Zeitschrift: Intercura : eine Publikation des Geriatrischen Dienstes, des Stadtärztlichen Dienstes und der Psychiatrisch-Psychologischen Poliklinik der Stadt Zürich

Herausgeber: Geriatrischer Dienst, Stadtärztlicher Dienst und Psychiatrisch-Psychologische Poliklinik der Stadt Zürich

Band: - (1988-1989)

Heft: 22

Artikel: Die Begleitung Schwerkranker und Sterbender in der Stadt Zürich

Autor: Nigg, Wolfgang

DOI: https://doi.org/10.5169/seals-789994

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: 01.08.2025

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

Die Begleitung Schwerkranker und Sterbender in der Stadt Zürich

* **Wolfgang Nigg, Zürich**

Die Betreuung Schwerkranker und Sterbender, ja der Tod an sich, ist ein Thema, das in unserer heutigen Gesellschaft ganz besonders problembeladen ist. Es ist auch ein Bereich, mit dem immer weniger Menschen umgehen können oder zu können glauben. Das bewährte Bestehen Ihrer Vereinigung zur Begleitung Schwerkranker kann als ein Zeichen dafür gewertet werden.

Was könnten die konkreten Alltagserfahrungen sein, die heute — so glaube ich — sehr viele und immer mehr Menschen dazu bewegen, sich über die Betreuung Schwerkranker und Sterbender Gedanken zu machen, sich sogar aktiv in diesem Bereich zu engagieren?

Es mögen persönliche Erlebnisse, aber auch Schilderungen sein über den einsamen Tod, das langsame Sterben im Alter, in Heimen, in Spitälern, in einer technisierten Umgebung, die zunehmende Angst medizintechnisch am Leben erhalten zu werden, die Furcht vor verlängerten Leiden, vor Verlust von Selbständigkeit durch die Krankheit, die Scham vor der Abhängigkeit von anderen bei elementaren Verrichtungen des täglichen Lebens. Es spielt aber auch noch anderes «Wissen» mit hinein; dies vielleicht nicht so bewusst und geradlinig, wie etwa: Vorstellungen über eine zunehmend überalternde Gesellschaft, Visionen nur noch hin-

---

* **Stadtrat Wolfgang Nigg ist Vorstand des Gesundheits- und Wirtschaftsamtes (GWA) der Stadt Zürich. Er hat das vorliegende Referat an der vierten Jahresversammlung der Zürcher Vereinigung zur Begleitung Schwerkranker (Präs. Dr. med. Hanspeter Nef, Zürich) am 29. März 1988 in Zürich gehalten.**

OM

Laboratorien OM Genf

mehr als 50 Jahre
im Dienste der Medizin

fälliger Menschen in der eigenen Umgebung, die Angst, dass überhaupt noch jemand da sein könnte, der die Betreuung übernehmen kann und will, ja vielleicht auch eine sehr direkte Befürchtung: Wären einmal im Heim, im Spital überhaupt noch genügend Leute da, zum Helfen, zum Pflegen, zum Betreuen?

Viele wird auch der Schrecken der Krankheit Aids besonders aufgerüttelt haben: Was geschieht mit diesen jungen Schwerkranken, die nicht selten ohne ein stabiles oder zumindest nur in Ansätzen noch funktionierendes soziales Umfeld dastehen?

Was ist es eigentlich, das für uns den Umgang mit Krankheit, Sterben und Tod so besonders schwer macht? Ich glaube, es ist nicht allein urmenschliche Furcht vor dem eigenen Lebensende, die Angst vor dem Verlust eines geliebten Menschen, die Scheu vor Leiden. Es ist etwas, das darüber hinausgeht. Wir leben heute in einer Zeit, in der Krankheit und Tod aus unserem Alltag sehr weit ausgegrenzt sind. Krankheit und Tod werden häufig nicht mehr bewusst als Bestandteil unserer menschlichen Existenz akzeptiert, sondern gelten als «Störung» des Normalen, als etwas, das an den Rand des Unbewussten gedrängt wird. Ja, vielleicht existiert auch oft ein Zwang zu dieser Verdrängung, in einer Gesellschaft, in der viele glauben oder vorgeben zu glauben, dass alles machbar sei.

Ausgrenzung von Krankheit, Sterben und Tod bedeuten auch Privatisierung. Das Sterben eines Menschen war ehemals eine weit öffentlichere Angelegenheit als heute. Das konnte schon deshalb nicht anders sein, als es viel ungewöhnlicher für die Menschen war, allein zu sein. Sie lebten in der Regel ständig bei- und miteinander. Schon die Räumlichkeiten liessen ihnen meist gar keine andere Wahl. Die Unantastbarkeit der Privatsphäre ist etwas, das sich tief in unser heutiges Empfinden eingewurzelt hat. Wer kennt nicht die innerliche Hemmschwelle zum Beispiel jemanden auch nur schon auf das Sterben, den Tod eines Angehörigen anzusprechen, geschweige denn, bei ihm einen Besuch zu machen, und zwar aus Angst, diesem Menschen zu nahe zu treten, ihn in seiner Privatsphäre zu stören? Nicht selten müssen wir hernach feststellen, dass dies vielleicht ganz falsche Hemmungen waren.

