

**Zeitschrift:** Fachblatt für schweizerisches Heim- und Anstaltswesen = Revue suisse des établissements hospitaliers

**Herausgeber:** Verein für Schweizerisches Heim- und Anstaltswesen

**Band:** 46 (1975)

**Heft:** 12

  

**Artikel:** Krankheit und Tod aus der Sicht des Kliniklers : aus der Medizinischen Klinik A des Kantonsspitals St. Gallen

**Autor:** Wegmann, T.

**DOI:** <https://doi.org/10.5169/seals-806532>

### **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:** 04.04.2026

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

Nachfolgend publizieren wir Gedanken eines Mediziners über Krankheit und Tod. Wir nehmen an, dass die in den letzten Jahren in der Öffentlichkeit geführten Diskussionen über Sterbehilfe nicht nur die Mediziner in Spitälern, sondern auch das Personal in Alters- und Pflegeheimen ver-

anlasst haben, über diese letzten Dinge nachzudenken. Vielleicht ist jemand aus einem Alters- und Pflegeheim bereit, seine persönliche Gedanken und Erfahrungen zu einem letztlich unlösbaren Problem im Fachblatt zu äussern.

Red.

## Krankheit und Tod aus der Sicht des Klinikers

Aus der Medizinischen Klinik A des Kantonsspitals St. Gallen

Von T. Wegmann, Chefarzt

Orientes morimur (Seneca)

Ihr Präsident\*, ein Schulfreund von mir, hat mich gebeten, von der Situation am Krankenbett zu sprechen. Er hat mir verboten, philosophische Gedanken zu formulieren und wünschte, dass ich mich strikte an die ärztliche Praxis halte. Aus diesem Grunde bleibt mir nichts anderes übrig, als über meine eigenen Erfahrungen zu berichten.

Wichtig für die Erkenntnis der Wahrheit von Sterben und Tod erscheint mir die *persönliche* Entwicklung eines Arztes, die in jedem Fall anders sein wird. Dabei spielt die erste Begegnung mit dem Tod oft eine entscheidende Rolle. Sie wird im Wesentlichen geprägt durch äussere Einflüsse und durch das Alter, respektive die geistige Entwicklung des *erstmal*s Konfrontierten. Jeder Mensch hat ursprünglich Angst vor dem Tod. Als Kind habe ich mit dem lieben Gott einen Pakt abgeschlossen, dass ich unsterblich sei, jedoch nur unter der Bedingung, dass ich diese Bevorzugung für mich ganz allein behalte. Auf solche und ähnliche Weise kann ein Kind das Problem des Todes weit von sich schieben. Erstmals habe ich als Gymnasiast auf dem Heimweg von der Schule am Fusse des Zwingliendenkmals neben der Wasserkirche am Limmatquai einen älteren Mann sterben sehen. Er lief an einem Stock mühsam über die Strasse, setzte sich am Denkmal nieder, wurde blass, rang nach Atem, verdrehte die Augen und verschied. Das Ereignis spielte sich, objektiv gesehen, innert kurzer Zeit ab. Subjektiv kam mir der Zeitraum unendlich lange vor. Der Tote wirkte ungeheuer blass, aber ausserordentlich friedlich.

Wenn wir als Spitalärzte an «*unsere* Sterbenden» denken, oft bleibt die Erinnerung an ein Gesicht, welches Frieden ausbreitet. Blicken wir auf die vielen Krankheitssituationen, die letztlich zum Tode führen, bleibt im allgemeinen doch der Eindruck, dass wir in den allermeisten Fällen den Tod als Freund erleben dürfen.

