

**Zeitschrift:** Schweizer Heimwesen : Fachblatt VSA  
**Herausgeber:** Verein für Schweizerisches Heimwesen  
**Band:** 53 (1982)  
**Heft:** 6

**Artikel:** Mit dem Sterben leben : der Tod als biologischer Prozess  
**Autor:** Mohr, P.  
**DOI:** <https://doi.org/10.5169/seals-809891>

### **Nutzungsbedingungen**

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. 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. [Siehe Rechtliche Hinweise.](#)

### **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. [Voir Informations légales.](#)

### **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. [See Legal notice.](#)

**Download PDF:** 17.03.2025

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

## Der Tod als biologischer Prozess

Von Dr. med. P. Mohr, Affoltern am Albis\*

Der Tod ist und bleibt das unabwendbare Schicksal aller Menschen und hat die Menschen in ihrem Vorstellungsvermögen schon immer beschäftigt, obwohl wir heute das Gefühl haben, dass der Tod aus dem Bewusstsein unserer Gesellschaft verdrängt wird – vor allem dann, wenn er die nächsten Angehörigen oder die eigene Familie betrifft.

### Depersonalisierung des Sterbens

Das Sterben findet heute vorwiegend im Krankenhaus statt und hat sich zum Teil sehr entpersönlicht. Der Sterbende wird heute leider aus der Gesellschaft ausgegliedert, obwohl wir tagtäglich im Fernsehen, Radio und Zeitung mit dem Tod konfrontiert werden und obwohl die moderne Literatur sich mit dem Tod auseinandersetzt. Es scheint, dass die Literatur hier eine Alibifunktion übernimmt und dass die Gesellschaft sich mit dem eigenen Sterben und mit dem Tod der nächsten Angehörigen überhaupt nicht auseinandersetzt. Man hofft immer noch, dass das Spital vielleicht doch noch einen Weg findet, den Tod zu überwinden, und meint, dass die Pflege durch professionelle Helfer wie Ärzte und Schwestern für den Patienten idealer sei, als die häusliche Pflege.

Sicher ist es so, dass wir mit der Entwicklung der Intensivmedizin auch eine andere Definition des Todes übernehmen müssen, welche seither aber zu einem brennenden Problem geworden ist und zum Gegenstand zahlreicher Diskussionen und Publikationen. Auch die Laien beschäftigen die im Grenzbereich zwischen Leben und Tod auftauchenden Fragen immer mehr, und es wurde auch immer schwieriger, Stellungnahmen zur Definition des Todes und zur Festlegung des Zeitpunktes zu erarbeiten.

Wir dürfen nie vergessen: Seitdem wir über Möglichkeiten verfügen, die dem Tod zugrunde liegenden pathogenetischen Vorgänge aufzuklären und auf dieser Grundlage Art und Zeit seines Auftretens zu beeinflussen, können wir viele Patienten, die früher zur Feststellung des Todes ausreichende Symptome gezeigt hatten, für Jahre oder sogar Jahrzehnte wieder dem Leben zurückgeben. Dabei kommt es keineswegs zu einer Wiedererweckung von Toten, sondern nur zu einer Wiederherstellung von vitalen Organfunktionen, die im Begriffe waren, auszufallen,

oder bereits vorübergehend ausgefallen waren und deren Erlöschen – wenn sie irreversibel geblieben wären – den Tod bedeutet hätte.

### Zu einem gefährlichen Trugschluss

Es kommt nun zu einem gefährlichen Trugschluss, indem man sagt: Den Tod kann man als einen Zustand definieren, aus dem heraus eine dauerhafte Wiederbelebung nicht mehr gelingt. Eine solche Begriffsbestimmung wäre aber meiner Meinung nach sehr falsch, weil sie zu einer einseitigen Interpretation führen würde und immer zur Folge hätte, dass, bevor jemand wirklich tot ist, Wiederbelebungsmaßnahmen erforderlich seien.

Früher war das für uns Ärzte ja sehr viel einfacher. Früher war die Definition des Todes gegeben, wenn die Atmung und die Herzaktion ausgefallen waren. Diese Tatsache ist auch heute noch im Bewusstsein vieler Menschen verankert, kann aber nicht mehr als haltbar bezeichnet werden. Das heisst: Stillstand von Atmung und Kreislauf ist nicht gleichbedeutend mit dem Eintreten des Todes. Das ergibt sich auch aus den Behandlungsmöglichkeiten der modernen Medizin, zum Beispiel Ausschaltung der Spontanatmung bei künstlicher Beatmung, Überbrückung einer zentralen Atemlähmung, bewusste Stilllegung der Herz-Kreislauf- und Atemtätigkeit durch die Herz-Lungenmaschine usw. Wir müssen heute, wenn wir die Definition des Todes angehen wollen, sicher auch genau definieren, was eigentlich Leben heisst, und erst über diese Definition dann zur Todesdefinition kommen.

Wir dürfen bei der Definition von Leben nicht nur das menschliche Leben in Zellen und Organen sehen, das heisst wird dürfen nicht nur die biologische Seite des Lebens, sondern wir müssen unbedingt auch die psychische Seite des Lebens sehen, ferner die soziologischen und auch die mythologischen Aspekte eines Individuums betrachten. Nur dadurch lässt sich die unverwechselbare Einmaligkeit eines jeden Menschen darstellen.

*Man sieht daraus, dass es also sehr zweifelhaft ist, wenn man das menschliche Leben exakt naturwissenschaftlich definieren will.*

Wenn wir nun aber diese Definition vom Menschen und vom Leben nehmen, dann müssen wir sehen, dass dem Gehirn des Menschen doch eine zentrale Rolle zukommt. Das heisst: **Die Leibhaftigkeit des Menschseins** setzt die Funktion des Gehirnes voraus, welches dann nachher

\* Vortrag gehalten am VSA-Fortbildungskurs 1981 für Altersheimleitung und Kaderpersonal in St. Gallen; Tagungsthema: «Mit dem Sterben leben».

auch ermöglicht, als Mensch zu leben, zu fühlen und zu denken. Selbst beim Gehirn, welches ja die empfindlichsten Zellen enthält, finden wir unterschiedliche Empfindlichkeit der einzelnen Anteile.