Die gesellschaftliche Ausgrenzung widerspiegelt sich in gewisser Weise auch in der Professionalisierung und Spezialisierung im Umgang mit Krankheit, Sterben und Tod, ja auch in unseren Versuchen, diesen Umgang mit Schwerkranken und Sterbenden zu lernen, — vielleicht **wieder** zu lernen?

Der Umgang mit Schwerkranken und Sterbenden ist für uns möglicherweise auch dadurch schwieriger geworden, als gewisse Rituale, die den Kontakt zumindest erleichtern konnten, weggefallen sind, wir sie in unserem heutigen Denken nicht mehr akzeptieren können. Wir sind misstrauisch geworden gegenüber den festgeprägten Ritualen und Floskeln früherer Generationen. Sie sind für uns zu reinen Äusserlichkeiten erstarrt. Wir stellen heute den Anspruch an uns selbst, dass sich jeder gerade gegenüber einem Schwerkranken, einem Sterbenden öffnen und Gefühle zeigen müsse. Dies in einer Art, die viele von uns aber nicht mehr gewohnt, die in unserem sonstigen Alltag auch selten gefragt ist. Es besteht ein Anspruch auf Verbindlichkeit, ja auch auf «Kreativität» in unseren Äusserungen, der uns sehr oft überfordert.

Gestatten sie mir, hier ein paar Gedanken darüber anzuschliessen, in welche Richtung idealerweise die Entwicklung gehen sollte, d.h. konkret: in welcher Weise wir alle unsere Haltung gegenüber Sterben und Tod entwickeln könnten, unsere Haltung und unser Umgang mit Sterbenden, aber auch unsere Einstellung zum eigenen Tod reifen könnte. Ich glaube, dass auch in unserer Gesellschaft, wo der Tod — gottseidank — nicht mehr so schnell, so früh zuschlägt, Sterben und Tod nicht mehr jeden Tag direkt erfahrbar sind, wäre es gut, Sterben und Tod wieder bewusster als unabdingbare Bestandteile unserer menschlichen Existenz zu anerkennen, bewusst zu akzeptieren. Sterben und Tod müssten wieder «gesellschaftsfähig» werden, wieder vermehrt einbezogen werden in unseren Alltag. Das soll keineswegs heissen, dass wir uns etwa eine fatalistische Einstellung gegenüber dem Menschenleben aneignen dürfen. Gemeint ist, dass wir versuchen müssen, die Verdrängung, «den Schleier des Unbehagens, der in unseren Tagen häufig die ganze Lebensphäre des Sterbens umgibt» (Norbert Elias), aufzuheben. Denn diese Verdrängung macht uns letztlich unfähig, dem Sterbenden das zu geben, was ihm wahrscheinlich am hilfreichsten wäre: das Gefühl der Freundschaft, der Nähe, ohne das der Mensch in Einsamkeit stirbt, wovor vermutlich die meisten von uns Angst haben.

Nach diesen vielleicht etwas ins Philosophische hineinreichenden Gedanken, möchte ich mich der konkreten Situation der Betreuung und Begleitung von Schwerkranken und Sterbenden in unserer Stadt zuwenden.

Lassen Sie mich zunächst den medizinisch-pflegerischen Aspekt der Betreuung in den Vordergrund stellen. Denn gerade in diesem Bereich hat in den letzten Jahren im Zürcherischen Gesundheitswesen ein Umdenken stattgefunden. Gestützt auf die auch international vorbildlichen

Richtlinien der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften hat sich in Zürich die Überzeugung herausgebildet, dass nicht eine Verlängerung des Lebens an sich das generelle Ziel der Medizin ist, dem sich alles unterzuordnen hat. Die heutige medizinisch-pflegerische Praxis in unseren Krankenheimen und Spitälern orientiert sich am Grundsatz: «Mehr Leben für die verbleibende Zeit, statt mehr Zeit für das verbleibende Leben». Dieser Grundsatz wird auch von der überwiegenden Mehrheit des Volkes getragen. Das bedeutet, dass die früher meist vorherrschende legalistische Haltung, alles in der Macht stehende zu tun, um das Leben, vielleicht härter ausgedrückt: die physische Existenz, zu verlängern, an Gültigkeit verloren hat. Täuschen wir uns aber nicht darüber hinweg: Der genannte Grundsatz reicht beim einzelnen Patienten als Basis für das Handeln und Entscheiden nicht aus. Denn: Was bedeutet für den einzelnen «mehr Leben» oder genauer «mehr Lebensqualität»? Ich glaube, wir müssen anerkennen, dass es hierauf keine allgemeinverbindliche Antwort gibt. Es kann sie nicht geben, da jeder Mensch ein Individuum ist, geprägt durch seine ganz persönliche Lebensgeschichte, in deren Verlauf er auch eine mehr oder minder bewusste Lebenshaltung entwickelt hat. Auffassungen über die Sinnhaftigkeit des Lebens, des Weiterlebens können sehr, sehr gegensätzlich sein. Lassen Sie mich in Anlehnung an Ezekiel J. Emanuel, einem Professor für medizinische Ethik an der Harvard Universität, fünf Grundauffassungen über den Sinngehalt des Lebens unterscheiden:

1. Leben als ein Wert an sich: In dieser Betrachtungsweise gilt Leben bedingungslos, ohne Rücksicht auf jegliche Einschränkung, Schmerz, Lebenschancen für wertvoll und sinnvoll.