\* Referat, gehalten an der Jahresversammlung der Schweiz. Gesellschaft für psychosomatische Medizin, St. Gallen

Zur Aufklärung:

Der Arzt am Krankenbett gibt bereitwillig Auskunft über die Natur der Krankheit. Bei der Frage nach der Prognose verhält er sich zurückhaltend, bei der direkten Frage nach dem Tod meist ausweichend. Soll man einen Patienten über seine schlechte Prognose aufklären und in welcher Form? Wie wird der Tod in der Klinik, auf der Intensivstation erlebt? Die Haltung eines Onkologen ist gegenüber solchen Problemen eine ganz andere, als die des Allgemeinarztes. Die modernen kombinierten aggressiven Behandlungsarten mit Zytostatika und Hormonen, die das Leben um Monate, ja Jahre verlängern, sind in der Lage, ganz neue Impulse zu übermitteln. Früher stand man solchen Kranken ratlos gegenüber. Heute ist man im aufwendigen Therapieplan auf die Mitwirkung des Patienten angewiesen. Aus diesem Grunde muss man ihn auch über seine Aussichten aufklären. Der Patient sieht in der aufwendigen Therapie meist einen Hoffnungsschimmer.

Wie verhält es sich aber bei anderen Patienten, die ohne Hoffnung und ohne aufwendige Therapie dem Tod entgegengeführt werden müssen? Diese Diskussionen werden vor der Türe des Krankenzimmers geführt. Die jungen Mitarbeiter werfen die Frage auf, ob man jetzt oder später, direkt oder indirekt die Frage nach dem Tod beantworten soll. Es besteht also ein deutlicher Unterschied zur Onkologie, wo der Krebspatient schonungslos aufgeklärt wird, um ihn für die oft umständliche, langdauernde, auch von Komplikationen behaftete und streng kontrollbedürftige Therapie anzuspornen.

Jedes Individuum reagiert anders. Nur wenige Menschen ertragen die Gewissheit des nahen Todes. Zunächst möchte ich zwei Beispiele von Patienten erwähnen, die den Tod bewusst vorbereitet haben.

Ein Schauspieler, der auf dem Krankenlager einer langwierigen, mit Lähmungen einhergehenden Erkrankung Gedichte schrieb, die zum Ergreifendsten und Schönsten gehören.

Der grosse, seiner Sprache verpflichtete Schauspieler spürte ein Versagen seiner Sprachmuskeln. Er

begann sich dann mit kleinen Gedichten an seine Umgebung zu wenden: «Das Licht gelöscht», «Sprachlosigkeit», «Herbst», «Die Wahrheit», «Das Letzte», «Beklemmung», «Erleichterung», «Bitte», usw.

Ein Landarzt mit überdurchschnittlicher Bildung erkrankte an einem multiplen Myelom. Als hervorragender Diagnostiker unseres Einzugsgebietes stellte er die Diagnose seines Leidens selbst. Zur Abklärung liess er sich in die medizinische Klinik einweisen. Bei der ersten Begegnung grüsste er mich mit den Worten: «Der Landarzt hat eine ausgefallene Diagnose gestellt, ich möchte sie vom Klinikchef bestätigen lassen». In einem solchen Fall bleibt einem wohl nichts anderes übrig, als die diagnostischen Qualitäten des Kollegen zu bestätigen und einzig die Einschränkung anzuführen, dass es verschiedene Verlaufsformen eines Myeloms gebe, von der perakuten bis zur chronischen, welche sich über Jahre hinziehe. Dieser Kollege hat seine Krankheit ganz bewusst erlebt und seinen Tod vorbereitet. Als ich ihn zu Hause besuchte, als er bereits ans Bett gefesselt war, begrüßte er mich in heiter abgeklärter Stimmung. Er erklärte mir, dass sich im Bereiche des linken Hinterhauptes ein Tumor ausgebildet habe, der nur von Zeit zu Zeit Schmerzen verursache, im übrigen aber sei er glücklich, dass er noch reden und schreiben könne und seine sämtlichen Sinne intakt seien.

In beiden Fällen handelte es sich um gottesfürchtige Menschen. Der Schauspieler hat zwar erst während seines Krankenlagers den ihm richtig scheinenden Weg gefunden, indem er zum Katholizismus konvertierte. Der Arzt war Zeit seines Lebens ein bescheidener, eher introvertierter Protestant.

