

Zeitschrift: Infokara : Fachzeitschrift der Schweizerischen Gesellschaft für palliative Medizin, Pflege und Begleitung

Herausgeber: Schweizerische Gesellschaft für palliative Medizin, Pflege und Begleitung

Band: 2 (1997)

Heft: 2

Artikel: Aktive Sterbehilfe : geht es um einen Akt der Gewalt oder der Liebe? : Ein Plädoyer für Selbstverantwortung und die Straflosigkeit der aktiven Sterbehilfe

Autor: Cavalli, Franco

DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-1091617>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. [Mehr erfahren](#)

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. [En savoir plus](#)

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. [Find out more](#)

Download PDF: 24.04.2026

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>

Als Onkologe habe ich eine gewisse Hemmung über dieses Thema zu sprechen. Nicht weil dieses Thema ein Tabu ist, da ich normalerweise gerne über Tabus spreche. Der Grund ist ein ganz anderer: Seit Jahrzehnten kämpfen wir Onkologen gegen die Gleichstellung Krebs = Tod und Schmerzen. Während langer Zeit hatten viele Leute wegen dieser Gleichschaltung Angst vor dem Krebs und gingen manchmal auch deswegen zu spät zum Arzt. Gerade jetzt können wir zum ersten Mal einen Wandel in der Auffassung der Leute feststellen: Man weiss jetzt zwar, dass viele Krebskranke immer noch an ihrer Krankheit sterben, aber gleichzeitig auch, dass recht viele geheilt werden können. Wenn zum Beispiel heute bei einer Frau zwischen 40-50 Jahren ein Brustkrebs diagnostiziert wird, dann hat sie (vorausgesetzt, dass das Tumorgeschehen noch lokalisiert ist) eine bessere Prognose als wenn man bei ihr eine mittelschwere Zuckerkrankheit oder einen leichten Herzinfarkt diagnostizieren würde. Ich möchte also nicht, dass, indem ich über aktive Sterbehilfe spreche, ich wiederum einen Beitrag zu einer erneuten Tabuisierung des Krebses als "Krankheit, die immer zum Tode führt" leiste.

Franco Cavalli*

Aktive Sterbehilfe: Geht es um einen Akt der Gewalt oder der Liebe?

Ein Plädoyer für Selbstverantwortung und die Straflosigkeit der aktiven Sterbehilfe

Ich bin der Paulus Akademie sehr dankbar, dass sie diese Tagung organisiert hat. Das Thema der Sterbehilfe ist lange bei uns ein Tabu gewesen, und zum Teil ist sie das auch heute noch. Tagungen wie diese sind ein guter Anfang: Bis zum Zustandekommen einer richtigen nationalen Debatte, wie etwa diejenige, die in Holland stattgefunden hat, haben wir aber immer noch einen sehr langen Weg vor uns. Man kann erstaunt sein, dass die Debatte bei uns erst jetzt einsetzt, und dass auch in anderen Staaten, zum Beispiel in den USA, die ganze Diskussion so spät losging.

*Prof. Dr. med. Chefarzt Onkologie, Ospedale San Giovanni, Bellinzona, Vortrag an der Paulus-Academie, Zürich, 1997