2. Leben als Freude und Genuss: Lebenssinn und Lebensziel ist ein Maximum an Genuss und Wohlbefinden. Weiterleben hat nur einen Sinn, wenn Lebensgenuss den Schmerz — im weitestem Sinne verstanden — überwiegt.

3. Lebenssinn durch menschliche Beziehungen: Weiterleben ist nur sinnvoll, wenn vor allem auch affektive Beziehungen zu andern Menschen möglich sind, Gefühle, Nähe, Liebe wahrgenommen und ausgedrückt werden können.

4. Selbständigkeit und Selbstbestimmung als Hauptelemente für den Lebenssinn: Weiterleben verliert dort seinen Sinn, wo jegliche eigene Bestimmung über den Lebensalltag, jegliche Gestaltungsmöglichkeit verloren gegangen ist.

5. Lebenssinngebung durch die menschliche Gemeinschaft: Das Leben eines Individuums ist nicht an und für sich wertvoll, sondern nur in der Beziehung zur menschlichen Gemeinschaft. Das Weiterleben eines Menschen gibt nur Sinn, wenn dieses Weiterleben auch für die Gemeinschaft sinnvoll ist.

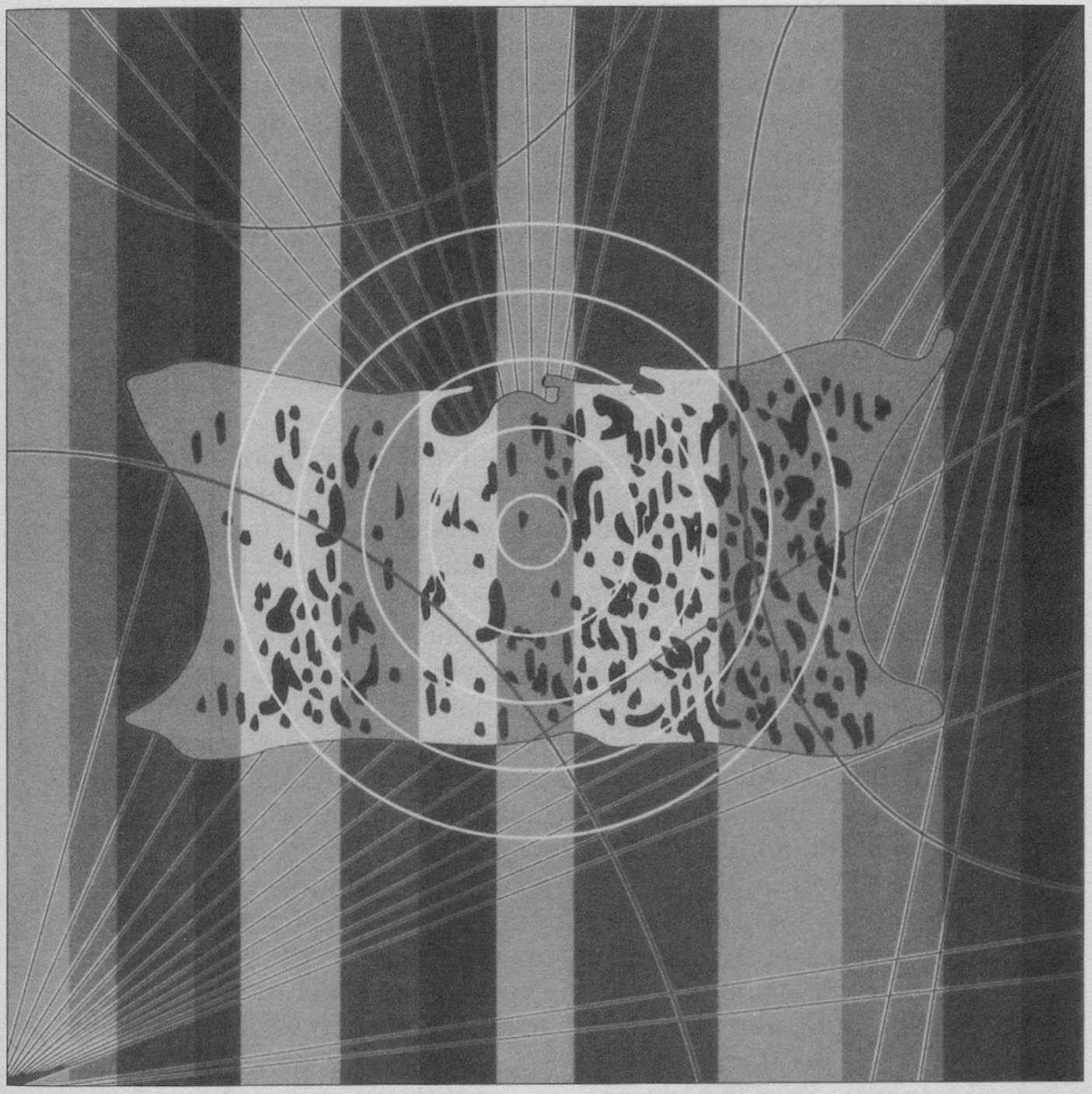
Entscheidend für das Handeln soll letztlich der Wille des Patienten sein, der sich — wie gezeigt — auf sehr unterschiedlichen Konzepten von Lebenssinn begründen kann. Dasselbe gilt auch für den nicht mehr urteilsfähigen Patienten. Für unsere Ärzte ist es daher sehr hilfreich, wenn der Patient seinen Willen schriftlich festgelegt hat, und sie dadurch wissen, in welchen Situationen der Patient keine weiteren Massnahmen mehr wünscht. Aus diesem Grunde wird im Zürcherischen Gesundheitswesen die Verbreitung von schriftlichen Patientenverfügungen begrüsst. Oftmals sind unsere Ärzte jedoch darauf angewiesen, den mutmasslichen Willen des Patienten zu ergründen. Dies ist keine leichte Aufgabe für die Betreuenden. Die Voraussetzungen hierfür sind ein intensives Beobachten, Beschäftigen mit dem Patienten, das Zusammensetzen seines Lebensbildes, seines Lebensganges, ein enger Kontakt mit Angehörigen. Aber auch ein demenzkranker Alterspatient beispielsweise vermag durchaus elementare Bedürfnisse zu signalisieren, selbst wenn er nicht mehr sprechen oder Gesprochenes klar verstehen kann. Diese Regungen, diese Signale, zum Beispiel das Verweigern von Essen und Trinken, werden — sorgfältig in das Gesamtbild des Patienten eingefügt — als Willensäusserung anerkannt.