Nicht so leicht fällt die Auseinandersetzung mit dem Tod jenen Menschen, die sich keiner höheren Macht verpflichtet fühlen. So sagte mir eine Patientin aus einer kleinen Gemeinde des Rheintales anlässlich eines Gespräches über die düstere Prognose ihrer Krankheit, dem Dorfpfarrer habe sie nie geglaubt, hingegen stimmen sie meine Worte nachdenklich. Nach schweren inneren Kämpfen ist sie gestorben. Nach ihrem Tode erhielt ich auf ihr Geheiss hin eine von ihrem Ehegatten selbst holzgeschnitzte, dämonisch-grinsende Maske.

Es drängt mich, Ihnen noch ein weiteres Beispiel anzuführen.

Ein junger Mann, der nach Absolvierung der Offiziersschule zur Abklärung multipler Lungenmetastasen bei malignem Melanom eingewiesen wurde, war überdurchschnittlich leistungsfähig. Die Eltern des Patienten wurden über die düstere Prognose aufgeklärt. Alle Beteiligten waren sich einig, insbesondere auch der alte Freund und Hausarzt der Familie, dass es sinnlos wäre, den jungen Mann aufzuklären. Ich entliess den Patienten, ohne ihm in körperlicher Hinsicht irgendwelche Einschränkungen aufzubrummen. Einige Monate später erneute Hospitalisation wegen der erwarteten Dyspnoe. Nach Angaben der Mutter, die ihren Sohn sehr gut kannte, war er keineswegs bereit, das Todesurteil anzunehmen. Wir haben uns deshalb mit dem Spitalpfarrer in Verbindung gesetzt. Dieser war mit unserem Vorgehen nicht einverstanden und hat eine schonungslose Aufklärung vorgenommen. Das Resultat war eine völlige Knickung, eine Abwehrstellung gegenüber Eltern, Angehörigen und allem, was Spital bedeutete. Dieses Beispiel zeigt die Schwierigkeit von einem jungen Menschen, der bis vor kurzem in sportlicher Hochform lebte

und kein schweres Erlebnis hatte, zu verlangen, dass er sich auf letzte Fragen umstellt? Wie wenig reife Menschen können das?

Und nun noch ein letztes Beispiel.

Anlässlich einer Weihnachtsfeier auf einer Tuberkuloseabteilung eines Kantonsspitals erlebte ich eine erschütternde Wirkung der Weihnachtsansprache. Damals standen noch keine Tuberkulostatika zur Verfügung. In den Adventstagen waren 6 Patienten, alle unter 20 Jahren, ihrer Lungentuberkulose erlegen. Die Weihnachtsansprache gipfelte darin, dass der Tod über allen Tuberkulösen lauere, dass er bald ans Krankenbett eines jeden herantreten könne.

Im Anschluss an diese Weihnachtsansprache besuchte ich die Patienten in ihren Zimmern, um mich zu vergewissern, dass das Weihnachtsessen in guter Stimmung verzehrt werde. Das Essen blieb unangetastet. Sämtliche jungen Patienten sassen stumm und regungslos in ihrem Zimmer und waren zu keinem Gespräch bereit. Es war die vortuberkulostatische Aera, die Zeit des Thomas Mannschen Zauberberg-Klimas. Die pastorale Thanatologie war sicherlich daran nicht unbeteiligt.

Es dauerte noch Jahre, bis sich am Krankenbett die unvergessliche Szene abspielte, bei der sich der Entdecker des Streptomycins (WAKSMAN) und der erste von einer Meningitis tbc geheilte Patient unter Freudentränen die Hand schüttelten.

