

4 Unheilbare Krankheiten, Sterben und Tod

Einleitung

Viele Menschen leiden an einer unheilbaren Krankheit. Als Fachangestellte Gesundheit sind Sie mitverantwortlich dafür, dass diese Personen trotz ihres Schicksals immer wieder Wohlbefinden und eine möglichst hohe Lebensqualität erleben können.

Sterben und Tod gehören zu den Tabuthemen unserer Gesellschaft. Durch die Auseinandersetzung damit wird uns immer wieder bewusst, dass wir alle einmal sterben müssen. Das schmerzt manchmal sehr.

Praxissituationen

1. Ein 6-jähriger Knabe hat seit zwei Jahren ein Osteosarkom (Knochenkrebs). Vor einer Woche wurde er wegen zunehmender Schmerzen ins Kinderspital eingeliefert. Seit heute Morgen hat der Knabe vermehrt Probleme mit der Atmung. Alle wissen, dass er nicht mehr lange leben wird. Die Eltern sitzen neben dem Spitalbett und wirken sehr hilflos.
2. Ein 40-jähriger Mann mit AIDS im Endstadium wird in einem Sterbehospiz betreut. Jede Woche verliert er ein wenig an Gewicht und wird schwächer. Auf Wunsch des Patienten werden die immer wieder auftretenden Infekte der Atemorgane medikamentös therapiert. Niemand kann sagen, wie lange der Mann noch zu leben hat.
3. Schon vor einem Jahr hat die 95-jährige Frau immer wieder betont, sie wolle endlich zu ihrem Mann in den Himmel gehen. Nun liegt sie seit Tagen im Sterben. Ihre im Ausland wohnhafte Tochter will morgen zu Besuch kommen.

Lernziele

Sie ...

- ▶ erklären den Unterschied zwischen kurativer und palliativer Therapie.
- ▶ nennen Kernaussagen des Konzepts «Palliative Care».
- ▶ kennen die fünf Sterbephasen nach Kübler-Ross.
- ▶ beschreiben Ihre Möglichkeiten zur Mitgestaltung der Pflege Sterbender.
- ▶ kennen präventive Massnahmen zum Schutz vor einer HIV-Infektion.
- ▶ verfügen über Grundkenntnisse zu Patientenverfügung und Testament.
- ▶ nennen den Unterschied zwischen passiver, indirekt aktiver und aktiver Sterbehilfe.
- ▶ erklären wichtige Aspekte in der Begleitung von Angehörigen vor und nach dem Tod.

Schlüsselbegriffe

AIDS, Angehörige, begleiteter Suizid, direkt aktive Sterbehilfe, HIV, indirekt aktive Sterbehilfe, Lebensqualität, Palliative Care, palliative Pflege, passive Sterbehilfe, Patientenverfügung, Testament, Versorgung von Verstorbenen

4.1 Pflege und Betreuung bei unheilbaren Erkrankungen

Solange das Therapieziel die Heilung der vorliegenden Erkrankung ist, wird die betroffene Person **kurativ** behandelt. Der Begriff «curare» stammt aus dem Lateinischen und bedeutet «heilen». Sämtliche medizinischen und pflegerischen Massnahmen werden so gewählt, dass die Patientin in möglichst kurzer Zeit ganz geheilt wird.

Wird eine unheilbare Krankheit diagnostiziert, behandelt man die betroffene Person nach **palliativem** (lateinisch für «mit einem Mantel bedecken») Konzept. Dies bedeutet, dass nicht mehr eine Heilung der Krankheit angestrebt wird, sondern die Linderung der für den Patienten belas-

tenden Symptome. Ziel der palliativen Therapie, die durchaus auch einen operativen Eingriff beinhalten kann, ist die Erhaltung der bestmöglichen Lebensqualität der betroffenen Person bis an ihr – manchmal noch weit entferntes – Lebensende.

Bei jeder kranken Person sollte festgelegt sein, ob sie kurativ oder palliativ behandelt wird.

4.1.1 Palliative Pflege, Palliative Care

Palliative Pflege wird von diplomierten Pflegefachpersonen und Fachangestellten Gesundheit geleistet. Palliative Pflege kann sowohl im Spital, im Pflegeheim, zu Hause oder in einem Hospiz stattfinden. Es ist die Pflege, die die Erhaltung der Lebensqualität der betroffenen Person bis zu ihrem Tod in den Vordergrund stellt.

