

<b>Zeitschrift:</b>	Curaviva : Fachzeitschrift
<b>Herausgeber:</b>	Curaviva - Verband Heime und Institutionen Schweiz
<b>Band:</b>	74 (2003)
<b>Heft:</b>	4
<b>Artikel:</b>	Wie eine Heimärztin das Sterben im Krankenheim erlebt : der Tod kann erschrecken, aber auch tröstlich sein
<b>Autor:</b>	Rizzi, Elisabeth
<b>DOI:</b>	<a href="https://doi.org/10.5169/seals-804711">https://doi.org/10.5169/seals-804711</a>

### 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:** 29.01.2026

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

WIE EINE HEIMÄRZTIN DAS STERBEN IM KRANKENHEIM ERLEBT

# Der Tod kann erschrecken, aber auch tröstlich sein

**Sterben gehört zum Alltag im Krankenhaus. Zur Routine wird der Tod für das Personal trotzdem nicht. Die Heimärztin Regula Gmünder erzählt über den Kampf gegen das Leiden, über ihre Haltung zur Sterbehilfe und die eigenen Gefühle gegenüber dem Tod.**

«Ich arbeite zwar erst ein Jahr im Krankenhaus Riesbach, aber ich glaube gegenüber dem Tod wird man nicht einfach gleichgültig – auch nicht nach Jahren. Jeder Todesfall im Heim macht schliesslich auch dem Personal immer wieder aufs Neue die eigene Endlichkeit bewusst.

Kerzen sind im Heim aus Brandschutzgründen verboten. Aber immer wenn jemand stirbt, stellen wir ein Lämpchen auf. Manchmal ziehe ich mich dann zurück oder spreche mit den Pflegerinnen und Pflegern. Es ist schon vorgekommen, dass im Team geweint wurde. Äusserlich zeige ich meine Emotionen in solchen Augenblicken weniger. Von einer Heimärztin erwartet man Standfestigkeit. Aber das heisst nicht, dass ich nicht berührt bin. Besonders wenn ich zum Verstorbenen und den Angehörigen eine gute Beziehung hatte, geht mir das Leid der Hinterbliebenen sehr nahe. Einige Patienten habe ich noch am Krankenbett als fesselnde Persönlichkeiten mit sehr bewegenden Schicksalen erlebt. Das Sterben erlebe ich als unterschiedliche Wiederholung des Immerselben: Jeder Patient war einmal eine Persön-

lichkeit. Dann schwindet das Leben langsam. Und schliesslich verlöscht es ganz. Zu den verschiedenen Patienten ergeben sich im Laufe der Sterbebegleitung unterschiedliche Beziehungen – Sympathien, Antipathien. Diese beeinflussen meine Arbeit aber nicht. Ich habe hier ein professionelles Rollenverständnis und helfe, wo es nötig ist.

## Angst vor Schmerzen und Alleinsein

Wenn der Tod absehbar wird, biete ich den Betroffenen vermehrt die Gelegenheit zu Gesprächen. Manche Patienten wünschen sich mehr Unterstützung, andere weniger. Ich akzeptiere beides. Die einen nehmen den nahenden Tod als Tatsache an und bereiten sich darauf vor, indem sie Abschied nehmen. Andere möchten noch länger leben. Am häufigsten fragen die Betagten, ob sie allein sein werden, wenn es so weit ist, und ob sie leiden müssen. Dank der therapeutischen Möglichkeiten ist es in der Regel möglich, dass wir den Sterbenden die Schmerzen nehmen können. Erhält ein Patient genug Morphin, merkt er nicht einmal, dass er unter Atemnot leidet. In diesem Zustand sind allerdings auch keine letzten tiefgehenden Gespräche mit Angehörigen mehr möglich. Die Patienten spüren höchstens unbewusst liebevolle Berührungen, oder fühlen, dass jemand bei ihnen ist. Eine ausreichende palliative Hilfe erachte ich als äusserst wichtig. Die

Dosen des verabreichten Morphiums lindern das Leiden, beschleunigen aber nicht den Tod. Das schönste Erlebnis am Sterbebett hatte ich mit einer alten Frau, die anfangs grosse Angst vor dem Tod hatte. Aber als es dann soweit war, hat sie mit Hilfe der Medikamente das Ende annehmen können und ist mit einem Lächeln gestorben.

Ich weiss nicht, wie ich mich verhalten werde, wenn ich einmal selber sterben muss. Irgendwie möchte ich nicht ganz plötzlich tot sein. Ich möchte wissen, wie das ist – zu sterben. Aber das sagt man leicht als gesunde Person. In meiner Zeit im Heim habe ich bisher nur einen einzigen Patienten erlebt, der bis fast zum Schluss Schmerzmedikamente abgelehnt hat.

