

Zeitschrift: Infokara Deutschschweiz
Herausgeber: Schweizerische Gesellschaft für Palliativmedizin
Band: - (1994)
Heft: 36

Artikel: Sterben und trauern im Centre de soins continus (CESCO)
Autor: Guggisberg, Elisabeth
DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-1091568>

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>

Sterben und trauern im Centre de soins continus (CESCO)

Elisabeth Guggisberg¹

Der Tod ist das Tor, durch das unser Leben seinen Ausgang nimmt. Die meisten Menschen sterben in Krankenhäusern und Heimen. Wie ist hier Sterbebegleitung angemessen zu gestalten? Sollten nicht eher Geburt und Tod wieder stärker in die Familie zurückverlegt werden? Gibt es hierfür überhaupt reale Chancen? Oder sind Sterbekliniken zu befürworten? Wie ist menschenwürdiges Sterben überhaupt möglich?

Das sind Fragen, die wir uns alle einmal stellen. Fast alle Menschen, die ins Altersheim eintreten, wissen, dass dies ihr letztes Zuhause sein werde. Wir Pflegende erfahren, wie die Altersheim-Bewohner immer älter und gebrechlicher werden. Der Eintritt ins Altersheim könnte als "Anfang des Lebensende" bezeichnet werden. In der Geriatrie lebt man mit dem Tod, er wird "alltäglich". Bewohner, Angehörige und Personal sprechen darüber. Aber das Altersheim ist auch ein "Raum des Lebens", wo viele Menschen richtigerweise wieder bessere Erlebenserwartungen finden als zuvor.

Das Centre de soins continus (CESCO) wurde am 1. April 1979 eröffnet. Es ist kein Altersheim, aber ein Geriatriespital und gehört zu den Institutions Universitaires de Gériatrie von Genf. Die Patienten befinden sich im AHV-Alter. Die Diagnosen ihrer Krankheiten gehören in den Bereich der allgemeinen Medizin.

Mit seinen 104 Betten gab es 1993 im CESCO 714 Eintritte von zu Hause und aus Spitälern, 474 Austritte und 239 Todesfälle. Das ergibt nicht ganz einen Todesfall pro Tag und einen durchschnittlichen Spitalaufenthalt pro Patient von etwa 45.34 Tagen.

Die bauliche Struktur (grosse Ein- und Zweibettzimmer) war eines der Kriterien bei der Einführung der palliativen Pflege im CESCO.

Jahrelange Erfahrung hat uns zur Erkenntnis geführt, dass vor allem Krebspatienten wegen der Tabuisierung des Sterbens oft isoliert, allein und mit grossen physischen und psychischen Schmerzen sterben müssen. Dem wirken wir im CESCO entgegen.

Wir Pflegende erleben beim Eintritt von Patienten unterschiedliche Kenntnisse bezüglich der Diagnose: die einen sind über ihren Krankheitszustand informiert, die anderen warten noch auf eine Klärung durch die Diagnose.

¹Infirmière spécialiste clinique, CESCO, 11 Ch. de la Savonnière, CH-1245 Collonge-Bellerive, Genève.

Der wichtigste Grundsatz unserer Pflege ist die Patientenzentrierung: Der Patient steht im Mittelpunkt der Pflege., Er beschliesst, was gemacht wird, seine Wünsche sollen respektiert werden.

Unsere Rolle als Pflegende besteht darin, dem Patienten zur Verfügung zu stehen, Fragen zu beantworten, zuzuhören und mögliche Wege zur Hilfe aufzuzeigen. Wir dürfen uns dabei nicht aufdrängen. Vielen Patienten, besonders den älteren, ist eine solche Begleitung noch fremd. Sie zeigen sich überrascht, wenn sie selbst Verantwortung übernehmen sollen; freuen sich dann aber, dass sie von ihrem Recht auf Selbstbestimmung Gebrauch machen können. Unser Stellenplan ist dementsprechend 88 Stellen pro 100 Betten.

Die ganzheitliche Begleitung von Patienten (nicht nur von Schmerzpatienten) ist unmöglich ohne eine gute Kommunikation und Zusammenarbeit zwischen allen Beteiligten. Bei Ärzten und Pflegenden ist diese Forderung besonders hervorzuheben, da es sonst zu starken Überlappungen im Zuständigkeitsbereich kommen könnte. Beide sollen sich, im Sinne der Patientenzentrierung, gleichermaßen nach den Bedürfnissen des Patienten richten. Beide müssen sich Zeit nehmen für Gespräche, müssen auch das soziale Umfeld in ihre berufliche Tätigkeit mit einschliessen. Ich möchte vor allem die veränderte Stellung des Pflegepersonals hervorheben, welches nicht länger bloss Ausführende ärztlicher Befehle und Anweisungen ist, sondern zum Mitdenken und Mitentscheiden aufgefordert wird. Deshalb ist es in der palliativen Krankenpflege von immenser Wichtigkeit, einen ungehinderten freien Informationsaustausch zwischen Schwestern, Ärzten und weiteren Therapeuten zu haben.

