2026/03

# medlife

Beruf. Balance. Begeisterung.

**15** Arbeiten mit Migräne
**20** Gute Arbeitgeber
**58** Medizin trifft Architektur

©NoraKlein

# Bis zuletzt.

## Medizin am Lebensende

mededition.ch

# Inhalt

unsplash.com/SaeedSoltankhah

20

## Im Trend

08 **Nähe statt professionelle Distanz:** Neue Schweizer Studie über Emotionen im Arztgespräch

11 **Wem gehören Schweizer Arztpraxen?** BAG-Studie gibt Einblick in Eigentümerstrukturen

12 **Zufrieden schon, aber die Kosten!** Was Schweizer:innen über ihr Gesundheitssystem denken

## @Work

15 **Arztberuf mit Migräne:** Prof. Dr. med. Andreas Gantenbein darüber, warum Migräne kein Grund sein muss, einen Lebenstraum aufzugeben. Plus: Tipps einer betroffenen Ärztin

20 **Wann ist ein Spital ein attraktiver Arbeitgeber?** Interview mit VSAO-Zürich-Präsident Dipl. med. Federico Mazzola

24 **Ratgeber Praxiswebsite:** Dos und Don'ts für die digitale Rezeption

Bildreihe aus dem Fotoprojekt **«Wer bist du, Tod?»***

©NoraKlein

26

## Dossier Medizin am Lebensende

27 **Wenn der Spielraum kleiner wird:** Palliativmediziner Dr. med. Manuel Jungi über gute Medizin am Lebensende

30 **Die Verletzlichkeit des Sterbenden:** Ein Essay des Philosophen und Medizinethikers Prof. Dr. med. Giovanni Maio

32 **Über das Sterben sprechen:** Prof. Dr. med. Steffen Eychmüller über das, was schwierige Gespräche erleichtert

35 **Assistierte Suizide:** Wer ist künftig verantwortlich? Und wohin entwickelt sich die Schweiz?

36 **Medizinethisch heikle Fälle:** Prof. Dr. med. Nikola Biller-Andorno ordnet ein

38 **Report:** Aus dem Alltag des Intensivmediziners Dr. med. François Fontana

40 **Report:** Abschied im Spital. Der Erfahrungsbericht einer Tochter

42 **Weiterdenken:** Bücher, Ideen und Perspektiven für einen leichteren Umgang mit der Endlichkeit

* Einige Fotografien aus diesem Dossier stammen aus dem Buchprojekt **«Wer bist du, Tod?»**. Acht Jahre lang begleiteten die Autorin Sonja Hartwig und die Fotografin Nora Klein Menschen im Sterben. Das Buch verbindet Fotografien mit persönlichen Gesprächen und Gedanken der Porträtierten. Erschienen 2025 bei Hartmann Books. **wer-bist-du-tod.de**

© medEdition Verlag GmbH

iStock.com/AntonVierietin

45

58

©Ticino Turismi/MiloCarpi

64

## Im System: Impf-Special

45 **Wenn Patient:innen skeptisch sind:** Prof. Dr. med. Philip Tarr über schwierige Impfgespräche

49 **Erwachsenenimpfungen:** EKIF-Präsident Prof. Dr. med. Christoph T. Berger über den Aufholbedarf der Schweiz

## Self.Care.

53 **Kolumne:** Berufstätige Mütter unter Dauerbeschuss

54 **Ab nach Österreich:** Eine Reise nach Oberlech

## Out of the Box

57 **Kolumne Doppel-Visite:** Dr. med. Afreed Ashraf über Regeln, die in keiner Leitlinie stehen

58 **Medizin trifft … Architektur:** Spitalbau zwischen Sinn und Luxus

60 **Patientenwissen:** Prof. Dr. med. Nikola Biller-Andorno zur unterschätzten Ressource

## The Good Life

63 **Ärztin und Winzerin:** Dr. med. Tatjana Werner zwischen Sprechzimmer und Sangiovese

64 **Weinwandern:** Reben, Ruhe, Weitblick

66 **Kreuzworträtsel** mit Gewinnchance

67 **Impressum**

© medEdition Verlag GmbH

## Wenn der Kopf nicht mitmacht:

# ARZTBERUF MIT MIGRÄNE

**Migräne macht vor dem Arztkittel nicht Halt. Dennoch lässt sich eine medizinische Karriere gut mit der Erkrankung vereinbaren – vorausgesetzt, Betroffene nehmen sie ernst und erhalten die nötige Unterstützung.**

**Von Nicole Urweider**

Kopfschmerzen, Sehstörungen, Lichtempfindlichkeit, Konzentrationsprobleme, Übelkeit: Eine Migräneattacke kommt selten gelegen. Für Ärzt:innen stellt sie jedoch eine besondere Herausforderung dar. Denn dabei geht es nicht nur um das eigene Wohlbefinden, sondern auch um Verantwortung gegenüber den Patient:innen.

ABOUT

**Prof. Dr. med. Andreas R. Gantenbein**

Neurologe und Kopfschmerzspezialist. Weniger bekannt: Er interessiert sich für Zauberei. In Vorträge baut er gelegentlich kleine Tricks ein, um zu zeigen, wie stark die Wahrnehmung unser Erleben beeinflussen kann.