Ich möchte hiermit auch meine Überzeugung zum Ausdruck bringen, dass in unseren Spitälern und Krankenheimen alle Anstrengungen unternommen werden, um dem Schwerkranken und Sterbenden eine Betreuung und Begleitung zu geben, die seiner Persönlichkeit, seinen Wünschen soweit wie immer möglich entspricht, auch wenn dies im grossen Arbeitsdruck, unter dem das Personal steht, keineswegs einfach ist.

An dieser Stelle scheint es mir angebracht, Ihnen meine Haltung gegenüber der sogenannt aktiven Sterbehilfe kurz darzulegen. Oft äussern Patienten den Wunsch sterben zu können. Sie meinen damit aber praktisch nie, dass sie selbst ihrem Leben ein Ende zu setzen wünschen, sondern bringen damit zum Ausdruck, dass auf jegliche lebensverlängernden Massnahmen verzichtet werden soll. Zwischen dem Verzicht auf die Anwendung lebensverlängernder Massnahmen und der Duldung von Selbsttötung oder gar der Mitwirkung dabei, besteht m.E. ein grundlegender Unterschied. Im ersten Fall geht es um die Frage, ob mit medizinischen Mitteln ein Leben verlängert werden soll, das bei Verzicht

Osteoporose...

Die Lebenserwartung ist in den Industrienationen ständig im Steigen begriffen. Da wird eine Erkrankung wie die Osteoporose, die heute mehr als 30 % aller über 60jährigen erfasst - die Frauen dreimal häufiger als die Männer - zu einem ernsthaften sozio-ökonomischen Problem.



Die Sandoz-Forschung hat schon vor langer Zeit die entscheidende Rolle des Calciums zur Behandlung der Osteoporose nachgewiesen. Und damit eine Therapie eingeleitet, über deren Relevanz sich die Fachleute heute einig sind.