Wir sind für die Patienten Ansprechpartner mit Vermittlerfunktion. Wenn Unklarheiten bestehen und wir nicht informiert werden, inwieweit zum Beispiel der Patient über seine Erkrankung im Bild ist, so verhindert dies offene Gespräche und die Möglichkeit, eine Vertrauensbasis aufzubauen. Es darf deshalb nicht zu "Kraftproben" zwischen Ärzten und Schwestern kommen. Ein Bewusstseinswandel ist nötig.

Die Behandlung des Krebspatienten im fortgeschrittenen und terminalen Stadium ist aus vielen Gründen noch unbefriedigend. Zum Beispiel: Die moderne Medizin ist darauf ausgerichtet, Krankheiten zu diagnostizieren und zu behandeln. Bei einem Patienten im terminalen Stadium kommt deshalb das Gefühl eines medizinischen Versagens auf, das oft von einer unbewussten Neigung begleitet ist, sich vom Patienten zurückzuziehen. Mit der schwindenden Hoffnung auf Heilung nimmt auch die Aussicht auf den persönlichen Erfolg der ärztlichen Bemühung ab. Der Patient spürt diese Resignation und wertet sie als Zeichen einer terminalen Krankheit, oft bevor man mit ihm darüber spricht. Ist die Hoffnung auf Heilung einmal gewichen, braucht der Patient erst recht unsere Zuneigung und Hilfe.

In der palliativen Pflege ist die Bewahrung eines menschenwürdigen Daseins oberstes Gebot. Dazu gehört die Freiheit von Schmerzen, was bei einem

richtigen Einsatz der zur Verfügung stehenden Mittel fast immer herbeigeführt werden kann. Wenn mitmenschliche Begleitung und körperliche Pflege von Schwerkranken zwei Grundpfeiler der Sterbebegleitung sind (im Sinn von Elisabeth Kübler-Ross), so gehört dazu ganz besonders auch die Linderung der Schmerzen, um die Lebensqualität des Sterbenden zu verbessern.

Für die Behandlung von Schmerzen wird von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) ein Dreistufenplan vorgeschlagen. Er beruht auf der Voraussetzung, dass Ärzte und Pflegepersonal die Anwendung einiger weniger Medikamente gut beherrschen.

Der wichtigste Punkt des Dreistufenplanes der WHO ist, dass die Analgetika (schmerzlindernde Mittel) rund um die Uhr regelmässig alle 4 Stunden oral verabreicht werden, und nicht nur auf Verlangen des Patienten oder als "Reserve", d.h. nur dann, wenn der Patient sich über Schmerzen beklagt.

Der Dreistufenplan der WHO sieht vor: Die Behandlung soll mit einem nichtopiathaltigen Analgetikum begonnen werden (Aspirin oder Paracetamol). Wenn ein nichtopiathaltiges Medikament den Schmerz nicht beherrschen kann, sollte ein schwaches Opiatanalgetikum (wie Codein) gegeben werden. Und wenn der Schmerz auch dann nicht länger beherrschbar ist, sollte der Patient mit einem starken Opiat (wie Morphin) behandelt werden.

Übertriebene Furcht vor psychischer Abhängigkeit, vor "Drogensucht", hat bei Ärzten und Pflegenden zum Einsatz unzureichender Dosierungen geführt. Umfangreiche klinische Erfahrungen und Studien haben aber gezeigt, dass es, wenn überhaupt, selten zu psychischer Abhängigkeit kommt. Weder Suchtgefahr noch Atemdepression sind aufgetreten bei Patienten, die über längere Zeit Morphin gegen Krebschmerzen erhalten haben. Chronische Schmerzen verhalten sich anders als akute. Bei bestimmten Tumoren, zum Beispiel Knochentumoren, treten fast immer Schmerzen auf. Diese gehören zur Erkrankung. Wird der Tumor behandelt, müssen auch die Schmerzen mitbehandelt werden. Die medikamentöse Tumor- und Schmerzbehandlung bilden die zwei anderen Grundpfeiler der Lebensqualitätsverbesserung.

Nebenwirkung von Morphin wie Schläfrigkeit, Übelkeit, Erbrechen und Verstopfung sind häufige Begleiterscheinungen und bilden sich in der Regel, sobald der Patient individuell auf "seine" Dosis eingestellt ist, zurück oder können mit anderen Medikamenten behandelt werden.

