

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: Artikel zum Thema Euthanasie

Autor: Sanz, K.

DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-1091622>

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>

Die Verwendung des englischen Begriffes «Euthanasia», der in einigen Artikeln sowohl für aktive und passive Sterbehilfe als auch für Freitod verwendet wird und in anderen ausschliesslich für aktive Sterbehilfe, erschwerte die Zusammenfassung und Übersetzung. Bei diesem Thema scheint es mir besonders wichtig, dass man auch international genau definierte Begriffe festlegen könnte.

Zusammenfassungen und Übersetzung K. Sanz

Artikel zum Thema Euthanasie

Gibt es einen Platz für Euthanasie in der palliativen Pflege

Margaret L. Goodman

**Regional Nurse Manager, Marie Curie Cancer Care
International Journal of Palliative Nursing, 1996, Vol. 2,
No 3**

In diesem Artikel wird der Begriff «Euthanasie» folgendermassen erklärt:

In der Antike wurde unter dem griechischen Wort Euthanasie ein würdiger, sanfter Tod verstanden. Im 17. Jahrhundert wurde der Begriff verändert, als von externer Euthanasie gesprochen wurde, «wenn ein Arzt seine Kunst einsetzt, um Sterbende in der einfachsten und sanftesten Art und Weise vom Leben in den Tod zu führen».

Heute versteht man unter Euthanasie «Gnadentod» oder Töten auf Verlangen, um grosses Leiden zu beenden.

Im englischen bedeutet der Ausdruck «unfreiwillige Euthanasie», dass das Leben einer kranken Person ohne Einwilligung beendet wird. Es wird diskutiert, ob eine solche Aktion im strengsten Sinn des Wortes als Euthanasie bezeichnet werden kann.

In den übersetzten Zusammenfassungen der folgenden Artikel geht es nicht um diese unfreiwillige Euthanasie sondern um voluntary euthanasia (bei uns oft als aktive Sterbehilfe beschrieben) und um passive euthanasia, wenn ein Patient keine lebensverlängernden Massnahmen mehr erhält.

In der laufenden Debatte über die Legalisierung von Euthanasie ist die Unterscheidung verschwommen zwischen Pflege und Beschleunigung des Todes. Parallel dazu läuft das offensichtlich gesteigerte Engagement, die Entwicklung von palliativer Medizin und Pflege zu fördern. In der palliativen Pflege entstehen

Probleme, wenn die Forderung nach Euthanasie (aktiver Sterbehilfe) als ein Versagen der medizinischen und pflegerischen Betreuung angesehen wird. Ziel der palliativen Pflege ist es, Leiden zu lindern, aber es entstehen Probleme, wenn unrealistische Erwartungen vorhanden sind. Ärzte und Pflegepersonal müssen die Patienten/Patientinnen umfassend über die Möglichkeiten und Grenzen der palliativen Medizin aufklären und sorgfältig individuelle und realistische, erreichbare Ziele setzen. Solche Ziele können besser erreicht werden als unmögliche Erwartungen, die wenn sie nicht erfüllt werden können, enttäuschte Patienten/Patientinnen dazu bringen, Euthanasie in Betracht zu ziehen.

Euthanasie beeinflusst die Beziehung zwischen Pflegenden und Patienten/Patientinnen, indem sie die traditionelle Rollenverteilung verändert.

Im Artikel wird hervorgehoben, dass professionelle palliative Medizin und Pflege den Wunsch der Kranken nach Beendigung des Lebens verhindern könne. Es wird verlangt, dass palliative Medizin und Pflege für alle zugänglich sein soll, so dass die Kranken nicht von Hoffnungslosigkeit gequält werden.

Euthanasie: Versagen oder Autonomie

Calliope Farsides

**(Course Director in Medical Ethics, Keele University, Keele)
International Journal of Palliative Nursing, 1996, Vol. 2,
No 2**

In diesem Artikel wird der Begriff Euthanasie verwendet, in dem Sinne, dass Kranke darum bitten, dass ihrem Leben ein Ende gesetzt wird, oder im Sinne, dass eine kranke Person die Möglichkeit des Freitodes wählt.