Sandoz Forschungsziel: Lebensqualität

SANDOZ-WANDER
PHARMA AG
Postfach 2196, 3001 Bern

SANDOZ
PHARMA

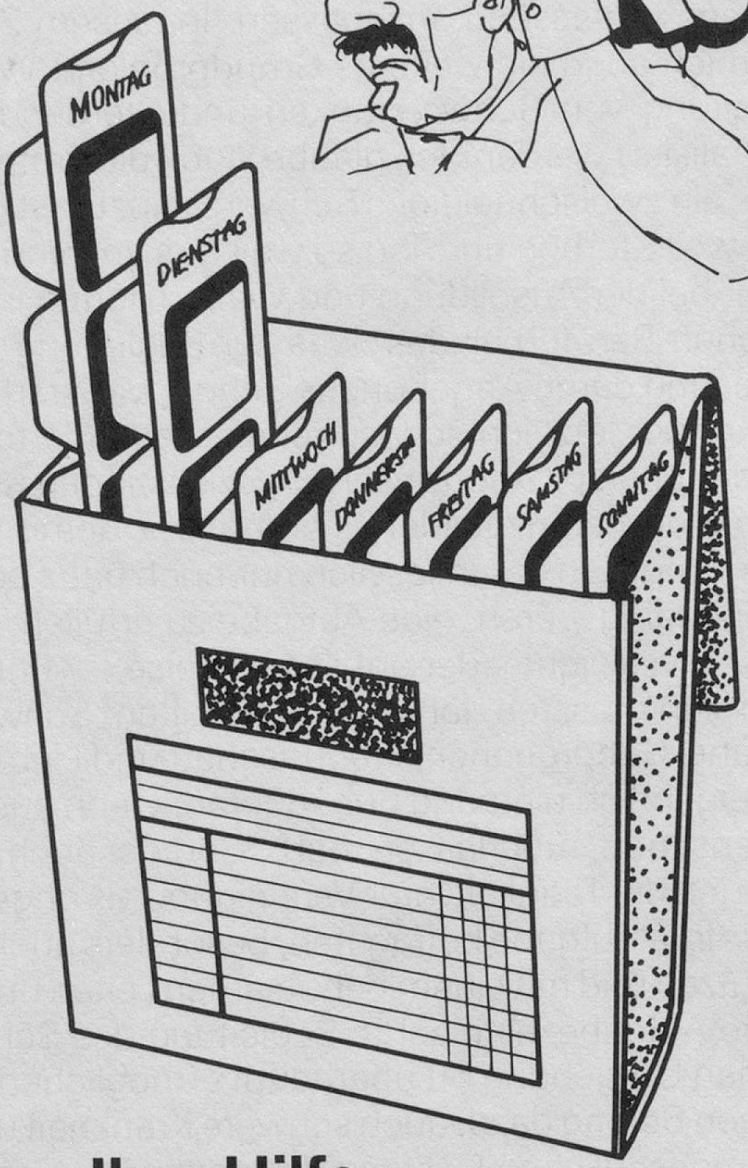
darauf ein natürliches Ende nehmen würde. Bei der Selbsttötung dagegen trifft der einzelne Patient die Entscheidung, nicht mehr länger leben zu wollen. Es soll ein Tod eintreten, der ohne menschlichen Eingriff zumindest nicht sofort eintreten würde. Bereits der Verzicht auf lebensverlängernde Massnahmen ist eine Entscheidung, die an die Ärzte hohe ethische Anforderungen stellt. Ich glaube aber, dass die Praxis in diesem Bereich auf einem umfassenden gesellschaftlichen Konsens beruht. Im Bereich der Freitodbegleitung ist jedoch die Entwicklung noch nicht so weit fortgeschritten, insbesondere fehlen Richtlinien, die genauer umschreiben, unter welchen Voraussetzungen diese Form von Sterbehilfe erfolgen dürfte. Eingehende Gespräche mit Fachleuten, sehr sorgfältiges Abwägen der gesamten Problematik haben mich letztlich zu meinem Entscheid geführt, weder die Durchführung von Selbsttötung noch deren Unterstützung in den Städtischen Krankenheimen und Spitälern zu dulden.

Nicht abzutrennen von der medizinisch-pflegerischen Betreuung ist die psychische, seelische und soziale Betreuung von Schwerkranken und Sterbenden — und nicht zu vergessen: ihrer Angehörigen. Dies dürfte ganz besonders aus den Gedanken über den Willen des Patienten als das letztlich Entscheidende deutlich geworden sein. In diesem Bereich engagiert sich ja vor allem Ihre Vereinigung. Sie versucht dort einzuspringen, wo gerade diese Betreuung schwierig ist, nicht ausreicht oder gar fehlt. Ganz besonders bedeutsam an der Arbeit der Freiwilligen Helferinnen und Helfer Ihrer Vereinigung scheint mir, dass sie nicht an Institutionen gebunden ist, dass sie ausserhalb stattfindet als wichtige Ergänzung der Spitalexternen Pflege und Betreuung, aber vor allem als Unterstützung der Angehörigen bei ihrer schweren Aufgabe. Ich glaube, dass auch bei Schwerkranken und Sterbenden die Betreuung in ihrer angestammten Umgebung häufig der wünschbare, wenn auch oft schwer realisierbare Weg ist. Das vielfach geäusserte Bedürfnis, gerade von alten Menschen, doch zu Hause sterben zu dürfen, spricht hier für sich. Wenn wir dem Menschen auch in unserer Gesellschaft durch entsprechende Betreuung und Begleitung ermöglichen, sein Leben zu Hause in seiner vertrauten, in diesem Sinne auch alltäglichen Welt abzuschliessen, kommen wir damit auch der Vorstellung entgegen, dass letztlich das Sterben und der Tod an sich wieder aus der Ausgrenzung von unserem Alltag gelöst werden müsste.

