

CAROLINE WELSH

EUTHANASIE, LEBENSWILLE, PATIENTENTÄUSCHUNG

Arthur Schnitzlers literarische Reflexionen im Kontext
zeitgenössischer Medizin und Literatur*

Hans: Sie glauben also dasselbe wie ich?
Entsetzlich, wenn man töten könnte!
Bernhardi's Verdacht blitzt auf.
Bernh: Man kann besseres: lügen.¹

In diesem kurzen Wortwechsel zweier Ärzte aus Arthur Schnitzlers frühen um 1900 entstandenen Notizen zum so genannten *Ärztstück* werden zwei historisch unterschiedliche Vorstellungen über Sterbehilfe (Euthanasie) zueinander in Beziehung gesetzt. Professor Bernhardi und sein Assistent, Hans Pflugfeder, besprechen hier die weitere Behandlung der, wie sich herausstellt, unheilbar an Krebs erkrankten Mutter Pflugfeders. Der eine, jüngere, der zugleich ihr Sohn ist, bevorzugt die um 1900 in verschiedenen Diskursen zunehmend thematisierte und heute wieder hochaktuelle Leidensverkürzung durch Lebensverkürzung. Er wird damit als ein Befürworter der sich gerade erst herausbildenden, modernen Euthanasie kenntlich.² Professor Bernhardis Alternative, die gezielte Täuschung

* Für anregende Diskussionen, kritische Kommentare und hilfreiche Hinweise zur medizinisch-historischen Forschungsliteratur möchte ich mich herzlich bei Volker Roelcke bedanken.

¹ Arthur Schnitzler, A, XXVII., Professor Bernhardi, Mappe 27, Blatt 37. Bibliographische Angaben aus dem Freiburger Nachlass richten sich nach: Gerhard Neumann, Jutta Müller, Der Nachlass Arthur Schnitzlers. Verzeichnis des im Schnitzler-Archiv der Universität Freiburg befindlichen Materials, München 1969.

² Der griechische Begriff *euthanasía* bezeichnete das Streben nach einem guten Tod, konkreter: »Erleichterung des Sterbens«. Unter der »modernen Euthanasie-Debatte« werden jene Diskurse über die Euthanasie zusammengefasst, die sich seit den 1890er Jahren mit der Frage nach der aktiven Sterbehilfe im Sinne einer gezielten Lebensverkürzung auseinandersetzen. Der Aspekt der vorsätzlichen Tötung unterscheidet die moderne Euthanasie von der zuvor von Ärzten praktizierten *euthanasia medica*. Er verbindet trotz aller Unterschiede die Euthanasie im Sinne einer Tötung auf Verlangen unheilbar Kranker mit späteren Bedeu-

der Patientin über ihren bevorstehenden Tod, greift hingegen auf eine ältere Auffassung ärztlicher Euthanasie, auf die ›*euthanasia medica*‹ des 19. Jahrhunderts zurück. Ziel dieser Sterbebegleitung durch den Arzt war unter explizitem Ausschluss einer aktiven Lebensverkürzung, »den Tod so leicht, so erträglich wie möglich zu machen«.³ Bemerkenswert ist Bernhardis Antwort, weil sie mit der Betonung der Bedeutung der Patiententäuschung einen heute kaum thematisierten und von der Forschung zur Geschichte der Euthanasie bisher nicht berücksichtigten, psychologischen Aspekt hervorhebt, der in der ›*euthanasia medica*‹ des 19. Jahrhunderts eine zentrale Rolle spielte. Die medizinhistorische Forschung hat die *euthanasia medica* bisher vor allem im Hinblick auf ihre Reflexionen über Möglichkeiten und Grenzen der Schmerzlindeung durch Medikamente sowie das Problem der Leidensverlängerung durch Lebensverlängerung und ihre Einstellung zur ›Tötung auf Verlangen‹ rezipiert.⁴ Fragt man hingegen, dem Wink Bernhardis folgend, nach der psychologischen Dimension der *euthanasia medica*, so zeigt die Lektüre der entsprechenden medizinischen Literatur, dass die Aufrechterhaltung der Lebenshoffnung des Kranken als die »hauptsächliche Aufgabe des Arztes bei der Euthanasie«⁵ über das gesamte 19. Jahrhundert hinweg die professionelle Sterbebegleitung durch den Arzt auszeichnete. Die folgende Parallellektüre medizinischer und literarischer Texte weist zudem darauf hin, dass

tungsverschiebungen des Begriffs im Sinne einer gezielten Tötung ›lebensunwerten Lebens‹ ohne Verlangen bzw. gegen den Willen der Betroffenen. Michael Schwarz versteht die moderne Euthanasie als »grundsätzliches Problem der Moderne«, die »ihre inhaltliche Gestalt vor dem und ohne den Nationalsozialismus längst gefunden hatte und mit ihren auf Kosten-Nutzen-Rechnungen ausgerichteten Argumentationsfiguren bis in die Gegenwart hineinreicht. Michael Schwarz, Euthanasie-Debatten in Deutschland (1895-1945), in: Vierteljahreshefte für Zeitgeschichte 46, 1998, 4, S. 617-665, S. 619.

³ Nicolaus Paradys, Rede [...] über das, was die Arzneywissenschaft vermag, den Tod leicht und schmerzlos zu machen [...], in: Neues Magazin für Aerzte Bd. 18, 1794, S. 560-572, S. 561.

⁴ Vgl. stellvertretend: Christoph Hoffmann, Der Inhalt des Begriffs ›Euthanasie‹ im 19. Jahrhundert und seine Wandlungen in der Zeit bis 1920, Berlin 1969; Hans-Walter Schmuhl, Rassenhygiene, Nationalsozialismus und Euthanasie. Von der Verhütung zur Vernichtung ›lebensunwerten Lebens‹ 1890-1945, Göttingen 1987, S. 25-28; Udo Benzenhöfer, Der gute Tod? Geschichte der *Euthanasie* und Sterbehilfe, Göttingen 2009; Andreas-Holger Maehle behandelt das Thema der Verschweigung der Diagnose etwas ausführlicher in seinem Buch zur Medizinethik im Kaiserreich, stellt jedoch keinen Bezug zur Euthanasie-Debatte her. Andreas-Holger Maehle, Doctors, Honour and the Law. Medical Ethics in Imperial Germany, Basingstoke 2009, S. 100-104.

⁵ Martin Mendelsohn, Über die Euthanasie, in: Zeitschrift für Krankenpflege 1, 1897, S. 1-7, 36-39; zitiert aus: Gerhard Grübler (Hrsg.), Quellen zur deutschen Euthanasie-Diskussion 1895-1941, Berlin 2007, S. 50-61. Hier: S. 55.

dieser »fromme Betrug«⁶ als Handlungsorientierung ärztlicher Euthanasie erst um 1900 – also zeitgleich mit dem Aufkommen der ethischen Diskussionen um die Berechtigung der Mitleidstötung im Rahmen der Sterbehilfe – grundsätzlich in Frage gestellt wurde.

Das Gespräch zwischen Hans Pflugfeder und Prof. Bernhardt markiert demnach in seiner verdichteten Gegenüberstellung zweier Positionen eine zeitgenössisch markante Bedeutungsverschiebung des Euthanasie-Begriffs im letzten Drittel des 19. Jahrhunderts: von der Euthanasie als ärztlicher Sterbebegleitung ohne Lebensverkürzung hin zur Euthanasie als aktive Sterbehilfe im Sinne einer gezielten Lebensverkürzung durch den Arzt. Diese Entwicklung wird in der Darstellung der Patiententäuschung als der besseren Alternative gegenüber der »Mitleidstötung« unheilbar Kranker aus der Perspektive Bernhards jedoch zugleich kritisiert. Welche Form der »Euthanasie« sich im weiteren Verlauf als die angemessene herausstellen sollte, ob Schnitzler hier überhaupt eine Wertung oder nicht vielmehr eine Diagnose zeitgenössischer Einstellungen zur Euthanasie bezweckte und wie eine solche Diagnose ausgesehen haben könnte, lässt sich aus den Fragmenten nicht erschließen. Auch die Forschungsliteratur zu Schnitzler bietet hier wenig Aufschluss. Seine literarischen Reflexionen zur Euthanasie-Problematik sind bisher kaum untersucht, die Bedeutung der Patiententäuschung im Rahmen der Euthanasie-Debatte, beispielsweise für die frühe Novelle *Sterben* (1892), nicht als solche erkannt.⁷

⁶ Mendelsohn, Über die Euthanasie (wie Anm. 5), S. 54.

⁷ Die Forschungsliteratur zu Schnitzler hat wiederholt medizinische Kontexte berücksichtigt, zumeist jedoch die Psychiatrie und Psychoanalyse (Michael Worbs, *Nervenkunst, Literatur und Psychologie im Wien der Jahrhundertwende*, Frankfurt/M. 1988) oder spezifische Krankheiten (Brigitte Schader, *Schwindsucht – Zur Darstellung einer tödlichen Krankheit in der deutschen Literatur vom poetischen Realismus bis zur Moderne*, Frankfurt/M. 1987). Richtungweisend sind neben der älteren Überblicksdarstellung von Walter Müller-Seidel, *Moderne Literatur und Medizin. Zum literarischen Werk Arthur Schnitzlers*, in: Giuseppe Farese (Hrsg.), *Akten des internationalen Symposiums »Arthur Schnitzler und seine Zeit«*, Frankfurt/M. 1985, S. 60-92, die Arbeiten von Horst Thomé, *Kernlosigkeit und Pose. Zur Rekonstruktion von Schnitzlers Psychologie*, in: *Fin de Siècle. Zu Naturwissenschaft und Literatur der Jahrhundertwende im deutsch-skandinavischen Kontext*, München 1984, S. 62-87; ders., *Arthur Schnitzlers Anfänge und die Grundlagenkrise der Medizin*, Vorwort zu *Arthur Schnitzlers medizinischen Schriften*, hrsg. v. Horst Thomé, Wien, Darmstadt 1988 und Wolfgang Riedel, *»Homo Natura«*. *Literarische Anthropologie um 1900*, Berlin, New York 1996, S. 226-250. Einen guten Einblick in die Todesthematik in Schnitzlers Werk bietet Dirk van Boetticher, *Meine Werke sind lauter Diagnosen: über die ärztliche Dimension im Werk Arthur Schnitzlers*, Heidelberg 1999, S. 68-94. In den Überblicksdarstellungen zur Euthanasie-Thematik in der Literatur sind Schnitzlers Texte nicht rezipiert worden. Vgl.: Joachim Linder, Claus Michael Ort, *»Recht auf den Tod« – »Pflicht zu Sterben«*. *Diskurse über die Tötung auf Verlangen, Sterbehilfe und »Euthanasie« in Literatur, Recht und Medizin des*

Arthur Schnitzler hat jedoch, auch das wird im Folgenden zu zeigen sein, in seinen literarischen Texten zwischen 1892 und 1908 – also in einer für die Wandlung des Euthanasie-Begriffs entscheidenden Phase – die »Euthanasie«-Debatte in allen Varianten von der *euthanasia medica* des 19. Jahrhunderts über die Tötung mit oder auch ohne Verlangen bei unheilbar Kranken bis hin zur Debatte um die Tötung »lebensunwerten Lebens« kritisch reflektiert und auf eine aus heutiger Perspektive zum Teil überraschende Weise kontextualisiert. Als, »Arzt und Sohn eines Arztes, also Beobachter und Skeptiker von Beruf«,⁸ kannte er aufgrund seiner Anstellung in der *Wiener Allgemeinen Poliklinik* (1888-1893) und als Redakteur und Rezensent medizinischer Fachliteratur⁹ nicht nur die zeitgenössischen Euthanasie-Debatten, sondern war auch mit den damaligen Praktiken im Umgang mit Sterbenden im Klinikalltag vertraut. Die Bedeutung des Klinikalltags für Schnitzlers frühes literarisches Schaffen, sowie umgekehrt die Funktion seiner literarischen Texte als Medium der Reflexion, der kritischen Darstellung und Analyse medizinisch-ethischer Probleme wird bereits in den Vorarbeiten zum *Ärztstück* deutlich.¹⁰ Diese beginnen mit kurzen Notizen, die (neben der Problematik des Antisemitismus) medizin-ethische Konfliktfelder skizzieren, wobei sich die Frage der Patiententäuschung oder Diagnosemitteilung sowie die aktive Sterbehilfe im Sinne einer Lebensverkürzung als dominante Themen herauskristallisieren. Aus den Vorarbeiten sind die Dramen *Der einsame Weg* (1904), *Der Ruf des Lebens* (1906) und *Professor Bernhardi* (1912) hervorgegangen.¹¹

19. und frühen 20. Jahrhunderts, in: Achim Barsch, Peter M. Hejl (Hrsg.), *Menschenbilder. Zur Pluralisierung der Vorstellung von der menschlichen Natur (1850-1914)*, Frankfurt/M. 2000, S. 260-319; Dietrich von Engelhardt, »Euthanasie«, in: Bettina von Jagow, Florian Steger (Hrsg.), *Literatur und Medizin. Ein Lexikon*, Göttingen 2005, S. 221-226. Die verschiedenen Umarbeitungen der Euthanasie-Thematik in den Fragmenten zum *Ärztstück* werden im Zusammenhang mit der Entstehungsgeschichte von *Professor Bernhardi* vorgestellt bei Sol Liptzin, *The Genesis of Schnitzler's Professor Bernhardi*, in: *Philological Quarterly* 10, 1931, S. 348-355.

⁸ Hugo von Hofmannsthal, *Wiener Brief*, 1922.