#### *Gibt es eine Regel für die Aufklärung?*

Soll man sich verhalten wie die Onkologen? Soll man einen Unterschied machen zwischen jungen und verschieden alten Patienten? Die Zeiten haben sich geändert. PLATO vertrat die Auffassung, einen unheilbar Kranken ohne Behandlung sterben zu lassen. In der alten Heilkunde war die *Ars moriendi* ein Teilgebiet der *Ars vivendi*. Auch Kirchenmänner, wie zum Beispiel LUTHER, haben sich damit beschäftigt. Heute spricht man von der Wissenschaft vom Sterben, von der *Thanatologie*. Anstelle der jahrelangen Verdrängung des Todes werden die Patienten zum Teil in speziellen *Sterbekrankenhäusern* (St. Christopher Hospital London, Bellings Hospital Chicago) auf den Tod vorbereitet, ein Vorgehen, mit dem ich mich noch nicht befreunden kann.

Es fehlt auch nicht an praktischen Anleitungen zu diesem Thema, die aber letztlich doch immer theoretisch bleiben müssen. Ich denke dabei vor allem an die Untersuchungen von E. KUEBLER-ROSS, am Bellings Hospital in Chicago. Die Autorin hat die *phasenspezifische Belastung von Arzt und Patient* herausgearbeitet.

Die 5 Stadien, die der aufgeklärte Patient durchläuft, sind demzufolge: 1. Schock und Verleugnung; 2. Zorn und Wut; 3. Depression; 4. «Feilschen»; 5. Akzeptieren und Sterben.

Sicher handelt es sich dabei um gut gemeinte Ansätze, dennoch bin ich der Meinung, dass die-

ser Einteilung etwas Starres anhaftet. Es gibt wohl kein heikleres Gebiet als dasjenige der Aufklärung am Krankenbett. Ich habe bis heute keine Patentlösung gefunden. Man sollte sich bei jedem Individuum das Problem neu vor Augen halten. Nicht einmal der Beruf eines Patienten bietet Gewähr für die Annahme der Reife für letzte Dinge. Es ist erschütternd, dass auch geistig hochstehende Menschen, die sich von Amtes wegen häufig mit letzten Dingen beschäftigen, von grössten Zweifeln angefochten werden, wenn es darum geht, sich selbst auf Letztes vorzubereiten.

Für den ärztlichen Umgang mit Malignomkranken ist die Kenntnis des phasenhaften Verlaufes der Anpassungs- und Abwehrvorgänge beim Kranken wichtig. Sie erleichtert die Langzeitbetreuung im Sinne eines patientenzentrierten Vorgehens. Aber wie verhalten wir uns bei Ueberraschungen, wenn es eilt, den Kranken auf den unmittelbar bevorstehenden Tod vorzubereiten?

#### *Verlängerung des Lebens um jeden Preis?*

Früher wurden Krankheit und Tod als natürliches Ereignis empfunden. Der Tod wird nicht nur vom Patienten und seiner Umgebung, sondern auch von Krankenschwester und Arzt verdrängt. Die Probleme sind zahlreich. Ein sinnloses oder lebensunwertes Leben sollte nicht unnötig verlängert werden. «Add life to years, not years to life», heisst der Slogan der amerikanischen Gesellschaft für Geriatrie. Es scheint absurd, einen greisen Menschen, der schon vor seinem apoplektischen Insult geistig völlig abgebaut war, unter einer Stoffwechselstörung litt, völlig gelähmt an Kathetern, Infusionen, Respirator, Dialyse und Herzschrittmacher am Leben zu erhalten.