Aus dieser Grundüberzeugung betrachte ich die Einrichtung von Sterbehospizen nur sehr bedingt als wünschenswert. Denn ich fürchte, dass solche Hospize diese Aussonderung von Krankheit und Sterben langfristig noch akzentuieren. Nachdem heute schon der Mensch häufig völlig

herausgelöst aus seinem bisherigen Leben in Spitälern und Krankenheimen stirbt, wäre es für mich eine unheilsame Entwicklung, wenn nun die hoffnungslos Kranken und Sterbenden nochmals ausgegrenzt — gerade auch aus dem Spital- und Heimalltag — abermals separiert würden. Als künftiger Weg scheint es mir sinnvoller zu sein, nicht grundsätzlich neue, spezialisierte Institutionen zu schaffen, sondern die existierenden Institutionen wie auch die Ambulanten Dienste den entsprechenden Bedürfnissen umfassend anzupassen. In diesem Zusammenhang stellt sich für mich auch ein weiteres Grundproblem: Wie weit soll und darf die Begleitung von Schwerkranken und Sterbenden spezialisiert und professionalisiert werden? Ich glaube, auch die Professionalisierung kann durchaus ein zweischneidiges Schwert sein. Es ist fraglos notwendig — gerade weil Sterben und Tod so weit aus unserem Alltag gerückt ist —, dass wir bei der Ausbildung und Weiterbildung in den ärztlichen und pflegerischen Berufen all das, was zur Begleitung Schwerkranker und Sterbender und deren Angehörigen gehört, viel stärker miteinbeziehen. Sollen wir aber letztlich soweit gehen, gesonderte Ausbildungen anzubieten, oder überspitzt formuliert: Spezialistinnen und Spezialisten in Sterbebegleitung heranzubilden? Fördern wir damit nicht eine Tendenz, die dahin ginge, dass schliesslich nur noch ganz bestimmte Menschen bereit und fähig wären, eine Aufgabe zu erfüllen, zu welcher wir eigentlich alle — vielleicht jeder auf seine Weise — unbedingt wieder vermehrt fähig sein müssten, fähig werden sollten. Schwerkranken und Sterbenden Nähe, Geborgenheit, Freundschaft und Liebe zu vermitteln, ist etwas, das eigentlich niemand nur anderen, wenn auch speziell ausgebildeten Menschen, überlassen darf. Gerade auch unter diesem Aspekt erachte ich die Tätigkeit Ihrer Vereinigung als ungemein wertvoll, indem Sie es als Ihre Aufgabe betrachten, besonders auch die Angehörigen zu unterstützen und mit einem behutsamen Leiten und Heranführen an ihre schwere Aufgabe, eine echte Begleitung des Schwerkranken in seiner häuslichen Umgebung oft überhaupt ermöglichen. Damit leisten Sie einen grossen Beitrag dazu, auch schwere Krankheit und Sterben als etwas von der menschlichen Existenz Untrennbares wieder vermehrt in den Lebensalltag zu integrieren. Gestatten Sie mir noch einen letzten — vielleicht etwas «queren» oder unbequemen Gedanken zur Professionalisierung der Begleitung Schwerkranker und Sterbender: Nährt sich der Hang dazu, die Begleitung und Betreuung Sterbender in professionelle Hände zu geben, nicht letztlich auch am Glauben, dass alles machbar ist, dass also auch die Leiden des Sterbenden, der Kummer der Überlebenden, die vielleicht späte Einsicht in verpasste Lebenschancen, Reue, Schuldgefühle durch die «richtigen Experten» hinweggenommen, aufgehoben werden können? Müssen wir aber hier nicht diesen Hoff-

Gegen Vergesslichkeit



Ihre Hilfe...

der WIEGAND-Medikamenten-Dispenser

Für eine Woche

ein Etui mit sieben Tages-Dispensern,
angeschrieben mit den Wochentagen.

WIEGAND AG, 8180 Bülach, Tel. 01/860 37 72

nungen, ja diesen Ansprüchen bewusst eine Grenze setzen? Ich meine, nicht unähnlich wie wir im medizinischen Bereich lernen und akzeptieren müssen, dass nicht alles heilbar, alles machbar ist, werden wir auch bei der geistig-seelischen, der emotionalen und sozialen Betreuung und Begleitung Grenzen anerkennen müssen, die wir auch mit aller Hilfe nicht durchbrechen können. Wir müssen das Mögliche tun, das Mögliche verbessern, es ausweiten, aber nicht das Unmögliche fordern, denn damit versuchen wir letztlich uns der Verantwortung zu entziehen, dasjenige tatsächlich zu tun, was in unseren Kräften steht.

Was ist aus meiner Sicht als Vorstand des Gesundheits- und Wirtschaftsamtes das Mögliche, das die Öffentliche Hand tun kann?

Eminent wichtig ist der Ausbau der spitalexternen Krankenpflege, um dem eindringlichen Wunsch vieler Menschen, zu Hause zu sterben, entsprechen zu können. In unserem Spitex-Leitbild ist dieses Ziel ausdrücklich festgehalten. Die Dienstleistungen der Organisationen, insbesondere der Gemeindekrankenpflege und der Hauspflege sollen soweit ausgedehnt werden, dass beispielsweise auch Nachtwachen bei Sterbenden möglich sind. Zur umfassenden Spitalexternen Betreuung und Begleitung Schwerkranker und Sterbender werden aber in vielen Fällen der Einsatz der Angehörigen und die Leistungen der professionellen Spitex-Dienste im engeren Sinne zu ergänzen sein. Möglichkeiten sehe ich in der gezielten Förderung der nachbarlichen Laienhilfe. Wobei diese Hilfe vielleicht weniger in der Betreuung des Patienten selbst liegen wird, sondern in der Entlastung der pflegenden Angehörigen, sei dies durch Übernahme kleinerer Alltagsverrichtungen oder aber durch die Pflege des sozialen Kontaktes zu den Angehörigen. Dies ist eine äusserst wichtige Aufgabe. Denn es hat sich gezeigt, dass für viele Angehörige, vor allem jene, die einen Patienten über lange Zeit intensiv betreuen, sehr häufig der Mangel oder Verlust an sozialen Kontakten, die Isolation von der Aussenwelt als eine der schwersten Belastungen empfunden wird.