⁹ Zwischen 1880 und 1894 war Schnitzler Redakteur und Rezensent der von seinem Vater, Prof. Dr. med. Arthur Schnitzler herausgegebenen Fachzeitschriften *Wiener medizinische Wochenschrift* und *Internationale klinische Rundschau*. Vgl. Horst Thomé, *Arthur Schnitzlers Anfänge* (wie Anm. 7), S. 15-17.

¹⁰ Zur Funktion der Wissenschaftskritik bei Schnitzler vgl. Thomé (wie Anm. 7, S. 11-15) und Riedel (»Homo Natura«, wie Anm. 7, S. 231 f.). Die Literatur, nicht die Wissenschaft sei, so Riedel, für den Empiriker Schnitzler das »sprachliche und intellektuelle Medium«, das der Komplexität des Einzelfalls gerecht werde.

¹¹ Vgl. Sol Liptzin, *The Genesis of Schnitzler's Prof. Bernhardi* (wie Anm. 7).

Anhand der Euthanasie-Thematik kann daher exemplarisch der Ertrag einer Parallelektüre medizinischer und literarischer Texte sowohl für die Literaturwissenschaft als auch für die Medizingeschichte aufgezeigt werden. Das produktive Potential ergibt sich dabei aus der Eigendynamik einer wiederholt zwischen den Textgattungen wechselnden Lektüre: Erst mit einer durch Schnitzlers Texte geschärften Aufmerksamkeit erschließt sich in der Lektüre der medizinischen Literatur des 19. Jahrhunderts zur Euthanasie die Bedeutung der Patientenhoffnung und die Problematik des Wandels von der Patiententäuschung zur Diagnosemitteilung. Umgekehrt erweisen sich einige Texte Schnitzlers, die bisher nicht als Beiträge zur Euthanasie-Debatte identifiziert worden sind, erst durch die Berücksichtigung des medizinischen Euthanasie-Diskurses als kritische Reflexionen zu diesem Thema.¹² Vor dem Hintergrund einer solchen Grenzüberschreitung zwischen Literatur- und Medizingeschichte zeichnet sich ein neues Verständnis des Übergangs von der *euthanasia medica* des 19. Jahrhunderts zur »aktiven Euthanasie« des 20. Jahrhunderts ab. Hier taucht als neue, in der Medizinhistoriographie noch nicht gestellte Frage die nach einem Zusammenhang zwischen der Zunahme öffentlicher Debatten zur Legalisierung der Tötung auf Verlangen im Rahmen der Sterbehilfe um 1900 und dem Wandel in der ärztlichen Einstellung zur Diagnosemitteilung auf.

Die von Prof. Bernhardt einerseits und Hans Pflugfeder andererseits vertretenen Positionen strukturieren zugleich die folgenden Ausführungen. Zunächst soll die Bedeutung der Patiententäuschung als Bestandteil der Vorstellungen vom »guten Tod« in medizinischen Texten zur Euthanasie des 19. Jahrhunderts dargestellt werden. Thomas Anz' von der Literaturwissenschaft vielfach aufgegriffene These, dass die hässlichen Todesdarstellungen in der Literatur der Moderne als Kritik an der Verdrängung der Todesangst in der klassizistisch-idealistischen Ästhetik und ihrer »ideologisierten und trivialisierten Adaption im 19. Jahrhundert«¹³ zu

¹² Methodisch geht es hier, wie von Walter Erhart in seinem Forschungsüberblick zur Literatur und Medizingeschichte gefordert, um eine gleichwertige Untersuchung medizinischer und literarischer Texte als Bestandteile eines gemeinsamen Diskursbereichs. (Walter Erhart, Medizingeschichte und Literatur am Ende des 19. Jahrhunderts, in: Scientia Poetica. Jahrbuch für Geschichte der Literatur und der Wissenschaften 1, 1997, S. 224-267, zur Schnitzlerforschung S. 227-230) Der medizinische Diskurs wird nicht als fraglos gegebenes Hintergrundwissen verstanden, von dem sich der literarische Text als kritischer Gegendiskurs absetzen lässt (zur Kritik solcher Verfahrensweisen vgl. Erhart, ebd., S. 232-241). Der Blick auf die Wechselbeziehungen zwischen beiden Diskursbereichen dient vielmehr der kritischen Analyse beider Diskursbereiche.

¹³ Thomas Anz, Der schöne und der hässliche Tod. Klassische und moderne Normen literarischer Diskurse über den Tod, in: Karl Richter und Jörg Schönert (Hrsg.), Klassik und

verstehen sind, erhält vor diesem Hintergrund eine neue, von ihm nicht mitbedachte Bedeutung. Sie wird im zweiten Teil anhand von Schnitzlers früher Novelle *Sterben* herausgearbeitet, die nun als kritische Diagnose des Wandels von der Patiententäuschung zur Diagnosemitteilung um 1900 lesbar wird. Im Zentrum des abschließenden dritten Teils steht die moderne Euthanasie-Debatte zur ›Tötung auf Verlangen‹ im Rahmen der Sterbehilfe, wobei neben Schnitzlers Texten auch andere literarische Texte zur Euthanasie mitberücksichtigt werden. Hier wird nach der doppelten Funktion der ›schönen Literatur‹ einerseits für die Verbreitung und Bedeutungsverschiebung des Euthanasiebegriffs um 1900, andererseits als Medium kritischer Reflexion dieser Entwicklung zu fragen sein. Inwiefern partizipiert die Literatur als Medium der Ästhetisierung, Popularisierung und selektiven Vermittlung am außerliterarischen Diskurs zur Tötung unheilbar Kranker, oder ist sie gar selbst eine treibende Kraft, die dazu beiträgt, diesen Diskurs als solchen zu etablieren und mit anderen zu vernetzen – und wo gelingt es ihr umgekehrt, einen kritischen Gegendiskurs zu dieser Entwicklung zu formulieren?

I

Der Begriff der ›Euthanasie‹ wurde bereits in der Antike verwendet. Zum ärztlichen Spezialwissen gehört das Wissen um den ›guten Tod‹ jedoch erst seit der Zeit um 1800.¹⁴ Dabei wurden, dieses hat Roelcke überzeugend dargelegt, zwei nicht-medizinische Denktraditionen, die *ars moriendi* als Kunst der Gestaltung des Sterbens und die an den antiken Begriff der *euthanasia* geknüpften typologischen Kriterien für einen ›guten Tod‹ miteinander verknüpft und in den ärztlichen Diskurs integriert. Zwar habe bereits Francis Bacon in seiner systematischen Darstellung der spezifischen Aufgaben einzelner Wissenschaften diese Traditionslinien gedanklich zusammengeführt und dem Kompetenzbereich der Ärzte überantwortet. Als medizinisches Spezialwissen zum Umgang mit Sterbenden sei die Euthanasie jedoch erst um 1800 in den medizinischen Diskurs aufgenommen und im Sinne einer schmerzlindernden, Angst reduzierenden Sterbebegleitung zum offiziellen Bestandteil ärztlichen Handelns gemacht worden.

Moderne. Die Weimarer Klassik als historisches Ereignis und Herausforderung im kulturgeschichtlichen Prozeß, Stuttgart 1983, S. 409-432; hier: S. 427.

¹⁴ Vgl. Volker Roelcke, »Ars moriendi« und »euthanasia medica«: Zur Neukonfiguration und ärztlichen Aneignung normativer Vorstellungen über den »guten Tod« um 1800, in: Dietrich v. Engelhardt (Hrsg.), *Sterben und Tod bei Heinrich von Kleist und in seinem historischen Kontext*, Würzburg 2006; S. 29-44.

Eine Relektüre der für diese Entwicklung im deutschsprachigen Raum zentralen Texte, die auf der Basis des eingangs zitierten Dialogs zwischen Bernhardi und Pflugfeder nach der Bedeutung der Patiententäuschung für die *euthanasia medica* des 19. Jahrhunderts fragt, soll im Folgenden den medizinischen Diskurs zur Sterbebegleitung aus einer bisher unberücksichtigten Perspektive beleuchten. Für Christoph Wilhelm Hufeland und Johann Christian Reil, den wichtigsten, auch um 1900 rezipierten Initiatoren des medizinischen Diskurses zur Sterbebegleitung um 1800, gehörte die psychische Betreuung der Sterbenden zu den wichtigsten Aufgaben ärztlicher Euthanasie.¹⁵ Oberstes Gebot war die Aufrechterhaltung der Lebenshoffnung des Kranken auch in aussichtslosen Fällen. Reil betonte, dass der Arzt die »Hoffnung [des Patienten] nicht sinken lassen darf«, auch nicht bei »unheilbaren Krankheiten wie Schwindsucht, Wassersucht, Krebs«.¹⁶ Hufeland warnte mit Verweis auf den »hippokratischen Eid«, nach dem »jeder Arzt [...] geschworen [hat], nichts zu thun, wodurch das Leben eines Menschen verkürzt werden könne«,¹⁷ vor zwei Situationen am Sterbebett, die den wohlmeinenden Arzt zu einem, falschen Verhalten verleiten könnten. Die eine geht vom Mitleid (der »Stimme des Herzens«) des Arztes mit dem »von unheilbaren Übeln gepeinigten« Kranken aus. Dieser könne, »wenn er sich selbst den Tod wünscht«, auch den Arzt dazu verleiten zu glauben, dass es seine »Pflicht sey, jenen Elenden etwas früher von seiner Bürde zu befreien«. Eine solche gezielte Lebensverkürzung durch den Arzt sei »im höchsten Grade unrecht und strafbar« und hebe »geradezu das Wesen des Arztes auf«.¹⁸ An die Warnung vor möglichen Folgen solcher Grenzüberschreitungen schließt die zweite Situation am Sterbebett an, durch die der Arzt »ohne die mindeste böse Absicht«¹⁹ Gefahr läuft, das Leben seines Patienten zu verkürzen. Sie bezieht sich auf die Macht des Wortes, auf die möglicherweise tödlichen Folgen der Mitteilung der Diagnose der Unheilbarkeit, oder des bevorstehenden Todes durch den Arzt als Autoritätsperson. Der einleitende Satz: »Aber nicht bloß durch Handlungen, sondern auch durch Worte und Aeüßerungen kann das Leben eines Kranken verkürzt werden«²⁰ und die abschließende

¹⁵ Christoph Wilhelm Hufeland, Die Verhältnisse des Arztes, in: Neues Journal der practischen Arzneikunde und Wundarzneiwissenschaft 16, 1806, 3, S. 5-36; Johann Christian Reil, Entwurf einer Therapie, Kap. XV., Euthanasia, oder von den Hülfen erträglich zu sterben, Halle 1816, S. 560-582.

¹⁶ Reil, Entwurf einer Therapie (wie Anm. 15), S. 576.

¹⁷ Hufeland, Die Verhältnisse des Arztes (wie Anm. 15), S. 16.

¹⁸ Ebd., S. 15.

¹⁹ Ebd., S. 16.

²⁰ Ebd.

Feststellung: »Den Tod verkündigen, heißt, den Tod geben, und das kann, darf nie das Geschäft dessen seyn, der blos da ist, um Leben zu verbreiten«²¹ machen deutlich, wie wichtig Hufeland diese zweite, verbale Form ärztlichen Fehlverhaltens am Sterbebett ist. Der Grund für die potentielle Tödlichkeit einer solchen Mitteilung ist ein psychologischer. Er verweist auf die Bedeutung der Todesangst im Zeitalter der Aufklärung für die Etablierung der *euthanasia medica* um 1800:

Ist es nicht entschieden, dass Furcht, besonders des Todes, Angst und Schrecken, die gefährlichsten Gifte sind, und die Lebenskraft unmittlbar lähmen; Hoffnung und Muth hingegen die größten Belebungsmitel, die oft alle Arzeneien an Kraft übertreffen, und ohne welche die besten Mittel ihre Kraft verlieren.²²

Im Unterschied zu der von Philipp Ariès anhand seiner Interpretation von Leo Tolstois Erzählung *Der Tod des Ivan Iljitsch* (1886) aufgestellten These, dass »das Lügengewebe im Umkreis des Sterbenden« erst in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts einsetze,²³ zeigen diese frühen Texte zur *euthanasia medica* – zumindest für den deutschsprachigen Raum –, dass der Patiententäuschung im Hinblick auf den nahenden Tod bereits bei der Integration der Sterbebegleitung in den ärztlichen Tätigkeitsbereich um 1800 eine zentrale Bedeutung zukam. Ein Blick auf medizinische Texte zur Euthanasie um 1900 zeigt zudem, dass sich die Praxis der Patiententäuschung nicht, wie Ariès meint, ungebrochen bis ins 20. Jahrhundert fortsetzte.²⁴ Vielmehr gewann um 1900 die Diagnosemitteilung zunehmend an Bedeutung.

Für Euthanasie zu sorgen bedeutet auch im medizinischen Diskurs um 1900 ein »leichtes, sanftes Sterben« zu ermöglichen, indem man, beispielsweise durch eine großzügige Verabreichung von Narcotica, »die letzten Minuten oder Stunden des Kranken zu erleichtern« suchte. Das Wissen um die psychosomatische Bedeutung der Lebenshoffnung ist neben der Ablehnung aktiver Sterbehilfe weiterhin zentrales Thema medizinischer Abhandlungen zur Euthanasie. So wird die Berechtigung des Arztes, auf Bitte des Sterbenden ein »ohnedies verlorenes Leben vorzeitig abzuschließen« von Mendelsohn in seinem Aufsatz *Über Euthanasie* von 1897 ebenso »auf das Bestimmteste«²⁵ verneint wie in Villarets *Handwörterbuch der gesamten Medizin* (1888) und Albert Molls Lehrbuch *Ärztliche*

²¹ Ebd., S. 17.