So tritt bei Blutunterbruch nach 7 bis 8 Sekunden Bewusstlosigkeit ein. Nach 20 bis 30 Sekunden können wir im Elektroenzephalogramm eine spontane Aktivität der Grosshirnrinde nicht mehr nachweisen. Die älteren Abschnitte des Gehirns, wie zum Beispiel das Stammhirn, die Medulla oblongata mit den Zentren für Atmung und Kreislauf besitzen aber eine längere Überlebenszeit, als das Grosshirn.

Ebenso ist die Überlebenszeit des Rückenmarkes länger als die des Stammhirns. Das zeigt auch, wieso nach Wiederbelebung bei einzelnen Fällen gewisse neurologische und spinale Reflexe noch beobachtet werden können, obwohl sehr viel Hirnsubstanz zugrundegegangen ist. Die hier angegebenen Zeiten sind natürlich noch sehr stark abhängig vom allgemeinen Stoffwechsel. Sie werden um so länger, je tiefer die Körpertemperaturen sind. Sie sehen also: die zentrale Stellung des Gehirns bei der Erörterung von Grenzfällen zwischen Leben und Tod hat dazu geführt, dass heute das Herz seine Schlüsselposition als Zentralorgan des menschlichen Organismus verloren hat und dass an dessen Stelle das Gehirn getreten ist. Ebenso müssen wir klar sehen, dass man nur vom Tod sprechen kann, wenn man die Erscheinungen des Lebens ihm zugrunde legt.

#### **Ausfall aller Hirnfunktionen – der Tod**

So ist der Tod summarisch definiert durch das irreversible Erlöschen der Lebenserscheinung in dem betreffenden Individuum. Aufgrund der Erkenntnisse und Erfahrungen können wir also den Tod definieren als einen Ausfall aller Hirnfunktionen. Es muss uns aber auch klar sein, dass der Übergang zwischen Leben und Tod immer allmählich erfolgt. Es lässt sich weder funktionell noch strukturell der Eintritt des Todes ganz exakt bestimmen. Wir unterscheiden ja aus diesem Grund auch immer wieder als Phase zwischen Leben und Tod die sogenannte Agonie, die eigentlich einen labilen Gleichgewichtszustand zwischen Leben und Tod darstellt. Wir dürfen aber nicht vergessen, dass die rein juristische Definition des Todes bis heute in keinem Lande durchgeführt wurde und dass es aus diesem Grunde für den Arzt oft eine schwierige Entscheidung ist, wann er den Tod genau annehmen will.

In unserer heutigen Medizin haben wir die zweifellos berechtigten Bestrebungen nach Vervollkommnung unserer Mittel und Methoden durchgeführt. Wir haben bis heute auch recht viele Erfolge vorweisen können. Dabei ist jedoch nicht zu übersehen, dass wir gerade in unseren zivilisierten Ländern, in unsern technisch gut ausgerüsteten Kliniken nur allzu leicht in die Versuchung kommen, das gesamte Repertoire der heutigen Therapien einzusetzen. Wir verfallen dann sehr gerne einer übertriebenen illusionären Fortschrittsgläubigkeit und vergessen dabei den Sinn unseres ärztlichen Auftrages.

*Dies kann dazu führen, dass wir Gefahr laufen, in der technischen Durchführbarkeit einer Massnahme die*

*alleinige Veranlassung zur Indikationsstellung zu sehen.*

#### **Der leichteste Weg für den Arzt**

Wohl jeder Arzt, der längere Zeit an einer grossen Klinik tätig war, hat solche Situationen erlebt. Es ist sicher derjenige Weg, der am leichtesten zu begehen ist und der nie zu juristischen Komplikationen führt. Aber erst mit einer gewissen Erfahrung lernt man auch als Arzt, mit der Begrenztheit des eigenen Könnens und Wissens besser umzugehen. Alle unsere Anstrengungen und Wiederbelebungsmaßnahmen dürfen nur dann eingesetzt werden, wenn wir das Gesamtvolumen des Patienten miteinbeziehen. Dies führt natürlich zur weiteren Frage nach der Erhaltung des Lebens mit allen Mitteln.

Zweifellos muss uns das höchste Gebot des ärztlichen Handelns sein, das Leben des Patienten zu erhalten, wie wir das auch mit dem hypokratischen Eid geschworen haben. Aber auch hier gilt wiederum, dass wir uns die Definition des menschlichen Lebens vor Augen führen müssen und dann sehen, dass die Verpflichtung nicht der Bewahrung eines biologischen Lebens ohne Sicherung der sogenannten Mensch-Qualität gelten kann. Das klinische Interesse zielt nicht darauf, einzelne Zellen lebensfähig zu erhalten, sondern es geht vielmehr um das Schicksal des Gesamtmenschen.

Sie alle kennen die grauenhaften Endzustände unserer therapeutischen Bemühungen. Wer täglich vor einem Leben steht, dessen geistig-seelische Funktionen völlig erloschen sind, das keinerlei Reize mehr aufnehmen und beantworten kann und in dessen Zustand nicht die geringsten Veränderungen erkennbar sind, dessen Organe aber dank unserer Massnahmen (künstliche Beatmung, Infusionstherapie, künstliche Nieren) noch wie ein physikalisch-chemisches System funktionieren, der muss doch nach dem Sinn und der Berechtigung unseres ärztlichen Handelns in solchen Fällen fragen und endlich das Menschsein dieses Wesens anzweifeln.

