

**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:** Altern und Sterben in Würde?

**Autor:** Schmitt-Mannhart, Regula

**DOI:** <https://doi.org/10.5169/seals-1091613>

### **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>**

Seit Jahren arbeite ich in einem Krankenhaus, wo wir uns ständig mit der Situation alter sterbender Menschen auseinandersetzen müssen; es ist unser Alltag. Ich habe einige Mitarbeiterinnen aus der Pflege gefragt, was es für sie heisst: im Alter in Würde sterben.

Regula Schmitt-Mannhart\*

## Altern und Sterben in Würde?

*Was heisst überhaupt: „In Würde sterben?“*

Spontan erhielt ich zur Antwort: „Keine Schmerzen haben müssen, keine Angst, keine Atemnot, nicht alleine, nicht im Stich gelassen werden.“ Jemand sagte, dass es darauf ankomme, wie wir mit schwerkranken und sterbenden alten Menschen umgehen, welche Haltung wir ihnen gegenüber haben, das mache die Würde aus. Es wurde auch gesagt: „bitte keine unnötige Lebensverlängerung, wir sollen die alten Menschen sterben lassen, sie haben doch ihr Leben gelebt.“

Ich denke, wir sind uns hier alle einig, und immer mehr Menschen kommen zur Auffassung, dass im Alter nicht Lebensverlängerung um jeden Preis, sondern eine möglichst gute Lebensqualität bis zum Tode unser Ziel sein muss. Das klingt alles sehr schön, doch wer ist sich schon bewusst, wie schwierig das in der Praxis ist, mit welchen Fragen und Problemen wir dadurch konfrontiert werden?

Von welchem Zeitpunkt an soll denn keine Lebensverlängerung mehr gemacht werden? Nach den medizinisch-ethischen Richtlinien für die Betreuung sterbender und zerebral schwerst geschädigter Patienten dann, wenn eine Krankheit irreversibel ist und trotz Behandlung in absehbarer Zeit zum Tode führt. Wann aber beginnt bei chronisch-fortschreitenden Leiden, wie sie vor allem im Alter auftreten, die Irreversibilität? Wann ist der Tod absehbar? Sind wir uns klar darüber, wie oft wir Aerztinnen und Aerzte, aber auch Pfleger oder Angehörige Entscheide treffen, möglicherweise lebensverlängernde Behandlung nicht durchführen, weil wir ein Weiterleben für weniger sinnvoll, weniger würdevoll halten, obwohl die Irreversibilität gar nicht so eindeutig, der Tod nicht klar absehbar ist?

### Theorie und Praxis

Ich möchte dazu zwei Beispiele anführen: Herr G, 84jährig, leidet an einem Parkinson und lebt wegen vollständiger Pflegeabhängigkeit seit vielen Monaten im Krankenhaus. Zeitweise ist er depressiv verstimmt, doch dann wieder viele Tage in guter Stimmung, hat eine gute Beziehung zu seinen Angehörigen, zum Heimpersonal und den Mitpatienten. Wegen einer schweren, hartnäckigen Bronchitis mit lästigem Husten und Verschlechterung des Allgemeinzustandes erhält er 14 Tage lang Antibiotika. Damit bessert die Bronchitis zwar, doch tritt, als Nebenwirkung der Antibiotika, ein schwerer tagelang dauernder Durchfall auf; Herr G wird noch schwächer, apathischer, mag nicht mehr so recht trinken. Obwohl die Angehörigen der Meinung sind, Herr G dürfe jetzt sterben, er hätte genug gelitten, erhält er das in diesem Falle einzig wirksame Medikament, ein sehr teures Antibiotikum. Damit erholt er sich und ist einige Wochen später in gleicher Verfassung wie vor Krankheitsbeginn.

Die Geschichte hätte auch anders ausgehen können; Herr G hätte trotz des teuren Medikamentes sterben können. Dann wäre die Frage aufgetaucht, warum noch ein so teures Medikament verordnet wurde, welches nur die Leidenszeit verlängert hätte, anstatt den Patienten in Würde sterben zu lassen.