²² Ebd., S. 16f.

²³ Philippe Ariès, *Geschichte des Todes*, Darmstadt 1996, S. 715–726; hier: S. 726.

²⁴ Ebd.

²⁵ Mendelsohn, *Über die Euthanasie* (wie Anm. 5), S. 52.

Ethik (1902) – und zwar explizit auch dann, wenn der Tod für den Betroffenen »nur eine Erlösung von namenslosen Qualen sein [würde].«²⁶ Anders sieht es bei der Frage nach der Mitteilung der Diagnose einer unheilbaren Krankheit und des bevorstehenden Todes aus. Von Villaret und Mendelsohn wird vor einer solchen Mitteilung mit dem tradierten Argument gewarnt, »dass auch der charakterstärkste Mann nicht gern stirbt, und dass man daher niemals, selbst nicht im verzweifeltsten Falle, dem Kranken die Hoffnung ganz nehmen soll.«²⁷ Die »wichtigste Aufgabe, ja eine der wichtigsten Regeln der Euthanasie« bestehe stattdessen darin, »die Lebenshoffnung des Kranken bis zum letzten Moment aufrecht zu erhalten.«²⁸ Auch allgemeine Ratgeber von Ärzten für Ärzte betonen vor der Jahrhundertwende die Bedeutung der Aufrechterhaltung der Lebenshoffnung durch Verschweigen der Diagnose. So schreibt der Wiener Chirurg Robert Gersuny in seinem Ratgeber *Arzt und Patient. Winke für beide* (1884): »Eine Prognose, welche das Leben abspricht, zu ertragen, sind nur wenige Charaktere stark genug; auch in ganz schlimmen Fällen ist es correct, dem Kranken und dessen Angehörigen nicht jeden Hoffnungsschimmer zu nehmen.«²⁹ Zugleich finden sich jedoch Stimmen, die diese Einstellung relativieren. Ausführlich wird das Problem von Albert Moll in seiner *Ärztlichen Ethik* behandelt, der zu dem Schluss kommt:

So gern der Arzt mitunter dem Klienten einen solchen Dienst leisten und so schwer es ihm auch sein mag, den Patienten die Nähe der Sterbensstunde anzukündigen, so gibt es doch Fälle, wo er sich diesem traurigen Dienst nicht entziehen darf.³⁰

Eine Mitteilung der Diagnose auf expliziten Wunsch des Patienten hätte demnach zu erfolgen, wenn entweder »die Erledigung irdischer Angelegenheiten« oder »die Vorbereitung auf das Jenseits« es erfordern würden. Sie solle allerdings nicht durch den behandelnden Arzt, sondern

²⁶ Albert Moll, *Ärztliche Ethik. Die Pflichten des Arztes in allen Beziehungen seiner Tätigkeit*, Stuttgart 1902, S. 120-134; hier: S. 128; A. Villaret, Art. »Euthanasie«, in: ders., *Handwörterbuch der gesamten Medizin*, Bd. 1, Stuttgart 1888, S. 553.

²⁷ Villaret, *Euthanasie* (wie Anm. 26), S. 553.

²⁸ Mendelsohn, *Über die Euthanasie* (wie Anm. 5), S. 54.

²⁹ Robert Gersuny, *Arzt und Patient. Winke für beide*, Stuttgart 1884, S. 19. Vgl. hierzu Andreas Holgar Maehle, *Doctors, Honour and the Law* (wie Anm. 4), S. 100-104.

³⁰ Albert Moll, *Ärztliche Ethik* (wie Anm. 26), S. 121. Zu Moll ausführlich Andreas Holgar Maehle, *Zwischen medizinischem Paternalismus und Patientenautonomie: Albert Molls »Ärztliche Ethik« (1902) im historischen Kontext*, in: A. Frewer, J.N. Neumann (Hrsg.), *Medizingeschichte und Medizinethik: Kontroversen und Begründungsansätze 1900-1950*, Frankfurt/M., 2001, S. 44-56.

durch einen unabhängigen Arzt in seiner Funktion als ›Gutachter‹ übermittelt werden. Zwar geht auch Moll von einer weit verbreiteten Todesangst aus und ist sich des Konflikts bewusst zwischen der Pflicht des Arztes, durch die »scharfe Betonung der baldigen Genesung«³¹ »den Patienten, auch wenn sich der Tod naht, seelisch aufzurichten«,³² und seiner Pflicht, dem Patienten die Diagnose mitzuteilen, wenn gute Gründe dafür vorliegen. Das Argument der »Humanität«, das zuvor dazu diente, die Täuschung des Patienten zu rechtfertigen, wird nun jedoch auf die Notwendigkeit der Mitteilung der Diagnose in solchen Fällen übertragen. Mögliche Fälle von Selbstmord werden dabei in Kauf genommen.³³

II

An diesem Konfliktpotential zwischen Patientenwohl durch Verschweigen oder aber durch Aufklärung setzen zwei für die Wiener Moderne repräsentative literarische Texte Schnitzlers an: die 1894 publizierte Novelle *Sterben*, die Schnitzlers ersten großen Erfolg als Erzähler darstellte,³⁴ und das aus den Notizen zum *Ärztstück* hervorgegangene Drama *Professor Bernhards* von 1912. Anhand der Entstehungsgeschichte *Professor Bernhards* lässt sich belegen, dass Schnitzler im Bereich medizinisch-ethischer Grenzsituationen nach einem Vorwand für die antisemitische Eskalation der Intrige gegenüber Bernhards gesucht hat. Als Konfliktstoff kristallisiert sich dabei in verschiedenen dicht aufeinander folgenden Notizen die Frage nach adäquaten Formen ärztlicher ›Euthanasie‹ heraus. Zunächst wird das Problem der Mitteilung des baldigen Todes durch den Arzt ins Zentrum stellt: Hier ist eine »alberne Untersuchung gegen [Bernhards] wegen Verletzung der Standesehre« eingeleitet worden, weil er »einen Kollegen, der einem Patienten den baldigen Tod prophezeite«, entlassen hatte.³⁵ Sodann erscheint in einer weiteren Notiz die Euthanasie im Sinne des Tötens Sterbender ohne ihr Verlangen als ein mögliches Motiv für die Intrige gegenüber Prof. Bernhards. Hier teilt der für forensische Untersuchungen zuständige Anatom dem Professor mit, dass zwei Fälle eines

³¹ Ebd., S. 162.

³² Ebd., S. 125.

³³ »Besteht beim Arzt eine derartige Überzeugung, so wird es in weit mehr Fällen human sein, wenn er dem Patienten die Wahrheit sagt, als wenn er ihn betrügt.« Ebd., S. 124. Zum Selbstmord vgl. ebd.

³⁴ Vgl. Ernst Jandel, *Die Novellen Arthur Schnitzlers*, Diss., Wien 1951, S. 45.

³⁵ Schnitzler, Nachlass (wie Anm. 1), A, XXVII, *Professor Bernhards*, Mappe 27, Blatt 31.

frühzeitigen Todes durch Morphium-Injektionen auf seiner Station vorgefallen seien, deren Bedeutung und mögliche Folgen Bernhardi jedoch unterschätzt.³⁶

Bernhardis Überzeugung von der Wichtigkeit der Patiententäuschung, wie sie in dem eingangs zitierten Dialog zwischen Bernhardi und Hans Pflugfeder vorgestellt wurde, geht schließlich in die Endfassung der Komödie ein. Die Weigerung des Arztes und Klinikdirektors Bernhardi, dem Pfarrer Zugang zu einer sterbenden Katholikin zu gestatten, um sie nicht mit dem bevorstehenden Tod zu konfrontieren, dient nun als willkommener Vorwand für die antisemitisch motivierte Intrige und führt schließlich zu Bernhardis Suspendierung und Inhaftierung als »Religionsstörer«.³⁷ Hatte Moll in seiner *Ethik für Ärzte* ausdrücklich betont, dass bezüglich der ärztlichen Entscheidung zur Herbeirufung des Geistlichen der Wunsch und der »Glaube des Patienten den Ausgangspunkt abgeben« sollte und nicht »einzig und allein der Standpunkt sogenannter Aufklärung«,³⁸ so verkompliziert das Drama die Ausgangssituation: es präsentiert den Arzt Bernhardi nicht nur als Aufklärer, sondern auch als Juden im antisemitischen Milieu Wiens um 1900, und die Patientin als junge, sündige Katholikin, die aufgrund ihrer illegalen Abtreibung aus der Sicht des Pfarrers »der Absolution dringender als manche andere [bedarf].«³⁹ Die Sterbende hat ihrerseits weder, wie von Moll in solchen Situationen gefordert, um Aufklärung über ihren Zustand gebeten noch den Wunsch nach einem Pfarrer geäußert, sondern befindet sich, so erklärt Bernhardi dem Pfarrer die Situation, in einem »völlig ahnungslos[en]« Zustand:

Sie ist verloren, aber sie glaubt sich genesen [...] Und sie erwartet alles andere eher, als diesen Besuch. Sie ist vielmehr in dem glücklichen Wahn befangen, dass in der nächsten Stunde jemand, der ihr nahe steht, erscheinen wird, um sie abzuholen, und sie wieder mit sich zu nehmen, – ins Leben und ins Glück.⁴⁰

Der Arzt Bernhardi sieht es, ganz im Einklang mit traditionellen Vorstellungen zur *euthanasia medica*, als seine Pflicht an, »wenn nichts anderes mehr in meinen Kräften steht, meinen Kranken, wenigstens soweit als möglich, ein glückliches Sterben zu verschaffen.«

³⁶ Ebd., Blatt 33.

³⁷ Arthur Schnitzler, Professor Bernhardi, in: Arthur Schnitzler: Gesammelte Werke in drei Bänden, hrsg. v. Hartmut Scheible, Bd. 2, Dramen, Düsseldorf 2002, S. 683-821; hier: S. 720.

³⁸ Moll, *Ärztliche Ethik* (wie Anm. 26), S. 127 u. 126.

³⁹ Schnitzler, Professor Bernhardi (wie Anm. 37), S. 704.

⁴⁰ Ebd., S. 703. Ebenso die folgenden Zitate.

Die »absolute Euphorie« und der »glückliche Wahn« der Sterbenden stellen für ihn eine solche Situation »glücklichen Sterbens« dar. Was er vermeiden möchte ist, dass diese durch den Besuch des Pfarrers »aus diesem letzten Traum erweck[t]« wird. Der Pfarrer hingegen stellt diese Sichtweise in Frage: »Ein glückliches Sterben? Es ist wahrscheinlich, Herr Professor, dass wir darunter unterschiedliche Dinge verstehen.« Prägnant inszeniert das Drama in den beiden Dialogen zwischen dem Arzt und dem Pfarrer im ersten und vierten Akt die Unvereinbarkeit der jeweiligen Vorstellungen, wie ein »glückliches Sterben« auszusehen hätte. Deutlich wird, dass es hier auch allgemeiner um die Frage nach der Zuständigkeit des Geistlichen oder des Arztes am Sterbebett geht, dass die professionell bedingte Differenz an einen politischen Machtkampf zwischen »Gotteshäusern« und »Krankenhäusern«⁴¹ gebunden ist.

Vor diesem Hintergrund lässt sich Schnitzlers frühe Novelle *Sterben*, 1892 verfasst und 1894 in der *Neuen deutschen Rundschau* erschienen, neu perspektivieren. Ist die Euthanasie-Problematik in *Prof. Bernhardi* lediglich der Auslöser für das eigentliche Thema der antisemitischen Intrige, so steht hier die Frage der Euthanasie im Sinne der adäquaten ärztlichen Sterbebegleitung im Zentrum. Als medizinisch-psychologische Fallgeschichte angelegt, handelt *Sterben* ausschließlich vom Sterbeprozess des an Tuberkulose erkrankten Protagonisten Felix und den Auswirkungen des Wissens um das Sterben-Müssen auf seine Beziehung zu Marie.

Von der Forschung wurde die Novelle aufgrund der Thematik und der innovativen literarischen Techniken als »repräsentativer Prosatext der Wiener Moderne«⁴² und »Meisterstück der geschlossenen Form«⁴³ gewürdigt. Hervorgehoben wurden auf der Ebene der Darstellung die strenge Ökonomie und dramatische Form sowie der Einsatz erlebter Rede und des inneren Monologs zur »schonungslosen Seelenzergliederung mit literarischen Mitteln«.⁴⁴ Die Interpretationen konzentrieren sich auf zwei Themenkomplexe: auf ästhetische Aspekte der Darstellung des Sterbens im Kontext der literarischen Moderne einerseits sowie andererseits

⁴¹ Ebd., S. 735.

⁴² Joachim Pfeiffer, *Tod und erzählen. Wege der literarischen Moderne um 1900*, Tübingen 1997, S. 148; Thomas Anz, *Der schöne und der hässliche Tod* (wie Anm. 13); Marianne Wunsch, *Grenzerfahrung als Epochengrenze. Sterben in C.F. Meyers »Die Versuchung des Pescara« und Arthur Schnitzlers »Sterben«*, in: W. Lukas, G. Frank (Hrsg.), *Norm – Grenze – Abweichung*, Passau 2004, S. 127-146; Carl Pietzcker, *Sterben. Eine novelle expérimentale*, in: Hee-Ju Kim, Günter Sasse (Hrsg.), *Interpretationen. Arthur Schnitzler. Dramen und Erzählungen*, Stuttgart 2007, S. 31-45.