So wird aber für uns Ärzte die Situation in der heutigen Medizin oft sehr viel schwieriger, indem wir nicht nur die Machbarkeit prüfen müssen, sondern auch die Frage nach der Erlaubtheit des technisch Möglichen aufwerfen müssen. Der Einsatz eines Apparates kann bei uns durchaus nur Selbstzweck sein. Dann würden wir im Menschen nur einen Funktionsträger sehen und uns mit der Überzeugung, alle technischen Möglichkeiten aufgebieten zu haben, nur allzuleicht und gefährlich beruhigen. Dies führt dann wieder zu einer masslosen Überschätzung dessen, was exakt naturwissenschaftlich verstehbar und damit auch technisch machbar ist. Es ist auch etwas sehr Gefährliches, indem dann die Arzt-Patientenbeziehung oft nur noch eine technische Begegnung ist.

#### **Wichtig: Menschliche Begegnung im Gespräch**

Wir müssen heute wieder versuchen, in der Begegnung mit dem Patienten das Gespräch zu pflegen und unsere ärztlichen Bemühungen nicht allein nur in der Erringung

eines technischen Erfolges zu sehen. Das tönt vielleicht sehr banal. Vergessen Sie aber nicht, dass vor allem auch die Öffentlichkeitsorgane wie Zeitungen, Fernsehen usw. die medizinischen Sensationen rein technischer Art in den Vordergrund spielen und die Beziehungen zwischen Arzt und Patient mit dem Gespräch, vor allem mit dem Verständnis für den Menschen, damit unter der Gesamtbevölkerung eher herabsetzt. Wir müssen im Gespräch wieder lernen, den Menschen in seinen drei Phasen – wie wir diese auch schon betont haben – nämlich seiner psychischen, seiner körperlichen und seiner mystischen Phase zu verstehen. Bei der Verlängerung des Lebens um jeden Preis müssen wir uns immer nach dem Sinn unserer Massnahmen fragen.

*Diese Frage nach dem Sinn unserer Massnahmen stellt den Arzt vor eine schwere Entscheidung.*

Wir müssen uns diese Frage in Zusammenarbeit mit den Verwandten, wenn möglich mit andern Kollegen, mit den Schwestern, stellen, mit allen dazu gehörenden Überlegungen. Bei solchen Entscheidungen dürfen wir nie nur auf die Verwandten abstellen, denn gerade da können schwere nicht verarbeitete Probleme in der Familie zu einer Fehlentscheidung führen. Gleichzeitig ist aber zu betonen, dass es nicht dem Arzt zusteht, mit seinem Urteil über den Wert oder den Unwert des dem Kranken noch verbleibenden Lebensrestes zu entscheiden. Das heisst sowohl aus rechtlichen, wie aber auch aus moralisch-ethischen und religiösen Gründen muss dem Arzt untersagt sein, das Leben seines Patienten aktiv zu beenden, auch wenn er von Mitleid überwältigt zu werden droht. Keinem menschlichen Wesen kann eine solche Autorität zugebilligt werden, ohne dass es in Gefahr gerät, seiner Urteilskraft zuviel zuzumuten. Wir müssen das hier betonen, da wir doch recht viel mit diesem Standpunkt konfrontiert werden.

### Ärztliche Belastung im Grenzbereich des Lebens

Ich möchte hier noch einige Worte verlieren über die ärztliche Entscheidung in einem solchen Fall. Die Tragweite und Belastung bei Entscheidungen in der Grenzphase zwischen Leben und Tod kann eigentlich nur der ermessen, der die Konfliktsituation in diesem Bereich aus seinem eigenen Erleben kennt. Bei entscheidungsfähigen Kranken ist für uns als Ärzte die Situation wesentlich erleichtert. Dafür ist sie um so belastender bei demjenigen Patienten, der zu keiner Willensäusserung mehr fähig ist.

Täglich müssen wir Ärzte solche Entscheidungen fällen, wobei wir dies oft noch unter Zeitnot tun müssen. Manchmal stehen uns ja zur begründeten Entscheidung nur Sekunden zur Verfügung. Dabei ist nicht zu vergessen, dass auch ein Verzicht auf Therapie eine Entscheidung ist. Wir sind aus diesem Grund auch häufig in der Öffentlichkeit angegriffen worden, indem man behauptet, dass wir die Richter über Leben und Tod seien. Der Arzt masse sich dieses Recht an. Jeder gewissenhaft seinen Beruf ausübende Arzt und jeder mit dieser Grenzproblematik aus eigenem Leben vertraute Mediziner weiss indessen, dass man nicht von einer Anmassung in der Rolle eines Richters über Leben und Tod sprechen kann,



Aargauische Fachschule  
für Heimerziehung Brugg

## Weiterbildungskurs für Erzieher zum Praktikumsanleiter

### Kursziel:

Berufsbegleitende Ausbildung für Heimerzieher und Heimerzieherinnen zum Praktikumsanleiter.

Vermittlung von theoretischen und praktischen Grundlagen für die Ausbildung und Betreuung von Praktikanten im Heim.

### Kursinhalt:

Entwicklung und Festigung der Persönlichkeit.

Stellung und Funktion des Praktikumsanleiters.

Umgang mit pädagogischen und rollentypischen Konflikten.

Systematische Erarbeitung eines Pflichtenheftes.

Gruppen- und Einzelsupervision.

### Aufnahmebedingungen:

Abgeschlossene Berufsausbildung an einer von der SAH anerkannten Grundausbildungsstätte.

1 Jahr Berufserfahrung im Heim.

Möglichkeit einer Praktikumsanleitung während des Kurses.

### Kursausweis:

Die Absolventen erhalten einen von der SAH anerkannten Ausweis.

### Kursbeginn:

November 1982

### Kursstruktur:

Kompaktkurse und einzelne Kurstage (insgesamt 22 Tage), verteilt über ein Jahr.

Einzelsupervision (12 Sitzungen à 2 Stunden).

### Kursleitung:

Peter Hunziker, lic. phil., und verschiedene Fachdozenten.

### Kursort:

Aargauische Fachschule für Heimerziehung, Brugg

Tagungsstätten

### Kurskosten:

Zirka Fr. 1000.– zuzüglich Reisespesen und Verpflegungskosten.