Pflegende sollten nicht automatisch annehmen, dass Forderung eines Patienten/einer Patientin nach der Beendigung des Lebens in mangelhafter Pflege zu suchen ist. Sie bedeutet nicht ein Versagen von pflegerischer oder medizinischer Zuwendung. Es ist zu unterscheiden zwischen jenen Kranken, denen geholfen werden kann, weiterleben zu wollen und jenen, bei denen dies unmöglich ist. In der zweiten Gruppe gibt es Menschen, die Euthanasie (hier: Freitod) wählen, nicht wegen mangelnder Pflege oder psychologischen Problemen, sondern weil sie eine überlegte Wahl treffen in Übereinstimmung mit ihren Wertvorstellungen und der Art, wie sie ihr Leben gelebt haben. Bei diesen Patienten/Patientinnen müssen Pflegenden einen Entschluss zur Euthanasie (Freitod) respektieren, auch wenn sie unfähig oder nicht gewillt sind, ihn gutzuheissen. Solcher Respekt ist nur möglich in einer Umgebung, in der die Euthanasiefrage offen diskutiert

und erforscht werden kann. In den meisten Ländern ist aktive Euthanasie illegal, das schliesst aber nicht aus, dass Pflegende tolerant und verständnisvoll reagieren, wenn diese Frage gestellt wird.

Zur Kontroverse über die sogenannte «aktive Sterbehilfe»

K. Karbowski

Schweizerische Rundschau für Medizin (Praxis) 85, Nr. 38 (1996), Korrespondenzadresse: Prof. K. Karbowski, Waldriedstrasse 54, 3074 Muri

Zusammenfassung

Die Diskussion über die Zulässigkeit des Tötens Schwerstkranker aus humanitären Gründen - früher als Euthanasie und nach dem zweiten Weltkrieg im deutschen Sprachraum euphemistisch als «aktive Sterbehilfe» bezeichnet - hat sich in den letzten Jahren intensiviert. Offiziell praktiziert wird zurzeit die Euthanasie nur in Holland, aber ihre Variante, die Zurverfügungstellung eines Pharmakons zwecks Selbsttötung, ist auch in anderen Ländern, unter anderem in der Schweiz, gut bekannt. Es wächst hier der Druck auf den Gesetzgeber, auch eine aktive Euthanasie im eigentlichen Sinne straflos zu erklären.

Aus medizinisch-ethischen Gründen, auch aber in Berücksichtigung historischer Erfahrungen sowie erschreckender «Euthanasie»-Ideen gewisser zeitgenössischer «Bioethiker» und «Sozialphilosophen» spricht sich der Verfasser entschieden gegen eine Legalisierung der «aktiven Sterbehilfe» aus. Dies auch wegen der Gefahr kaum kontrollierbarer Entwicklung auf diesem Gebiet, vor allem aber wegen der Gefahr einer schleichenden Erweiterung der Euthanasieindikationen.

Diese Problematik weist Berührungspunkte mit jener der Bestimmung des Zeitpunktes des Todes bei potentiellen «Organspendern» auf. Mangel an Organen in der Transplantationsmedizin darf nicht dazu verleiten, Organe bei Moribunden zu explantieren. Ärzte, die potentielle «Organspender» betreuen und ihre Interessen gegenüber den Transplantationsequipen wahren sollen, sind nicht selten mit dieser Aufgabe überfordert. Lokale ethische Kommissionen sollten sie dabei unterstützen.

(Vorspann des Originalartikels).

Sterben und Tod in einer medizinischen Akutklinik

T. Hess, E. Spichiger, C. Bucher, St. Otto

**Praxis 1997; 86:37-45, Korrespondenzadressen: Prof. T. Hess, Innere Medizin, Höhweg 63, 3097 Liebefeld
Frau E. Spichiger, Pflegeexpertin, Anna Seiler-Haus, Inselspital Bern**

Zusammenfassung

Immer mehr Menschen sterben nicht mehr zu Hause, sondern in einem Spital oder einem Heim. In der vorliegenden Arbeit wird über 50 konsekutive Todesfälle einer internistischen Akutklinik berichtet. Neben den Umständen und Symptomen sowie der Behandlung 12 Std. vor dem Tod und unmittelbar vor dem Tod galt das Interesse auch der Meinung der Angehörigen und Betreuenden, die mit Fragebogen erfasst wurde.