⁴³ Wolfgang Riedel, *»Homo Natura«*. *Literarische Anthropologie um 1900* (wie Anm. 7), S. 226-250; hier: S. 21.

⁴⁴ Joachim Pfeiffer, *Tod und erzählen* (wie Anm. 42), S. 148.

auf die literarische Inszenierung der psychologischen Entfremdungsprozesse der Liebenden als Folge des Wissens um den bevorstehenden Tod. So stellt die Novelle für Thomas Anz ein frühes Beispiel für eine »neue Ästhetik des hässlichen Todes«⁴⁵ in der Literatur der Moderne dar, die »tradierte Normen des literarischen Sprechens über Liebe und Tod«⁴⁶ außer Kraft setzt. Hatte das 19. Jahrhundert, insbesondere aber die Literatur des Realismus, die Todesangst im Bereich der schönen Künste durch idealisierende und romantische Todesdarstellungen zu verdrängen gesucht, so vollziehe sich »mit dem Beginn der literarischen Moderne [...] ein Prozess, in dem die literarische Norm, über den Tod schön zu sprechen, an Verbindlichkeit stark verliert, ja immer häufiger provokativ durchbrochen wird«.⁴⁷ Die zentrale Funktion dieser neuen Ästhetik charakterisiert Anz als aufklärend und humanisierend: Ziel hässlicher Todes- und Sterbensdarstellungen in der Literatur der Moderne sei es unter anderem, die beschönigenden und realitätsfernen literarischen und philosophischen Sprechweisen über den Tod zu hinterfragen. Als »authentisch und natürlich erscheinen in der Erzählung nur die Angst vor dem Tod und der Wille zum Leben«.⁴⁸ Brigitta Schader schließt in ihrer Analyse der Schwindsucht in der Literatur des Realismus und der Moderne an diese Grundthese von Anz an und bestätigt sie im Hinblick auf den Wandel der Darstellungen des Tuberkulose Todes in der Literatur zwischen Realismus und Moderne. Schader kontrastiert die detaillierte Darstellung des schmerzhaft langsamen Sterbeprozesses in Schnitzlers Novelle mit den ästhetisierenden und idealisierenden Darstellungen von Tuberkulosepatienten in der Literatur des 19. Jahrhunderts. Schnitzlers spezifisch moderne Form der Todesdarstellung wird als »Abrechnung mit der Ästhetisierung körperlichen Leidens und dekadenter Verherrlichung von Krankheit, Verfall und Sterben«⁴⁹ und als gezielte Desillusionierung des (neu)romantischen Bildes vom »ätherischen Phthisiker« eingestuft.⁵⁰ In beiden Interpretationsansätzen liegt der Fokus auf dem Wandel der Todesdarstellungen in der Literatur der Moderne. Gegenüber den schönen Todesdarstellungen

⁴⁵ Thomas Anz, *Der schöne und der hässliche Tod* (wie Anm. 13), S. 411.

⁴⁶ Ebd., S. 425.

⁴⁷ Ebd., S. 421 f.

⁴⁸ Ebd., S. 426.

⁴⁹ Brigitta Schader, *Schwindsucht* (wie Anm. 7), S. 72.

⁵⁰ Ebd., S. 81. Zur ästhetischen Verklärung der Tuberkulose in der Literatur des späten 19. Jahrhunderts vgl. auch Dietrich von Engelhardt, *Medizin und Literatur in der Neuzeit*, Bd. 1. *Darstellung und Deutung*, Hüttgenwald 1991, S. 73-89 und Vera Pohland, *From Positive Stigma to Negative Stigma: A Shift of Literary and Medical Representation of Consumption in German Culture*, in: Rudolf Käser, Vera Pohland (Hrsg.), *Disease and Medicine in Modern German Cultures*, Ithaca 1990, S. 144-168.

des 19. Jahrhunderts erheben die desillusionierenden Darstellungen des Sterbens in der Literatur der Moderne, so die Grundthese, Anspruch auf eine ungeschminkte, authentische Sichtweise auf den Tod.

Joachim Pfeiffer, Wolfgang Riedel und Carl Pietzcker konzentrieren sich auf die Beziehungsdynamik zwischen dem an Tuberkulose erkrankten Felix und seiner Geliebten Marie und damit auf die literarische Inszenierung der verschiedenen psychologischen Stadien, die diese beiden Figuren in der Konfrontation mit seinem Sterbeprozess durchlaufen. Alle drei betrachten die Novelle als eine *nouvelle expérimentale*,⁵¹ als psychologisches Experiment im Medium der Literatur, wobei Pfeiffer die Demonstration der Untauglichkeit traditioneller literarischer und philosophischer Bewältigungsmuster zum Umgang mit dem Tode fokussiert, Riedel im Kontext von Schopenhauers Lebensphilosophie hingegen die Konfrontation von Eros und Thantos ins Zentrum rückt: »die Liebe steht hier auf dem Prüfstand, der Tod ist der Prüfer. Er ist das Gewisse, sie das Fragliche; um sie geht es in diesem Experiment.«⁵²

Allgemeiner Konsens dieser Interpretationen ist, dass die Novelle als »Antiverdrängungsgeschichte«, als »schonungsloser Text der Aufklärung und Desillusionierung, der konsequenten psychologischen Analyse« einzustufen sei.⁵³ Traditionelle Bewältigungsformen aus Literatur und Philosophie, wie beispielsweise die zuerst von Marie, später von Felix gewählte Flucht in die romantische Vorstellung eines Doppelselbstmords, aber auch die von Felix zu Beginn eingenommene philosophisch-stoische Haltung zum Tode und die gemeinsame Flucht in die Idylle der Bergwelt als Versuch einer Verdrängung des Wissens um den Tod scheitern demnach angesichts der »nackten, ungeschminkten Angst vor dem einsamen Verlöschen.«⁵⁴ Der anfangs von Marie als Angstabwehr heraufbeschworene Doppelselbstmord verwandelt sich im Verlaufe der Novelle in eine fixe Idee von Felix, der Marie nun notfalls auch mit Gewalt mit sich in den Tod reißen will. An die Stelle des Ideals selbstloser Liebe tritt der »Egoismus des Willens zum Leben«,⁵⁵ die »grenzenlose wütende Angst vor dem Tode«⁵⁶ und

⁵¹ Die Namensverwandtschaft Bernhardis mit dem Vater der experimentellen Medizin Claude Bernard wurde in der Forschungsliteratur wiederholt hervorgehoben. Wichtig ist hier die Zuordnung Bernhardis zu der auf Diagnose, nicht auf Therapie spezialisierten naturwissenschaftlichen Medizin der ›Wiener Schule‹ um 1900.

⁵² Riedel (wie Anm. 7), S. 245.

⁵³ Pfeiffer (wie Anm. 42), S. 148.

⁵⁴ Ebd., S. 151.

⁵⁵ Riedel (wie Anm. 7), S. 248.

⁵⁶ Arthur Schnitzler, Sterben, in: ders., *Gesammelte Werke in drei Bänden*, hrsg. v. Hartmut Scheible, Bd. 1, Erzählungen, Düsseldorf 2002, S. 60-145; hier: S. 110.

die Erkenntnis der Unmöglichkeit eines gegen den eigenen Lebenstrieb gerichteten Liebesversprechens.⁵⁷

Die Bedeutung der Novelle für den ästhetischen Wandel der Todes- und Sterbensdarstellungen in der Moderne soll hier ebenso wenig wie Riedels Interpretation der Novelle als Verabschiedung idealistisch-romantischer Liebesvorstellungen angesichts einer vom Willen nicht kontrollierbaren Triebrealität in Frage gestellt werden. Beide Positionen lassen sich jedoch stärker konturieren, wenn man berücksichtigt, dass dieser Wandel in der Novelle an eine ganz bestimmte Konstellation des Sterbens geknüpft ist. Übersehen wird in all diesen Interpretationen, dass die – vor allem psychologische – Hässlichkeit des langsamen Sterbeprozesses hier von der *Mitteilung* des bevorstehenden Todes durch einen Arzt ihren Ausgang nimmt.⁵⁸ *Sterben* kann daher, so möchte ich die vorhandenen Thesen erweitern, nicht nur als Experiment auf die Standhaftigkeit der Liebe angesichts des Todes oder auf die Brauchbarkeit konventioneller Sprechweisen über den Tod gelesen werden. Auch handelt es sich nicht um ein allgemeines Plädoyer für die schonungslose Konfrontation mit der Hässlichkeit des Sterbens in der Literatur. Die zentrale Frage, auf welche die Novelle eine Antwort darstellt, ist vielmehr die nach den psychologischen Konsequenzen und Möglichkeiten des Umgangs mit der Diagnose eines vermeintlich sicheren Todes. Angelegt als Experiment, entwickelt die Novelle die literarischen Techniken der erlebten Rede und des inneren Monologs weiter, um mit ihnen die psychologischen Konsequenzen der Mitteilung des bevorstehenden Todes für alle Betroffenen zu erforschen.

Die medizinische Debatte über die Bedeutung von Patiententäuschung oder Diagnosemitteilung wird in *Sterben* als Konflikt zwischen Hausärzten und Klinikern, also zwischen stärker am Patienten oder an experimenteller Forschung und Diagnosemethoden interessierten Medizinern inszeniert. Alfred, der Hausarzt und zugleich ein guter Freund des Liebespaars vertritt die ältere Position der unbedingten Aufrechterhaltung der Lebenshoffnung. Er verschweigt dem Paar das Ausmaß und die Natur des

⁵⁷ Vgl. Riedel (wie Anm. 7), S. 247f.: »Der Ausgang des Experiments ist damit vorgezeichnet. Die Liebesideale können sich gegen die Realität nicht behaupten, entpuppen sich als Illusionen. Felix, der auf Marie selbstlos verzichten wollte, sieht in ihr nur noch seinen ›Besitz‹, eine ›Sklavin‹: ›Er muß sie haben!‹, Marie, die mit Felix in den Tod gehen wollte, muss machtlos zusehen, wie das Leben, je näher der Tod ihrem Geliebten rückt, sie um so weiter von ihm entfernt.«

⁵⁸ In der Forschungsliteratur hat bisher nur Jacques Le Rider explizit auf die Bedeutung der Novelle als Kritik am ärztlichen Umgang mit der Diagnosemitteilung hingewiesen, ohne allerdings weiter darauf einzugehen. Jacques Le Rider, Arthur Schnitzler oder die Wiener Belle Époque, Wien 2007, S. 79.

Leidens und betont die Chancen einer Genesung bei einem der Krankheit angemessenen Lebenswandel. Der von Felix im Sinne Albert Molls als ›Gutachter‹ hinzugezogene Kliniker Professor Bernard teilt diesem hingegen nicht nur die Diagnose der Tuberkulose mit, sondern auch die ihm vorrausichtlich noch verbleibende Lebenszeit. Dass auch dieser solche Diagnosemitteilungen nur macht, wenn triftige Gründe für eine Aufklärung des Patienten bestehen, geht daraus hervor, dass Felix den Professor »so lange mit Lügen und falscher Würde zugesetzt, bis ihm die volle, unerbittliche Wahrheit geworden.«⁵⁹ Alfreds Reaktion auf das Verhalten des Kollegen ist eindeutig: »Es ist zu dumm« [...] »es ist zu dumm. Ich begreife das nicht! Als wenn es so dringend notwendig wäre, einen Menschen –.«⁶⁰ Diese Mitteilung der wissenschaftlichen Diagnose des bevorstehenden Todes durch den Arzt als Autoritätsperson stellt, so möchte ich im Folgenden darlegen, die ›unerhörte Begebenheit‹ dar, von der die Novelle ihren Ausgang nimmt. Unerhört ist sie in dem Sinne, dass das Wissen um die nur noch kurze verbleibende Lebenszeit als ein gänzlich unfassbares Ereignis ins Leben einbricht und dieses radikal verändert:

Es ist etwas unbegreifliches, nicht war? Denk' einmal, ich, der da neben Dir hergeht und Worte spricht, ganz laute, die Du hörst, ich werde in einem Jahr daliegen, kalt, vielleicht schon vermodert.⁶¹

Die Novelle selbst setzt zeitlich unmittelbar nach der Mitteilung der Diagnose durch den Professor mit einem Bericht über dieses Ereignis ein. Sie endet in einer literarisch virtuoson Darstellung der letzten Minuten des Sterbens mit der Erfüllung der Prognose. Unfähig, das Erfahrene für sich zu behalten, berichtet Felix zu Beginn der Novelle seiner Geliebten: »Marie, Marie, ich hab dir's nicht sagen wollen. Ein Jahr noch, dann ist es aus.«⁶² Leitmotivisch durchzieht nun das Wissen um die Jahresfrist die Novelle,⁶³ unerbittlich führt es zur Entfremdung zwischen den Liebenden. In langen Passagen erlebter Rede an der Grenze zum inneren Monolog

⁵⁹ Schnitzler, *Sterben* (wie Anm. 56), S. 89.

⁶⁰ Ebd., S. 70.

⁶¹ Ebd., S. 65.

⁶² Ebd., S. 64.