In diesem Zusammenhang möchte ich betonen, dass ganz allgemein die Betreuung der Angehörigen, besonders auch nach dem Tod des ihnen nahegestandenen Menschen, noch der vermehrten Unterstützung bedarf. Ich bin überzeugt, dass das Wissen, das Vertrauen von Angehörigen, dass sie bei ihrer schwierigen Aufgabe mit Hilfe rechnen können, auch ihre Bereitschaft erhöht, die Pflege und Betreuung eines schwerkranken und sterbenden Familienmitgliedes auf sich zu nehmen.

Bei aller Überzeugung, dass die Randbedingungen für die Pflege und Betreuung auch von Schwerkranken und Sterbenden daheim sehr wohl verbessert werden können, müssen wir auch hier realistisch die Gren-

zen erkennen und dürfen nicht in nostalgischer Verklärung Vorstellungen von einer historischen Idylle nachhängen, wonach früher ein jeder Mensch im eigenen Bett, umgeben von seinen Liebsten, sanft und friedlich entschlafen konnte. Zum einen war das Sterben in früheren Zeiten bei weitem nicht häufiger «sanft und friedlich» als heute. Zum anderen dürfen wir nicht vergessen, dass sich die Lebensformen und Lebensrhythmen und mit ihnen auch die Umstände für die Begleitung von Schwerkranken und Sterbenden im eigenen Zuhause gewandelt haben. Die meisten Menschen leben heute in einer sehr engen Privatsphäre, in die nur wenige Mitmenschen, in der Regel die engsten Familienangehörigen, zugelassen sind. Das bedeutet auch, dass dieser Kreis bei Krankheit und Sterben erst recht sehr klein ist. Nicht selten ist es sogar ein einziger Mensch, der verblieben ist und die Pflege und Betreuung übernimmt. Nur verständlich ist es daher, wenn dies auf Dauer die Kräfte dieses Menschen übersteigt, trotz aller Hilfe und Unterstützung, die ihm auch bei einem optimalen Ausbau der Spitalexternen Dienste geleistet werden kann. Der Eintritt in ein Heim wird in einer solchen Situation trotz allem die beste Lösung sein.

Ich bin mir aber vollumfänglich bewusst, dass wir in unseren Krankenheimen und Spitälern die Bedingungen für eine umfassende Begleitung und Betreuung von Schwerkranken und Sterbenden wie auch ihrer Angehörigen noch verbessern müssen und können.

Die Hospitalisierung, vor allem aber der Eintritt in ein Krankenheim, ist für den alten, pflegebedürftigen Menschen eine Erfahrung, die er als Schock, als harten Stoss und schwere Krise empfindet, welche er nur schwer verkraftet. Der Moment, in dem Patienten ihre bisherige Umgebung verlassen, um in eine Pflegeinstitution einzutreten, ist besonders heikel.

Ein solcher Eintritt kann aber auch positiv erlebt werden. Nämlich dann, wenn sich der Patient innerlich darauf vorbereiten konnte, wenn er von Überforderungen befreit wird und wenn er die Pflege und das sichere Gefühl schätzt, jemanden in der Nähe zu haben, der sich kümmert. Warum aber überwiegen öfters die negativen Eindrücke?

Der Eintritt ins Krankenheim ist meist irreversibel. Zudem haben schmerzliche Erfahrungen meist ihre Spuren hinterlassen, beispielsweise der Tod des Partners, gesundheitliche Beschwerden, die Enttäuschung, nicht bei den Kindern wohnen zu können. Auch wird die Wohnung aufgelöst, der Patient muss sich von Möbeln und vielen andern liebgewonnenen Gegenständen trennen. Oft verlässt er auch «sein» Quartier und muss damit manche der bisherigen sozialen Beziehungen

abbrechen. So entsteht das Gefühl der Heimatlosigkeit. Neue Erfahrungen kommen hinzu. Der Patient muss seinen Lebensraum reduzieren, er muss mit Menschen zusammenleben, die ihm bis anhin fremd waren. Er muss neue Rücksichten nehmen. Nicht selten entstehen Konflikte mit seinen Mitpatienten, aber auch mit dem Personal.