### Veranstalter:

Aargauische Fachschule für Heimerziehung, Brugg.

### Anmeldeschluss:

28. August 1982

Anmeldeformulare und weitere Unterlagen können bezogen werden bei der Aargauischen Fachschule für Heimerziehung, Baslerstrasse 43, 5200 Brugg, Telefon 056 41 74 14.

sondern nur von einer Übernahme oder vom Zufallen der schweren Bürde einer solchen Entscheidung.

Die ständig erweiterten Möglichkeiten der heutigen Medizin stellen uns Ärzte vor immer härtere Entscheidungen, die man ertragen, ja auf sich nehmen muss. Ich kann Ihnen sagen, dass dies für uns oft zu einer sehr schweren Last wird, ja zu einer Überlastung und Überforderung. Es ist jedoch eine Illusion anzunehmen, wir Mediziner könnten solche Entscheidungen wegen ihrer Tragweite umgehen. Leider ist es auch so, dass das individuelle Verhalten jedes Arztes und jedes Patienten dazu führt, dass man nicht gewisse Normen festlegen kann.

### Es gibt keine kasuistischen Regeln für den Arzt

In diesem Grenzbereich gibt es keine kasuistische Regeln für Entscheidungen. Ebenso ist es eine Illusion und utopische Vorstellung zu fordern, der Arzt könne und müsse seine Entscheidungen allein auf naturwissenschaftlich objektive Kriterien begründen. Ich zum Beispiel wäre natürlich froh, wenn man das machen könnte. Dies würde einem die Arbeit als Arzt häufig erleichtern. Wir dürfen aber nie vergessen, dass sich die Subjektivität in der Medizin wohl niemals ganz ausschliessen lässt und dass wir aus diesem Grund auch nie nur objektive Maßstäbe für diesen Grenzbereich aufstellen können.

Die Betreuung und die Pflege von schwerkranken und sterbenden Patienten ist auch eine Aufgabe des Arztes und der Schwester. *Dieses Gebot zu echter Hilfe beim Sterben bekommt in unserer heutigen Gesellschaft wieder einen höheren Stellenwert, als das der Lebenserhaltung mit allen Mitteln* und allen Konsequenzen. Wir müssen hier aber noch einmal deutlich unterscheiden zwischen passiver und aktiver Sterbehilfe. Die passive Sterbehilfe unter Beachtung des tatsächlichen oder mutmasslichen Willens des Patienten wird heute nahezu einmütig befürwortet, wozu neben der Sicherung der Grundbedürfnisse auch Basis-Therapien gehören, das heisst Ernährung, Sicherung freier Atemwege, hygienische Pflege, ebenso die Verabreichung von Sauerstoff, Schmerz- und Beruhigungsmitteln. Dagegen gehören hier technisch mögliche oder bereits eingeleitete Lebensverlängerungsmassnahmen *nicht* dazu.

*Die Betreuung und Pflege von schwerkranken und sterbenden Menschen ist uns nur möglich, wenn wir von einem echten Interesse, von grosser innerer Anteilnahme am Schicksal eines Menschen erfüllt sind.*

Wir müssen daher mit allen unsern Mitteln versuchen, mit dem Mitmenschen in Kontakt zu kommen. Dies können wir nur mit dem Gespräch. Das Gespräch soll aber nicht nur das Reden, sondern vor allem das Hinhören und das Anhören beinhalten. Erst im Gespräch können wir den ganzen Menschen erfassen und so auch die verschiedenen Phasen des schwerkranken und sterbenden Menschen kennen lernen. Unsere Gespräche mit dem Patienten bestehen leider sehr oft aus einem Monolog, vor dem wir uns unbedingt hüten müssen. Das führt dazu, dass wir dann das Gefühl haben, dass wir uns mit dem Patienten sehr auseinandergesetzt hätten, obschon der Patient von seinen Sorgen überhaupt nichts sagen konnte. Es muss uns klar sein, dass der Patient nach solchen

Monologen zwar weiss, wie *wir* die Probleme lösen würden, nicht aber, wie *er* das tun kann.

*Wir müssen uns darin üben, dem Patienten mehr zuzuhören, als selber zu reden. Wir müssen auch lernen, ein plötzlich auftretendes Schweigen durchzuhalten, statt es mit vielen Worten zu übertönen.*

Häufig kommt es im Verlauf eines intensiven Gesprächs dazu, dass der Patient in Tränen ausbricht. Wie peinlich ist das, wie extrem reagieren wir da immer; mit einem ganzen Schwall von Trostworten reden wir auf ihn ein und machen, dass er so schnell wie möglich aus dem Weinen herauskommt. Aber gerade das Weinen sollten wir nicht stoppen, denn hinter dem Weinen kommt oft die Flut von angestauten Emotionen, und unerwartete Probleme treten zutage. **Wir müssen lernen, das Weinen zu ertragen.** Wir müssen lernen zuzuhören, ohne ständig Ratschläge zu erteilen.

*Ein Gespräch mit dem Patienten in dieser Situation zu führen, bedingt aber, dass wir dem Patienten die Wahrheit sagen.*

Die Erfahrung zeigt, dass ein Patient, der an einer schweren unheilbaren Krankheit leidet, dies spürt und merkt. Er erlebt, dass sich sein Gesundheitszustand immer mehr verschlechtert. Auch die Umwelt reagiert anders und lässt ihn spüren, dass er ein unheilbar erkrankter Mensch ist. Man ist mit ihm sehr zuvorkommend, hält aber Distanz. Man diskutiert viel weniger heftig mit ihm, man zieht sich sogar aus Angst vor Ansteckung oder andern nicht existierenden Gefahren vor ihm zurück. Die Erfahrung zeigt auch, dass Patienten, welche die Wahrheit über ihr Kranksein nicht wissen, weil man sie vor ihnen versteckt, unter einer extremen Angst leiden.

