die große Glocke gehängt. Da nur die wenigsten Menschen in ihren letzten Tagen und Stunden einen Arzt sahen, waren beim eigentlichen Sterbevorgang, nachdem der Geistliche das Haus verlassen hatte, in der Regel nur Familienangehörige und Freunde, d. h. medizinische Laien, anwesend.

Die planmäßige Tötung Sterbenskranker und Behinderter durch die Nationalsozialisten wurde hier bewusst nicht erwähnt. Die Kenntnis dieser Verbrechen wird vielmehr vorausgesetzt. Viel zu wenig weiß man allerdings immer noch über deren philosophische Vorbereitung im Positivismus des 19. und frühen 20. Jahrhunderts. Ernst Haeckel, einer der angesehensten und populärsten Naturforscher dieser Ära, stellte in seinem Buch *Die Lebenswunder* (1904) die gefährliche These auf, die meisten Menschen gingen schon vor ihrem Tod „durch Krankheiten zu Grunde“. Den Moribunden wurde so faktisch ihre Existenzberechtigung abge-

sprochen. Haeckel sah besonders im Selbstmord, „durch den der Mensch seinem unerträglichen Leiden ein Ende macht“, einen „Act der Erlösung“ und hatte auch gegenüber der aktiven Euthanasie keinerlei Bedenken. Jeder gute Mensch, der wahre „christliche Nächstenliebe“ besitze, solle „dem hoffnungslos leidenden Bruder die ewige Ruhe und Befreiung vom Schmerze gönnen“. Der bedeutende Zoologe, dessen Gedankengut im Kaiserreich, bei den Nazis und in der DDR in gleicher Weise verehrt wurde, war von Aufklärungs- und Sendungsbewusstsein erfüllt: „Hunderttausende von unheilbar Kranken, namentlich Geistesranke, Aussätzig, Krebsranke usw. werden in unseren modernen Kulturstaaten künstlich am Leben erhalten und ihre beständigen Qualen sorgfältig verlängert, ohne irgendeinen Nutzen für sie selbst oder die Gesamtheit.“ Nach Aufzählung der Kosten solcher Patienten für die Allgemeinheit kommt er zu dem Schluss: „Wieviel von diesen Schmerzen und Verlusten könnte gespart werden, wenn man sich endlich entschließen wollte, die ganz Unheilbaren durch eine Morphium-Gabe von ihren namenlosen Qualen zu befreien“ – natürlich nur nach Beschluss einer *Kommission*, nicht etwa eines einzelnen Arztes. Haeckel beklagt, dass Tausende von „Krüppeln“, Taubstummen und Kretins, die alljährlich geboren werden, überleben dürfen, wogegen doch im Neuen Testament stehe: Erlöse uns von dem Übel. (!) Hoffnungslos Kranke und nicht der Norm entsprechende Neugeborene sollten, um die öffentlichen Finanzen zu schonen und die „Rasse“ rein zu halten, aus der Gesellschaft verschwinden. Haben wir doch, so Haeckels These, wenn wir treue Hunde und edle Pferde mit Recht töten, wenn sie im Alter schwer erkranken, auch „das Recht, oder wenn man will die Pflicht“, den schweren Leiden unserer Mitmenschen ein Ende zu bereiten ...

Man hat sich, zumindest in Deutschland, bekanntlich an Haeckels Rat gehalten. Manche seiner Gedanken wer-