So einfach der Entscheid in solchen Situationen theoretisch auch sein mag, im Spital präsentiert sich die Situation viel komplexer. Es kommt die Frage des Assistenten, ob man denn heute wirklich noch an einer Apoplexie sterben müsse? Es kommt die junge Schwester, die ihrer Enttäuschung unverhohlenen Ausdruck verleiht, dass man nicht aktiver vorgehe. In solchen Situationen braucht es einen Arzt mit der notwendigen Erfahrung, der den Mut hat, Angehörige sowie ärztliches Personal zu informieren und mit ihnen im Gespräch zu bleiben. Funktionieren aber einmal sämtliche Apparaturen, braucht es noch viel mehr Mut, sie abzustellen. Es ist erschreckend, wie selten der Mensch auf solchen Intensivstationen noch als Ganzes gesehen wird. Schwestern und Aerzte sind spezialisiert. Die einen beschäftigen sich mit Venendruck, andere mit der renalen Ausscheidung, wieder andere mit der Herzfunktion, speziell mit Rhythmusstörungen, weitere mit der Respiration oder den Elektrolyten. Oft funktionieren sämtliche Organsysteme aufgrund der Messgeräte hervorragend, obschon der Mensch längst dekapitiert ist.

Erschütternd sind Aussprüche von Patienten, die eine gewisse Zeit in einer *Intensivstation* verbracht

haben. Diese «Krisensituationen» sind oft in der Literatur besprochen worden. Es handelt sich dabei um psychische Krisen. Die grossen psychischen Probleme treten in der Regel erst nach Verlassen solcher Stationen auf. **Die somatische Betreuung auf der Intensivstation genügt nicht. Dies sollten sich alle dort Tätigen zu Herzen nehmen. Wie oft werden von Aerzten und Schwestern nur Zahlen registriert, Apparate kontrolliert, ohne mit dem Patienten, der die Augen geschlossen hält, überhaupt Kontakt aufzunehmen!**

Es kommt nicht von ungefähr, dass in zunehmendem Masse an der Medizin Kritik geübt wird.

*Sterbehilfe* ist eine ganz besondere Lebenshilfe und erfordert deshalb höchste Verantwortung. Weil wir Aerzte dieser Verantwortung oft nicht gewachsen sind, werden Klagen über das Unbehagen immer lauter: Der Arzt wird zum Manipulator und Richter über Leben und Tod. Die Medizin hat in den vergangenen 30 Jahren mehr Fortschritte erzielt als in den letzten 3000 Jahren. Dadurch ist verschiedenes realisierbar geworden, von dem man früher nicht einmal geträumt hätte. Eine Sterbehilfe kann dem Sterbenden nur von dem geleistet werden, der sich mit dem Tode persönlich auseinandergesetzt hat. Ich denke dabei nicht an die medikamentöse, sondern an die menschliche Sterbehilfe. Man muss im Leben einmal zum eigenen Tod Stellung bezogen haben. Dies wird in der Regel nur an Hand einer langen oder schweren Krankheit möglich, denn sonst fehlen uns die Voraussetzungen dazu. KARL JASPERS formulierte, dass die Praxis des Arztes konkrete Philosophie sei. Nachdenken über den Tod muss also die praktische Tätigkeit des Arztes begleiten.

Basis der Medizin muss die Naturwissenschaft bleiben. Aber auch mit Basiskenntnissen ausgerüstet, ist es nicht möglich, seine Patienten zu behandeln, wenn zwischenmenschliche Beziehungen fehlen. So einfach es auch tönen mag, dass wir in der Regel wissen, dass der Tod einem Unheilbaren bevorsteht und dass es deshalb sinnlos ist, das Leben hinauszuschieben, länger, als die Natur will, ist es aber auf der andern Seite ausserordentlich schwierig, eine einmal angefangene Behandlung abzusetzen. Wir sind verpflichtet, dies zu tun, wenn das Leiden gemildert und das Sterben erleichtert werden kann. Für solche Entscheidungen braucht es Erfahrung und Mut.