Da es zu den dringendsten Wünschen schwerkranker Menschen gehört, zu Hause gepflegt zu werden, ist es wichtig, dass Familienangehörige auch Einblick haben in die jeweilige Situation des Schmerzpatienten, und dass sie über Schmerzursachen und Schmerzbekämpfung informiert sind.

Herr C. zum Beispiel, dessen Zustand infolge zweier weit fortgeschrittener Tumorerkrankungen und eines Parkinsons eine Hospitalisierung unumgänglich gemacht hatte, wollte der ärztlichen Anweisung nur Folge leisten unter der

Bedingung, dass seine Frau mitkommen könne. Was in einer exklusiven Privatklinik allenfalls für viel Geld zu haben wäre, wurde im CESCO ohne Aufpreis improvisiert: Frau C. zog mit ihrem Mann gemeinsam in das von den Kindern mit Blumen, Bildern und Kerzen wohnlich eingerichtete Krankenzimmer ein. Nachts wird ihr ein Feldbett aufgestellt, tagsüber ist sie voll in der Pflege ihres Mannes mit einbezogen. Frühstück und Abendessen kann sie sich in der Office-Küche selber zubereiten. Das Mittagessen nimmt sie im Restaurant ein, das allen offen steht: den Patienten, ihren Besuchern und Angehörigen, den Ärzten und dem Pflegepersonal.

Oft, so bestätigen die Schwestern, ist der Umgang mit Familienangehörigen schwieriger als die Betreuung der schwerkranken Patienten, da es vielmals Ehepartner oder Kinder sind, die hadern mit dem nahen Tod und nicht einsehen wollen, dass die Zeit der imposanten therapeutischen Massnahmen abgelaufen ist. Das ist einer der Momente, da das Pflegeteam mit den Familienangehörigen Gespräche führt, um gemeinsam jenen Punkt zu finden, wo der Tod als ein Teil des Lebens begriffen wird, gleichwie die Geburt.

Die Schwestern bestätigen, dass es nicht mehr Arbeit gebe, aber andere Arbeit, und dies erfordere ein hohes Mass an Flexibilität und Mitverantwortung.

In der Ausbildung von Ärzten und Pflegenden wird der Akzent noch immer viel zu sehr auf eine rein kurative Medizin gesetzt und die palliative Pflege wird sehr vernachlässigt. Dies hat zur Folge, dass Schwerstkranke und Sterbende oft im Stich gelassen oder aber Opfer jener therapeutischen Verbissenheit werden, die vorgibt, zu heilen, wo sie doch im Grunde nichts anderes tut als unsere Angst und Ohnmacht angesichts des Todes zu verstecken.

Wen man glaubt, nichts mehr tun zu können, ist noch alles zu tun.

Ich meine damit nicht die komplizierte Technologie oder oft schmerzhaft Therapien, auch nicht jenen Aktivismus, der hinter unnötigen Massnahmen nur die eigene Angst und Hilflosigkeit verbirgt. Ich meine damit vielmehr eine liebende Fürsorge für den Patienten, ein Hören auf seine Bedürfnisse, ein Ernstnehmen gerade dieses letzten Abschnitts des Lebens mit all seiner Qual, aber auch mit seinen tiefen Geheimnissen.

Ich meine auch alles, was das Leiden der Kranken lindert und ihr Wohlbefinden erhöht, allem voran die Bekämpfung der Schmerzen, vor denen die meisten Menschen mehr Angst haben als vor dem Tode selbst. Sie müssten nicht sein, wenn die Ärzte sinnvoll mit Morphium umzugehen wüssten - eine Methode, die es rund 95 Prozent der Patienten erlaubt, bis in die letzte Phase ihres Lebens schmerzfrei und bei klarem Bewusstsein zu bleiben; die es ihnen erlaubt, Abschied zu nehmen von ihren Angehörigen und mit sich selbst ins Reine zu kommen. Dies ist sicher auch die beste Antwort auf alle Verlockungen der Euthanasie.

Ich möchte unser Wirken im CESCO nicht allzu rosig darstellen. Der ständige Umgang mit Leiden und Tod ist und bleibt hart. Das Eingeständnis des Scheiterns aller ärztlichen Kunst wird immer wieder von neuem als überaus schmerzlich empfunden. Nur indem man ununterbrochen darüber spricht, ist der Teufelskreis von Elend, Trauer und Frustration aufzubrechen, um die Unerträglichkeit der dauernden Konfrontation mit dem Sterben ein wenig zu mildern.

Um Ärzten und Pflegenden den Umgang mit ihrer eigenen Trauer und ihren eigenen Frustrationen zu erleichtern, um auch den Helfenden die so dringend benötigte Hilfe zu gewähren, versuchten wir es mit Gruppengesprächen - eine Möglichkeit, dem Team zu helfen, den Alltag wieder realistischer zu betrachten.