⁶³ Vgl. ebd.: »Um sie herum gingen lauter Menschen, die gingen und sprachen und lachten und lebten und an den Tod nicht dachten« (S. 72). Felix: »Andere wieder gehen heute stolz und gesund herum, und irgend ein blödsinniger Zufall rafft sie in ein paar Wochen dahin. Die denken gar nicht ans Sterben, nicht wahr?« (S. 76) und »Er betrachtete sie lange. ›Du scheinst es wirklich absolut nicht begreifen zu können. Man muss es dir augenfällig machen. Sieh' einmal her.‹ Er nahm die Zeitung zur Hand. ›Was steht hier?‹ ›12. Juni 1890.‹ ›Ja, 1890. Und jetzt denke dir, es steht da statt der Null eine Eins. Da ist schon alles längst vorbei. Ja, verstehst du's jetzt?« (S. 77) sowie: »Der Tag kommt ja, unerbittlich, immer näher kommt er

entfaltet sich die Innenperspektive beider Figuren und zeigt, wie zerstörerisch sich das Wissen um den baldigen Tod des Einen auf das Leben beider auswirkt, wie es mit den Momenten der Hoffnung auch diejenigen liebevoller Annäherung zerstört.⁶⁴ Damit einher geht ein Wandel in Felix' Einschätzung seines Besuchs bei Professor Bernhard. Zwar hatte Felix zuvor »so fürchterlich gelitten [...] unter der Ungewissheit«⁶⁵ und war auch zu Beginn der Novelle der Überzeugung, dass er mit der Klarheit über seinen Zustand besser umgehen könne.⁶⁶ Im Verlauf der folgenden Monate gelangt er jedoch zur Erkenntnis, dass das Wissen um den Tod und das »Erwarten dieses Tages, nichts anderes als eine qualvolle Frist und ärger als der Tod selbst« ist.⁶⁷ Als er schließlich aus der Zeitung erfährt, dass Professor Bernhard selbst unerwartet gestorben ist, wird ihm deutlich, »wie sehr er diesen Mann gehasst hatte«, »der mit der ganzen Weisheit seiner unerschütterlichen Gesundheit dem Hilfesuchenden jede Hoffnung genommen.«⁶⁸

Den psychologischen Gründen für diesen Wandel vom Wunsch nach Aufklärung hin zur Sehnsucht nach Unwissenheit gilt das Interesse der Novelle. Im Zentrum steht dabei die Erkenntnis, dass angesichts der »grenzenlosen wütenden Angst, von der sich gesunde Menschen keinen Begriff machen können«,⁶⁹ traditionelle Bewältigungsstrategien, die den Umgang mit Tod und Sterben erleichtern sollen, versagen.⁷⁰ »Man verfälscht die Psychologie der Sterbenden«, so konstatiert Felix nach seiner Schopenhauerlektüre, »weil sich alle weltgeschichtlichen Größen, deren Tod man kennt, verpflichtet gefühlt haben, für die Nachwelt eine Komödie aufzuführen [...] ihre Fassung, ihr Lächeln ist Pose, denn sie alle haben Angst, grässliche Angst vor dem Tode; die ist so natürlich wie das Sterben selbst.«⁷¹ Die Bewältigungsstrategien des 19. Jahrhunderts erweisen sich

heran, wo er davon und sie zurücklassen muss. Sein ganzes Dasein ist ja ein Erwarten dieses Tages, nichts anderes als eine qualvolle Frist, ärger als der Tod selbst« (S. 88 f.).

⁶⁴ Ebd., S. 79 ff. und S. 90.

⁶⁵ Ebd., S. 65.

⁶⁶ Vgl. ebd.: »Nun ist's besser. Jetzt weiß ich's wenigstens. Ich war beim Professor Bernhard, der hat mir wenigstens die Wahrheit gesagt.« (S. 65); »Wenn man philosophisch denkt, so ist es nicht so fürchterlich. Wir haben ja noch so viel Zeit, glücklich zu sein; nicht Mietz?« (S. 67) »Ja, jetzt habe ich Gewissheit. [...] Es handelt sich nur darum, das letzte Jahr so weise als möglich zu verleben. Du wirst schon sehen, mein lieber Alfred, ich bin der Mann, der lächelnd von der Welt scheidet.« (S. 71)

⁶⁷ Ebd., S. 89.

⁶⁸ Ebd., S. 93.

⁶⁹ Ebd., S. 110.

⁷⁰ Vgl. Pfeiffer, *Tod und erzählen* (wie Anm. 42), S. 149.

⁷¹ Schnitzler, *Sterben* (wie Anm. 56), S. 110.

als trügerisch, nicht, weil sie den Tod verdrängen, sondern weil sie das Wissen um die für Schnitzler anthropologisch fundierte *Angst* vor dem Tod verdrängen.⁷²

In Unkenntnis dieser existentiellen Angst und im Glauben an die Kraft der Rationalität bittet Felix zu Beginn der Novelle um Aufklärung über seinen Zustand. Die Novelle zeigt jedoch die Unmöglichkeit, mit dem Wissen um den nahenden Tod zu leben. Die Kritik des Hausarztes Alfred an der Diagnosemitteilung des Klinikers Bernard steht nicht nur in der Tradition der *euthanasia medica* des 19. Jahrhunderts. Sie ist auch als zentrale Aussage der Novelle zu sehen: »Ich sag's ja immer«, rief der Doktor aus, »diese großen Kliniker sind alle zusammen keine Psychologen.«⁷³ Durch die ausschließliche Orientierung am objektiven Befund der Diagnose gerät die subjektive Befindlichkeit des Patienten aus dem Blickfeld.

Durch die Wahl der Tuberkulose als Krankheit in *Sterben* wird diese Lesart unterstützt. Seit der Entdeckung des Tuberkelbazillus durch Robert Koch im Jahre 1882 galt die Tuberkulose als eine bereits im Frühstadium, also vor dem Ausbruch eindeutiger Symptome diagnostizierbare aber unheilbare Krankheit mit einem relativ übersichtlichen Krankheitsverlauf. Die Diskrepanz zwischen dem ärztlichen Wissen um den Zustand seines Patienten und dem Krankheitsgefühl des Tuberkulosepatienten im Frühstadium machte zusammen mit der für diese Krankheit als typisch angesehenen Hoffnung auf Genesung in Phasen scheinbarer Besserung die Problematik der Diagnosemitteilung besonders deutlich. Über das gesamte 19. Jahrhundert hinweg galt in den Texten zur *euthanasia medica* das Sterben an Schwindsucht – gerade wegen der mit dieser Krankheit einhergehenden ausgeprägten Lebenshoffung des Patienten – als ein exemplarisch milder, guter Tod, als *euthanasia* also im ursprünglichen, topologischen Sinne. Dem Arzt bliebe, so konstatiert Reil zu Beginn des Jahrhunderts, in solchen Fällen wenig zu tun, weil bereits »die Natur mancherlei gethan« habe, das Sterben zu erleichtern.⁷⁴ Gersuny betont 1884, dass Krankheitsnamen wie der »Krebs und die Tuberkulose« so gefürchtet

⁷² Vgl. Arthur Schnitzler, *Buch der Sprüche und Bedenken*, Wien 1927, S. 47: »Was an tiefsten in der menschlichen Natur steckt, ist doch die Angst vor der Vernichtung«. Zu Schnitzlers Anthropologie vgl. Riedel, »Homo natura« (wie Anm. 7).

⁷³ Schnitzler, *Sterben* (wie Anm. 56), S. 71. Vgl. dagegen Schader und Müller-Seidel, die Prof. Bernard, wenn auch nicht ungebrochen, als »Verfechter der Wahrheit« einstufen (Müller-Seidel, wie Anm. 7, S. 8) und den Hausarzt als »Verbündeten im Verleugnungsprozess« kritisieren (Schader, wie Anm. 7, S. 98).

⁷⁴ Reil, *Entwurf* (wie Anm. 15), S. 572. Vgl. ebd.: »In der Schwindsucht verlässt die Hoffnung den Kranken nicht, und er entwirft noch Pläne für ein langes Leben, wenn der Tod schon auf seinen Lippen ruht.«

[sind], dass man sie nicht nennen darf, soll der Kranke nicht eine ganz falsche oder übertriebene Vorstellung von seinem Zustand bekommen«. ⁷⁵ Und auch zwei Jahre, nach der Publikation von Schnitzlers Novelle, schreibt Mendelsohn: »Es ist bekannt, dass Lungenschwindsüchtige niemals lebensfroher und freudiger sind, als in der allerletzten Zeit ihres Lebens«. ⁷⁶ In der Novelle vergleicht Felix selbst seine eigene Situation mit der anderer Tuberkulosepatienten, die nicht um die Ausweglosigkeit ihrer Situation wissen:

Wenn er nur nicht von Jugend an gelernt hätte, sich selbst zu beobachten! Alle Zeichen seiner Krankheit hätten sich ja noch übersehen oder doch gering achten lassen. Sein Gedächtnis rief ihm das Bild von Leuten zurück, die er gekannt, an denen dieselbe Todeskrankheit gezerrt hatte, wie an ihm, und die noch wenige Wochen vor ihrem Tode heiter und hoffnungsfreudig in die Zukunft geblickt hatten. Wie verfluchte er die Stunde, da ihn seine Ungewissheit zu jenem Arzt geführt, dem er so lange mit Lügen und mit falscher Würde zugesetzt, bis ihm die volle, unerbittliche Wahrheit geworden. ⁷⁷

Das »traurige Ende der Geschichte«, Maries Flucht ins Leben und Felix' einsames Sterben, ist nicht, wie Anz und Schader meinen, die Folge der »Arztlügen Alfreds, die die trügerischen Hoffnungen des Kranken und damit auch sein verzweifelt Aufbegehren gegen sein Schicksal zu unterstützen wussten«. ⁷⁸ Schnitzler richtet sich hier auch nicht, wie Walter Müller-Seidel schreibt, gegen die »Beschönigungen des Arztes« und »in erster Linie gegen veraltete Auffassungen – in Medizin und Literatur gleichermaßen«. ⁷⁹ Schnitzlers novellistisches Experiment bestätigt vielmehr gegen moderne Strömungen gerade die traditionelle Praxis des Umgangs mit dem Sterben.

Die zeitgenössische Debatte um eine Änderung dieser Spielregeln durch die Mitteilung des bevorstehenden Todes, wie sie beispielsweise von Moll geführt wurde, erscheint vor diesem Hintergrund nur aufgrund der Verdrängung der elementaren Realität der Todesangst möglich. Wenn Schnitzlers Novelle eine »Antiverdrängungsgeschichte« ist, dann gerade nicht in dem Sinne, dass sie, wie Anz impliziert, eine schonungslose Aufklärung befürwortet. Schnitzlers Ästhetik des psychologisch hässlichen Sterbens ist kein Plädoyer für eine bewusste Konfrontation Sterbender

⁷⁵ Gersuny, Robert, *Arzt und Patient* (wie Anm. 29), S. 21.

⁷⁶ Mendelsohn, *Über die Euthanasie* (wie Anm. 5), S. 52.

⁷⁷ Schnitzler, *Sterben* (wie Anm. 56), S. 89.

⁷⁸ Schader, *Schindsucht* (wie Anm. 7), S. 96.

⁷⁹ Müller-Seidel, *Moderne Literatur und Medizin* (wie Anm. 7), S. 64.

mit ihrem Tod. Im Gegenteil. Seine Novelle zeigt vielmehr, dass der Diskurs über die Notwendigkeit einer solchen Aufklärung nur auf der Grundlage einer Verdrängung der Todesangst entstehen konnte. Ebenso wie in den einführend zitierten Fragmenten zum *Ärztstück* und später im Drama *Prof. Bernhards* erscheint angesichts der Realität der Todesangst die Aufrechterhaltung des »frommen Betrugs«⁸⁰ als die angemessene Form ärztlicher Euthanasie. Bedenkt man, dass Felix den Selbstmord und Doppelselbstmord schließlich als einzigen Ausweg, als einzige Rettung ansieht,⁸¹ dann unterstützt die Novelle zudem die anfangs geäußerte Hypothese von einem Zusammenhang zwischen dem Wandel in der ärztlichen Einstellung zur Diagnosemitteilung und der Zunahme öffentlicher Debatten zur Legalisierung der Tötung auf Verlangen bei unheilbar Kranken um 1900. Die Forderung nach einer Legalisierung der Tötung auf Verlangen erscheint vor diesem Hintergrund als Folge des Wandels von der gezielten Täuschung des Patienten zur wahrheitsgemäßen Mitteilung der Diagnose von Unheilbarkeit und baldigem Tod.

III

Schnitzler hat sein Vorhaben, auf der Basis des Gesprächs zwischen Prof. Bernhards und Hans Pflugfeder die Euthanasie als gezielte Lebensverkürzung im Rahmen der Sterbehilfe zu thematisieren, nicht ausgeführt. Er verlagerte das Problem der »Tötung auf Verlangen« vom *Junggesellenstück*, aus dem später das Schauspiel *Der einsame Weg* werden sollte, auf einen Entwurf zu einem weiteren Schauspiel unter dem Titel *Verurteilte*, um das Thema schließlich in signifikant abgewandelter Form im Schauspiel *Der Ruf des Lebens* aufzugreifen.⁸² Hier tötet Marie ihren unheilbar kranken, tyrannischen Vater nicht auf dessen Bitte hin, sondern gegen seinen Willen. Aus der selbstlosen Muttertötung durch den liebenden Sohn im Sinne einer aktiven Sterbehilfe aus Mitleid (Pflugfeder) wird ein

⁸⁰ Mendelsohn, Über die Euthanasie (wie Anm. 5), S. 54.