Diese Angst wird als eine Angst vor dem Unbekannten, eine Angst vor der Ungewissheit, eine Angst vor dem Alleinsein beschrieben. Der Patient, der die Wahrheit nicht kennt und allein gelassen wird, kann Angstzustände sehr viel schwerer überwinden, als derjenige, der die Wahrheit kennt und der sich über seine Ängste aussprechen kann. Den Vorwurf, den wir immer wieder hören, wenn wir die Wahrheit sagen, dass der Patient dann in eine tiefe Depression falle und dass die Selbstmordgefahr sehr stark ansteige, können wir heute recht eindeutig widerlegen. Einige Studien zeigen sehr deutlich, dass bei Patienten, die die Wahrheit wissen, keine erhöhte Selbstmordrate gegenüber der Normalbevölkerung vorhanden ist. Hingegen erleben wir immer wieder, dass das Verschweigen der Wahrheit die Patienten viel unsicherer und einsamer macht, als dies der Schock der Wahrheit tut.

### Wahrheit darf Hoffnung nicht auslöschen

Wichtig jedoch ist, dass Wahrheit und Hoffnung sich nicht ausschliessen. Die Wahrheit darf auf keinen Fall jeden Hoffnungsstrahl auslöschen und nie dürfen wir die Hoffnung ganz begraben. Wir können so dem Patienten auch nie eine genaue Prognose stellen, das heisst, wir können ihm nie sagen, wie lange er noch zu leben hat. Auch hier dürfen wir nicht vergessen, dass jeder Mensch ein individuelles Wesen ist und die Statistik sich nicht auf

jedes einzelne Individuum übertragen lässt. Sicher ist es so, dass wenn wir dem Patienten die Wahrheit sagen, uns das anfänglich als der kompliziertere und mühsamere Weg vorkommt. Der Patient wird uns ja vorerst mit seinen Gefühlen überschwemmen, und er wird viel Zeit brauchen, um diese Wahrheit akzeptieren zu können. Trotzdem ist es aber sicher der Weg, der zu einer fruchtbaren Begegnung und einem Gefühl der Gemeinschaft im Leben des Patienten führen kann. Immer wieder erleben wir, zu welcher Grösse sich der Patient in den letzten Stunden erheben kann und wie Isolation und Einsamkeit im Sterben durchbrochen werden können.

### **Die verschiedenen Phasen des Sterbens nach Kübler-Ross**

Nachdem wir dem Patienten die Wahrheit gesagt haben, erleben wir immer wieder die verschiedenen Phasen des Sterbens, wie sie Elisabeth Kübler-Ross in ihrem Buch beschrieben hat.

In der ersten Phase, welche Frau Kübler die Phase der Verleugnung nennt, zeigt es sich, dass der Patient nicht wahr haben will, dass seine Krankheit so schlimm ist. Wir dürfen auch nicht vergessen, dass diese Verleugnung eine der wirksamsten Abwehrhaltungen des Patienten ist. Einige Patienten behaupten auch, nie über ihre Diagnose informiert worden zu sein, obwohl dies geschehen ist. Eine gewisse Art der Verleugnung zeigt sich bei vielen Patienten auch in der Tendenz zur Verharmlosung oder einer Überbetonung der optimistischen Einstellung der Therapie gegenüber. Wichtig erscheint mir, dass wir diese Verleugnung im Anfangsstadium nicht mit allen Mitteln durchbrechen müssen, sondern dass wir sie als Mechanismus betrachten, der den Kranken anfänglich vor den Folgen der Angst schützt. Im Gespräch mit den Patienten finden wir dann sicher heraus, ob er diese Verleugnung nur zum Schutz seiner Umgebung aufrecht erhalten will oder ob er wirklich seine Krankheit ganz verleugnen möchte.

Die zweite Phase, die Phase der Aggression zeigt sich immer wieder mit dem trotzigem Auflehnen «Warum gerade ich?». Hier reagiert der Patient auf zwei Arten. Entweder richtet sich seine Aggression gegen sich selbst, indem er das Gefühl hat, er selbst sei böse und schlecht und habe aus diesem Grunde, quasi als Strafe Gottes, die Krankheit erlitten. Diese Reaktion wird dann beim Patienten eine Depression auslösen. Viel häufiger finden wir aber den Patienten, dem die Umwelt plötzlich böse und schlecht erscheint, der sich angegriffen fühlt und das Gefühl hat, die Umwelt bekämpfe ihn oder wolle ihn gar zerstören. Dies führt zu Wut- und Zornäusserungen, die sich vor allem gegen die nähere Umgebung, gegen Familienangehörige, Ärzte und Krankenschwestern richtet und für diese oft recht schwer zu ertragen ist.

Es ist gefährlich, auf diese Aggressionen mit Gegenaggressionen zu reagieren oder sich aus Wut wegen diesen Aggressionen ganz vom Kranken zurückzuziehen. Es soll uns eine Hilfe sein, wenn wir die Ursache dieser Aggressionen kennen. Wir müssen ja sehen, dass diese Aggressionen in der Persönlichkeit des Patienten selbst liegen. Diese Persönlichkeit wurde zutiefst verletzt durch die Krankheit. Wir müssen sehen, wie Patienten in dieser Phase neidisch auf ihre gesunde Umgebung reagieren, wie

sie nicht begreifen, wieso gerade er betroffen wird und nicht die andern. Es ist ja auf alle Fälle schwer, als Kranker und Behinderter von unserer Umwelt angenommen zu werden. Dass man, wenn man an einer chronischen oder zum Tode führenden Krankheit leidet, oft Neid empfindet gegenüber den Gesunden, ist doch eigentlich nur verständlich. Wir wollen auch über diesen Neid und über diese Aggression mit dem Patienten sprechen. Wir sollen uns immer wieder bemühen, auf ihn zuzugehen und mit ihm über seine Probleme reden. Wir werden dann erleben, dass die Aggression schliesslich sich abbaut und es zur Entspannung kommt.