Für die Medizin gilt in besonderer Weise, was für die Technik ganz allgemein gilt: sie steht und fällt mit ihrer Hinwendung zum Menschen. **Die Technisierung der Welt können wir nicht aufhalten, aber die Mechanisierung des Geistes.** Unsere Hoffnung beruht nicht auf der Perfektion von Wissenschaft und Technik. Hoffnung ist nur dann, wenn ein vertieftes Wissen von der Sonderstellung des Menschen in der Natur das mechanische Menschenbild der Technik auslöscht. In den letzten 30 Jahren ist es gelungen, Unmögliches möglich zu machen, zum Beispiel durch jahrelange Verabreichung von Antibiotika, Antikoagulantien, Antihypertensiva, Ge-

fäss- und Klappenprothesen, Elektrostimulation, Herzschrittmacher, Organimplantation. Die Schattenseiten, die Erhaltung eines Partiallebens geliehenen Fremdüberlebens haben den engen Kreis unserer individuellen ärztlichen Verantwortlichkeit erweitert, uns aber ethisch auch stark belastet. Das ärztliche Ethos ist in Gefahr. Es kann nur ungefährdet erhalten bleiben, wenn das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient therapeutische Entscheidungen in Freiheit wachsen lässt (BOCK). Humanität und Moral beginnen im einzelnen und gelten dem Nächsten. Hier ist jeder das Ganze und auf jedem liegt die grosse Verantwortung unserer Zeit (REGAU, GOEDEL). Von der Betrachtung vom Tod am Krankenbett sind wir unwillkürlich zur Analyse unserer eigenen Haltung gelangt. Die Ars moriendi als höchste Kunst müssen wir von unseren Sterbenden lernen, können dies aber nicht tun, bevor wir uns darum bemüht haben, zu lernen, selbst zu altern, zu reifen und zu leben.

In früheren Zeiten war die *Medizin ein Teil der Religion*. Der Medizinmann war Priester und umgekehrt. Das Leben wurde von religiösen Symbolen gedeutet und durch magisch-rituelle Praktiken reguliert. Der Uebergang von der Religion zur Naturwissenschaft und Technik hat die Medizin zur Wissenschaft gemacht. Der Arzt ist aber nur ein angewandter Naturwissenschaftler, der mit dem Einbruch der Technik in die Heilkunde vieles gewonnen und vieles verloren hat. Die Krankheit wurde zum sachlichen Defekt, die durch Reparatur zu beheben ist (MOLTMANN). Das Subjektive muss ausgeschaltet werden. In der modernen Klinik wird die Krankheit vom Menschen isoliert, das heisst der kranke Mensch wird auf ein typisches Krankheitsbild gebracht. Sind die typischen Erscheinungsbilder einer Krankheit analysiert, so setzt die gezielte Therapie ein. Der Patient wird zum Objekt der Datenverarbeitung und Behandlung. Der Kranke muss mit seinem Leiden selbst fertig werden. Welcher Arzt hat dazu die Zeit und kann sich so viel Zeit nehmen? Da dies ein Hauptanliegen der Psychosomatischen Gesellschaft darstellt, habe ich darauf verzichtet, auf die Krankheit einzugehen, damit ich mich mit dem zweiten Teil meines Themas, dem Tod, ausführlicher beschäftigen kann.

Das *Todesbewusstsein* wird aus dem aktiven Leben ausgeschaltet. Mit der Isolierung des Schwerkranken und der Alten wird der unmittelbare Todeskontakt abgebrochen. Bevor der psychische Tod den Menschen ereilt, erleiden viele Alte und Kranke den sozialen Tod, weil sich niemand mehr um sie kümmert. Früher war die direkte Erfahrung des Todes ein Teil der Lebenserfahrung. Kinder erlebten den Krankheits- und Alterstod in der Familie. Sie sprachen mit den Sterbenden, sahen den Leichnam. Heute ist das anders geworden. Die Schwerkranken verschwinden in den Krankenhäusern, die Alten in den Alters- und Pflegeheimen.