⁸¹ Vgl. Schnitzler, Sterben (wie Anm. 56), S. 89: »In irgend einem Winkel seines Herzens lauerte tückisch und schmeichlerisch die Hoffnung, die ihn nie völlig verlassen wollte. Aber seine Vernunft war stärker, und die gab ihm einen klaren und kalten Rat, gab ihn wieder und immer wieder, [...] daß es nur einen Ausweg und eine Rettung für ihn gäbe: nicht mehr warten, keine Stunde, keine Sekunde mehr, selber ein Ende machen [...].«

⁸² Vgl. Sol Liptzin, Arthur Schnitzler, New York 1932, S. 89-93, ders., The Genesis of Prof. Bernhards (wie Anm. 7), Nikolaj Beier, »Vor allem bin ich *ich* ...«. Judentum, Akkulturation und Antisemitismus in Arthur Schnitzlers Leben und Werk, Göttingen 2008, S. 291-292.

Vatermord (so der Arbeitstitel von *Ruf des Lebens*), durchgeführt aus rein egoistischen Motiven von einer den Vater hassenden, lebhungrigen Tochter. An die Stelle des Mitleids tritt mit dem ›Ruf des Lebens‹ eine Manifestation des Lebenstrieb, der nur bedingt dem freien Willen unterstellt ist.

Konnte im vorausgehenden Abschnitt die These belegt werden, dass die Novelle *Sterben* eine andere Perspektivierung des Euthanasie-Diskurses durch den Rückbezug auf die *euthanasia medica* des 19. Jahrhunderts ermöglicht, so soll im folgenden gezeigt werden, dass *Der Ruf des Lebens* problematische Aspekte des modernen Euthanasie-Diskurses zu Beginn des 20. Jahrhunderts beleuchtet. Die These ist, dass das Schauspiel einzelne Diskurselemente aus dieser Debatte herausgreift und sie im Kontext der diversen Tötungshandlungen, die in diesem Stück begangen werden, kritisch reflektiert. Es leistet damit einen wichtigen Beitrag zur modernen Euthanasiedebatte, indem es problematische Aspekte der Euthanasie neu kontextualisiert. Dieses Vorgehen ermöglicht auch einen kritischen Blick auf andere literarische Texte, die sich direkt dem Thema der aktiven Sterbehilfe widmen.

Zunächst zur Textgrundlage: Entstehungsgeschichtlich ist das Drama interessant, weil Schnitzler sowohl vor als auch nach der Veröffentlichung des Schauspiels im Jahre 1906 (dem Jahr der Uraufführung in Berlin) bis kurz vor seinem Tode 1931 immer wieder neue Varianten entworfen hat. Die Veränderungen nach der Veröffentlichung betreffen die zweite Hälfte des zweiten Akts und den gesamten dritten Akt, von dem nicht nur unterschiedliche Varianten, sondern auch zwei ganz verschiedene Fassungen existieren. Am ersten Akt, der sich ganz den Ereignissen widmet, die schließlich in Maries Vatermord kulminieren, hat Schnitzler nach der Veröffentlichung keine wesentlichen Veränderungen mehr vorgenommen. Anders sieht es jedoch mit der moralischen Aufarbeitung dieses Ereignisses im dritten Akt aus. Das in diesem Zusammenhang wichtige Gespräch zwischen Marie und dem Arzt wurde bereits vor der Veröffentlichung mehrfach umgearbeitet. In der 1908 skizzierten und dann vor allem ab 1920 bis kurz vor seinem Tod im Jahre 1931 auch im Zusammenhang mit dem Filmskript zum *Ruf des Lebens* weitergeführten neuen Fassung wird das Gespräch durch ein vollständig neues Szenario ersetzt.⁸³ Der dritte Akt spielt nun an der Front, Maries Vätertötung wird die Verantwortung

⁸³ Die hier berücksichtigten Fassungen sind befinden sich im Schnitzler-Archiv Freiburg (wie Anm. 1) unter A. XXI. Zum Filmskript vgl. Leonardo Quaresima, Hinter dem Vorhang. Schnitzlers Drehbuchentwurf *Der Ruf des Lebens*, in: Achim Aurnhammer, Barbara Beßlich, Rudolf Denk (Hrsg.), Arthur Schnitzler und der Film, Würzburg 2010, S. 95-112.

des Oberst für die Massentötung seiner Soldaten gegenübergestellt, die er gegen den Befehl seines Vorgesetzten in den Tod schickt.

Einen ersten Hinweis auf die Verbindung zur Euthanasiethematik liefert die erste Skizze zu den drei Akten des Schauspiels vom Mai 1905. Schnitzler notiert hier im Zusammenhang mit einem geplanten Gespräch zwischen der Tochter und dem Arzt im 1. Akt: »Gespräch. Darf man einen (unheilbar) Kranken [umbringen] (tödten)?«⁸⁴ Diese Frage bildet, wie Sol Liptzin in einer der wenigen ausführlichen Untersuchungen zum *Ruf des Lebens* schreibt, den Ausgangspunkt des Dramas.⁸⁵ Liptzin stellt keinen Bezug zur zeitgenössischen Euthanasie-Debatte her. Er zeigt vielmehr, wie Schnitzler in den frühen Umarbeitungen des ersten Akts alle dramatischen Mittel einsetzt, um Maries Vatermord psychologisch so darzustellen, dass er sich der Sympathie des Rezipienten sicher sein kann. Um unsere Sympathie für die Mörderin zu erwecken, müsse der Dramatiker, den Vater in einem denkbar schlechten Licht, als einen ungerechten Tyrannen darstellen, die Tochter hingegen als erschöpft und einsam, sich geduldig am Krankenbett aufopfernd. Zeige er dann, wie das Leben jenseits der Krankenstube, an die sie gekettet ist, in den verlockendsten Farben vorbeizöge, so könnte er sich des Mitgefühls der Zuschauer sicher sein.⁸⁶ Schnitzler konstruiert genau die Situation, die Liptzin beschreibt: der Vater ist schon lange bettlägerig, langsam sterbend. Von seiner Tochter fordert er grenzenlose Aufopferung, weigert sich, eine Krankenpflegerin zu nehmen, bis schließlich auch Maries Gesundheit darunter zu leiden beginnt. Marie ihrerseits träumt vom Leben, von der Liebe zu einem Offizier, von dem sie glaubt, dass er bereits in den Krieg gezogen ist, um auf dem Schlachtfeld zu sterben. Als sie hört, dass er nur diese eine Nacht noch am Ort ist, vergiftet sie ihren Vater und flieht zu ihm ins Leben. Geht es also doch nur um einen psychologisch verständlich motivierten Mord?

Ein genauer Blick auf die Notiz zum geplanten Gespräch weist in eine andere Richtung: »Gespräch. Darf man einen (unheilbar) Kranken [umbringen] (tödten)?« Die handschriftlichen Korrekturen an diesem Satz sind die einzigen Korrekturen in dem sechsseitigen maschinenschrift-

⁸⁴ Arthur Schnitzler, Nachlass (wie Anm. 1), A. XXI, Mappe 99, *Der Ruf des Lebens*, Skizze zu drei Akten, Blatt 6 (Manuskript: (...) Einfügung; [...] Streichung).

⁸⁵ Im Gegensatz zur Novelle *Sterben* ist das dreiaktige Schauspiel von der Forschung kaum zur Kenntnis genommen worden. Es zählt, wie Jacques Le Rider bemerkt, »nicht zu den zahlreichen unbestrittenen Erfolgen Schnitzlers« und ist auch nicht in die neueren Ausgaben von Schnitzlers Dramen aufgenommen worden. Jacques Le Rider, *Arthur Schnitzler oder die Wiener Belle Époque* (wie Anm. 58), S. 84.

⁸⁶ Sol Liptzin, *Arthur Schnitzler* (wie Anm. 82), S. 90.

lichen Dokument. Sie deuten darauf hin, dass Schnitzler die genaue Formulierung wichtig war. Durch die Spezifizierung der Kranken als »unheilbar« und die Ersetzung des umgangssprachlichen Wortes »umbringen« durch den Fachterminus »töten« verweist die Notiz nun direkt auf die für die moderne Euthanasie-Debatte zentrale Frage: Darf man einen unheilbar Kranken absichtlich töten?⁸⁷ Das geplante Gespräch über diese Frage wird nicht ausgeführt. Weder in dieser Version noch in einer der späteren. Schnitzler hat sich in der Endfassung des 1. Akts stattdessen für ein anderes Gespräch zwischen Marie und dem Arzt entschieden. Der Arzt sorgt sich hier um die Gesundheit Maries und möchte sie dazu anregen, ihr eigenes Leben in die Hand zu nehmen. Er rät ihr, dem Vater auch gegen seinen Willen ein Schlafmittel zu geben, um sich für ein paar Stunden seiner Tyrannei zu entziehen:

Arzt: So werden Sie sie ihm geben – auch gegen seinen Willen. Es genügt, wenn Sie ihm zehn Tropfen ins Wasser träufeln. *Er öffnet das Fläschchen* Dieses Mittel ist unwiderstehlich. In diesem Fläschchen ist der Schlaf von hundert Nächten.

Marie: So viel vertrauen Sie mir an?

Der Arzt: *etwas befremdet* Ihnen? ... Ja, Ihnen und ihm selbst. In der Wohnung von Kranken, die zu retten sind, lasse ich nicht so viel zurück.⁸⁸

Schnitzler hat hier die ethische Frage – darf man einen unheilbar Kranken töten? – in eine dramatische Form übersetzt, ohne sie allerdings an dieser Stelle zu beantworten. Die Frage nach der Möglichkeit des Missbrauchs klingt deutlich an, doch zieht sich der Arzt aus der Verantwortung zurück und überlässt Marie die Entscheidung. In seiner Begründung dafür, warum er ihr ein »Fläschchen« mit dem »Schlaf von hundert Nächten« überreicht, stellt er allerdings christliche Wertvorstellungen, die einen solchen Missbrauch verhindern würden, als überholt dar:

Arzt: [...] Es nagt an mir, wenn ich sehe, wie Sie ... Sie Ihre Tage und Nächte einem alten bösen Manne hinopfern, der es Ihnen nicht dankt, – *der es nicht wert ist.* Bange wird mir, wenn ich denke, dass so viel Schön-

⁸⁷ Vgl. die Aufsatztitel »Das Recht der Ärzte zu Töten« (G. Stricker, 1904), »Die Berechtigung zur Tötung« (C. Röder), in: Gerhard Grübler (Hrsg.), *Quellen zur deutschen Euthanasie-Diskussion* (wie Anm. 5), S. 74-78. Schnitzler vermeidet in diesem Zitat auch die üblichen vorsichtigeren Formulierungen wie, »das Leben verkürzen«, »vorzeitig abschließen« oder Euphemismen wie »Erlösen«.

⁸⁸ Arthur Schnitzler, *Der Ruf des Lebens*, in: ders., *Gesammelte Werke. Die dramatischen Werke*, 2. Bde., Bd. 1, Frankfurt/M. 1962, S. 963-1028; hier: S. 978 f.

heit, so viel Jugend verdorren, verwelken soll ... wofür? – Um nichts vielleicht als ein paar Worte, die in einem alten Buche stehen.⁸⁹

Unklar bleibt, ob es bei den »paar Worten« aus dem »alten Buche« (der Bibel) um das dritte Gebot (Du sollst deinen Vater und deine Mutter ehren) oder das vierte (Du sollst nicht töten) geht. Deutlich wird jedoch die Abwägung des Arztes zwischen dem »lebensunwerten Leben« des Vaters (er ist das Opfer seiner Tochter nicht wert) und den Auswirkungen seines Weiterlebens auf die Tochter: ihre Schönheit und Jugend verdorrt und verwelkt, sie altert mit dem Vater, anstatt sich dem Leben und der Liebe hinzugeben. Der Tod des Vaters läge somit aus der Perspektive des Arztes im Interesse seiner Mitmenschen, im Interesse der Tochter, aber auch im Interesse der Generationsabfolge. Ob sich daraus auch aus der Perspektive des Arztes die Berechtigung zum Töten ableiten lässt, bleibt am Ende des ersten Akts unklar.

Wird dieser Konflikt im Rahmen der moralischen Aufarbeitung der Tat im dritten Akt gelöst? Hier interessiert vorerst nur die erste Fassung in verschiedenen Varianten. In dieser Fassung spielt der dritte Akt drei Monate später bei Maries Tante auf dem Lande, wohin sich Marie nach der Tat und ihrer Liebesnacht zurückgezogen hat. Der Arzt kommt vorbei, um vor einer längeren Reise Abschied zu nehmen. Aufschlussreich sind die Veränderungen im Gespräch zwischen Marie und dem Arzt über die zurückliegende Tat. Hier werden unterschiedliche Grundvarianten im Hinblick auf die Beurteilung von Maries Vatermord erprobt. Die obige These, dass *Der Ruf des Lebens* Diskurselemente der Euthanasie-Debatte aufgreift und problematische Aspekte dieser Debatte benennt, lässt sich damit verifizieren. Es handelt sich dabei erstens um das Problem der Unterscheidung von Mord und »Tötung auf Verlangen«, für den Fall, dass nur die unsichtbare Motivation, nicht aber die Konstellation unterschiedlich sind: Ein unheilbar kranker Patient bekommt eine Überdosis Morphium, die zu seinem frühzeitigen Tod führt. Hinzu kommt zweitens die in der modernen Euthanasie-Debatte weit verbreitete Beurteilung des Lebens nach seinem Wert, bzw. »Unwert« entweder für den Betroffenen selbst oder aber für seine Mitmenschen. Aus sozialdarwinistischem Blickwinkel wird hier bezweifelt, ob »jedes Leben, auch das des unheilbar Kranken, des Lebens wert sei.«⁹⁰ Schließlich wird drittens die Frage ins Blickfeld gerückt, wem eine solche Lizenz zur Tötung auf Verlangen erteilt werden sollte: den Angehörigen oder dem Arzt.