Frau B ist 94 Jahre alt und leidet an einer mittelschweren Demenz und an einer schweren Herzkrankheit. Es wird neu ein Tumor in der rechten Brust entdeckt, der aber, da die Frau darunter nicht leidet und sie ohnehin in einem schlechten Allgemeinzustand ist, nicht weiter abgeklärt oder gar operiert wird. „Quält doch die arme Frau nicht noch unnötig“, ist die allgemeine Meinung. Im Laufe der nächsten Monate wächst der Tumor, bricht nach aussen durch; es beginnt eine lange und schwere, nicht endenwollende Zeit, bis Frau B endlich sterben darf. Hätte man den Tumor doch operieren müssen?

Ständig werden, müssen bei alten Menschen solche Entscheide gefällt werden. Entscheide, die durch Vorhalten bestimmter Behandlungen eine Lebensverkürzung oder im Durchführen bestimmter Massnahmen eine Lebensverlängerung bedeuten können. Welcher Entscheid bewirkt wann ein Sterben in Würde?

- Sollen bei einem schwer dementen Patienten Antibiotika verordnet werden, wenn er an einer Lungentzündung erkrankt? Ab welchem Schweregrad der Demenz sollen sie nicht mehr gegeben werden?
- Soll eine hochbetagte Patientin einen Schrittmacher erhalten?
- Welcher betagte Patient wird bei unklarem Befund zur Abklärung noch ins Spital eingewiesen, welcher nicht?

- Bei welchen alten Patientinnen mit fortschreitender schwerer Erkrankung impfe ich gegen Grippe nicht mehr?

#### Wie Entscheide entstehen

Solche Entscheide haben Einfluss darauf, wie lange jemand weiterlebt und wie er sterben kann, ob er würdig stirbt. Darum müssen wir uns fragen, wie solche Entscheide zustande kommen.

Das Werturteil von uns allen, das heisst von den betroffenen alten Menschen selber, von ihren Angehörigen, von den Betreuenden, von den Aerzten, von der Gesellschaft überhaupt spielt eine entscheidende Rolle. Ist das Leben eines sehr alten Menschen, eines Menschen, der nichts mehr leisten kann, eines von andern abhängigen Menschen oder eines geistig abgebauten Menschen, der nicht mehr denken, urteilen und kommunizieren kann, weniger wert? Wie schnell wird doch dieses Leben für unwert, eine baldige Beendigung deshalb als würdevolles Sterben erklärt. Ist das Würde? Hiesse Würde nicht viel eher, auch ein solches Leben als lebenswert anzuerkennen?

Der Wille des Patienten muss wegleitend sein. Gerade im Alter ist der wahre Wille oft gar nicht so einfach zu erkennen. Eine schwerkranke Patientin bittet ernsthaft, man möge ihr Leben beenden, doch wenn sich ihr Zustand akut verschlechtert, sieht es ganz anders aus, möchte sie, dass alles getan wird, damit sie weiter leben kann. Es sind depressive Verstimmungen oder das Bedürfnis nach Zuwendung, der Wunsch, niemandem zur Last fallen zu müssen oder ein tiefes Selbstwertgefühl, das durch soziale Isolation noch verstärkt werden kann, die zu solchen unechten Sterbewünschen führen.

Der Wille einer Patientin kann aber auch gar nicht mehr zu erkennen sein, sei es, durch fehlende Urteilsfähigkeit beispielsweise bei Demenz, sei es infolge Verschlechterung des Gesundheitszustandes bei irgendeiner Krankheit mit Unfähigkeit, den eigenen Willen zu äussern. Gewiss, es gibt Patientenverfügungen, die immer ernst zu nehmen sind, aber auch nicht auf alle Fragen, auf die individuelle Situation eine Antwort geben können.

Wir können unsern Willen umso eher äussern, umso besser entscheiden, je besser wir informiert worden sind. Gerade alte Menschen werden aber, da weniger ernst genommen, oft ungenügend oder gar nicht über ihren wahren Gesundheitszustand, über mögliche Massnahmen und Folgen informiert. Das Vorenthalten der Wahrheit macht aber Angst und diese beeinflusst unsern Willen ganz wesentlich!