Wir finden dann die dritte Phase, die Phase des Verhandlens. Diese erleben wir oft nur indirekt. Wir sehen, dass der Patient sich genau an sämtliche ärztlichen Vorschriften hält, dem Pflegepersonal gegenüber zuvorkommend und entgegenkommend ist. Diese Phase dürfen wir nicht ausnützen. Wir dürfen nicht die Abhängigkeit des Patienten fördern. Wir müssen versuchen, dass eine gewisse Eigenaktivität beim Patienten unbedingt erhalten bleibt. Sonst geht seine Autonomie verloren, und sein eigentliches Menschsein ist gefährdet. Obwohl sich der Patient nun an alles, was von medizinischer und von pflegerischer Seite her vorgeschlagen wird, hält, merkt er, dass seine Krankheit trotzdem weiter fortschreitet. Und da wächst auch das Misstrauen gegenüber der Umgebung.

Hier beginnt nun die Phase der Depression. Die Angst dominiert das Denken des Patienten. Er gerät immer mehr in die vorher beschriebene Isolationsangst, in eine Trennungsangst. Er hat Angst vor den Verlusten, die sein Tod mit sich bringen wird, er hat Angst vor der Zukunft. Die Umgebung, die Angehörigen, aber auch wir, die Ärzte, geraten sehr gerne in Gefahr, die Depression mit Teilwahrheiten abzuschwächen, indem wir behaupten, es werde schon wieder besser. Diese Teilwahrheiten sind aber gefährlich, denn durch Verleugnen der Tatsachen können wir die Depression nie überwinden. Die Verleugnung führt im Gegenteil immer wieder zu einer vermehrten Isolation des Patienten. Die Phase der Depression ist notwendig für die Verarbeitung der Krankheit und des Todes. Es ist wichtig, dass wir mit dem Patienten auch darüber sprechen. Wir müssen auch wissen, dass der Patient in dieser depressiven Phase noch einmal die Ursache seiner Krankheit häufig in einem Versagen innerhalb seines Lebens sieht und dadurch in massive Schuldgefühle gerät. In Gesprächen sollten wir versuchen, Verknüpfungen von Schuld- und Angstgefühlen zu lösen und so dem Patienten wenigstens hier eine Hilfe zu sein. In diesem Gespräch der Depressionsphase fühlen wir uns oft überfordert, denn auch wir können ja dem Patienten nicht sagen, wie seine Zukunft aussieht. Auch wir haben den Sterbevorgang noch nie erlebt und können hier nur als Zuhörer wirken, ohne dass wir Ratschläge erteilen können. Manchmal können wir ihm helfen, mit der Vergangenheit Frieden zu schliessen, ihm vielleicht sogar einen Sinn seines bisherigen Lebens aufzuzeigen.

### **Auch das Schweigen kann eine Hilfe sein**

Im letzten Stadium, dem der Zustimmung, wird das Schweigen vorherrschen. Hier ist es wichtig, dass wir wissen, dass das Schweigen aber nicht das Alleinsein bedeutet. Wir müssen darauf achten, dass der Sterbende

nicht allein gelassen wird. Regelmässige Besuche ohne viel Worte, dafür mit Gesten, wie das Trinkeneinflössen, die Stirne abkühlen, das heisst körperliche Kontakte, können die Trennungsangst, die jeden Sterbenden auch in dieser Phase noch befällt, mildern. Vergessen wir nicht, dass für viele Patienten nicht der Tod das grösste Problem ist, sondern diese Phase der Trennung. Deshalb dürfen wir den Sterbenden nie allein lassen. Aus diesem Grund muss ich auch immer wieder betonen, dass Sterben zu Hause für den Betroffenen sicher humaner ist, als das Sterben in einem Spital. Da aber das Sterben im Spital heute doch noch in der überwiegenden Mehrzahl der Sterbefälle im Vordergrund steht, sollten wir versuchen, dass der Patient im Spital immer von seinen Angehörigen betreut werden kann. Es ist äusserst wichtig, dass wir in dieser Phase im körperlichen Kontakt mit dem Patienten stehen, dass er spürt, dass wir bei ihm sind, auch dann, wenn wir das Gefühl haben, dass er nicht mehr bei Bewusstsein ist.

Zum Schluss möchte ich doch noch betonen, dass ich unbedingt dafür bin, dass wir die Schmerzen, die bei Sterbenden auftreten, bekämpfen. Der Schmerz ist häufig ein ganz zentrales Problem, und gegenüber dem Schmerz ist der eigene Wille machtlos. Im Schmerz ist der Patient zusätzlich isoliert und fühlt sich vollends im Stiche gelassen. Soll man den Schmerz mit vorzeitiger Gabe von Medikamenten vermeiden helfen, auch wenn der Patient noch nicht darum bittet? Ich glaube nicht, dass der Schmerz eine Erfahrung ist, die der sterbende Mensch – wie so oft behauptet wird – noch durchmachen muss, sondern ich bin überzeugt, dass wir hier dem Patienten unbedingt entgegen kommen müssen und so die Schmerz-bekämpfung bis an die Grenze des Tragbaren treiben. Wenn wir so den sterbenden Patienten betreuen können, werden wir sehen, dass die Begegnung mit dem Tod und mit dem Sterben für uns selber sehr wichtig ist und unsere persönliche Entwicklung fördert und stärkt und dass wir durch die Betreuung von Sterbenden auch eine grosse medizinische Aufgabe erfüllen können.

### **Dr. h. c. Maria Meyer †**

In Zürich ist Frau Maria Emma Meyer, langjährige Zentralsekretärin der Pro Infirmis, im Alter von 81 Jahren verstorben.

Die Trauerfeier fand am 10. Juni statt. Die Verstorbene, um die es in den letzten Jahren eher still geworden war, hatte sich ihr Leben lang voll den Schwachen und Hilfsbedürftigen gewidmet, weshalb ihr verdienstvoller Würde des Doktors der Medizin ehrenhalber verliehen wurde.