den auch heute – im Umfeld von Gesundheitsökonomie und Disease Management – wieder laut, vor allem die Betonung der finanziellen Belastung durch die Pflege Schwer- und Langzeitkranker. Mit dem Positivismus des 19. Jahrhunderts brach die Tradition der „alteuropäischen Hemmungen“ (Hans Jonas) zusammen. Die Religion des naturwissenschaftlichen Positivismus und Optimismus, von Comte, Virchow, Bernard, du Bois Reymond, Haeckel und anderen führenden Naturforschern und Ärzten propagiert, ließ die Bedenken der Ärzte, die sich jahrhundertlang nachweisen lassen, obsolet und altmodisch erscheinen. Einwände der Kirchen wurden durch Haeckel, der sich in Rom im Namen der Naturwissenschaft zum Gegenpapst krönen ließ, der Lächerlichkeit preisgegeben. Unzählige Aufrufe zur aktiven Euthanasie, etwa von Adolf Jost, vom Monistenbund um den späteren Nobelpreisträger Wilhelm Ostwald, von dem Juristen Karl Binding, dem Psychiater Alfred Hoche und vielen anderen, bestätigten vor und nach 1900, ja noch nach dem Ersten Weltkrieg einen gefährlichen Trend. Man berief sich auf die Autonomie der Kranken, die im Fall der Bewusstlosigkeit kühn auf die behandelnden Ärzte übertragen wurde. Immerhin protestierten Ärzte wie Ewald Meltzer, Leiter der Anstalt für schwachsinnige Kinder in Großhennersdorf, gegen die Tötung der so genannten „dritten Gruppe“ im Sinne Bindings, d. h. von bewusstlosen Schwerverletzten mit schlechter Prognose. Die Tötung Schwerverkranker auf Verlangen wurde allerdings für sinnvoll und der Würde des Menschen entsprechend erachtet. Wenige Psychiater, etwa 1922 Eugen Wauschkuhn aus Berlin-Buch, warnten vor der Personalunion von „Arzt und Henker“. Viele andere Stimmen, mehr zustimmende als empörte, wären zu nennen. Nicht die Tötung von Schwerverkranken, sondern bestenfalls die Gefahr des Dammbruchs erschien den meist utilitaristisch denkenden deutschen Ärzten als das

eigentliche Problem. Solche Bedenken schwanden in den 30er Jahren.

Erscheint die Geschichte also doch als *magistra*, als Warnerin? Aus der historischen Betrachtung der Frage der Tötung Schwerkranker ergibt sich tatsächlich keine konkrete Anweisung für die Gegenwart. Geschichte hat, wie gesagt, keine *normative* Kraft. Die Kenntnis vergangener Fehler, aber auch Erfahrungen und Entwicklungen ist freilich (wie ebenfalls bereits erwähnt) in unvergleichlicher Weise dazu geeignet, zu sensibilisieren, d. h. die Ambivalenz und Brüchigkeit gerade auch der eigenen Entscheidung zu erkennen – wie immer sie ausfallen mag. Das heißt nicht, dass man aus dem überschäumenden naturwissenschaftlichen Optimismus des 19. Jahrhunderts, der die Verbrechen des 20. Jahrhunderts, ohne es zu ahnen, mit vorbereitet hat, keine Lehren ziehen dürfte. Im aktuellen Diskurs der Gesellschaft über Ziele und Grenzen der Bioethik und manch andere ethische Fragen sollte die Geschichte zweifellos eine gewichtigere Rolle spielen als bisher. Immerhin ist die Tatsache bemerkenswert, dass von der christlichen Spätantike bis zum 19. Jahrhundert (von einigen theoretisch-utopischen Modellen der Renaissance abgesehen, deren Intentionen bis heute umstritten bleiben) die aktive Tötung Schwerkranker gerade in ärztlichen Kreisen verpönt blieb. Jeder, der heute für eine aktive Tötung Todkranker auf Verlangen oder – bei Bewusstlosen – nach Sachlage plädiert, müsste sich zunächst mit den alten Fragen auseinandersetzen.

In der ZEIT vom 2. Oktober 2002 berichtete Wolfgang van den Daele, Mitglied des Nationalen Ethikrats, 75 Prozent der Deutschen stünden der aktiven Tötung behinderter Neugeborener unmittelbar nach der Geburt positiv oder neutral gegenüber! Es wurde nicht klar, welchen Wortlaut die Fragestellung hatte, mit deren Hilfe dieses bestürzende Ergebnis ermittelt wurde. Mit der alteuropäischen Kultur-

tradition der letzten 2000 Jahre ist es jedenfalls nicht kompatibel. Sollte das Umfrageergebnis den Tatsachen entsprechen, ist darüber nachzudenken, ob man in Beiträgen wie diesem – entgegen einer in Ethikerkreisen vorherrschenden *political correctness* – nicht doch wieder deutlicher *auch* die Jahre zwischen 1933 und 1945 beleuchten sollte.