Es ist die Pflicht und hohe Kunst des Arztes, seinen Patienten in Würde und Frieden sterben zu lassen. Dazu die Grundsatzklärung amerikanischer Spi-

täler, ob der Schwerkranke ein Recht auf den Tod besitze. Schon vor 10 Jahren wurde von einem Berater der amerikanischen Aerztervereinigung erklärt, dass ein Patient das Recht habe, seine Zustimmung zu einer lebensrettenden Therapie zu verweigern. Seither haben auch mehrere amerikanische Gerichte entschieden, dass ein hoffnungslos kranker Erwachsener ohne Aussicht auf Besserung das Recht auf seinen Tod, ohne weitere Behandlung, besitze. Wie will aber ein Kranker seinen Zustand einschätzen, wenn es oft nicht einmal dem Arzt gelingt, eine genauere Prognose zu stellen? Ein Kranker kann sich noch mehr als der sich objektiv bemühende Arzt täuschen. Wir kämen also der Euthanasie ausserordentlich nahe.

Auf der andern Seite gibt es hoffnungslos Kranke, die mehr am Leben hängen als ihre gesunde Umgebung. So erinnere ich mich an einen 50jährigen Mann, der insgesamt 18 Jahre infolge einer Poliomyelitis vollkommen gelähmt war. Lediglich die Hirnnerven funktionierten noch. Er war 18 Jahre lang intubiert und hing an den verschiedensten Respiratortypen. Wir sollten uns deshalb nicht anmassen, urteilen zu wollen, ob ein Leben lebenswert sei oder nicht. Ob ein Mensch das Recht hat, über sein eigenes Leben zu entscheiden, hängt von der persönlichen Weltanschauung eines jeden einzelnen ab. Ich zitiere FRISCH: «Der Medizin schlägt immer mehr Argwohn entgegen. Auch Hass überall dort, wo sie wertfrei und denkfrei als objektive Wissenschaft unbefragt und ohne persönlichen Auftrag verlängert. Auch Leben, das nur noch mit einiger ethisch definitiven Akrobatik als sinnvoll bezeichnet werden kann. Leben, dessen Sinn oft nicht mehr unmittelbar fühlbar ist. Sterbenskunde als Teil der Lebenskunde, ich glaube, die Lektion steht an mit aller Dringlichkeit».

Der Medizin sind neue Grenzen gesetzt worden. Die *Transplantation von Organen* hat HIPPOKRATES nicht vorausgesehen. Deshalb hat der hippokratische Eid eine neue Dimension erhalten. Bis heute war die Verantwortung nur für den einen Menschen zu übernehmen, der in Behandlung stand, und zwar bis zum letzten Atemzug. Heute gibt es eine moralische Verpflichtung, an diejenigen unbekanntem Patienten zu denken, die einer Organtransplantation entgegenfiebern. Das Thema ist so ausserordentlich vielschichtig, dass ich darauf nicht näher eingehen kann.

Jeder Mensch muss sterben. Der Tod kommt vielleicht plötzlich, vielleicht ganz langsam, schmerzlos oder auch unter unsäglichen Qualen. Die Frage nach dem Sinn des Lebens bleibt im Angesicht des Todes keinem erspart. Auch Jesus hatte Angst vor dem Sterben. Er fühlte sich total verlassen. Es gab also auch für Jesus keinen Deus ex machina.

Ich versuchte meine Ausführungen auf die Ars moriendi auszurichten. Da niemand etwas genaueres über den Tod weiss, habe ich Ihnen meine subjektiv gefärbten Gedanken übermittelt. Mir scheint aus der Beschäftigung mit den vielen Sterbenden nur

eines klar geworden zu sein: Wir müssen uns zunächst einmal intensiv mit der *Ars vivendi* auseinandersetzen. Am Anfang steht immer die Diagnose, vor dem Tod das Leben, also: keine *Ars moriendi* ohne *Ars vivendi*.

«*Orientes morimur*». Unsere Haltung zum Tode und damit auch zur modernen Medizin müssen wir uns selbst erarbeiten in einem ununterbrochenen Lernprozess.

### Zusammenfassung

Die erste Begegnung mit dem Tod und die persönliche geistige Entwicklung des Arztes spielen in der Beziehung zum Tod eine wesentliche Rolle. Eingangs wird die Frage der Aufklärung des Patienten vor dem Tod anhand verschiedener eigener Erlebnisse diskutiert. Eine generelle Regel für die Aufklärung gibt es nicht. Jeder Fall muss individuell angegangen werden.