Der Wunsch, oder gar der Druck von Angehörigen beeinflussen unsere Entscheidungen stark; besonders

dann, wenn sich Betroffene nicht mehr selber äussern können. Dabei können bei den Angehörigen ganz verschiedene Motive eine Rolle spielen: sie wollen im Sinne des Patienten entscheiden oder ihm möglichst Leiden ersparen, oder aber sie selber halten die belastende Situation nicht mehr aus, sie leiden unter eigenen Sorgen und Konflikten, vielleicht unter Schuldgefühlen, die dazu führen, dass alles getan werden muss, um den Tod zu verhindern.

Der Druck der Gesellschaft spielt für unsere Entscheidungen eine grössere Rolle, als wir oft wahrhaben wollen. „Ist es bei der heutigen Kostenexplosion verantwortlich, dieser alten Frau noch dieses teure Medikament zu verabreichen?“

Uns wird suggeriert, teilweise durch falsche Interpretation von Daten und Statistiken, dass vor allem alte Menschen für die steigenden Gesundheitskosten verantwortlich sind. Und da diese der Gesellschaft keine wirtschaftliche Leistung erbringen, ihr Leben schliesslich gelebt haben, scheinen teure, gar lebensverlängernde Behandlungen fragwürdig zu sein; wir stehen unter dem Druck, dass wir sie uns gar nicht mehr leisten können. Auch der alte Mensch selber steht unter dem gesellschaftlichen Druck: mein Leben ist nutzlos, also wertlos, also bin ich verpflichtet, bald aus dem Leben zu gehen, um nicht zu teuer zu werden.

Durch die Fortschritte in der Medizin ist vieles machbar, kontrollierbar geworden. Die Medien haben hier ein ergiebiges Thema gefunden. Die Erwartung, der Zwang fast, dass alles Machbare auch gemacht wird, ist gross. Bewusst auf gewisse Behandlungen zu verzichten, wird einem manchmal fast als Kunstfehler angelastet.

Die Haltung von uns Aerztinnen und Aerzten zum Sterben und zum Tod hat Einfluss auf solche Entscheidungen. Sind wir fähig, die Grenzen der eigenen Macht zu akzeptieren? Oder wird der Tod als eigenes Versagen angesehen? Wenn zu gewissen Zeiten in einem Heim fast täglich ein Patient stirbt, kann dies für mich als Aerztin und für die Pflegenden zu einer enormen Belastung werden, und, weil es fast nicht mehr zu ertragen ist, wird alles -zuviel!- dafür getan, damit kein weiterer Todesfall eintritt.

Schliesslich kann der heutige Kampf um Bettenbelegung, der Zwang zum Leistungsnachweis dazu führen, dass eher eine aktive, vielleicht aber gar nicht mehr sinnvolle Massnahme durchgeführt wird.

#### Würde trotz allem

In einem Bericht über Sterbehilfe in den Niederlanden lese ich, dass es im Jahr 1990 rund 1000 Fälle gab, bei

denen der Arzt das Leben seines Patienten beendet hat, ohne dass dieser ausdrücklich darum gebeten hat. Ermögliche ich, wenn ich für einen schwerkranken Menschen entscheide, sein Leben zu verkürzen, diesem Menschen würdevolles Sterben?

Ich möchte Ihnen ein Beispiel von einer Patientin erzählen, deren Sterben sich fast unerträglich in die Länge zog, und die nach meiner Meinung dennoch sehr würdig gestorben ist:

Frau K. litt an einer invalidisierenden Polyarthrits sowie an einer zunehmenden Demenz. Nach vielen Monaten im Krankenhaus konnte sie wegen Schmerzen und Versteifungen nur noch vom Bett in einen Liegelehnstuhl transferiert werden, sie sprach nicht mehr, das Essen musste ihr eingegeben werden. Die starken Schmerzen konnten mit Medikamenten befriedigend beeinflusst werden. Nun trat wegen extrem schlechter arterieller Durchblutung des rechten Beines eine Nekrose der Zehe auf. Diese infizierte sich; das Verbinden war äusserst schmerzhaft; es kam zur chirurgischen Entfernung der Zehe; leider heilte die Wunde nicht, sondern der ganze Fuss färbte sich schwarz, eine nässende, übelriechende Wunde. Ein weiterer chirurgischer Eingriff kam angeblich nicht mehr in Frage wegen des extrem schlechten Allgemeinzustandes der Patientin. Wider alle Erwartung lebte die Patientin noch viele Tage bei Bewusstsein; selten verzog sie den Mund zu einem Lächeln, wenn man an ihr Bett trat, die Schmerzen konnten einigermassen beherrscht werden, das zweimal tägliche Verbinden der Wunde war für die Pflegenden eine extreme Belastung; sie nahmen sich aber viel Zeit, sie arbeiteten sehr sorgfältig, ich möchte fast sagen, liebevoll, um der Patientin weiteres Leiden zu ersparen.