Die Mehrheit... der Gesunden

Von allen Umfragen, die bis jetzt durchgeführt wurden, wissen wir seit geraumer Zeit, dass die Mehrheit der Leute die aktive Sterbehilfe (und darunter verstehe ich hier einmal auch die besonders in den USA beliebte Variante vom physician assisted suicide) befürwortet. Die Prozentsätze schwanken: Etwa 60% bei der letzten Umfrage in Kanada bis zu weit mehr als 90% in Holland. Warum haben also Regierungen und Parlamente lange Zeit nichts davon wissen wollen? Typisch für diese Situation ist die kürzliche Erklärung von Präsident Clinton, der trotz positiver Umfragen eine völlig negative Haltung bezüglich dieser Problematik eingenommen hat: Wahrscheinlich das erste Mal, dass er "den Mut" gehabt hat, gegen die Polls zu gehen. Genau so widerwillig ist nun der Schweizer Bundesrat endlich bereit, diese Diskussion aufzunehmen: Zuerst hatte man die Motion Ruffy, die mehr oder weniger die "holländische" Lösung vorschlug solange wie möglich im Nationalrat nicht behandelt. Als sich dann bei der Diskussion überraschenderweise zeigte, dass die Mehrheit der anwesenden Parlamentsmitglieder eher dafür waren, erzwang Bundesrat Koller die Umwandlung des Vorschlages in die deutlich weniger verpflichtende Form des Postulates und dies mit der Versprechung, "sofort eine entsprechende Kommission zur Untersuchung der Frage einzuberufen". Dazu hat es jetzt mehr als ein Jahr gebraucht, und dies trotz wiederholter Interventionen interessierter Parlamentarier. Seit wenigen Tagen ist jetzt diese Kommission zusammengesetzt worden. Dass 7 der 14 Mitglieder Juristen sind und nur 1 von 14 eine Krankenschwester, ist etwas, das mich persönlich nicht sehr glücklich macht. Für mich ist das Problem erst in zweiter Linie ein juristisches: Wir müssen zuerst wissen, was die Gesellschaft will, und danach (um etwas zu vereinfachen) können ruhig die Juristen die entsprechende Lösung nach Text und Paragraph definieren. Es geht für mich also nicht in erster Linie um die abstrakte Definition der Rechte und Pflichten einer allgemeinen, abstrakten Person, sondern es geht darum zu wissen, wie Frau und Herr Schweizer diese existentielle Problematik erleben. Und dabei wären ein paar Krankenschwestern mehr recht hilfreich gewesen. Diese Tendenz, eine abstrakte Entität-Person anstelle des Menschen mit Herz und Blut zu stellen, kommt zum Teil sogar in den früher erwähnten Umfragen zum Vorschein: Etwa die Hälfte derjenigen, die gegen die Zulassung der aktiven Sterbehilfe sind, sagen dann aber, dass sie sich vorstellen könnten, für sich selbst die aktive Sterbehilfe zu beanspruchen, sollten sie in eine entsprechende Situation gelangen. Bevor ich weitergehe, möchte ich also die gestellte Frage "Warum hat die Debatte bei uns und

anderswo so spät eingesetzt“, folgendermassen zu beantworten versuchen:

Die aktive Sterbehilfe, und darüber werde ich später noch mehr zu sprechen kommen, kann nur als eine sehr starke Potenzierung der Autonomie des Individuums aufgefasst werden. Im allgemeinen regieren Regierende lieber über Leute, die sich eher leiten lassen, und die nicht danach trachten, autonom zu werden.

Viele Regierende sind gewohnt, „ideologisch“ zu reagieren, wobei ich ideologisch hier vor allem negativ meine, d.h. im Sinne von vorgefasster Meinung, von unerschütterlicher Weltanschauung, die vor allem dazu dient, die Wirklichkeit des Lebens nicht zu sehen oder, noch schlimmer, dazu gebraucht wird, so viele Leute wie möglich die Wirklichkeit nicht sehen zu lassen.

Eine fruchtbare Debatte über Sterbehilfe setzt meines Erachtens voraus, dass wir die Fragestellung zuerst einmal soweit wie möglich entideologisieren; d.h. natürlich nicht, dass jeder und jede die eigene Weltanschauung nicht in die Diskussion einfließen lassen soll. Es wäre aber sicher schon ein grosser Schritt vorwärts, wenn dies offen geschehen würde: Allzu oft wurde hier bis jetzt mit Pseudoargumenten gefochten, während die wahren Bedenken (z.B. religiöser Natur) unerwähnt blieben. Wir können uns also einer Lösung nur nähern, wenn wir zuerst einmal die Diskussion versachlichen, wenn wir versuchen, die Problematik empathisch zu erleben, wenn wir uns fragen, „was heisst es wirklich, wenn ein Todkranker so stark unter seinem Dasein leidet, dass er sich wünscht, dass jemand ihm hilft, damit er so schnell wie möglich sterben kann“? Ich sehe da eine gewisse Parallellität zu der Diskussion um die Situation der Drogensüchtigen: Solange wir nur mit ideologischen Argumenten herumschlügen, kamen wir auf keinen grünen Zweig. Erst nachdem eingesehen wurde, dass wir zuerst einmal die objektive Lage der Drogensüchtigen verbessern müssen, dass wir also alles unternehmen müssen, um den sozialen, psychologischen und organischen Schaden zu begrenzen, war es möglich, pragmatisch die ersten positiven Schritte zu tun.