**Triggerort Spital?**

In der Schweiz leben rund 1,2 Millionen Menschen mit Migräne. Besonders häufig tritt die Erkrankung im erwerbsfähigen Alter auf. Damit betrifft sie auch zahlreiche Ärzt:innen. «Das Migränehirn hat es gern, wenn alles relativ gleichmässig abläuft», sagt Prof. Dr. med. Andreas R. Gantenbein, Neurologe in Bülach und ärztlicher Leiter beim Zurzacher Kopfschmerzprogramm. Genau diese Gleichmässigkeit gelingt im Spitalalltag häufig nicht. Nachtdienste, Notfälle, Schlafmangel, wechselnde Arbeitszeiten, ausgelassene Mittagspausen oder eine hektische Umgebung können zu Attacken beitragen.

Der Spitalalltag vereint zahlreiche bekannte Trigger, je nach Fachgebiet vielleicht etwas mehr oder weniger. Gleichzeitig warnt der Neurologe vor einfachen Erklärungen. Dass zum Beispiel unter Neurolog:innen überdurchschnittlich viele Migränebetroffene zu finden sind, bedeutet nicht automatisch, dass der Beruf die Ursache ist. Ebenso denkbar ist, dass sich Betroffene bewusst für eine Fachrichtung entscheiden, deren Alltag sich besser mit ihrer Erkrankung vereinbaren lässt, oder sich einfach umso mehr dafür interessieren. ▸▸▸

© medEdition Verlag GmbH

**Wenn Durchhalten zur Gewohnheit wird**
Je nach Studie und Land erscheinen zwischen 75 und 90 Prozent der Ärzt:innen trotz gesundheitlicher Beschwerden zur Arbeit – in der Allgemeinbevölkerung liegt dieser Anteil bei rund 40 Prozent. Präsentismus – also Arbeiten trotz Krankheit – ist bei Migräne ein grosses Thema. Ärzt:innen gelten als besonders pflichtbewusst. Wer ausfällt, belastet Kolleg:innen. Wer trotzdem erscheint, gilt als engagiert. «Unser Commitment verleitet uns wohl, trotz Krankheit zur Arbeit zu gehen», sagt Gantenbein.

*«Eine Migränediagnose ist kein Grund, einen Lebenstraum aufzugeben.»*

Während einer Migräneattacke kann die Leistungsfähigkeit um bis zu 50 Prozent oder mehr sinken. Mit einer wirksamen Behandlung – etwa durch Triptane – lässt sich ein grosser Teil dieser Einbusse wieder kompensieren, in vielen Fällen kehren Betroffene innerhalb kurzer Zeit zu rund 80 Prozent ihrer Leistungsfähigkeit zurück. Umso wichtiger sei es, die Erkrankung behandeln zu lassen, sagt Gantenbein. Dennoch wird Migräne häufig unterschätzt – auch weil sie unsichtbar bleibt. Während ein Gips sofort Verständnis weckt, sieht man einer Person eine Migräneattacke nicht an. Das kann dazu beitragen, dass Betroffene nicht ernst genommen werden oder ihre Beschwerden selbst bagatellisieren. «Statt Beschwerden möglichst lange auszuhalten, empfehle ich eine frühzeitige Behandlung», rät Gantenbein. «Denn diese kann nicht nur die Lebensqualität verbessern, sondern auch die Leistungsfähigkeit erhalten.»

**Informationsverarbeitung: eingeschränkt!**
Attacken gehen häufig mit einer eingeschränkten kognitiven Flexibilität einher. Heisst: Informationen werden weniger gut verarbeitet, Multitasking und ständige Prioritätenwechsel fallen schwer. In einem Beruf, in dem das Patientenwohl genau davon abhängt, ist das ein Problem.

Wann kann man trotz Migräne weiterarbeiten und wann nicht? Für Gantenbein liegt die Grenze dort, wo man merkt, dass man nicht mehr zu hundert Prozent funktioniert, in dem, was man gerade tut. Ein wichtiges Ziel jeder Behandlung ist deshalb nicht nur die Schmerzfreiheit, sondern ein Zustand, in dem der Kopf wieder «kristallklar» ist. Ein Appell an die kritische Selbstwahrnehmung.

Besonders fies: die Aura. Immerhin: Sie entwickelt sich über mehrere Minuten. So bleibt Zeit zu reagieren. «Mit einer ausgeprägten Aura würde ich sicher nicht einfach weiteroperieren», sagt Gantenbein. In vielen Fällen sei es jedoch möglich, noch einen Schritt abzuschliessen, die Tätigkeit kurz zu unterbrechen, zu übergeben und nach Abklingen der Symptome allenfalls sogar weiterzuführen. «Dies setzt natürlich voraus, dass das Team über die Krankheit Bescheid weiss», ermutigt Gantenbein zu einer offenen Kommunikation.