Der VSA dankte ihr mit der Verleihung der Ehrenmitgliedschaft. Ein Nachruf wird folgen.

## **Heilpäd. Seminar Zürich**

# **Heilpädagogische Woche für Heimerzieher**

**Zielsetzungen:** Dem Teilnehmer soll die Tätigkeit als Heimerzieher dadurch erleichtert werden, dass er seine pädagogische Haltung vertiefen und sie auf die heilpädagogische Situation hin abwandeln lernt.

**Erfahrungsaustausch:** Mit Berufskollegen und -kolleginnen über Freuden und Leiden der eigenen Tätigkeit in persönlicher und offener Art diskutieren, sich anregen lassen und andere anregen.

**Heilpädagogische Grundfragen:** Anhand von exemplarischen Situationen aus dem Alltag der Teilnehmer möchten wir über heilpädagogische Grundfragen nachdenken und Lösungen erarbeiten.

**Selbsterkenntnis:** Wie gehe ich mit mir selber um, zum Beispiel mit meiner Macht und meiner Ohnmacht? Wie leite ich mich selber? Durch andere Kursteilnehmer kann ich erfahren, wie sie mich erleben.

**Gestalterisches Tun:** Durch gestalterisches Tun eigenes Erleben vertiefter wahrnehmen und seine Möglichkeiten erweitern.

**Psychohygiene:** Freude erleben und Mut holen; entspannen; innerlich ruhiger und sicherer werden.

**Kursleitung:** Dr. Sibilla Uebelmann, Dr. Hans Näf, Dr. Ruedi Arn

**Zeit:** Montag, 27. September 1982, 10.00 Uhr bis Freitag, 1. Oktober 1982, 14.00 Uhr

**Ort:** Hotel Viktoria, 6086 Hasliberg Reuti

**Kursgebühr:** Fr. 350.–

**Unterkunft/  
Verpflegung:** Doppelzimmer Fr. 39.– pro Person und Tag, Einzelzimmer Fr. 42.– pro Person und Tag (Halbpension)

**Anmeldung** bis Ende Juli 1982 an das Heilpädagogische Seminar Zürich, Kantonsschulstrasse 1, 8001 Zürich

# Altwerden ist unser Schicksal – Wir wollen das Alter positiv gestalten

Der Kurs richtet sich in erster Linie an Heimleute, die alte Menschen zu betreuen und zu pflegen haben, ist aber auch weiteren Interessenten zugänglich.

- Kursdaten**      **1. bis 3. September 1982**  
Beginn am Mittwoch, 1. September, um 12.00 Uhr, mit dem Mittagessen  
Abschluss am Freitag, 3. September, nach dem Mittagessen
- Kursleitung**    **Suzanne Dreifuss, Zürich**, unter Mitarbeit von  
– Elisabeth Baumann, Lehrerin für Krankenpflege  
an der Pflegerinnenschule Toggenburg-Linth  
– Peter Hüberli, Oberpfleger, Dübendorf  
und unter Mitwirkung der Referenten  
– Dr. med. Peider Mohr, Chefarzt, Affoltern a. A.  
(«Rehabilitation im Alter»)  
– Dr. rer. pol. Robert Zimmermann, Soziologe, Zürich  
(«Die Bedeutung der Umgebung für den Menschen besonders im Alter»)
- Kursziel**        Wir möchten in diesem Seminar gemeinsam herausfinden, wieviel Positives das  
Leben für alte Menschen haben kann und wie wir ihnen zu einem sinnvollen  
Dasein verhelfen können — wieviel Positives liegt darin aber auch für uns  
Heimleute, die wir mit den Betagten arbeiten, im Hinblick auf unser eigenes  
Alter!
- Kurskosten**    Fr. 250.— für VSA-Mitglieder und Mitarbeiter von VSA-Heimen  
Fr. 300.— für übrige Teilnehmer  
Unterkunft und Verpflegung im Nidelbad, Vollpension zirka Fr. 50.— pro Tag  
separat.
- Anmeldung**    Bis 14. August an Sekretariat VSA, Seegartenstrasse 2, 8008 Zürich

---

**Talon**    Seminar Dreifuss Nidelbad

Name, Vorname \_\_\_\_\_

Adresse des Heims \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Unterschrift, Datum \_\_\_\_\_

Persönliche Mitgliedschaft oder VSA-Mitgliedschaft des Heims

Ja       Nein

Unterkunft erwünscht

Ja       Nein



# VSA Arbeitstagung für Leiter und Mitarbeiter von Heimen für erziehungsschwierige Kinder und Jugendliche

## Ist Strafe unvermeidlich?

Montag, 13. September 1982, bis Dienstag, 14. September 1982,  
im Schloss Hünigen, Konolfingen  
Leitung: Dr. Imeda Abbt

### PROGRAMM

**Montag** 13. September 1982

- 10.00 Uhr Eröffnung  
10.30 «Kulturgeschichtliche Aspekte zur Strafe»  
Referat: Dr. I. Abbt  
anschliessend Diskussion  
12.00 Mittagessen  
14.00 «Pädagogische Aspekte zur Strafe»  
Referat: Dr. P. Schmid, Heilpädagogisches Seminar, Zürich  
anschliessend Diskussion und Gruppenarbeit  
20.00 «Schloss-Abend»

**Dienstag** 14. September 1982

- 09.00 Uhr Podiumsdiskussion: «Ist Strafe unvermeidlich?»  
Teilnehmer: Hans Berger, Aathal; Dr. Hans Häberli, Hausen a.A.; Kurt Kneringer, Männedorf;  
Hans Rudolf Scheurer, Bolligen  
Leitung: Fritz Müller, Basel, Vizepräsident VSA  
12.00 Mittagessen  
14.00 Vertiefung und Verarbeitung der Tagung  
17.00 Schluss

**Kurskosten** Fr. 180.-. Für VSA-Mitglieder und für Teilnehmer aus VSA-Heimen Fr. 140.-.  
Unterkunft und Verpflegung im Schloss Hünigen. Vollpension zirka Fr. 75.- separat.