Ist diese Frau nun würdevoll gestorben? Heisst in Würde sterben nicht vor allem, dass der Sterbenden, egal in welcher Situation sie sich befindet, mit Respekt, mit Empathie begegnet wird?

*Was braucht es, um im Alter menschenwürdiges Sterben zu ermöglichen?*

- die Wertschätzung eines jeden, scheinbar noch so nutzlosen, abhängigen oder mit geistigem Abbau verbundenen Lebens
- fundierte Kenntnisse über palliative Massnahmen, Pflege und Begleitung; das ständige Bemühen, diese bei allen Betroffenen, auch bei alten Menschen, anzuwenden. (Dazu gehört ja das Ernstgenommen- und das Nichtverlassen-werden!)
- die umfassende Information; die Wahrheit betreffend Krankheit, Prognose und möglichen Massnahmen auch dem alten Menschen und seinen Angehörigen mitteilen

- den wahren Willen des Patienten sorgfältig und gewissenhaft zu erkennen suchen; dabei die Lebenshaltung, die Lebensgeschichte, aber auch Krankheitsprognose und Folgen möglicher Interventionen sowie weiterer beeinflussender Faktoren mitberücksichtigen
- es gehört auch dazu, dass wir uns bewusst werden, wie oft wir darüber entscheiden:
- ob wir eine lebensverlängernde Massnahme durchführen oder vorenthalten
- ob wir einen Zustand als irreversibel ansehen oder nicht.

Diese Entscheide dürfen nicht willkürlich unreflektiert fallen, sondern wir müssen nachdenken und uns klar werden, aus welchen Gründen ein Entscheid so und nicht anders gefällt wird. Die Auseinandersetzung mit diesen Fragen kann schwierig und konfliktreich sein.

- bescheiden sein; uns eingestehen lernen, dass wir Ärztinnen und Ärzte und Betreuenden zwar nie aufhören dürfen, ein Sterben in Würde zu ermöglichen, aber dass nicht wir den „richtigen“ Tod bestimmen können, dass wir unser vorgefertigtes Bild vom richtigen Sterben nicht verwirklichen können.

#### Realismus und Solidarität

Nur wenn wir erkennen, dass wir nicht aufhören dürfen, uns mit diesen Inhalten auseinanderzusetzen, können wir zu würdigem Sterben alter Menschen beitragen, sind wir solidarisch mit Sterbenden.

Solidarität heisst unter anderem, den aktuell am meisten Benachteiligten eine Vorrangstellung zu gewähren. Das heisst für uns, Solidarität mit alten kranken Menschen, ihr Leben zu achten. Es heisst, uns in jeder Situation wieder neu mit den schwierigen Fragen auseinanderzusetzen, warum wir etwas tun oder unterlassen, welche Beweggründe uns leiten. Solidarität heisst aber auch, dazu stehen, dass die Kostenfrage, die „Rationierung“ eben von lebenserhaltenden und lebensverlängernden Massnahmen bei alten Menschen bereits jetzt und in Zukunft noch viel mehr eine Tatsache ist. Es wäre falsch, davor die Augen zu verschliessen oder bereits existierende Einschränkungen einfach abzulehnen. Vielmehr geht es darum, uns der Komplexität dieser Frage ehrlich zu stellen, Grundlagen, Kriterien zu suchen, damit Leben nicht um jeden Preis verlängert wird, aber dennoch nicht alte Menschen Spargründen zum Opfer fallen, weil ihr Leben als weniger wert erachtet wird!

Solidarität heisst auch, uns von Vorurteilen zu lösen, unseren eigenen und denen der Gesellschaft; Vorstellungen wie „die unmenschliche technische Medizin“

oder „in Ruhe sterben lassen“ (als ob das so einfach wäre!) oder die Vorstellung, dass das Leben eines abhängigen oder dementen Patienten auf jeden Fall ein unglückliches Leben sei usw. Die unwürdigste Art zu Sterben ist das Von-allem-Verlassen-sein.