Was **Lebensqualität** genau bedeutet, kann jeder einzelne Mensch nur für sich selbst festlegen. Die betroffene Person muss danach gefragt werden, was für sie wichtig ist.

Meistens wird die Erhaltung der Lebensqualität ganzheitlich verstanden. Dazu gehört die bestmögliche Bewahrung

- ▶ der **physischen Ressourcen** (u. a. Beweglichkeit, Essen und Trinken, Atmen, Ausscheiden, keine Schmerzen oder Atemnot verspüren),
- ▶ der **psychischen Ressourcen** (u. a. keine starken Ängste, innere Ruhe),
- ▶ der **sozialen Ressourcen** (u. a. Kontakte zu wichtigen Personen wahrnehmen, Ausflüge durchführen) und
- ▶ der **spirituellen Ressourcen** (u. a. seinem Leben Sinn geben, den eigenen Glauben leben).

Ein weiterer, in diesem Zusammenhang oft genannter Begriff ist die **Palliative Care**. Das Wort «Care» stammt aus dem Englischen und bedeutet hier «Versorgung». Der Begriff wird oft unübersetzt verwendet: Mit Palliative Care ist die **interdisziplinäre** palliative Versorgung gemeint. Will man die bestmögliche Lebensqualität für eine betroffene Person erreichen, ist nämlich eine enge Zusammenarbeit mit dem ärztlichen Dienst, der Physiotherapie, der Ernährungsberatung, dem Sozialdienst, dem psychologischen Dienst usw. gefragt.

Palliative Pflege ist somit ein Teilbereich der Palliative Care.

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) beschreibt die Palliative Care folgendermassen: Palliative Care ...

- ▶ bedeutet, dass Tod und Sterben zum Leben gehören.
- ▶ beschleunigt den Tod nicht, verzögert ihn aber auch nicht.
- ▶ unterstützt die Lebensqualität und beeinflusst den Krankheitsverlauf soweit möglich positiv.
- ▶ lindert Schmerzen und andere für die betroffene Person belastende Symptome.
- ▶ achtet auch auf psychische und spirituelle Bedürfnisse der betroffenen Person.
- ▶ unterstützt betroffene Personen darin, bis zu ihrem Tod so aktiv als möglich zu leben.
- ▶ unterstützt auch die Angehörigen während der Erkrankungsphase des betroffenen Menschen und in ihrer Trauer nach dessen Tod.

Der Einsatz der Palliative Care erfolgt nicht erst, wenn die Person am Sterben ist. Sobald feststeht, dass eine Krankheit nicht geheilt werden kann, kommt das Konzept der Palliative Care zum Zug. Dies kann bereits Jahre vor dem Tod sein (z. B. bei HIV/AIDS, siehe Kap. 4.4, S. 33).

Unter Palliative Care wird die Betreuung und Begleitung **aller** palliativer Patientinnen und Patienten unabhängig von ihrem Alter und ihrer Grunderkrankung verstanden. Unter anderem können betroffene Menschen nicht heilbare Herz-, Atemwegs- oder Nierenerkrankungen, Multiple Sklerose, HIV/AIDS, Diabetes mellitus oder Krebs haben.

4.1.2 Aufgaben der Fachangestellten Gesundheit in der Palliative Care

Fachangestellte Gesundheit werden im Rahmen des Konzeptes Palliative Care bei den betroffenen Personen delegierte Pflegemassnahmen durchführen. In diesem Rahmen hat die Fachangestellte folgende Aufgaben:

- ▶ **Ganzheitliche, individuelle Wahrnehmung der betroffenen Person.** Die betroffene Person im physischen, psychischen, sozialen und spirituellen Bereich beobachten. Wünsche der betroffenen Person (z. B. zur Tagesgestaltung) ernst nehmen.
- ▶ **Bereitschaft zur Auseinandersetzung mit Sterben und Tod.** Akzeptieren, dass die Betreuung und Begleitung nicht auf Heilung ausgerichtet ist. Die Erhaltung oder Verbesserung der Lebensqualität der betroffenen Person zum Ziel haben.
- ▶ **Bereitschaft zur Kommunikation.** Bereitschaft für spontan entstehende Gespräche mit betroffenen Personen und Angehörigen zeigen. Auch nonverbale Kommunikation einsetzen.
- ▶ **Fachliche Kompetenz.** Delegierte Pflegemassnahmen gemäss dem besten verfügbaren Wissen umsetzen. Gezielte Anwendung von prophylaktischen Massnahmen.
- ▶ **Bereitschaft zur interdisziplinären Zusammenarbeit.** Konstruktiv mit anderen Diensten zusammenarbeiten.