*«Behandlungsziel: kristallklarer Kopf.»*

**Migräne managen statt ignorieren**
Spezifische Akutmedikamente wurden genau mit dem Ziel entwickelt, eine Attacke rasch zu durchbrechen und schnell weiterarbeiten zu können. Dennoch betont Gantenbein: «Wer sich danach nicht wieder ‹kristallklar› fühlt, muss die eigene Belastbarkeit für die anstehenden Aufgaben kritisch hinterfragen.» Bei häufigeren Attacken ist zudem eine Prophylaxe sinnvoll. Dafür stehen heute verschiedene Möglichkeiten zur Verfügung – von Magnesium, Riboflavin und Coenzym Q10 über klassische Medikamente bis hin zu modernen CGRP-Therapien.

Auch bei der Wahl der Fachrichtung kann die Erkrankung eine Rolle spielen, sagt Gantenbein. «Es gibt Bereiche, in denen die Arbeitszeiten planbarer sind – das kann für Betroffene hilfreich sein», erklärt er. Gleichzeitig warnt er davor, vorschnell Einschränkungen zu akzeptieren: «Wenn jemand unbedingt Herzchirurg:in werden möchte und Migräne hat, dann haben wir heute wirklich gute

## MIGRÄNE-FREUNDLICHER ARBEITSPLATZ

Mit der Kampagne «Migraine-Friendly Workspace» unterstützt die Schweizerische Kopfwehgesellschaft Arbeitgeber dabei, ein migränefreundliches Arbeitsumfeld zu schaffen.

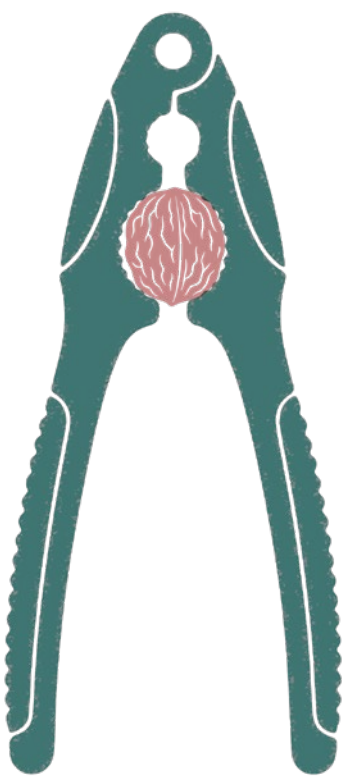
Mehr Informationen:

© medEdition Verlag GmbH

Möglichkeiten, die Krankheit so weit in den Griff zu bekommen, dass das möglich ist. Eine Migränediagnose ist kein Grund, einen solchen Lebenstraum aufzugeben. Voraussetzung ist einfach, dass man sich bewusst mit ihr auseinandersetzt.»

**Migränemanagement ist auch Führungsaufgabe**

Neben den Betroffenen selbst sind auch die Arbeitgebenden gefragt. Flexible Arbeitszeiten, Rückzugsmöglichkeiten und eine offene Gesprächskultur erleichtern den Berufsalltag deutlich. «Migräne-Management ist sowohl eine Individualaufgabe als auch eine Führungsaufgabe», sagt Gantenbein. Denn eines werde oft vergessen: Menschen mit Migräne seien häufig besonders engagierte Mitarbeitende. Nicht trotz ihrer Erkrankung, sondern weil sie gelernt haben, täglich mit ihr umzugehen. ✖



AdobeStock/Mitu321

## ARBEITEN MIT MIGRÄNE: ERFAHRUNGEN AUS DEM KLINIKALLTAG

**PD Dr. med. Athina Papadopoulou** ist Oberärztin für Neurologie und Leiterin der Kopfschmerz-Sprechstunde am Universitätsspital Basel. Sie lebt selbst mit Migräne.

«Wenn ich zum Beispiel nach einem langen Arbeitstag noch einen Nachtdienst vor mir habe und die ersten Anzeichen einer Attacke spüre, frage ich mich sofort: Wird das nur eine leichte Attacke oder entwickelt sich daraus ein starker Anfall? Belastend ist oft nicht nur die Migräne selbst, sondern ihre Unvorhersehbarkeit.»

Speziell vor wichtigen Prüfungen erlebte sie Phasen mit häufigen Attacken. Stress, veränderter Tagesrhythmus und die Herausforderung, Lernen, Klinikalltag und Privatleben unter einen Hut zu bringen, waren Trigger. Dazu das ständige Abwägen: Attacke früh behandeln, um weiter zu lernen/arbeiten, oder besser nicht zu häufig Akutmedikamente einnehmen?

**Was ihr im Berufsalltag hilft:**

- **Akutmedikation immer dabeihaben:** Allein das Wissen, im Bedarfsfall rasch reagieren zu können, gibt Sicherheit.
- **Aus Erfahrungen lernen und planen:** An Tagen mit Nachtdienst versucht sie, zusätzliche stressige Termine zu vermeiden. Für wichtige Aufgaben plant sie genügend Vorbereitungszeit ein.
- **Auf Warnsignale hören:** Bei ersten Anzeichen einer Attacke schaltet sie bewusst einen Gang zurück, gönnt sich eine kurze Pause und trinkt Wasser und Kaffee. Manchmal schwächt das eine Attacke ab.
- **Prophylaxe konsequent nutzen:** Seit sie eine vorbeugende Therapie macht, geht es ihr deutlich besser: Weniger Migränetage und weniger starke Attacken. Das macht im Alltag einen grossen Unterschied – privat genauso wie beruflich.