Die Hauptschwierigkeiten, denen der Patient begegnet und unter denen er leidet, sind Verluste:
— Verlust der bisherigen Wurzeln
— Verlust von Eigenstädnigkeit und Unabhängigkeit
— Verlust der Intimsphäre

Ein wichtiges Ziel unserer Anstrengungen muss daher sein, dass der Patient vor allem in unseren Krankenheimen tatsächlich ein echtes Zuhause finden kann. Nicht zu unterschätzende «Äusserlichkeiten» können hierzu viel beitragen, etwa die individuelle Gestaltung der Zimmereinrichtungen, die Möglichkeit des Patienten, sich mit persönlichen, ihm lieb gewordenen Gegenstände zu umgeben. Ein ganz zentrales Moment ist auch die vermehrte Berücksichtigung des individuellen Tagesrhythmus des Patienten bei der Pflege und Betreuung. Womit ich indirekt ein allseits bekanntes Hauptproblem der Krankenheime und Spitäler angesprochen habe: den Mangel an Pflegepersonal. Denn, sagen wir es offen und deutlich: für eine umfassende und möglichst individuell abgestimmte Pflege und Betreuung brauchen wir mehr Personal als zur Zeit in den meisten Heimen und Spitälern tätig ist. Wobei es hier zum Teil weniger eine Frage der Stellenpläne ist als die lückenlose Besetzung der vorhandenen Stellen wie auch des häufigen Stellenwechsels. Entscheidend in der Personalfrage ist aber nicht allein der quantitative Aspekt. Wir brauchen vor allem auch gut qualifizierte Leute. Gut qualifiziert heisst in diesem Bereich nicht allein, dass die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter über eine solide pflegerische Grundausbildung verfügen müssen, nein, es erfordert viel mehr: die Fähigkeit, menschliche Zuwendung zu vermitteln, aber auch die Grenzen zu sehen und zu akzeptieren, wozu es wiederum der Erfahrung und auch einer gewissen Reife bedarf.

Was können wir tun, um vermehrt Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die diese Fähigkeiten besitzen oder entwickeln können, für unsere Krankenheime und Spitäler zu gewinnen und sie vor allem für längere Zeit zu behalten? Ganz wichtig scheint mir der Mut zu neuen Pflege- und Führungsmodellen zu sein. Wir dürfen nicht starr am Hergebrachten festhalten, sondern müssen offen sein für gezielt durchdachte Experimente. Sicher müssen wir auch Einfluss nehmen auf die Ausbildung in den Krankenpflegeschulen, dahingehend, dass der geriatrischen Pflege und Betreuung, die heute einen grossen Teil des Berufsalltages ausmacht,

mehr Gewicht beigemessen wird. Ein wichtiger Schritt in diesem Bereich ist für mich auch die Einführung des 2. Bildungsweges in Praktischer Krankenpflege. Stärker einzubeziehen ist auch die Psychogeriatrie, wenn man die Augen vor der Wirklichkeit nicht verschliessen will. Dasselbe gilt für die Fort- und Weiterbildung sowohl für den spitalinternen als auch den spitalexternen Bereich. Verschiedenste Bemühungen sind hier schon im Gang. Ich bin überzeugt, dass eine auf die Realität des Berufsalltags noch besser ausgerichtete Aus- und Weiterbildung auch viel dazu beitragen wird, der Geriatrie, die bis anhin häufig noch ein Schattendasein im Gesamtbereich von Medizin und Pflege fristet, den Stellenwert zukommen zu lassen, der ihr in Wirklichkeit gebührt. Um dieses Ziel zu erreichen, werden wir uns noch stärker bemühen müssen, die grosse Bedeutung der Geriatrie in der Öffentlichkeit darzulegen, damit auch die Leistungen all derer, die in diesem Bereich tätig sind, entsprechend anerkannt und gewürdigt werden; dies wird vielleicht nicht so einfach sein. Denn im Vergleich zur oft recht spektakulären Spitzenmedizin, deren Bedeutung und Wert ich keinesfalls in Frage stellen möchte, ist die Geriatrie ein «stiller» Bereich. Ihr Wert misst sich nicht so sehr in den grossen Heilerfolgen, sondern in der Erhaltung einer möglichst umfassenden Lebensqualität für Menschen, die durch ihren unspektakulären, manchmal einförmigen, oft auch bitteren Alltag ihrem Lebensende entgegengehen.

Zum Abschluss möchte ich allen, die sich in diesem «stillen» Bereich der Pflege, Betreuung und Begleitung von schwerkranken und sterbenden Menschen engagieren, ganz besonders aber jenen, die in Ihrer Vereinigung tätig sind, nochmals meinen aufrichtigen und herzlichsten Dank aussprechen. Sie haben mit ihren Leistungen, ihrem Einsatz neue Wege aufgezeigt. Sie haben ungeheuer wichtige Anstösse dafür gegeben, in welche Richtung wir die Entwicklung auch auf politischer Ebene weitersteuern sollen, damit wir dem weitgesteckten Ziel näher rücken, dass niemand mehr in Verlassenheit und Einsamkeit seinen Lebensabend verbringen muss.

Denn: «Der Tod ist kein Geheimnis. Er ist das Ende eines Menschen. Was von ihm überlebt, ist das, was er anderen Menschen gegeben hat, was in ihrer Erinnerung bleibt.» (Norbert Elias: «Über die Einsamkeit der Sterbenden»).