4.2 Mithilfe bei der Begleitung/Betreuung in den letzten Tagen und Stunden

Die Begleitung von **sterbenden Menschen** ist ein wichtiges Teilgebiet der Palliative Care.

Die letzten Tage und Stunden des Lebens gestalten sich sehr unterschiedlich. Genauso individuell, wie ein Mensch gelebt hat, stirbt er auch.

Unter Sterben wird das Erlöschen der Lebensfunktionen verstanden. Tritt eine betroffene Person in die Sterbephase ein, bezeichnet man in der Praxis diesen Zustand als **präterminal**. In der Phase kurz vor dem Tod wird der Zustand der sterbenden Person **terminal** genannt. Diese Phasen sind weder durch Merkmale noch Dauer näher definiert und deren Übergänge fließend.

Sterbende Personen gehen sehr unterschiedlich mit dem nahenden Tod um. Einige sprechen von dem, was auf sie zukommt und was sie bewegt. Andere wehren sich bis zuletzt gegen diese Gedanken.

Der genaue Zeitpunkt des Todeseintritts scheint nicht nur von physischen Faktoren abhängig zu sein. Es gibt Personen, die erst gewisse Verrichtungen wie das Abändern eines Testaments ausführen müssen, bevor sie sterben können. Andere sterben erst dann, wenn sie für einen kurzen Moment alleine im Zimmer sind.

4.2.1 Phasen im Sterbeprozess

Doktor Elisabeth Kübler-Ross hat sich intensiv mit dem Sterben auseinandergesetzt und in langjähriger Arbeit mit Sterbenden festgestellt, dass sterbende Menschen verschiedene **Phasen im Sterbeprozess** erleben. Sie sind den von Verena Kast beschriebenen Trauerphasen (siehe Kap. 3.3, S. 23) ähnlich.

1. Phase: Nicht wahrhaben wollen

Patient: Er hat starke Zweifel an seiner Diagnose, sieht diese Nachricht als Irrtum an und leugnet die Realität, sterben zu müssen. Häufig reagieren Patienten mit Aussagen wie «Warum ICH? ICH doch nicht! Das kann nicht wahr sein!» Andere wechseln den Arzt oder brechen die Therapie ab. Diese Reaktionen sind als Schutzmechanismen zu verstehen. Sie verhindern, dass der Patient von der Schwere der Diagnose erdrückt wird.

Betreuende Fachpersonen: Der Patient soll ernst genommen und diese Phase respektiert werden. Vorwürfe sind fehl am Platz.

2. Phase: Zorn

Patientin: Sie erkennt: Es betrifft MICH! Sie fragt sich: «Warum gerade ich?» Gefühle wie Zorn, Wut und Neid brechen hervor und zeigen sich oft auch in der Kritik am Essen, am Wetter, an der Pflege usw. Das Sterben wird aktiv abgelehnt. Heftige Gefühle zu haben bedeutet das Leben in sich spüren.

Betreuende Fachpersonen: Die Wut und die Kritik sollte soweit möglich nicht persönlich genommen und toleriert werden (siehe auch Kap. 1.5, S. 7). Die Patientin soll nicht isoliert werden, sondern nach ihren Bedürfnissen Zuwendung erhalten.

3. Phase: Verhandeln

Patient: Das unvermeidliche Sterben versucht der Patient durch einen Handel (z.B. mit sich selbst, mit Gott, der Familie, der Umwelt) hinauszuschieben: «Ich möchte noch länger leben, dafür bete ich täglich.» Er setzt sich Ziele zur moralischen Unterstützung (z.B. noch einmal einen Spaziergang im Garten machen).

Betreuende Fachpersonen: Da diese Phase meistens sehr kurz ist und die Betroffenen oft nicht darüber sprechen, werden die Fachpersonen selten aktiv einbezogen.

4. Phase: Depression

Patientin: Die Verluste (z.B. von Beziehungen, gewohntem Tagesablauf, sozialem Status, Aussehen, Arbeit, Geld), die die Krankheit mit sich bringt, schmerzen und belasten die Patientin. In dieser Phase entsteht entweder eine reaktive oder eine vorbereitende Depression: Die reaktive Depression ist als Reaktion auf die oben beschriebenen Verluste zu verstehen. Diese lassen sich teilweise lösen (z.B. durch Beratung bzgl. Kleidung/Frisur, Abklären von finanziellen Schwierigkeiten durch den Sozialdienst). Dadurch kann sich die reaktive Depression mildern. Die vorbereitende Depression ist eine Vorbereitung auf den bevorstehenden Abschied. Die Patientin betrauert ihre Verluste und ist meist in sich gekehrt und still.