© medEdition Verlag GmbH

iStock.com/AntonVierietin

# Das grosse Zahnrad

**Was macht Spitäler zu attraktiven Arbeitgebern? Und was hält Ärztinnen und Ärzte im Beruf? Ein Gespräch mit VSAO-Zürich-Präsident dipl. med. Federico Mazzola.**

Von Melanie Oetting

Fragt man den Präsidenten des VSAO Zürich nach attraktiven Arbeitgebern, erwartet man Antworten zu Arbeitszeiten, Weiterbildungsmöglichkeiten und Bürokratie. Federico Mazzola beginnt an einem anderen Punkt: bei der Führung.

**Herr Mazzola, was ist aus Ihrer Sicht der Grundstein für einen attraktiven Arbeitgeber?**
Die Grundlage ist, dass Menschen in Führungspositionen sagen: «Ich möchte gesunde, motivierte Mitarbeitende.» Dann schaffen sie auch die entsprechenden Rahmenbedingungen. Für mich sind die Haltung und die gelebte Kultur der Führung der stärkste Hebel. Sie wirken wie das grosse Zahnrad des Systems. Ist dieses richtig eingestellt, richten sich die kleinen Zahnräder fast automatisch.

**Welche kleinen Zahnräder sind das?**
Arbeitsbedingungen, die gelebt werden und nicht nur auf dem Papier gut aussehen. Dazu gehören zeitgemässe Arbeitszeiten, echte Vereinbarkeit, Jobsharing-Modelle, Weiterbildung, die tatsächlich stattfindet, sowie eine Kultur des Respekts und der Wertschätzung. Am Ende zeigt sich Attraktivität darin, dass Mitarbeitende gern zur Arbeit kommen und dass sie sich als ganze Menschen und als wichtiger Teil des Teams wahrgenommen fühlen.

**Was heisst das konkret?**
Dass Arbeitgebende auch den privaten Part der Mitarbeitenden achten. Wir müssen weg von der Vorstellung, dass man für den Arztberuf sein restliches Leben aufgeben muss. Leidenschaft für den Beruf kann ein wichtiger Aspekt sein. Aber es muss Raum bleiben dafür, dass man auch Vater oder Mutter ist, gerne reist oder einfach mal nichts tut. Und wenn jemand jeden Donnerstag frei braucht für die Kinderbetreuung oder weil er Hobbyornithologe ist, ist das gleichermassen legitim. Gute Medizin entsteht nicht trotz dieses Ausgleichs, sondern gerade deswegen.

**Sie bezeichnen das Arbeitszeitmodell «42 plus 4» vom VSAO als Katalysator für Verbesserungen. Weshalb?**
Weil wir sehen, dass es Bälle ins Rollen bringt. «42 plus 4» bedeutet, 42 Stunden klinische Arbeit plus vier Stunden strukturierte Weiterbildung pro Woche. Spitäler, die das umsetzen, beginnen automatisch, Prozesse zu hinterfragen: Wie kann

© medEdition Verlag GmbH

Zeit effizienter genutzt und Bürokratie reduziert werden? Wie kann man Dienstpläne gesetzeskonform umsetzen? Wie entstehen gute, digitale Systeme ohne aufwendige Medienbrüche? So bringt «42 plus 4» viele Zahnräder gleichzeitig in Bewegung. Unsere Umfragen zeigen Arbeitswochen von durchschnittlich 54 Stunden in der Schweiz. Unser Hauptanliegen mit dem Modell ist, auf einen legalen Schnitt von unter 50 zu kommen. Viele glauben, «42 plus 4» mache die Planung starrer. Doch das Gegenteil ist der Fall. Solange unsere ärztliche Arbeitszeit auf 50 Arbeitsstunden geplant ist, ist jede Minute darüber hinaus de facto illegal. Es gibt keinen Spielraum. Durch «42 plus 4» entsteht Flexibilität.

**Oft heisst es, die jüngere Generation von Ärzt:innen wolle flachere Hierarchien. Wie stehen Sie dazu?**
Ich wünsche mir gesunde Hierarchien. In einem Beruf mit so hoher Verantwortung braucht es gewisse Hierarchien. Sie dienen als Sicherheitsbarrieren und verhindern, dass Fehler alle Kontrollebenen passieren und sich im System festsetzen. Aber sie müssen von Respekt geprägt sein, von einer Kultur des Miteinanders. Das wird leider nur in wenigen Spitälern wirklich gelebt. Die Speak-up-Kultur der jüngeren Generation wird helfen, gesunde Hierarchien zu schaffen. Diese Generation lässt sich deutlich weniger gefallen.

ABOUT

**Dipl. med. Federico Mazzola MHPE**

Oberarzt Chirurgie am Spital Uster und Präsident des VSAO Zürich. Seinen Master in Health Professions Education absolvierte er an der Universität Maastricht. Er reist und kocht gern und hält seine Reisen und Entdeckungen mit der Kamera fest.