Literatur

- Andreae, Johann Valentin, Christianopolis, Hrsg. von W. Biesterfeld (=Reclams Universalbibliothek 9786). Stuttgart 1975.
- Assmann, Aleida, Erinnerungsräume. Formen und Wandlungen des kulturellen Gedächtnisses. München 1999.
- Bacon, Francis, The Works. Hrsg. von J. Spedding, R.L. Ellis und D.D. Heath. 3 Bd. London 1858–59. Neudruck Stuttgart 1963.
- Benzenhöfer, Udo, Der gute Tod – Euthanasie und Sterbehilfe in Geschichte und Gegenwart. München 1999.
- Binding Karl, Hoche, Alfred, Die Freigabe der Vernichtung lebensunwerten Lebens. Ihr Maß und ihre Form. Leipzig 1920.
- Börner, Wilhelm. Euthanasie. Eine Erwiderung, in: Das monistische Jahrhundert 2 (1913), S. 249–254.
- Gall, Lothar, Das Argument der Geschichte, in: Historische Zeitschrift 264 (1997), S. 1–20.
- Haeckel, Ernst, Die Lebenswunder. Gemeinverständliche Studien über Biologische Philosophie. Stuttgart 1904.
- Heinisch, K.J. (Hrsg.), Der utopische Staat, Morus.– Utopia. Campanella – Sonnenstaat. Bacon – Neu-Atlantis. Übersetzt und herausgegeben von K. J. Heinisch (=Philosophie des Humanismus und der Renaissance Bd. 3). 26. Auflage Reinbek bei Hamburg 2001.
- Höffe, Otfried, Medizin ohne Ethik? (=Edition Suhrkamp 2245). Frankfurt a. M. 2002.
- Jakobovits, Immanuel, Jewish Medical Ethics. A comparative and historical study of the Jewish Religious Attitude and its Practice. New York 1975.
- Jost, Adolf, Das Recht auf den Tod. Sociale Studie. Göttingen 1895.
- Klee, Ernst, „Euthanasie“ im NS-Staat. Die „Vernichtung lebensunwerten Lebens“. Frankfurt a. M. 1983.

- Koch, Gerhard, Euthanasie. Sterbehilfe. Eine dokumentierte (!) Bibliographie. 2. Aufl. Erlangen 1990.
- Meltzer, Ewald, Das Problem der Abkürzung „lebensunwerten“ Lebens. Halle 1925.
- Morus, Thomas, Utopia. Aus dem Lateinischen von A. Hartmann. Mit einem Portrait des Autors von Erasmus von Rotterdam (=Diogenes Taschenbuch 20420). Basel 1981.
- Ostwald, Wilhelm, Euthanasie, in: Das monistische Jahrhundert 2 (1913), S. 335–341.
- Platon, Der Staat. Bearbeitet von Dietrich Kurz. Deutsche Übersetzung von Friedrich Schleiermacher (=Werke in acht Bänden Griechisch und Deutsch, Bd. IV). 2. Aufl. Darmstadt 1990.
- Plutarch, Große Griechen und Römer. Eingeleitet und übersetzt von K. Ziegler (=Die Bibliothek der alten Welt, Hrsg. von W. Rüegg). Bd. IV, S. 354–435 (Cato der Jüngere).
- Seneca, Trostschrift an Marcia, in: Seneca, Philosophische Schriften. Lateinisch und Deutsch. Bd. 1. Übersetzt und Hrsg. von M. Rosenbach. Darmstadt 1980.
- Seneca, Über die Kürze des Lebens, in: Seneca, Philosophische Schriften. Lateinisch und Deutsch. Bd. 2. Übersetzt und Hrsg. von M. Rosenbach. Darmstadt 1983.
- Sueton, Caesarenleben. Hrsg. und erläutert von Max Heinemann. Mit einer Einleitung von R. Till (=Kröners Taschenausgabe Bd. 130). Stuttgart 1957.
- Tacitus, Annalen. Lateinisch/Deutsch. Hrsg. von E. Heller. Zürich/München 1982.
- Thomas von Aquin, Summe der Theologie. Zusammengefasst, eingeleitet und erläutert von J. Bernhart. Bd. 3 (Der Mensch und das Heil). 3. Aufl. Stuttgart 1985.
- Wehler, Ulrich, Die Herausforderung der Kulturgeschichte (=Beck'sche Reihe 1276). München 1998.