Betreuende Fachpersonen: Durch ein Gespräch kann oft ermittelt werden, ob es sich um eine reaktive oder vorbereitende Depression handelt. Liegt eine reaktive Depression vor, geht es einerseits darum, durch Beratung und Einschalten des interdisziplinären Teams lösbare Probleme zu beseitigen. Andererseits wird die Patientin darin unterstützt, unlösbare Belastungen besser akzeptieren zu können. Eine Patientin mit vorbereitender Depression soll wissen, dass sie trauern darf. In beiden Situationen kann im Gespräch herausgefunden werden, wo die Patientin noch Hoffnung sieht. Diese darf sanft unterstützt werden.

5. Phase: Zustimmung

Patient: Wenn genug Zeit vorhanden war, um die vorangehenden Phasen zu durchleben, wird der Patient nun ruhig und kann den bevorstehenden Tod akzeptieren. Er beschäftigt sich mit seinem Lebenssinn und kann vielleicht auch befriedigt auf sein Lebenswerk zurückschauen.

Betreuende Fachpersonen: In der letzten Lebensphase steht das Dasein für den Patienten im Vordergrund. Dies kann die Zuwendung im Gespräch, aber auch eine Präsenz ohne verbale Kommunikation bedeuten.

Die fünf Phasen verlaufen nicht linear, das heißt, ein Sterbender kann vor allem innerhalb der Phasen 2–4 immer wieder eine Phase überspringen und wieder in eine Phase zurückfallen. Nicht jeder sterbende Mensch erreicht bis zu seinem Tod die fünfte Phase.

Reflexion

Lesen Sie noch einmal das einleitende Praxisbeispiel der 95-jährigen Frau, die nicht sterben kann. Was könnte der Grund dafür sein?

4.2.2 Betreuung der Patienten

Eine der grössten Herausforderungen in den letzten Tagen und Stunden vor dem Tod ist die **Kommunikation**. Es gibt Menschen, die bis zur letzten Minute wach sind und genau sagen können, welche Pflegehandlungen sie wünschen. Hier sind die im Kapitel «Mithilfe bei der Begleitung von Personen in Krisen» (siehe Kap. 1.6, S. 8) festgehaltenen Merkmale wichtig.

Andere sterbende Personen können nicht mehr verbal kommunizieren. Objektive Merkmale wie Atemfrequenz, Muskeltonus, Mimik, Gestik oder Stöhnen bekommen dadurch eine grosse Bedeutung. Aufgrund dieser Beobachtungskriterien kann auf Schmerzen und anderes Unwohlsein oder auch Ablehnung von bestimmten Pflegemassnahmen geschlossen werden.

Auch wenn die verbale Kommunikation nicht mehr möglich ist, sind sterbende Menschen oft sehr wohl in der Lage, alles zu hören, was gesprochen wird. Deshalb ist es wichtig, weiterhin verbal zu kommunizieren. Man kann die betroffene Person erst an der Schulter berühren, sie mit ihrem Namen ansprechen und anschliessend seinen eigenen Namen nennen. Dann kann man sie über Pflegehandlungen informieren oder ihr mitteilen, wer zu Besuch kommt.

In der letzten Lebensphase können betroffene Personen unter vielen unterschiedlichen Symptomen leiden. Die häufigsten werden hier kurz erläutert:

Symptom	Massnahmen
<p>Schmerzen</p> <p>Stehen hauptsächlich im Zusammenhang mit der Grunderkrankung. Langes Liegen kann ebenfalls Schmerzen auslösen.</p>	<p>Schmerzen verunmöglichen ein Sterben in Würde. Besteht der Verdacht auf Schmerzen, sollen sofort Analgetika verabreicht und deren Wirkung beobachtet werden: Verändert sich anschliessend die Atemfrequenz, der Muskeltonus, Mimik und Gestik oder das Stöhnen?</p> <p>Gerade gegen das hoch wirksame Analgetikum Morphin bestehen viele Vorurteile. Wird es fachlich korrekt verabreicht, macht es weder süchtig noch verschlechtert sich die Atmung. Verstärkte Müdigkeit ist vorübergehend und für sterbende Personen in der Regel besser akzeptierbar als starke Schmerzzustände. Die Nebenwirkungen Übelkeit/Erbrechen und Verstopfung können medikamentös therapiert werden.</p> <p>Eine Schmerzmedikation^[1] sollte aus einer fixen Basisedikation und einer Reservemedikation bestehen, welche bei Bedarf verabreicht wird.</p>
<p>Mundtrockenheit</p> <p>Sie kommt davon, dass sterbende Personen wenig bis keine Flüssigkeit mehr zu sich nehmen und durch den offenen Mund atmen.</p>	<p>Die wirksamste Gegenmassnahme ist viertel- bis halbstündlich durchgeführte Mundpflege mit dem Lieblingsgetränk der betroffenen Person. Dazu kann eine Sprühflasche oder ein Tupfer benützt werden. Diese sollten ohne Zuhilfenahme eines Peans eingesetzt werden, da viele sterbende Personen dieses als Fremdkörper empfinden und erschrecken oder den Mund nicht mehr öffnen. Zudem sollen die Lippen mit Lippenpomade oder Vaseline gefettet werden. Wache Patientinnen und Patienten können auch Eiswürfel oder gefrorene Fruchtstücke lutschen. Andere schätzen wenige Milliliter Olivenöl oder ein kleines Stück Butter zur Mundpflege.</p>
<p>Durstgefühl</p>	<p>Bei starkem Durstgefühl trotz dieser Mundpflege-Massnahmen kann eine Infusion subkutan in den Oberschenkel oder unterhalb des Schlüsselbeins verabreicht werden. Diese ist weniger Kreislauf belastend als eine intravenöse Infusion. Hat die sterbende Person keinen Durst, ist es in der Regel nicht nötig, dass sie Flüssigkeit über eine Infusion erhält.</p>

Symptom	Massnahmen
<p>Dyspnoe (Atemnot)</p> <p>Tritt nicht bei allen sterbenden Patientinnen und Patienten auf. Sie wird aber als besonders quälend erlebt und ist meist mit Angst verbunden.</p>	<p>Wichtig sind hier eine Atem erleichternde Oberkörperhochlagerung, Zufuhr von Frischluft und die oft beruhigend wirkende Anwesenheit einer Fachperson. Die Verabreichung von Morphin lässt den betroffenen Menschen die Dyspnoe weniger bewusst erleben. Es kommt dadurch zu einer ruhigeren und tieferen Atmung. Sauerstoff-Verabreichung^[2] kann durchaus sinnvoll sein. Sie ist aber nicht immer gegen Dyspnoe wirksam, sondern nur, wenn die Sauerstoff-Sättigung im arteriellen Blut wirklich tief ist. Bei Sterbenden wird Dyspnoe meist durch einen Anstieg des Kohlendioxids in Blut ausgelöst. Dagegen nützt die Sauerstoff-Verabreichung nichts, sondern löst höchstens einen Placebo-Effekt aus.</p>
<p>Akute Todesangst</p> <p>Tiefste und dramatischste Form von Angst, unabhängig vom Alter, oft an Dyspnoe und Schmerzen gekoppelt</p>	<p>Bei starker Todesangst ist eine Therapie mit Tranquilizern angebracht. Weitere Massnahmen zur Betreuung von Personen mit Angst sind dem Kap. 1.7.4, S. 11 zu entnehmen. Angst kann durch nicht therapierte Schmerzen verstärkt werden (und umgekehrt).</p>

[1] Siehe Themeneinheit «Gesundheitsförderung und Prävention».

[2] Siehe Themeneinheit «Medizinaltechnik».

Sterbebegleitung bedeutet, für die betroffene Person da zu sein und nach ihren Bedürfnissen zu handeln. Deswegen zeichnet sie sich nicht dadurch aus, möglichst viele pflegerische Massnahmen durchzuführen, sondern die wirklich notwendigen gezielt anzuwenden.

Das **Durchführen von Körperpflege und Lagerung** ist von der individuellen Situation der sterbenden Person abhängig. Wehrt sich die sterbende Person gegen eine Pflegehandlung, ist es in der Regel nicht angebracht, diese durchzuführen.

Das Sich-Zeit-Nehmen für die sterbende Person und bei ihr am Bett Sitzen ist wertvolle Arbeit. Oft braucht diese sogar mehr Kraft als das Durchführen einer Pflegemassnahme.