**Sehen Sie das als durchweg positiv?**
Grundsätzlich schon. Ich sage jungen Kolleg:innen immer: Kämpft weiter dafür, bleibt hartnäckig, aber seid auch ein bisschen empfänglicher für Feedback und Kritik. Gute Medizin lebt von kritischen, durchdachten Rückmeldungen erfahrenerer Kolleg:innen. Manchmal kippt die Hartnäckigkeit der jüngeren Generation auch in Sturheit.

*«Gute Medizin entsteht nicht trotz Ausgleich, sondern gerade deswegen.»*

**Wie unterstützt der VSAO dabei, Missstände anzusprechen?**
Wir verfolgen zwei Ansätze: Einerseits stärken wir Kolleg:innen darin, Missstände anzusprechen und Veränderung selbst anzustossen. Andererseits unterstützen wir sie dabei, Probleme über bestehende Strukturen bis hin zu HR oder Spitalleitung einzubringen.
Wer in der Schweiz etwas meldet, exponiert sich schnell, besonders in kleinen Fachgebieten. Deshalb klären wir über unabhängige Anlaufstellen auf, bieten unsere Rechtsberatung an und schaffen Transparenz darüber, welche Stelle für welches Anliegen zuständig ist.

**Wo sehen Sie aktuell die grösste Diskrepanz zwischen den Erwartungen junger Ärzt:innen und der Realität im Spitalalltag?**
Wir sprechen viel darüber, wie wir mehr Ärzt:innen ausbilden können. Gleichzeitig zeigt eine Studie der Swiss Medical Students' Association (swimsa), dass jede:r dritte Medizinstudierende überlegt, den Beruf gar nicht erst anzutreten. Vielleicht schauen wir zu stark auf den Inflow und zu wenig auf die Attraktivität des Berufs. Wir versuchen ständig, den Hahn weiter zu öffnen. Vielleicht müssten wir vielmehr schauen, dass das Becken so beschaffen ist, dass man gerne darin schwimmt. Und nicht gleich wieder durch den Abfluss verschwindet. Das ist für mich die grösste Diskrepanz: Was heute vielerorts geboten wird, entspricht nicht mehr den Erwartungen vieler junger Ärzt:innen. Sie wollen gute Medizin machen, selbst gesund bleiben und Verantwortung im Team teilen, statt sie allein zu tragen. ▸▸▸

unsplash.com/SaeedSoltankhah

**«Wir versuchen ständig, den Hahn weiter zu öffnen. Vielleicht müssen wir vielmehr schauen, dass das Becken so beschaffen ist, dass man gerne darin schwimmt.»**

**Ist die Unzufriedenheit mit dem Beruf in der Schweiz besonders hoch?**
Nein. Die REST-Studie[1] der European Junior Doctors aus dem Jahr 2025 zeigt, dass die Problematik europaweit besteht. Ärzt:innen arbeiten flächendeckend über die gesetzlich erlaubte Arbeitszeit hinaus und drei Viertel der Befragten sind mit ihrer Work-Life-Balance unzufrieden. Das belastet nicht nur Ärzt:innen: In einer Metaanalyse des British Medical Journal von 2022 korreliert Burn-out mit einer geringeren Patientenzufriedenheit.

**Die Arbeitsbelastung ist hoch, die Zeit knapp. Was geht dadurch verloren?**
Ein Leitender Arzt, mit dem ich zusammengearbeitet habe, hat immer zu mir gesagt: «Arzt sein ist ein akademischer Beruf.» Wenn man etwas nicht weiss, sollte man eine halbe Stunde Zeit haben, ein Fachbuch oder ein Paper zu nehmen und nachzulesen. Früher gab es dafür Zeit, die heute fehlt. Das ist problematisch, es entsteht die Gefahr von Vertuschung und neuen Fehlerquellen.

**Das Anforderungsprofil von Chefärzt:innen scheint heute breiter zu sein als früher. Wird hier von einer Person zu viel erwartet?**
Enorm viel. Viele Chefärzt:innen stehen zudem unter hohem wirtschaftlichen Druck. Sie sollen eine hochwertige Weiterbildung ermöglichen, Teams geschickt führen, wirtschaftlich arbeiten und fachlich auf höchstem Niveau bleiben. Weiterbildung wird dabei zwar ständig eingefordert, ist im Tarifsystem aber beispielsweise nicht abgebildet. Deshalb setzen wir uns als Verband für eine bessere Finanzierung der Weiterbildung ein.

*«In der Führung ist ‹fachlich brillant und menschlich schwach› ebenso problematisch wie umgekehrt.»*

**Braucht es ein neues Rollenverständnis?**
Ja. Früher wurde diese Position nach Dienstalter oder wissenschaftlicher Leistung besetzt. Heute verlangt gute Führung deutlich mehr menschliche Kompetenzen als noch vor 20 Jahren. Ich finde die Idee spannend, Chefarztpositionen zu splitten: Eine Person trägt die fachliche Verantwortung, eine zweite übernimmt Führung, Lehre, Management. Wir versuchen oft, alles in einer Person zu vereinen. Doch ‹fachlich brillant und menschlich schwach› ist genauso problematisch wie umgekehrt.