## Mehr wissen als die Krankengeschichte

Seltener als zu Hause kommt es in Krankenhäusern vor, dass jemand unverhofft und allein in der Nacht im Bett stirbt. Das ist auf die guten Dienste der Nachtwachen zurückzuführen. In den Krankenhäusern liegen immer mehr Schwerkranke. Manche sind schon eine ganze Weile da. Andere kommen erst zum Sterben ins Heim. Die häufigsten Todesursachen in unserem Heim sind die Folgen von Herz-Kreislauferkrankungen, Krebs, Lungenerkrankungen und Demenz. Oft kommen diese Erkrankungen bei den einzelnen Patienten mehrfach kombiniert und mit zusätzlichen weiteren Krankheiten vor.

Für das Personal ist die Betreuung von Sterbenden Teamarbeit ebenso wie auch die Betreuung der Patienten überhaupt. Denn um einer todkranken Person gerecht zu werden, ist weit mehr Wissen nötig als nur die Krankengeschichte. Ich als Ärztin stütze mich immer wieder auf die Aussagen und Beobachtungen der Pflegenden, die rund um die Uhr beim Patienten sind. Gemeinsam versuchen wir bereits beim Eintritt ins Krankenhaus, möglichst viel über die Lebensgeschichte und die Lebensumstände der betagten Person zu erfahren. Dazu führen wir auch Gespräche mit Angehörigen und Bekannten der Betroffenen. Wir geben uns grosse Mühe, die Wünsche und Bedürfnisse so weit es geht zu erfüllen. Wir versuchen auch, verschiedenen Kulturen und Glaubensrichtungen gerecht zu werden, indem wir rechtzeitig entsprechende Personen benachrichtigen und beziehen – zum Beispiel den gewünschten Pfarrer. Ebenso probieren wir bei Familienproblemen eine Begegnung zwischen Heimbewohner und Angehörigen zu vermitteln, bevor der Sterbeprozess soweit fortgeschritten ist, dass klärende Gespräche unmöglich sind.

### Lebensqualität vor Lebensverlängerung

Ob der eigentliche Sterbeprozess Tage oder nur Stunden dauert, ist meist schwer vorauszusehen. Auch ohne zu essen und bei minimaler Flüssigkeitszufuhr können vereinzelte Menschen noch ungewöhnlich lange weiterleben. Es kommt immer wieder vor, dass Betagte am Lebensende die Nahrungsaufnahme verweigern. Die wenigsten tun das allerdings voll bewusst. Manchmal verunmöglicht eine weit fortgeschrittene Demenz die Nahrungsaufnahme, manchmal fehlen Hunger- und Durstgefühl und der Wille, sich mit Anstrengung am Leben zu erhalten.

Als Ärztin stehe ich manchmal vor der Frage, ob ich lebensverlängernd



Regula Gmünder ist Stadtärztin und Heimärztin im Zürcher Krankenhaus Riesbach. Nach dem Staatsexamen 1979/80 hat sie sich in Innerer Medizin, Chirurgie, Rheumatologie Sportmedizin und Geriatrie weitergebildet. Neben Tätigkeiten in Spitäler und in einer Allgemeinmedizin-Praxis hat sie teilzeit als ausgebildete Gymnastiklehrerin gearbeitet, unter anderem für SeniorInnen.

eingreifen soll oder nicht. Im Idealfall gibt mir der Patient dazu die Antwort, nachdem er bestmöglich über sein Leiden und über allfällige Therapien informiert worden ist. Der Entscheid ist immer sehr schwierig, wenn sich ein Patient nicht mehr selber äussern kann und keinen Willen hinterlassen hat. Dann muss ich mich auf die Meinung der Angehörigen stützen. Die Angehörigen sind für mich immer sehr wichtige Ansprechpartner im Sterbeprozess. Allerdings decken sich die Ansichten der Angehörigen nicht in jedem Fall mit denjenigen des Patienten. Es kommt öfter vor, dass Angehörige aktive Massnahmen fordern, und die Betroffenen diese aber ablehnen, als umgekehrt. Selten habe ich miterlebt, dass Angehörige nicht mehr beim Leiden zuschauen konnten, während die Betroffenen ihre Situation durchaus noch als lebenswert empfanden. Es ist ein Abwägen von Vor- und Nachteilen, ob schliesslich ein medizinischer Eingriff gewagt wird oder nicht. Die mutmassliche Lebensqualität nach dem Eingriff gibt für mich den wichtigsten Ausschlag. Es wäre allerdings falsch zu glauben, dass wir bei Dementen prinzipiell medizinische Behandlungen unterlassen und nur die Patienten operieren lassen, die geistig

noch klar sind. Es geht um die relative Lebensqualität, subjektiv vom Patienten aus gesehen. Ein Beispiel ist die operative Behandlung der häufig vorkommenden Schenkelhalsfraktur. Die Operation verringert die Schmerzen rasch und ermöglicht den Patienten ein schnelles Wiedererlangen der alten Mobilität. Auch für eine gute Palliation sind manchmal Eingriffe nötig. Bei Arterienverschlüssen, die äusserst schmerhaft sein können, kann die Gefässchirurgie in vielen Fällen durch einen Kathetereingriff die verengten Gefässer wieder erweitern und die Schmerzen zum Verschwinden bringen.