⁸⁹ Ebd., S. 979 f.

⁹⁰ Adolf Jost, Das Recht auf den Tod. Soziale Studie (1895), in: Gerhard Grübler (Hrsg.), Quellen zur deutschen Euthanasie-Diskussion (wie Anm. 5), S. 27.

Die nähere Betrachtung dieser drei Diskurselemente strukturiert die folgende Analyse des Schauspiels. Um Parallelen und Differenzen zur Behandlung des Themas in literarischen Texten zur Euthanasie vor 1906, dem Jahr der Erstaufführung von *Der Ruf des Lebens*, zu verdeutlichen, sollen zuvor zentrale Aspekte aus den beiden Novellen von Paul Heyse *Auf Tod und Leben* (1884) und Theodor Storm *Ein Bekenntnis* (1887), sowie aus Marie Ebner-Eschenbachs Erzählung *Die Reisegefährten* (1901) kurz vorgestellt werden. Die Tötung auf Verlangen wird in diesen Texten durchgängig als eine durch Mitleid motivierte Handlung inszeniert. Sowohl die um Tötung Bittenden als auch diejenigen, die sie gegen das herrschende Recht durchführen, werden dabei mit heroischen Zügen ausgestattet. Besonderer Wert wird darauf gelegt, dass die ›Täter‹ bewusst auf persönliche, sich aus der Tat ergebende Vorteile verzichten. Wichtig im Hinblick auf die Motivation zur Tötung ist, dass es im Verlauf der drei Erzählungen zu einer Verschiebung des Mitleids vom Mitleid mit dem Patienten zum Mitleid mit den Angehörigen kommt. Bei Heyse und Storm erfolgt die Tötung als höchster Liebesbeweis des Ehemanns auf inständiges Bitten seiner an unerträglichen Schmerzen leidenden Frau. In den *Reisegefährten* tötet hingegen ein mit der Familie nicht verwandter Arzt einen Patienten aus Mitleid mit dessen Kindern. Mit dieser Verschiebung des Mitleids, das nun nicht mehr die Leiden des Kranken, sondern die der Angehörigen abkürzen will, ist eine Ausweitung der Euthanasie von der Tötung Sterbender auf ihr Verlangen hin zur Tötung unheilbar Kranker ohne Verlangen, auch gegen ihren Willen verbunden.

In *Der Ruf des Lebens* wird die Frage nach der Motivation für die Tötung in den verschiedenen Varianten des Gesprächs zwischen Marie und dem Arzt im dritten Akt einmal dem Arzt, dann Marie selbst in den Mund gelegt. In der Manuskriptfassung vom September 1905 fühlt sich Marie vollkommen frei von jeglicher Schuld.⁹¹ Der Arzt deutet an, dass sie sich täuscht, wenn sie glaubt, er sei »völlig eines Sinnes« mit ihr. Er beurteilt ihre Tat ambivalenter und mahnt sie zur Übernahme von Verantwortung:

Arzt: Die Tat verdamm ich gewiss nicht; und hätten Sie sie nur darum begangen, um einen Verlorenen von seinem elenden Dasein zu erlösen, so trieb es mich kaum sie zu fragen; aber das war es doch nicht, worauf es Ihnen ankam.⁹²

⁹¹ Vgl. Arthur Schnitzler, Nachlass (wie Anm. 1), A. XXI., Mappe 99, *Der Ruf des Lebens*, 3. Akt, Fassung 1b, Blatt 188.

⁹² Beide Zitate ebd., Blatt 185. In der vorausgehenden 1. Fassung des 3. Aktes sagt der Arzt direkt worum es ihm geht: »Ihre Tat – nein, die verdamm' ich auch nicht. Aber es kommt auf die Gründe an, warum man etwas tut. [...] Haben Sie es getan, um einen

In der veröffentlichten Fassung von 1906 schwankt Marie zwischen Schuldgefühlen und Lebenswillen. An die Stelle der Andeutung des Arztes tritt die Selbstanklage Mariens.

Marie: [...] Sie wissen, Herr Doktor, dass ich's nicht tat, um ihn zu erlösen. Nur für mich, für mich allein hab' ich's getan. Auch wenn er zu retten gewesen wäre, in jener Nacht hätt' ich's getan.⁹³

In der veröffentlichten Fassung ist der Arzt im Hinblick auf die Beurteilung der Tat milder, Marie hingegen reflektierter, kritischer. Sie weiß, dass sie nicht ihren Vater aus Mitleid, sondern sich selbst durch die Tat erlösen wollte und ist überzeugt, dass sie es auch dann getan hätte, wenn er nicht unheilbar krank, sondern »zu retten« gewesen wäre. Marie selbst macht wiederholt den »Ruf des Lebens« für ihre Tat verantwortlich.⁹⁴ Mit Riedels Ausführungen über die Bedeutung des Schopenhauerschen Lebenswillens für Schnitzlers Novelle *Sterben* lässt sich dieser Ruf des Lebens als eine weitere Variante des ungeteilten Willens zum Leben, als eine nicht kontrollierbare anthropologisch gegebene Triebrealität identifizieren. Beim *Ruf des Lebens* liegt dem Lebensbegriff ein emphatischer, an die Liebe als »Sehnsucht nach Lusterfüllung«⁹⁵ geknüpfter Lebenswille zugrunde.

In keiner der Varianten wird die Tat selbst als aktive Sterbehilfe aus Mitleid mit dem Vater gedeutet. In beiden Varianten wird allerdings deutlich, dass der Arzt mit einer Tötung aus Mitleid, auch gegen den Willen des Patienten, kein Problem gehabt hätte. Die anfangs von Schnitzler notierte Frage – »Darf man einen unheilbar Kranken tödten?« – lässt sich aus der Perspektive des Arztes jetzt differenziert beantworten mit einer weiteren von Schnitzler gestrichenen Aussage des Arztes: Ja, »[a]ber es kommt auf die Gründe an, warum man etwas tut.«⁹⁶ Bei diesen Gründen, das gilt es festzuhalten, ist nicht der Wunsch des Patienten, sondern die Motivation des Täters entscheidend. Hätte demnach der Arzt selbst aus Mitleid mit Marie den Vater getötet, wäre die Tat zumindest im Hinblick auf die Motivation moralisch legitim gewesen.

Menschen von einem elenden Dasein zu erlösen, das selbst zu enden er zu schwach war?« (ebd., 1. Fassung, Blatt 110). Vgl. auch ebd., Blatt 114: »[...] Sie haben den Mut gefunden, eine Tat nur zu ihrem eigenen Heil zu begehen, die ich nicht einmal zum Wohle eines anderen je gewagt habe.«

⁹³ Arthur Schnitzler, *Der Ruf des Lebens* (wie Anm. 88), S. 1015.

⁹⁴ Ebd.: »Bitter Denn mir war, als hörte ich draußen vor der Türe das Leben selbst, das ersehnte, das herrliche nach mir rufen. Und als wartete es nur in dieser einen Nacht und niemals wieder.«

⁹⁵ Schnitzler, *Über Psychoanalyse*, zitiert aus Riedel (wie Anm. 7), S. 241.

⁹⁶ Schnitzler, *Nachlass*, *Der Ruf des Lebens* (wie Anm. 91), 1. Fassung, Blatt 110.

Die Abwägungen des Arztes in *Der Ruf des Lebens* zwischen dem »Lebenswert« des Vaters (»einem alten bösen Mann, [...] der es nicht wert ist«) und dem der Tochter im ersten Akt und seiner Aussage im 3. Akt, dass der Getötete »ein Verlorener war und Erlösung fand, wenn auch gegen seinen Willen«,⁹⁷ machen ihn als Vertreter eines erweiterten Euthanasie-Begriffs kenntlich, der den Bereich der Tötung auf Verlangen bei Sterbenden deutlich überschreitet. Auch seine Bemerkung, dass es von der Motivation der Tat nicht von dem Wunsch des Patienten abhängt, weisen in diese Richtung. Seine Überlegungen zum »Wert des Lebens« greifen zudem eine zentrale sozialdarwinistisch unterfütterte Argumentationsfigur aus der Euthanasie-Debatte auf. Die Unterscheidung zwischen lebenswertem und lebensunwertem Leben war, wie Hans-Walter Schmuhl gezeigt hat, bereits vor dem ersten Weltkrieg Bestandteil »sämtlicher Beiträge, in denen Tötung auf Verlangen, Sterbehilfe oder ›Vernichtung unwerten Lebens‹ befürwortet wurden.«⁹⁸ Sie spielt, das haben Lindner und Ort ausführlich herausgearbeitet, auch in den literarischen Texten zur Euthanasie eine zentrale Rolle.⁹⁹ Die Argumentation des Arztes in *Der Ruf des Lebens* verdeutlicht, dass beiden Formen der »Euthanasie« mit der Frage nach dem »Wert des Lebens« dieselbe Argumentationsfigur zugrunde liegt und dass die Grenzlinie zwischen einer Tötung auf Verlangen und einer Tötung ohne Verlangen und auch gegen den Willen des Sterbenden fließend sind, sobald das Leben von anderen nach seinem Wert beurteilt wird.

Zu fragen bleibt, ob diese Aussagen des Arztes für das Stück als Ganzes repräsentativ sind? Wenn die These von Liptzin stimmt, dass Schnitzler Maries »Vatermord« nicht nur psychologisch plausibel darstellen wollte (was ihm eindeutig gelingt), sondern auch in Ansätzen gegenüber starren Moralprinzipien entschuldigt,¹⁰⁰ so müsste man daraus schließen, dass das Schauspiel eine moralische Legitimierung der Mitleidstötung bei unheilbar Kranken befürwortet. Es ist jedoch zu bezweifeln, dass die Figurenperspektive hier mit der des Autors identisch ist, der Arzt also als Sprachrohr für Schnitzlers eigene Überzeugungen dient.

⁹⁷ Arthur Schnitzler: *Der Ruf des Lebens* (wie Anm. 88), S. 1015.

⁹⁸ Hans-Walter Schmuhl, *Rassenhygiene, Nationalsozialismus und Euthanasie* (wie Anm. 4), S. 106 ff. Michael Wunder, *Des Lebens Wert. Zur alten und zur neuen Debatte um Autonomie und Euthanasie*, in: Maïke Rotzoll, Gerrit Hohendorf u. a. (Hrsg.), *Die nationalsozialistische »Euthanasie«-Aktion T4 und ihre Opfer. Geschichte und ethische Konsequenzen für die Gegenwart*, Paderborn 2010, S. 391-401; hier: S. 391. Andreas Frewer und Clemens Eickhoff (Hrsg.), »Euthanasie« und die aktuelle Sterbehilfe-Debatte. Die historischen Hintergründe medizinischer Ethik, Frankfurt/M. 2000.

⁹⁹ Vgl. Linder/Ort, »Recht auf den Tod« (wie Anm. 7).

¹⁰⁰ Vgl. Sol Liptzin, Arthur Schnitzler (wie Anm. 82), S. 102.

Bei näherem Hinsehen erweist sich vor allem die Frage, wem eine solche Lizenz zur Tötung auf Verlangen Kranker gegeben werden sollte, als problematisch. In *Der Ruf des Lebens* erscheinen aus unterschiedlichen Gründen beide in Frage kommenden Personenkreise, die Angehörigen ebenso wie die Ärzte, als denkbar ungeeignete Kandidaten für eine solche Verantwortung. Im Hinblick auf die Angehörigen führen Schnitzlers Novelle *Sterben* und sein Schauspiel *Der Ruf des Lebens* in unterschiedlichen Konstellationen zwischen sterbenden Partnern und Vätern und einer aufopfernd pflegenden »Maria« vor, dass Verwandten und Partnern eine solche Macht über das Leben nicht anvertraut werden sollte. In *Sterben* wird deutlich, dass auch die liebevollste Partnerin den Wunsch nach *eigener* Erlösung mit einem vermeintlichen Mitleid mit dem Sterbenden verwechseln kann:

das tückische Wort fiel ihr ein, welches aus dem fürchterlichsten der Wünsche ein heuchlerisches Mitleid macht: »Wär' er doch erlöst.«¹⁰¹

In *Der Ruf des Lebens* wird die Möglichkeit des Missbrauchs einer solchen Macht durch die Angehörigen direkt thematisiert. In beiden Fällen erscheint der »Ruf des Lebens« als treibende, Handlungen motivierende Kraft, die für den Egoismus sowohl der Sterbenden als auch der Überlebenden verantwortlich ist. Als triebgesteuerter Lebenswille ist er nur bedingt dem freien Willen unterstellt. Weil der Lebenstrieb notwendig in Konflikt geraten muss mit den Bedürfnissen des Kranken, ist die Psyche des Durchschnittsmenschen bei Schnitzler – im Unterschied zur heroischen Selbstlosigkeit der Helden bei Heyse und Storm – nicht dazu geeignet, verantwortungsvoll mit einer solchen Vollmacht umzugehen.