**Woran würden Sie in zehn Jahren erkennen, dass die nötigen Veränderungen stattgefunden haben?**
Daran, dass Kolleg:innen sagen würden: «Ich arbeite gerne im Spital» und es nicht nur ums Überleben geht. Ich kenne Assistenzärzt:innen, die nach einem langen Tag nach Hause gehen, essen, schlafen und sich gerade so weit erholen, um am nächsten Morgen wieder zu funktionieren. Das kann und soll nicht das Ziel sein.
Es gibt eine amerikanische Studie, in der pensionierte Ärzt:innen gefragt werden, was sie in ihrer Karriere am meisten vermisst oder bereut haben. Genannt wurde unter anderem mehr Zeit für Familie, Reisen, Hobbys und soziale Beziehungen – und nicht mehr Zeit im Spital oder Investment in die Karriere. Für mich ist das ein gutes Argument dafür, dass sich etwas verändern muss. Ärzt:innen sollten am Ende ihrer Karriere sagen können: «Ich habe gute Medizin gemacht und gleichzeitig ein erfülltes Leben gelebt.» ✖

**Quelle**
**[1] Berhanu D, et al.: REST-JD Report: Research on European Junior Doctors' Satisfaction and Working Time. European Junior Doctors Association, Brüssel 2025**

© medEdition Verlag GmbH

# *Dossier*

# *Medizin am Lebensende*

© medEdition Verlag GmbH

# Wenn der Spielraum kleiner wird

**Was macht gute Medizin am Lebensende aus? In einer Zeit, in der Menschen länger am Leben gehalten werden können als je zuvor, ist es eine wichtige ärztliche Aufgabe, Grenzen offen anzusprechen und den verbleibenden Spielraum gemeinsam mit Patient:in und Angehörigen zu gestalten.**

**Von Melanie Oetting**

©Nora Klein

In der modernen Medizin sind Richtlinien, Algorithmen und Evidenzen richtungsweisend. Am Lebensende jedoch treten Leitlinien und Diagnosen ein Stück weit in den Hintergrund und der Mensch in den Vordergrund: mit seinen Wünschen, Ängsten und Vorstellungen davon, was noch lebenswert ist. Für Dr. med. Manuel Jungi, Leitender Arzt Palliative Care am Kantonsspital Olten, ist diese Patientenbezogenheit der Kern guter Medizin am Lebensende.

**Menschenmedizin statt Algorithmus**

«Am Lebensende wird die Medizin wieder individueller. Es ist wesentlich, herauszuhören, was die Patientin, der Patient will», sagt Jungi. Während Palliative Care auch unter Kolleg:innen noch oft den düsteren Ruf der ‹Sterbemedizin› habe, beschreibt er sie viel mehr als ‹Menschenmedizin›. «Wir versuchen, die Gesamtsituation eines Menschen zu erfassen samt komplexer Symptome, Einschränkungen, Umfeld.

Dazu gehört eine ehrliche Aufklärung über therapeutische Möglichkeiten und deren Konsequenzen», so Jungi. Manche Schwerkranke möchten jede therapeutische Möglichkeit ausschöpfen und nehmen die Nebenwirkungen inklusive möglicher Einbussen ihrer Lebensqualität in Kauf. Andere spüren früher: Jetzt ist genug.

*«Am Lebensende wird Medizin wieder sehr individuell.»*

Diese Entscheidungsfindung und die Gespräche zwischen Patient:in, Angehörigen und interdisziplinärem Team brauchen Zeit. Zeit, die im normalen Spitalbetrieb oft knapp ist. In der Palliative Care ist der Personalschlüssel höher, der Druck, Patient:innen schnell zu entlassen, ist geringer.

«Dazu gehört auch die Aufklärung darüber, dass es einen Weg mit weniger Medizin gibt: weg von der ursächlichen Therapie, hin zu Symptomkontrolle, mehr Wohlbefinden und

© medEdition Verlag GmbH

ABOUT

**Dr. med. Manuel Jungi**

Leitender Arzt Palliative Care, Kantonsspital Olten. Durch seine Tätigkeit hat er gelernt, dass Sterben immer anders ist, dass es keinen Standard gibt. Und dass die meisten Menschen sich weniger vor dem Tod fürchten, als vor dem Weg dorthin.

Begleitung», sagt Jungi. Viele Menschen kommen mit der Angst auf die Palliativstation, nun «werde nichts mehr gemacht». Jungi ist wichtig, dass Betroffene verstehen, dass weiterhin vieles getan wird. «Wir ändern den Fokus. Mit dem Ziel, dass es den Patient:innen wohl ist. Viele merken schnell: Es ist eigentlich ganz gut bei uns.»