Fast ein Drittel der Todesfälle erfolgte nach einem relativ kurzen Klinikaufenthalt. Der Tod war nicht immer Abschluss einer längeren Erkrankung, und er erfasste auch jüngere Menschen. Die meisten Patienten starben im Krankenzimmer in Anwesenheit von Angehörigen oder Betreuern. Mehrheitlich waren sie vor dem Tod nicht mehr ansprechbar. Terminale Symptome wie Schmerz, Angst, Atemnot und auch Durst waren zumeist beherrschbar. Wenn möglich wurden die Betroffenen und ihre Angehörigen offen über Schwere und Bedrohlichkeit der Erkrankung informiert. Die Reaktionen darauf fielen unterschiedlich aus. Die meisten Angehörigen waren mit der Behandlung und Betreuung ihres Patienten im Spital zufrieden. Auch die Zusammenarbeit zwischen Pflegenden und Ärzten wurde von den beiden Berufsgruppen besser beurteilt, als man oft meint. Klare Behandlungsziele, eine gute Palliation terminaler Symptome und vor allem eine reibungslose Kommunikation sind wichtige Voraussetzungen für eine gute Betreuung von Sterbenden.

Die vorliegende Auswertung erlaubt, manches Vorurteil gegenüber dem Sterbenden im Spital in Frage zu stellen. Sie zeigt aber auch Verbesserungsmöglichkeiten auf. So sollte vermehrt nach Sinn und Nutzen einzelner pflegerischer Massnahmen gefragt werden, und bei der Ausbildung der Ärzte müssten palliative Therapie und der Umgang mit dem Sterben und dem Sterbenden mehr Gewicht erhalten. Eine Spezialisierung in Sterbekunde oder die Ausgrenzung von Sterbenden in spezialisierten Institutionen ist unseres Erachtens nicht sinnvoll.

(Vorspann des Originalartikels).

Würde und Integrität am Ende des Lebens

Louise de Raeve

**(Macmillan Lecturer in Nursing Ethics, University of Wales)
International Journal of Palliative Nursing, 1996, Vol. 2,
No 2**

In diesem Artikel wird kurz erläutert, dass der Ausdruck ein «guter Tod» verschiedene Bedeutungen hat. Ein guter Tod kann ein akzeptiertes Sterben, ein friedliches Sterben, ein Sterben in Würde, ein Tod nach einem erfüllten Leben aber auch ein wütendes Sterben sein.

Anschließend wird auf den Begriff «Tod mit Würde» genauer eingegangen. Das ist weniger zu verstehen als eine Art zu sterben, sondern vielmehr als eine Haltung, mit Sterbenden umzugehen. Der Zusammenhang zwischen Würde, Selbstachtung und Ganzheit (Integrität) werden aufgezeigt anhand von Beispielen aus der Literatur und aus dem Pflegealltag. Pflege, die die Würde eines Schwerkranken oder sterbenden Patienten wiederherstellt oder bewahrt, stellt hohe Anforderungen an die Integrität der Pflegenden. Die Wichtigkeit einer unterstützenden Einstellung im Betrieb und die Notwendigkeit von klinischen Ansprechpersonen wird hervorgehoben.

Sterbehilfe - ethische Herausforderungen an pflegerisches Handeln und institutionelle Rahmenbedingungen.

Hartmut Remmers

Pflege Band 9, 1996, Heft 4, Dr. Hartmut Remmers, Universität Bremen, Fachbereich 11, Human- und Geisteswissenschaften, Postfach 33 04 44 D-28334 Bremen

Zusammenfassung

Die Diskussion um die moralische Legitimität der Sterbehilfe kreist heute vor allem um die Frage, inwieweit sich passive und aktive Formen (beschränkt legalisierte niederländische Praxis) wirklich unterscheiden lassen. Aus der Sicht der Pflege stellt sich die passiv/aktive Unterscheidung anders dar: und zwar mit Blick auf vielfältige Bedingungen, die erfüllt sein müssten für eine veränderte «Kultur des Sterbens», in der der Wunsch nach Tötung nicht mehr als die aberwitzige Kehrseite eines vornehmlich kurativ bzw. maximaltherapeutisch orientierten Versorgungssystems der Leidenden auftritt. Dazu bedarf es neuer Orientierungen in den Pflegeberufen, die gleichermaßen instrumentelle, psychosoziale, institutionelle und ausbildungspraktische Gesichtspunkte in sich vereinigen. Übersetzt in Probleme der Sterbebegleitung stellen sich damit Fragen einer ethischen Grundlegung der Pflege in einem erweiterten Rahmen dar.

(Vorspann des Originalartikels).