Zum Pflorgeteam gehören auch die Seelsorger. Im CESCO haben wir ein ökumenisches Team, bestehend aus einem katholischen Priester und einer protestantischen Pfarrerin, unterstützt von einer freiwilligen Helferin.

Unterstützt werden wir in unserem Unternehmen auch von freiwilligen Helferinnen und Helfern. Diese werden von der Oberschwester nach einigen tiefen und aufklärenden Gesprächen angestellt. Sie verpflichten sich auf minimal 4 Stunden regelmässigen Beistand pro Woche. Wir erwarten keine berufliche Hilfe von ihnen, doch setzen wir sie, je nach ihren Motivationen, auch bei der Sterbebegleitung ein.

Der Verstorbene bleibt nach seinem Tod im Zimmer, bis ihn gleichentags das Beerdigungsinstitut abholt. Uns befriedigt nicht, wie wir den Verstorbenen durch das Spital transportieren, in einem Bett, das als leer getarnt ist. Frage an die Tagungsteilnehmer : Wissen Sie eine bessere Lösung für den Transport ?

Der Tod endet nicht im Krankenzimmer. Deshalb müssen wir unbedingt die Möglichkeit haben, das Ritual des Trauerns forzusetzen, Die Abdankungshalle sollte freundlich eingerichtet sein, damit Familie und Pflegende noch einmal gemeinsam ohne Frustration vom Verstorbenen Abschied nehmen können. Oft wird von Pflegenden das Beisein am Begräbnis verlangt.

Nach zirka 3 Monaten schreiben die Seelsorger zusammen mit dem Pflorgeteam einen Brief an die Hinterlassenen. Darin wird ein Telefongespräch (Seelsorger, Psychologe oder Psychiater) angemeldet, welches dann öfters mit einem Wiedersehen endet.

Regelmässig alle 3 Monate gibt es eine vom Seelsorgeteam geleitete Gedenkstunde für alle während dieser Zeit verstorbenen Patienten. Da wird dann gemeinsam getrauert und beim anschliessenden Kaffee noch einmal über die Dahingegangenen, die einem vielleicht in der Zeit, wo sie hier waren, ans Herz gewachsen sind, gesprochen. Von jedem bleibt ein Bild zurück, irgend eine kleine Szene oder Erinnerung, die nur für ihn steht und so etwas wie ein Symbol dafür ist, dass das Leben weitergeht.

Alle diese Rituale sind "kleine Behandlungsformen", um dem Leid und dem Trauern zu begegnen.

Damit das Pflegepersonal sich besser an den Geriatriepatienten anpassen und ihn begleiten kann, ist es wichtig, schon bei dessen Eintritt ins Spital ein wahrhaftiges Verhältnis zu beginnen. Wichtig ist dies auch, damit man gemeinsam mit der Familie den Übergang zur Abhängigkeit angehen kann. Wichtig ist ferner, dass man gemeinsam den "Punkt" des letzten Lebensabschnittes sucht. Manchmal ist dies möglich, und manchmal kommt der Tod überraschend.

Vielleicht noch ein Wort über die Betreuung des Pflegeteams

Ein grosses Problem stellt sich oftmals dadurch, dass Pflegende in ihrer Ausbildung oder auch später in ihrem Berufsleben nur wenig Möglichkeiten hatten, dieses Pflegeverständnis praktisch umgesetzt zu erleben. Somit orientieren sich Pflegende an Literatur oder Einzelerfahrungen, die sie gewonnen haben. Durch die Konzentration von Schwerkranken entsteht eine Kumulation von Leid, die oftmals die Erträglichkeitsgrenzen überschreitet.

Wenn in Gruppengesprächen, welche bei uns regelmässig stattfinden, das Leid nicht überbrückt werden konnte, bekamen wir Hilfe von einem Supervisor, der dann diese Probleme mit dem Team besprach und so jedem half, seinen Alltag wieder realistischer zu betrachten.

Oft sind wir Pflegende im schweren Augenblick der Trennung von der Gelassenheit des Sterbenden beeindruckt. Im Grunde hat sich sein Leben nicht geändert. Einzig : er war wie von einem neuen Schein umgeben, in dessen Licht der Alltag - mit Freud und Leid - von unsichtbarer Hand auf die Ewigkeit ausgerichtet war.

Donnerstag, 16. März 1995 - Stadtspital Triemli, Zürich, Festsaal

Gesellschaft für Biomedizinische Ethik

" Bad News "

Gespräche über Prognose, Leiden und Tod

Auskunft erteilt Frau M. Killer,
Sekretariat Prof. Dr. med. Oswald Oelz
Medizinische Klinik Triemlispital, CH 8063 Zürich
Telefon: 01 466 21 01 - Fax: 01 466 26 02