Wir werden weiter nach Antworten suchen müssen, was würdig sterben ist, wir haben die Lösung nicht gefunden. Ich habe jedoch viele Aspekte aufgezeigt, die berücksichtigt werden müssen, um Sterbende auf ihrem persönlichen Weg verantwortlich zu begleiten.

Noémi D. de Stoutz\*

## Gedanken zur Würde

Wenn wir eine Definition der Würde suchen, kann das zu einer beschwerlichen Reise durch das Wörterbuch werden. Von «innerem Wert» ist die Rede; und unter «Wert» steht fast alles, was je Philosophen schriftlich festgehalten haben, und das ist ziemlich viel.

Als ich kürzlich eine Patientin bat, mir ihren Begriff von Lebensqualität zu diktieren, (da sie selbst nicht schreiben konnte,) formulierte sie Dinge, die andere wohl mit Würde verbinden. Ich fragte weiter um zu wissen, ob Lebensqualität oder Würde auch dann noch denkbar wären, wenn die bestmöglichen Bedingungen nicht erfüllt wären. Wir gingen nur drei Schritte in dieser Übung, aber es könnte sich lohnen, noch weiter zu gehen.

In dieser Reihenfolge diktierte sie:

- Lebensqualität ist, sich selber versorgen können.
- Wenn sie abhängig würde, wäre Lebensqualität, nicht zuviele Betreuer zu haben.
- Wenn darauf kein Einfluss zu nehmen wäre, hinge Lebensqualität davon ab, dass ihre körperlichen Störungen die Beziehung zu ihrem Mann nicht verändern würden.

**Der Zeitgeist meint:**

*Jeder Wunsch ist ein Bedürfnis.*

*Jedes Bedürfnis ist ein Recht.*

*Ein Recht ist das, was andere mir schulden.*

*Würde hängt davon ab, dass ich Selbstbestimmung ausübe.*

*Selbstbestimmung heisst, dass ich Kontrolle ausübe.*

*Kontrolle heisst, dass ich haben kann, was ich wünsche, wann ich es wünsche.*

**Dem könnte man entgegenhalten:**

- Ein Mensch kann in entwürdigenden Situationen Würde bewahren.
- Ein Mensch kann sich in Situationen, die seine Würde nicht in Frage stellen, unwürdig benehmen.
- Würde ist von äusseren Umständen wenig abhängig.
- Körperliche Beschwerden können es sehr schwer machen, Haltung und Würde zu bewahren. Ihre Linderung fördert Würde, ist aber keine Bedingung der Würde. Palliative Medizin und Pflege schafft nicht Würde, aber Raum für Würde.
- Ein Italiener jammerte, sein schwedischer Zimmernachbar litt still. Betreuer aus Nord und Süd wurden sich über die Würde der beiden nicht einig.
- Was als Würde gilt, dürfte von der Kultur abhängig sein.
- Selbstbestimmung heisst nicht bestimmen über andere.
- Selbstbestimmung könnte heissen, dass ich selbst bestimme, welche Haltung ich einnehme. Würde hat zu tun mit der Haltung eines Menschen.
- Ein älterer Herr dankte mit einem echten Handkuss dafür, dass ich ihm den Blasenkatheter wechselte. Ein anderer schob mir unter der Bettdecke ein Trinkgeld zu, als ich ihm den Hintern reinigte. Letzteres war für uns beide entwürdigend, ersteres heilte unsere Beziehung.
- Wenn ein Mensch Wünsche und Rechte einfordert, übt er Kontrolle aus. Kontrolle über Umstände und über Menschen hat immer Grenzen. Würde hat damit zu tun, dass ich innerhalb dieser Grenzen eine Kontrolle über mich selbst behalte.
- Meine Patientin sah in ihren Beziehungen die letzte Zuflucht der Würde. Beziehung mit anderen Menschen hängt davon ab, dass auf Kontrolle über sie verzichtet wird. Würde hat mit Beziehung zu tun, und Beziehung ist Leben.

\*Dr. med., Oberassistentin, Palliativstation,  
Kantonsspital St. Gallen