Im Kapitel Thanatologie werden die Sterbekrankenhäuser erwähnt, ferner die dort erarbeiteten Re-

sultate über die phasenspezifische Belastung von Arzt und Patient während der letzten Lebensphase. Die Frage nach der Verlängerung des Lebens um jeden Preis wird anhand von klinischen Beispielen besonders im Hinblick auf die Krisensituationen in den Intensivstationen besprochen. Eng damit verbunden ist das Problem der Sterbehilfe, weil nicht die medikamentöse, sondern die menschliche Sterbehilfe gemeint ist. Die Technisierung der Welt kann nicht aufgehalten werden, aber die Mechanisierung des Geistes muss gestoppt werden. Das Todesbewusstsein ist aus dem aktiven Leben ausgeschaltet worden durch Isolierung von Schwerkranken und Alten, womit der unmittelbare Todeskontakt abgebrochen ist. Auch das Recht auf den Tod, wie es in amerikanischen Gerichten behandelt wurde bei hoffnungslos Kranken, wird besprochen. Ferner wird auf die Organtransplantation und die ärztliche Verantwortung eingegangen. Nur durch eine bewusste *Ars vivendi* können wir uns auf die *Ars moriendi* vorbereiten.

Adresse des Verfassers:

Dr. T. Wegmann, Medizinische Klinik A, Kantonsspital  
CH - 9000 St. Gallen

---

## Immaterielle Aspekte der Betreuung von Betagten – interdisziplinär gesehen

**Zusammenfassung der wichtigsten Ergebnisse und Postulate aus den Referaten der FAS/GfS-Tagung (Forschungsgemeinschaft für Altersfragen in der Schweiz) vom 6. November 1975 in Bern**

### Hinweise auf die veranstaltenden Gesellschaften

Die Forschungsgemeinschaft für Altersfragen in der Schweiz (FAS) wurde nach eingehenden Vorbereitungen im Herbst 1974 ins Leben gerufen. Gründungsmitglieder sind Prof. Dr. Th. Abelin, Leiter des Instituts für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Bern (Präsident), Prof. Dr. B. Steinmann von der Schweizerischen Gesellschaft für Gerontologie und Dr. W. Ebersold von der Schweizerischen Gesellschaft für praktische Sozialforschung. Als weitere Vertreter interessierter Kreise gehören Persönlichkeiten aus Wirtschaft und Öffentlichkeit dem Vorstand an.

Die Forschungsgemeinschaft befasst sich gemäss Vereinsstatuten mit der Förderung, Planung, Durchführung und Publikation von Forschungen auf dem Gebiet der Probleme von Betagten in der Schweiz. Das Ziel einer umfassenden Unterlagenbeschaffung für eine zukünftige Alterspolitik soll auf zwei Ebenen verwirklicht werden: durch die Erhebung von

Primärdaten in Form empirischer Untersuchungen und durch die Aufbereitung vorliegender Informationen und Publikationen im Bereiche der Altersfragen. Gegenwärtig wird auf zwei aufeinander abgestimmten Teilprojekten gearbeitet. Am Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Bern sind die Vorbereitungen zu einer breiten Analyse sozialmedizinischer Aspekte im Gang, während sich die Forschergruppe der Schweizerischen Gesellschaft für praktische Sozialforschung im Hinblick auf entsprechende empirische Untersuchungen mit dem Studium sozialer und ökonomischer Fragestellungen beschäftigt.

Die Schweizerische Gesellschaft für praktische Sozialforschung (GfS — juristisch ein Verein) wurde im Jahre 1959 auf Anregung von Dr. Adolf Guggenbühl † gegründet.

Ihre Aufgabe besteht darin, durch die Propagierung der Methoden der empirischen Sozialforschung und praktische Untersuchungen zuverlässig Auskunft