*«Das Image der Endstation sind wir noch nicht los.»*

**Kurativ UND palliativ: kein Entweder-oder**

Das Verständnis von Palliativmedizin als letzte Station hält Jungi für überholt. Palliative Care sei kein Entweder-oder, sondern eine Ergänzung zur kurativen Medizin. Der oft geäusserte Vorwurf, es würde zu spät auf Palliativ gewechselt, trifft daher den Kern nicht ganz. «Wir sehen es nicht als Wechsel, sondern als ein Hinzuziehen», sagt Jungi. Auch wenn die ursächliche Therapie noch läuft, kann es sinnvoll sein, einen Plan B zu entwickeln. Vorauszudenken und Entscheidungen für den Fall zu treffen, dass die ursächliche Therapie eines Tages beendet werden muss, reduziert oft psychischen Stress und Angst. «Im besten Fall kann man den Plan B wieder in die Schublade legen», so Jungi.

Gerade bei Erkrankungen wie COPD oder neurodegenerativen Krankheitsbildern begleitet Palliative Care das Leben der Betroffenen über einen längeren Zeitraum. «Primär geht es bei uns ums Leben», sagt Jungi, «und erst in zweiter Linie ums Sterben.»

**Das Sterben wieder denkbar machen**

75 Prozent der Menschen wünschen sich, zu Hause zu sterben. 75 Prozent sterben jedoch in Einrichtungen wie Spitälern, Pflegeheimen oder Hospizen. «Das Sterben ist gesellschaftlich ausgelagert worden. Dadurch hat es in den letzten Jahrzehnten an Schrecken gewonnen. Sterben ist nicht mehr fassbar», sagt Jungi. Seiner Erfahrung nach entlastet es, vorauszudenken, wie man diesen Weg gehen will. Menschen, die sich frühzeitig mit ihrem Lebensende auseinandersetzen, Wünsche formulieren und Entscheidungen vorbereiten, fühlen sich der Situation oft weniger ausgeliefert. «Wenn man das Thema immer ausblendet, dann überrumpelt es einen irgendwann auf den letzten Metern», meint Jungi.

Ihm selbst haben 15 Jahre auf der Palliative Care die Angst vor dem Tod etwas genommen. «Nicht vollständig. Ich weiss nicht, wie ich reagieren würde, wenn ich mit einer fatalen Diagnose konfrontiert wäre», sagt er.

**Ehrlicher Blick auf den Spielraum**

Zu den schwierigsten Aufgaben der Medizin am Lebensende gehört es, medizinische Grenzen zu erkennen. Es ist keine einfache, findet Jungi. «Aber genau diese Grenze gibt vor, welcher Spielraum medizinisch noch bleibt. Die Grenze zu benennen und sich mit Patient:in und Angehörigen hinzusetzen und gemeinsam zu besprechen, wie der verbleibende Spielraum gestaltet werden soll, ist essenziell», so Jungi.

Menschen können heute länger am Leben gehalten werden als je zuvor. «Ein Riesengewinn, wenn man die reine Lebensdauer anschaut. Aber Patient:innen erleben dadurch viel komplexere Situationen», beschreibt er. Es ist eine Herausforderung für sie, die Konsequenzen weiterer Therapien einzuordnen. Gleichzeitig stellt sich für Ärzt:innen die Herausforderung, nicht nur weitere Therapieoptionen aufzuzeigen, sondern auch deren Grenzen offen anzusprechen. Denn solange noch eine Therapie angeboten wird, entsteht leicht die Hoffnung auf eine Wende. Für manche kann das richtig

© medEdition Verlag GmbH

sein. Doch für viele bedeutet es Nebenwirkungen, Komplikationen und eine deutlich schlechtere Lebensqualität in der verbleibenden Zeit.

**Übertherapie vermeiden**

Übertherapien vermeidet vor allem eine vorausschauende, patientenzentrierte Planung. «Dabei ist eine Therapie dann noch angemessen, wenn sie in den Gesamtkontext passt.» Dazu gehören nicht nur die medizinische Diagnose, sondern auch die Lebenssituation, die Belastbarkeit, die Unterstützung durch Angehörige sowie die Frage, was jetzt noch wirklich wichtig ist. «Gemeinsam mit Patient:innen und Angehörigen einen individuellen Plan zu entwickeln, verhindert, dass Therapien stattfinden, die in der Gesamtsituation keinen Sinn mehr ergeben», meint Jungi. Zudem könne eine gute Netzwerkplanung – wo und wie geht es mit der Person weiter – helfen, Re-Hospitalisierungen zu verhindern.

**Angehörige mitnehmen**

Besonders anspruchsvoll wird es, wenn Patient:in und Angehörige die Situation unterschiedlich wahrnehmen. Während Schwerkranke oft früh spüren, dass sie sterben werden oder sie keine weitere Therapie mehr wünschen, drängen Angehörige verständlicherweise häufig auf weitere Therapien. In diesem Fall sei es wichtig, die Angehörigen abzuholen und alle auf dieselbe Wissensbasis zu bringen. In Jungis Team findet dies in Runtischgesprächen statt. «Angehörige können Patient:innen nur dann unterstützend zur Seite stehen, wenn sie das Tempo der Erkrankung mitgehen können», erklärt er.

**Unvorbereitet für die demografische Welle**

Die geburtenstarken Jahrgänge erreichen derzeit das hohe Alter. Mehr Menschen werden multimorbid, pflegebedürftig und sterben. «Es werden nicht alle Sterbenden in Spitälern betreut werden können», sagt Jungi. «Ich denke, wir sind nicht wirklich vorbereitet auf diese demografische Welle.» Es brauche deshalb nicht nur zusätzliche Versorgungsstrukturen, sondern auch einen offeneren gesellschaftlichen Umgang mit Sterben und Tod.