Im Hinblick auf die Übertragung der Verantwortung für die aktive Sterbehilfe auf die Ärzte zeigt Schnitzler, dass eine naturwissenschaftlich orientierte Medizin mit rationalen Argumenten den Wert eines Menschenlebens gegenüber seinem Nutzen oder Schaden für die Gesellschaft als zu gering und also als »lebensunwert« einstufen kann. Das Problem liegt hier nicht auf der Ebene der psychologischen, sondern auf der Ebene der rationalen Motivierung der Tötung, sobald die für die Medizin grundlegende Dichotomie zwischen »gesund« und »krank« in einen breiteren, sozialdarwinistisch und rassenhygienisch ausgerichteten Diskurszusammenhang einordnet wird. Die Überlegungen des Arztes in *Der Ruf des Lebens* basieren auf ebendiesen Denkmustern. Dass Schnitzler solchen Tendenzen innerhalb des medizinischen Diskurses kritisch gegenüberstand, dokumentiert eine Passage in einen zwischen 1902 und 1908, also

¹⁰¹ Arthur Schnitzler, *Sterben* (wie Anm. 56), S. 139.

parallel zum *Ruf des Lebens* verfassten Roman *Der Weg ins Freie*, mit dem ich diese Untersuchung abschließen möchte. Im Gespräch der Doktoren Vater und Sohn Stauber über mögliche Schnittpunkte zwischen Medizin und Politik wird die »Vernichtung lebensunwerten Lebens« als Bestandteil eines modernen medizinischen Weltbilds präsentiert:

Die Menschenliebe, die Du meinst, Vater, halte ich für ganz überflüssig, eher für schädlich. [...] Und gerade, wenn man ganzen Menschengruppen helfen will, muss man gelegentlich hart sein können gegen den Einzelnen, ja, muss im Stande sein, ihn zu opfern, wenn's das Gemeinwohl verlangt. Du brauchst nur daran zu denken, Vater, dass die ehrlichste und konsequenteste Sozialhygiene direkt darauf ausgehen müsste, kranke Menschen zu vernichten, oder sie wenigstens von jedem Lebensgenuss auszuschließen [...] Du brauchst nicht zu fürchten, Vater, dass ich gleich damit beginnen werde, den Mord der Schädlichen und Überflüssigen zu predigen. Aber philosophisch geht mein Programm ungefähr darauf hinaus.¹⁰²

Strukturell ist der Dialog zwischen den Doktoren Stauber dem in der Einleitung vorgestellten Dialog zwischen Bernhardi und Pflugfeder über die Patiententäuschung oder Patiententötung vergleichbar. Inhaltlich unterscheidet er sich in Bezug auf die für die »Euthanasie« in Frage kommende Patientengruppe. In beiden Fällen vertritt ein naturwissenschaftlich ausgebildeter, jüngerer Mediziner die Euthanasie im Sinne einer gezielten Tötung gegenüber einem älteren, humanistischen Idealen verpflichteten Arzt. In beiden Fällen wird die moderne Position innerhalb des Texts durch den Kontrast zur älteren, die den Patienten in seiner subjektiven Befindlichkeit berücksichtigt, als die inhumanere präsentiert. An die Stelle von Pflugfeders Plädoyer für Mitleidstötungen im Rahmen der Sterbebegleitung tritt im Dialog zwischen Stauber und seinem Sohn das Bekenntnis des jungen Mediziners zur Tötung »kranker Menschen« im Rahmen der »Sozialhygiene«. Es ist unwahrscheinlich, dass sich Schnitzler hier ausschließlich auf Friedrich Nietzsches Ausführungen zum Kranken als Parasiten der Gesellschaft von 1889 bezieht.¹⁰³ Berthold Stauber wird vielmehr durch seinen Forschungsaufenthalt am Institut Pasteur in Paris¹⁰⁴

¹⁰² Arthur Schnitzler, *Der Weg ins Freie*, in: ders., *Gesammelte Werke in drei Bänden* (wie Anm. 37), Bd. 3, Romane., S. 141-497; hier: S. 439 f.

¹⁰³ Vgl. Friedrich Nietzsche, *Götzen-Dämmerung* (*Moral für Ärzte*), in: ders., *Kritische Studienausgabe*, hrsg. v. Giorgio Colli u. Mazzino Montinari, Bd. 6, München, Berlin 1988, S. 55-161; hier: S. 134.

¹⁰⁴ Schnitzler, *Der Weg ins Freie* (wie Anm. 102), S. 162. Das Pariser Institut war 1887 von Louis Pasteur, einem der Begründer der Mikrobiologie, gegründet worden. Als reine

als Vertreter einer experimentellen, naturwissenschaftlich ausgerichteten Medizin vorgestellt, dessen Blick auf den Menschen nicht seiner Individualität und Subjektivität, sondern seiner ›objektiven‹, körperlich gedachten Krankheit gilt. Deutlich wird, dass Schnitzler die Debatte um »Tötung auf Verlangen« sowie die Ausweitung des Euthanasie-Diskurses über den Bereich der Sterbehilfe hinaus auf andere Patientengruppen kritisch verfolgte und zur naturwissenschaftlichen Ausrichtung der Medizin in Beziehung setzte.¹⁰⁵

IV

In der Forschungsliteratur zur Euthanasie in der Literatur zwischen 1885 und 1933 wurden bisher nur jene Texte berücksichtigt, die das Thema der Tötung mit oder auch ohne Verlangen unheilbar Kranker direkt ansprechen. In der umfassendsten Arbeit zu diesem Thema kommen Ort und Lindner zu dem Ergebnis, dass literarische Texte am außerliterarischen Diskurs über Tötung auf Verlangen partizipieren und die »von herkömmlicher Moral und Recht entkoppelte medizinische Professionalisierung der ›Euthanasie‹« vorbereiten, indem sie »zu keiner expliziten und eindeutigen Abwehr der Vorstellung [gelangen], dass aktive Sterbehilfe zumindest zum Kanon ärztlicher Handlungen gehören könnte.«¹⁰⁶ Roelcke geht mit Bezug auf Ort/Lindner noch einen Schritt weiter, indem er den Beitrag der ›schönen‹ Literatur zur Enttabuisierung der Tötung unheilbar Kranker hervorhebt. Die Bedeutung dieser frühen Texte bestände darin, einen »gedanklichen Experimentierraum zur Verfügung [gestellt zu haben], in dem spätere wissenschaftliche oder politische Ideen, aber ebenso auch mögliche moralische Bewertungen vorweggenommen und auf ihre möglichen Konsequenzen hin durchgespielt wurden.«¹⁰⁷ Die Rezeption der literarischen Texte in bevölkerungspolitischen und medizinethischen Kontexten bestä-

Laborwissenschaft kommt der Bakteriologie bei der Verwissenschaftlichung der Medizin eine zentrale Bedeutung zu. Wie sehr ihre wissenschaftlichen Denkmuster von der Metaphorik des Krieges und des Sozialdarwinismus durchzogen waren, hat Philipp Sarasin gezeigt. Ders., *Geschichtswissenschaft und Diskursanalyse*, Frankfurt/M. 2003, S. 191-231, bes., S. 223-229.

¹⁰⁵ Schnitzlers für die *Internationale Klinische Rundschau* 1889 verfasste *Sylvesterbeachtungen* bieten eine ähnlich gelagerte Kritik an einer rein naturwissenschaftlich ausgerichteten Medizin (vgl. ders., *Medizinische Schriften*, wie Anm. 7, S. 173-176. Zu den Grenzen von Schnitzlers Wissenschaftskritik vgl. Thomé, ebd., S. 17-24).

¹⁰⁶ Lindner, Ort, ›Recht auf den Tod‹ – ›Pflicht zu Sterben‹ (wie Anm. 7), S. 304.

¹⁰⁷ Volker Roelcke, *Sterbebegleitung – Leidminderung – Tötung: Zur Entwicklung des Begriffs Euthanasie, ca. 1880-1939*, in: Ekkehardt Kumbier, Stefan J. Teipel, Sabine Herpertz

tigt diesen Befund. So schreibt die Bevölkerungswissenschaftlerin und Soziologin Elisabeth Pfeil im *Archiv für Bevölkerungspolitik, Sexualpolitik und Familienkunde* (1931) im Hinblick auf die Novellen von Heyse (1884) und Storm (1887): »Zu gleicher Zeit bemächtigte sich das Problem der beiden befreundeten Dichter, zehn Jahre vor dem Erscheinen der ersten Kampfschrift für Euthanasie; erst 1895 hat Jost mit seiner Schrift ›das Recht auf den Tod‹ das Problem als soziale Frage erörtert, aber erst 1920 hat Binding die heutige Diskussion über die Frage eröffnet. So stehen die Dichter am Beginn der Bewegung.«¹⁰⁸ Auch Albert Moll leitet die Erörterung zur Frage nach der Tötung auf Verlangen in der *Ärztlichen Ethik* (1902) mit der Bemerkung ein, dass in »Romanen und Privatgesprächen [...] öfters die Frage erörtert [wird], ob der Arzt berechtigt ist, Todesqualen durch Mittel zu vermindern, die den Tod beschleunigen.«¹⁰⁹

Schnitzlers Texte stellen sich demgegenüber quer zur damaligen Euthanasie-Debatte. Sie erweitern die Perspektive, indem sie einen breiteren Zusammenhang zwischen der Abwendung von den Praktiken der *euthanasia medica* des 19. Jahrhunderts zur Herbeiführung eines ›guten Todes‹ und dem Aufkommen der Debatte der aktiven Sterbehilfe andeuten, insbesondere den Zusammenhang mit der psychologischen Wirkung der Mitteilung über den nahe bevorstehenden Tod. Dadurch geraten andere Formen ärztlicher Sterbebegleitung ins Blickfeld, die durch eine allzu verengte Konzentration auf die aktive Sterbehilfe und die Einbindung derselben in rassenhygienische und sozialdarwinistische Argumentationsmuster bisher unberücksichtigt geblieben sind. Von besonderer Bedeutung ist dabei die Patiententäuschung im Hinblick auf die Diagnose der Unheilbarkeit. Im Unterschied zu der von Philipp Ariès vertretenen These vom Beginn der ›Patientenlüge‹ in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts und ihrer ungebrochenen Fortsetzung bis ins 20. Jahrhundert,¹¹⁰ zeigt die Parallelektüre von medizinischen Texten zur *euthanasia medica* aus dem gesamten 19. Jahrhundert mit Schnitzlers literarischen Texten, dass diese Praxis, zumindest in den deutschsprachigen Texten zur Sterbehilfe, bereits um 1800 einsetzte, hingegen um 1900 im Zusammenhang mit der zunehmenden Diagnosesicherheit kritisch gesehen wurde. Das Wissen um die Macht des Wortes, frühzeitig den Tod herbeizuführen, das bei Hufeland

(Hrsg.), *Ethik und Erinnerung. Zur Verantwortung der Psychiatrie in Vergangenheit und Gegenwart*, Berlin 2009, S. 15-28, hier: S. 19.

¹⁰⁸ Elisabeth Pfeil, Das Problem der Sterbehilfe bei Theodor Storm, Paul Heyse und Marie Ebner-Eschenbach, in: *Archiv für Bevölkerungspolitik, Sexualpolitik und Familienkunde* 1931, S. 94-101, S. 94.

¹⁰⁹ Moll, *Ärztliche Ethik* (wie Anm. 26), S. 127.

¹¹⁰ Philippe Ariès, *Geschichte des Todes* (wie Anm. 23), S. 713-726.

um 1800 zentral war, verliert sich mit der Durchsetzung des naturwissenschaftlichen Paradigmas in der Medizin um 1900. Mit der zunehmenden Bedeutung der Diagnose als objektiver Aussage über die wissenschaftlich verstandene Krankheit wird die subjektive Befindlichkeit des Patienten und damit auch seine Fähigkeit, mit der Diagnose umzugehen, vernachlässigt.

Schnitzler hat die ›Euthanasie‹-Debatte in allen Varianten von der *euthanasia medica* des 19. Jahrhunderts über die Tötung mit, aber auch ohne Verlangen bei unheilbar Kranken bis hin zur Debatte um die Tötung »lebensunwerten Lebens« kritisch reflektiert und auf eine aus heutiger Perspektive zum Teil überraschende Weise kontextualisiert. Seine jahrzehntelange Beschäftigung mit dem Schauspiel *Der Ruf des Lebens* deutet darauf hin, dass dieses Thema ihn bis zu seinem Tod begleitet hat. Eine eingehende Interpretation des Schauspiels mit Blick auf die späten, nach 1920 konzipierten Fassungen des 3. Akts steht noch aus. Sie müsste die sich zunehmend verschärfende Euthanasie-Debatte hin zur Forderung nach der ›Vernichtung lebensunwerten Lebens‹ als Recht der Gesellschaft nach den Erfahrungen des ersten Weltkriegs, und mit der gemeinsamen Publikation des Juristen Karl Binding und des Psychiaters Alfred Hoche *Über die Freigabe der Vernichtung lebensunwerten Lebens* (1920) mitberücksichtigen. Im Hinblick auf die publizierte Fassung vom *Ruf des Lebens* ließ sich jedoch zeigen, dass die übliche Konstruktion eines Idealfalls, wie sie bei Storm und Heyse, aber auch in Schnitzlers erster Bearbeitung des Themas (der Tötung der Mutter durch den liebenden Sohn Hans Pflugfeder) geradezu stereotyp gegeben war, hier vermieden wurde. Das Herausgreifen einzelner Diskurselemente aus der Euthanasie-Debatte und ihre Einbettung in die Geschichte eines psychologisch nachvollziehbaren Vätermords machen stattdessen deutlich, dass weder Angehörigen noch Ärzten eine solche Lizenz zum Töten anvertraut werden sollte. Handelten die Helden früherer Euthanasie-Erzählungen aus Mitleid und waren über jeden Verdacht menschlichen Egoismus erhaben, so entlarvt Schnitzlers realpsychologische Darstellung die Realitätsferne solcher literarischen Konstruktionen.