4.2.3 Betreuung der Angehörigen

Neben der Symptomlinderung hat die **Angehörigenbetreuung** einen hohen Stellenwert:

Oft wird die Betreuung Angehöriger herausfordernder erlebt als die des sterbenden Menschen selber. Vielen Angehörigen wird der kommende Verlust der geliebten Person nun erst richtig bewusst. Sie verspüren grosse Unsicherheit, Angst und Verzweiflung. Die Angehörigen gehen manchmal sehr unterschiedlich mit der Situation um, was innerhalb der Familie zu Spannungen führen kann. Hier ist es wichtig, die Angehörigen darauf hinzuweisen, dass Trauer individuell gelebt wird (siehe Kap. 3.5, S. 24).

Auch die Angehörigen sollen gefragt werden, wie es ihnen geht. Viele sind sehr froh um die dadurch entstehende Möglichkeit, über ihre Gefühle sprechen und Fragen stellen zu können.

Angehörige sollten die Möglichkeit erhalten, nach Wunsch 24 Stunden am Tag bei der sterbenden Person anwesend sein zu dürfen. Die Nacht können sie in einem Lehnstuhl oder einem stationeigenen Campingbett verbringen.

Viele Angehörige schätzen es, wenn sie bei der Pflege der sterbenden Person mithelfen und Tätigkeiten wie z. B. das regelmässige Befeuchten des Mundes übernehmen können. Andere Bezugspersonen übernehmen lieber eine passive Rolle.

Die Anwesenheit am Krankenbett kann zwar befriedigend, aber auch sehr anstrengend sein und Angehörige an die Grenzen ihrer Belastbarkeit bringen. Manchmal ist es besser, wenn sich die Personen einige Stunden Zeit für sich selber nehmen und nachher wieder ausgeruhter zum sterbenden Menschen zurückkehren. Es ist wichtig, dass die Angehörigen nicht durch diese Überbelastung selber krank werden.

Kinder sollen sterbende Menschen besuchen dürfen. Die Meinung, man solle Kinder vor den Themen Sterben und Tod schützen, ist überholt. Oft erleichtert das Miterleben des Sterbeprozesses die anschliessende Trauerarbeit der Kinder.

Wichtig ist, dass die Fragen der Kinder beantwortet werden. Weiss man einmal keine Antwort, kann auch eine Rückfrage gestellt werden: «Wie stellst du dir das vor?» Daraus können sich wichtige Gespräche entwickeln. Für viele kleinere Kinder ist die Information, dass sie keinerlei Schuld am Tod der betroffenen Person haben, sehr entlastend.

In der Regel begreift ein Kind erst im Schulalter, dass der Tod nicht rückgängig zu machen ist und eine verstorbene Person nie mehr wiederkommt. Auch das Bewusstsein um die eigene Sterblichkeit entwickelt sich in der Regel erst in diesem Alter.

4.3 Kulturelle Unterschiede im Zusammenhang mit Sterben und Tod

Im Zusammenhang mit Sterben und Tod sind grosse kulturelle Unterschiede vorhanden. Es gibt Länder, in denen diese Themen noch stärker tabuisiert werden als in der Schweiz. Es kann deshalb auch vorkommen, dass Angehörige nicht wollen, dass die kranke Person von ihrem bevorstehenden Tod erfährt. Da diese Haltung nicht den ethischen Prinzipien der Pflege und Medizin in der Schweiz entspricht, sind solche Situationen sehr anspruchsvoll. Sie bedürfen intensiver Gespräche zwischen den Angehörigen und dem ärztlichen Dienst.

Jede Religion und Konfession hat ihre eigenen Bräuche rund um Sterben und Tod. Das Zentrum für Migration und Gesundheit des Schweizerischen Roten Kreuzes rät, die betroffenen Personen oder ihre Angehörigen nach ihren Bedürfnissen zu fragen. Nicht jede katholische Patientin wünscht nämlich eine Krankensalbung, nur weil sie katholisch ist. Genauso wenig empfinden es alle muslimischen Angehörigen als Trost, wenn sie nach dem Tod einer geliebten Person auf das ewige Leben hingewiesen werden. Jede Person – unabhängig von ihrer Nationalität und Religion – kann besondere Bedürfnisse im Zusammenhang mit Sterben und Tod haben, die von offiziellen religiösen Bräuchen abweichen.