**Anmeldeschluss** 28. August 1982

**Anmeldung** «Ist Strafe unvermeidlich?» / Schloss Hünigen

Name, Vorname \_\_\_\_\_

Name des Heims \_\_\_\_\_

PLZ, Ort \_\_\_\_\_

Datum, Unterschrift \_\_\_\_\_

VSA-Mitgliedschaft des Heims  Ja  Nein

Persönliche Mitgliedschaft  Ja  Nein

Unterkunft erwünscht  Ja  Nein

Talon einsenden an Sekretariat VSA, Seegartenstrasse 2, 8008 Zürich, bis spätestens 28. August 1982

Zu Recht hat sich gegen Behauptungen und Vermutungen dieser Art der Zürcher Altersheimleiter Max Stehle zur Wehr gesetzt («NZZ» Nr. 90/82, S. 61). Vom «Winterthurer Modell» zum «Herisauer-Modell» – die «Modelle» kommen und gehen. Was sind sie anderes als zu Stein gewordene Wunschvorstellungen von Schmugglern? Ich scheue mich nicht zu sagen, es sei Schmutzgelei, wenn man so tut und den Anschein erweckt, als hätten wir Menschen (auch unter dem Aspekt des Reifens und der Vollendung) den Anspruch lediglich auf ein Glückliches, wie es Professor Narziss versteht.

Sicher: Glückliches möchten wir alle, doch was heisst denn schon Glück? Jedenfalls sind Glück und Unglück nicht eine Frage architektonisch-planerischer Modelle. Aber natürlich ist auch nicht alles grundfalsch, was Dutler und seine Gefolgsleute behaupten. Auch mich befällt das Albdücken, wenn ich bisweilen jene Altersheim-Wolkenkratzer vor Augen bekomme, die in den Städten häufig sind. Schliesslich hat sogar ein Mann vom Rang eines Justus Dahinden die Entwicklung zum Hochhaus unlängst als menschenunfreundliche Fehlentwicklung taxiert. Bloss: Sind jene Türme aus Stahl und Beton für Betagte nicht ebenfalls von Missionaren erstellt worden, sind sie nicht ebenfalls Denkmäler, in denen sich Dutler-Kollegen gern bespiegeln?

\*

Man kann in jenen Türmen, jenen Wohnmaschinen, Zeichen sehen. Man kann an ihnen ablesen, dass die Segregation in der menschlichen Gesellschaft eine Realität ist und dass sie vor der Integration Vorrang hat. Man kann, wenn man will. Doch was soll's? Dann sind sie auch Zeichen für unser ungeklärtes, von allerlei Ängsten

erfülltes Verhältnis zum Altern, zur Krankheit, zur Gebrechlichkeit. Sie sind in diesem Falle freilich nur Zeichen, Symptome, nicht die Ursache selber. Wo man bloss Symptome bekämpft, ist die Sicht auf die Ursache selbst verstellt.

Die verstellte Sicht ist – machen wir's kurz – die Folge einer bestimmten Art des Denkens. Ladislaus Boros spricht vom *rechnenden* Denken, dem er das *besinnliche* Denken gegenüberstellt. «Heute wird leidenschaftlich berechnet, geplant, geforscht, untersucht», sagt er. «Dieses Rechnen und Planen orientiert sich am Gegebenen, an Fakten. Es ist kein besinnliches Denken, nicht ein Denken, das dem *Sinn* nachdenkt, der in allem waltet, was ist». Doch was geschieht, wenn ein Mensch nachdenklich wird? «Er blickt in die Ferne, in das Unerreichbare und trotzdem Notwendige; auf das, was er nicht bewältigen kann und wovon trotzdem sein Schicksal abhängig ist. Das Nachdenken ereignet sich in der Ruhe, im Abwarten, in der Gelassenheit. Es ist eine Tugend, die mühsam eingeübt werden muss: die Fähigkeit, sich in die *Nähe des Geschöpflichen* begeben zu können» (Geborgene Existenz, Herder-Verlag 1975).

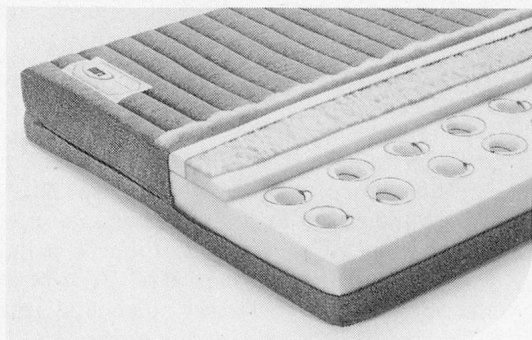
Dem scharfsinnigen Leser, der in Schule und Beruf zum berechnend-planenden Denken und Handeln erzogen worden ist, müssen Sätze wie diese zunächst unverständlich sein, müssen ihm vorkommen wie Spanisch oder Chinesisch. Was heisst das denn schon: fähig werden, sich in die Nähe des Geschöpflichen zu begeben? Was lässt sich mit einem solchen besinnlichen Denken denn schon machen und bewirken? Schlichte Antwort: Nichts. Es führt lediglich weg von der Schmutzgelei. Man kann sich mit ihm keine Denkmäler bauen. Man hat das auch nicht mehr nötig.

# Obermatratzen

SAP 1/81

In jedem Bett ist die Obermatratze ein wesentlicher Bestandteil für körperliches Wohlbefinden. Darüber hinaus muss sie strapazierfest, desinfizierbar, waschbar

und staubfrei sein. Embru führt für Ihren Bedarf 5 besondere Clinic-Obermatratzen. Rufen Sie uns an und verlangen Sie Unterlagen, Angebote und Muster.



**embru**

Embru-Werke, Kranken- und Pflegemöbel, 8630 Rütli  
Telefon 055/31 28 44

Embru bringt Komfort ins Heim