In den letzten fünfzehn bis zwanzig Jahren hat sich das Bewusstsein stark gewandelt. Ärzte, Angehörige und auch die Patienten legen viel mehr Wert auf die höchstmögliche Lebensqualität als auf mögliche Therapien zur Lebensverlängerung.

Am schlimmsten war für mich der Fall eines todkranken Patienten, der nicht mehr sprechen konnte. Die Angehörigen haben – entgegen dem Rat des Betreuungsteams des Heimes – einstimmig beschlossen, ihn nochmals operieren zu lassen. Die Spitalverlegung und die Operation bewirkten eine Zunahme von Verwirrung, Angst

und körperlichem Leiden zugunsten einer vermuteten Lebensverlängerung von einigen wenigen Tagen.

### Strikte Rollenteilung

Mich persönlich legitimiert das Streben nach höchstmöglicher Lebensqualität nicht zur aktiven Sterbehilfe. Ich würde nie selbst ein Barbiturat verschreiben und habe grosse Mühe mit der Euthanasie. Ich bin der Meinung, jeder Mensch hat das Recht, selbst über sein Leben und Sterben zu entscheiden. Ich verurteile niemanden, der ein vorzeitiges Ende sucht. Aber ich finde es nicht richtig, wenn die

Betroffenen andere Menschen mit hineinziehen, die das nicht möchten. Abgesehen von meiner persönlichen Haltung finde ich es als Heimärztin absolut wichtig, dass eine klare Rollentrennung herrscht. Ich stehe nicht hindernd davor, wenn eine Person aus der Bewohnerschaft Exit oder Dignitas einschaltet. Wäre ich jedoch selber bei der Sterbehilfe aktiv, ergäbe sich daraus für mich ein Rollenkonflikt. Ich würde als Heimärztin meine Glaubwürdigkeit verlieren. Nach all dem, was ich bisher gesehen habe, hat der Tod verschiedene Seiten. Er kann erschrecken, beängstigen, aber auch tröstlich sein. Ich habe alte

Menschen erlebt, die zufrieden mit ihrem Leben, das sie als reich und erfüllt empfanden, getrost dem Tod entgegen schauten als willkommenem Abschluss. Sie waren müde und gebrechlich geworden und nahmen schrittweise Abschied von der Welt. Tröstlich ist der Tod auch, wenn es mir schlecht geht. Er versichert mir: Alles hat ein Ende. Wenn mir allerdings heute jemand sagen würde: «Morgen stirbst du», hätte ich trotzdem Angst - ich habe noch nicht Abschied genommen.»

Protokoll: Elisabeth Rizzi



Fachhochschule  
für Soziale Arbeit  
beider Basel

**basis**  
Basler Institut für Sozialforschung  
und Sozialplanung

### Nachdiplomkurs

#### «Gewaltprävention in der Jugendarbeit»

Spezifische Methoden der Prävention und Intervention nach transaktionsanalytischen Konzepten

**Dauer** 20 Tage (160 Lektionen, erfüllt die Anforderungen der EDK zur Umwandlung von Diplomen)  
**Leitung** Elke Kraft, Transaktionsanalytikerin, Heimleiterin  
**Beginn** August 2003  
**Info-Abend** Donnerstag, 15. Mai, 19 - 20 Uhr an der FHS-BB

### Nachdiplomkurs «Jungenpädagogik» (neu)

Theorien – Persönlichkeitsentwicklung – Methoden – konzeptionelle Kompetenzen in der Arbeit mit Jungen und jungen Männern

**Dauer** 25 Tage ab September 2003  
 (200 Lektionen, erfüllt die Anforderungen der EDK zur Umwandlung von Diplomen)  
**Leitung** Reinhard Winter, Dr. rer. soc., Diplompädagoge, Gendertrainer  
**Beginn** September 2003  
**Info-Abend** Montag, 19. Mai, 19 - 21.30 Uhr an der FHS-BB

Weitere Informationen unter:

[www.fhsbb.ch/e-basis](http://www.fhsbb.ch/e-basis) oder **Fachhochschule**  
**für Soziale Arbeit beider Basel, basis,**  
**Thiersteinallee 57, 4053 Basel**  
**Tel. 061 337 27 24, Fax. 061 337 27 95, basis@fhsbb.ch**



**mefazurich**  
messe schweiz

Ideenbörse und Weiterbildungsplattform für aktive, zukunftsorientierte Fachleute aus dem Lebensmittel Gross- und Detailhandel, den Metzgereien, der Gastronomie, dem Grossküchenbereich und dem Catering. Mit attraktiven Sonderschauen, den Resultaten des Qualitätswettbewerbs, dem Forum zu Konsum- und Retailtrends und dem legendären MEFA-Treffpunkt, dem «Metzgerstübli».