Es ist nicht auszuschliessen, dass auch bei der Sterbehilfe ähnlich vorgegangen werden könnte. Wenn wir grossmehrheitlich eine Lösung finden, dann wäre es immer noch möglich, die verschiedenen weltanschaulichen Sensibilitäten zu berücksichtigen. Dies ist in Holland der Fall gewesen.

Ich werde jetzt versuchen, 4 Fragen zu beantworten:

Erste Frage

Warum ist gerade jetzt, auch wenn mit einer gewissen Verspätung, die Diskussion entbrannt?

Ich würde meinen, weil wir in einem geschichtlichen Zeitpunkt leben, in dem zwei Entwicklungslinien sich getroffen haben. Auf der einen Seite, die Entwicklung der Medizin. In der Tat ist es heute technisch relativ einfach, jemandem auf sehr humane Weise zum Ableben zu helfen, auf jeden Fall viel einfacher als es noch vor 20 oder 30 Jahren der Fall war. Zudem kann die moderne Medizin immer mehr akute Krankheiten heilen, während wir immer häufiger mit chronischen Leiden zu tun haben, die auch eine relativ lange terminale Phase haben können. Diese Chronischkranken laufen deswegen nicht nur Gefahr, Wochen oder gar Monate eines für sie unerträglich gewordenen Lebens erleiden zu müssen, sondern sie haben auch die Zeit, sich grundlegend mit der existentiellen Frage auseinander zu setzen, nämlich „Hat es noch einen Sinn, dass ich unter diesen Umständen weiterlebe, oder, da ich weiss, dass ich sowieso relativ bald sterben werde, ist es für mich viel besser und viel würdiger, dass ich jetzt sterbe?“ Die andere Entwicklungslinie ist diejenige der Gesellschaft. Zum ersten Mal in der Geschichte beginnen wir jetzt in einer pluralistischen Gesellschaft zu leben, wobei Pluralismus nicht nur soziologisch zu verstehen ist, sondern auch im Sinne von verschiedenen, nebeneinander existierenden Wertsystemen. Bis jetzt war es doch so gewesen, dass das dominierende Wertsystem jeweils vom König, vom Papst, von der herrschenden Klasse oder vom Zentralkomitee diktiert wurde. Diese Zeiten sollten endlich vorbei sein. Es ist auch kein Zufall, dass diese Diskussion zuerst in den Ländern ausbrach, die vom evangelischen Glauben geprägt sind, eine Weltanschauung, die schon immer die persönliche Autonomie höher einstuft als es die katholische Religion mit ihrem traditionellen Autoritätsprinzip tut. Auch nicht zufällig ist die Tatsache, dass je intensiver die Diskussion in einem gegebenen Land war, desto grösser war dort die Toleranzbreite (z. B. in Holland). Sogar wir Ärzte, die immer stark autoritätsorientiert gewesen sind, beginnen diesen Pluralismus zu spüren: Einige von uns haben schon gelernt, dass es nicht mehr darum gehen kann, den Patienten unser eigenes Wertsystem aufzuzwingen, sondern dass unsere Aufgabe darin besteht, das eigene Wertsystem des Patienten zu respektieren, ja alles zu tun, damit er und sie diese moralische Grundhaltung offenbaren können. Diese Entwicklung begann mit der berühmten Deklaration von Helsinki von 1952, als infolge der schrecklichen Erfahrungen mit dem Dritten Reich definitiv festgehalten wurde, dass das entscheidende Kriterium bei jedem medizinischen Experiment der freie Wille und der frei ausgedrückte Konsens des Patienten ist. Die Diskussion um die aktive Sterbehilfe ist eine Folge dieser Deklaration: Schon dieser geschichtliche Umstand zeigt, wie irreführend es ist, wenn Gegner

jegliche Lösung auf diesem Gebiet mit dem Hinweis auf die Vorkommnisse während des Dritten Reiches zu bekämpfen versuchen.

Zweite Frage

Was denken die Patienten darüber?

Zuerst möchte ich aus persönlicher Erfahrung erwähnen, dass nur ein ganz kleiner Bruchteil der Patienten, die mir am Anfang ihrer Krankheit die Frage stellen "Sollte es soweit kommen, würden Sie mir helfen?", dann doch dazu kommen, wenn es soweit ist, eine aktive Sterbehilfe zu verlangen. Dies auch, weil die Entwicklung der palliativen Medizin uns doch heute in den weitaus meisten Fällen erlaubt, meistens auch bis zum Schluss die psychischen und körperlichen Leiden in einem als erträglich empfundenen Rahmen zu halten.

Unter den zur Verfügung stehenden, relativ spärlichen statistischen Angaben möchte ich doch zwei Informationen herauspicken. Ich habe schon erwähnt, dass bei der gesunden Bevölkerung ein gewisser Widerspruch festzustellen ist, zwischen dem was für sich selbst als wünschbar betrachtet wird und der theoretischen Zulassung der aktiven Sterbehilfe gesamtgesellschaftlich. Bei Krebskranken verschwindet dieser Widerspruch: Sie haben nicht mehr den Luxus, zwischen gesamtgesellschaftlichem Rahmen und persönlichem Wunsch unterscheiden zu können. Die persönliche und die soziale Akzeptanz sind also hier prozentual völlig gleich. Eine zweite Information: Letztlich hat eine Gruppe aus Southampton eine interessante Studie publiziert, in der die Meinung des Pflegepersonals eines Hospices für Todkranke mit derjenigen der dort hospitalisierten Patienten bezüglich des Begriffes "guter Tod" (also Euthanasie) verglichen wurde. Die Meinung der zwei Gruppen ging sehr stark auseinander. Unter gutem Tod verstanden die Patienten etwa "im Schlaf sterben", "ruhig sterben", "sterben mit Würde", "sterben ohne Schmerzen" und "sofort sterben". Dagegen das Pflegepersonal definierte diesen guten Tod mit "adäquater Kontrolle der Symptome", "Miterleben der Familie" und "sterben in Frieden und ohne Spannungen". Noch wichtiger: Folgende Charakteristiken des "schlechten Todes" werden vom Pflegepersonal beschrieben: "Wenn Symptome nicht kontrolliert sind", "wenn keine Gelegenheit besteht, die Lage zu akzeptieren" und "wenn man noch jung ist". Diese Unterschiede beweisen uns nochmals, falls dies noch notwendig wäre, dass wir als Pflegenden uns nicht anmassen können zu definieren, was es für den Betroffenen oder die Betroffene heisst, den Tod in aller Nähe erleben zu müssen. Wir können und müssen nur akzeptieren, dass jeder und jede die einzige Person ist,

die definieren kann, was es für sich selbst bedeutet, "so gut wie nur möglich sterben zu können".

Dritte Frage

Gibt es wirkliche Alternativen zur aktiven Sterbehilfe?

Vor allem Leute, die sich ausschliesslich mit der palliativen Behandlung terminaler Patienten beschäftigen, behaupten häufig, dass eine noch bessere und breitere Entwicklung unserer palliativen Möglichkeiten jede aktive Sterbehilfe unnötig machen wird. Diese Entwicklung könnte, so wird eben behauptet, soweit getrieben werden, dass das Problem praktisch verschwinden würde. Ich glaube es nicht. Erstens neigt auch diese Berufsgattung wie jede andere zu einer gewissen "déformation professionnelle". Wären Scherze erlaubt, würde ich meinen, es wäre wie wenn wir einen Schweizer Bankier fragen würden, ob es Alternativen zum Bankgeheimnis gibt.... Jeder Palliativmediziner muss doch das Verlangen eines Todkranken nach aktiver Sterbehilfe als zum Teil persönliche Niederlage erleben, vor allem, wenn er sich sehr viel Mühe gegeben hat, alle möglichen Palliativmassnahmen einzusetzen, um die Lebensqualität des Patienten erträglich zu machen. Aber auch die vorher erwähnten Unterschiede in der Auffassung zwischen Pflegepersonal und Todkranken darüber was "guter Tod" bedeutet, zeigen ganz eindeutig, wie hier die Wahrnehmungen verschieden sind. Trotz jeder erdenklichen Optimierung der Palliativmedizin verbleibt meines Erachtens immer noch (mindestens heute) ein "harter Sockel" von terminalen Patienten, die ihr Leiden als unerträglich erachten, die ihre subjektive Lage nicht mehr mit einem der menschlichen Würde gemässen Leben vereinbaren können. Lassen wir doch endlich jede Überheblichkeit beiseite, und geben wir doch zu, dass es in solchen Situationen nur einen Richter geben kann: Nämlich den Patienten oder die Patientin selbst.

Vierte Frage

Was bedeutet die Zulassung der aktiven Sterbehilfe?

Die Zulassung – unter welchen Bedingungen auch immer – der aktiven Sterbehilfe bedeutet meines Erachtens eine aussergewöhnliche Aufwertung der Patientenrechte und der Autonomie der Person. Deswegen finde ich, dass alle Befürchtungen, etwa dass man dadurch die Tür zur Tötung von geistig Behinderten öffnen würde, gegenstandslos sind. Aktive Sterbehilfe erfordert als unabdingbare Voraussetzung die freie und unbehinderte Willensäusserung der Person, die sterben möchte. Deswegen verstehe ich auch je länger desto weniger das berühmte Gegenargument der "slippery slope". Dieses Argument besagt etwa fol-

gendes: "Wenn man das zulässt, wo werden wir dann enden?" Die Nichtbestrafung der aktiven Sterbehilfe ist doch nichts anderes als die Anerkennung des Rechts jeder Person, in einer extremen und nicht mehr zu ändernden Situation, das eigene Leben zu beenden. Das ganze Problem endet also definitionsgemäss mit dieser Person, es gibt nicht einmal theoretisch die Möglichkeit, "dass man deswegen irgendwo anders enden könnte". Verweigern wir diesen Personen dieses Recht, dann müssten wir konsequenterweise auch jeder Person das Recht zum Suizid verweigern. Patienten, die die aktive Sterbehilfe beanspruchen, sind gerade diejenigen, die nicht einmal mehr fähig sind, Selbstmord zu begehen.

Euthanasie als palliative Massnahme

Es wird gelegentlich auch behauptet, wenn wir das zulassen, dann würden wir nochmals die Macht der Ärzte und der Technokratie vergrössern.

Ich möchte dazu folgendes festgestellt haben. Kein Arzt, der unter persönlichen Qualen diesen extremen Wunsch des Patienten zu respektieren gelernt hat, wird sich dann tagtäglich über andere Wünsche und Rechte der Patienten hinwegsetzen können. Nur wer eine extreme Empathie für seinen Patienten empfindet, ist bereit, soweit in seinem persönlichen Engagement zu gehen. Deswegen glaube ich, dass es erlaubt ist, die aktive Sterbehilfe nicht als Akt der Gewalt, sondern im Gegenteil als extremen und qualvollen Akt der Liebe und der Empathie zu betrachten.

Deswegen ist meiner Meinung nach der Widerspruch falsch und künstlich, der hier die palliative Medizin und die aktive Solidarität mit dem Kranken sieht

und dort (falsch als Gegner) eine Selbstbedienungsladenmedizin mit ihren ethischen Problemen "aktiver Sterbehilfe, Abtreibung, usw.". Diesen Diskurs akzeptiere ich nicht, weil er realitätsfremd ist. Ich sehe hier eher eine kontinuierliche Entwicklungslinie und keinen Widerspruch: Nur wer sich stark für den Ausbau und die Verbesserung der palliativen Medizin einsetzt, nur wer für eine menschlichere und solidarischere Medizin kämpft, nur derjenige oder diejenige kann empathisch den Sterbewunsch dieser Patienten verstehen. Aktive Sterbehilfe ist für mich deswegen sozusagen der letzte Schritt im Auf- und Ausbau der palliativen Medizin und hat dagegen überhaupt nichts mit Rationierung der medizinischen Leistungen zu tun. Ich zum Beispiel bin ein erklärter und entschiedener Gegner jeder Rationierung im Gesundheitswesen.

Für mich ist ein Leben ohne Solidarität nicht denkbar: Gerade deswegen will ich aber nicht mehr einigen meiner Patienten, und gerade denjenigen, die mich am meisten brauchen, immer nur NEIN sagen müssen.

Referenzen

- Cavalli: *Geht es um einen Akt der Gewalt oder der Liebe? Soziale Medizin* 4/96, Seite 18-19
- H.M. Dupuis: *Euthanasia in the Netherlands: Facts and moral arguments. Annals of Oncology* 4: 447-450, 1993
- J.A. Jakobson: *Preaching to the choir: new voices in the end of life discussion. Journal of Clinical Oncology* 15: 413-415, 1997
- G.H. Blijham: *Euthanasia, physician-assisted suicide and palliative care. Annals of Oncology* 7 (9): 879-882, 1996