Palliative Care sei dabei keine Aufgabe weniger Spezialist:innen. Sie kann in jedem Fachgebiet, in der Hausarztpraxis, in Pflegeheimen und zu Hause gelebt werden, findet Jungi und sagt: «Wenn wir als Gesellschaft oder zumindest als medizinische Gemeinschaft Palliative Care gut leben, dann braucht es nicht mehr so viele Palliativstationen.» ✖

unsplash.com/gettyimages

unsplash.com/beniwara

©Nora Klein

unsplash.com/curatedlifestyle

Kommunikation am Lebensende

# Beziehung wagen

Gute Gespräche am Lebensende beginnen nicht mit Antworten, sondern mit echter Begegnung. Prof. Dr. med. Steffen Eychmüller zeigt, wie offene Kommunikation trotz schwerer Themen gelingen kann und weshalb sie auch Ärzt:innen entlastet.

**Von Melanie Oetting**

Wenn Heilung nicht mehr möglich ist, verändert sich die Anforderung an die ärztliche Kommunikation. Es geht um weit mehr als das Überbringen ernster Diagnosen, schlechter Prognosen und der Erklärungen, welche Therapien noch infrage kommen. Nämlich darum, wirklich zu verstehen, was die Erkrankung für diesen Menschen bedeutet: Welche Sorgen und Ängste beschäftigen ihn? Was ist ihm jetzt wichtig? Wie soll der weitere Weg aussehen? Gute Gespräche schaffen den Raum für Antworten auf diese Fragen. Und dafür, gemeinsam einen Plan für das zu entwickeln, was jetzt kommen könnte.

Prof. Dr. med. Steffen Eychmüller vergleicht diese vorausschauende Planung mit der Selbstverständlichkeit, wie wir uns auf unklares Wetter vorbereiten. «Wenn wir etwas nicht vorhersagen können, sind wir eigentlich immer mit doppelter Planung unterwegs.» Schirm oder Regenjacke einzupacken, obwohl auch die Sonne scheinen könnte, sei ganz normal – warum also nicht auch in der Medizin. Eychmüller unterrichtet Studierende und Ärzt:innen in Kommunikation, Gesprächsführung und Entscheidungsfindung bei weit fortgeschrittenen Erkrankungen, unter anderem im Studiengang Humanmedizin an der Universität Bern.

### Keine Frage der Begabung

Vielen Ärzt:innen fallen Gespräche über das Sterben schwer. Doch weder das Aussparen des Themas Tod noch die Flucht in medizinischen Fachjargon werden den Bedürfnissen Schwerkranker gerecht. «Jeder kann solche Gespräche lernen, wie wir auch lernen, mit Nadel und Faden umzugehen», sagt Eychmüller. «Der Stress ist enorm, wenn nicht über diese Themen gesprochen wird: bei den Betroffenen, den Angehörigen und den Fachpersonen. Der Elefant steht ohnehin im Raum.»

© medEdition Verlag GmbH

**Grösste Hürde: die eigene Angst vor dem Tod**
Nicht nur das Fehlen der richtigen Worte macht diese Gespräche zur Herausforderung. Laut einer US-amerikanischen Studie ist es vor allem die Angst der Fachperson selbst vor dem Sterben. Eychmüller eröffnet aus diesem Grund mit Studierenden Gespräche über persönliche Erfahrungen mit Todesfällen und ihrer Regelung zur Organspende. «Diese Themen gehören eigentlich zum Erwachsensein generell, bei Medizinstudierenden ganz besonders.»

Auch das ärztliche Berufsethos, das zum Lebenserhalten aufruft, erschwert oft den offenen Umgang mit dem Lebensende. Fällt Heilung als Ziel weg, geraten viele Ärzt:innen unter Druck. Für Eychmüller wird in der Medizin zu wenig gelehrt, Unsicherheit auszuhalten und auch einmal zu sagen: «Ich weiss es nicht.» Gerade das könne entlasten. Studien zeigen zudem, dass das Vertrauen von Patient:innen wächst, wenn Ärzt:innen ihre Grenzen offen ansprechen.

**Beziehung wagen, als Fachperson UND als Mitmensch**
Am Lebensende ist echtes Interesse am Gegenüber mindestens genauso wichtig wie medizinische Expertise: «Sieh dich selbst als Mitmensch und Fachperson, beides gleichzeitig», sagt Eychmüller. «Ärzt:innen sollten sich nicht damit knebeln, nur über Behandlungsmöglichkeiten zu sprechen. Das Was-machen-wir-wenn ist ebenso wichtig.»

Was er selbst von Sterbenden über Kommunikation gelernt hat? «Das Wesentliche ist, dass ich auch mal meinen Mund halte. Den anderen sprechen lasse. Zuhöre. Ich muss nicht immer eine Lösung parat haben.» Gute Gespräche entstehen nicht durch möglichst viele Worte, sondern durch Aufmerksamkeit und echtes Interesse. «Beziehung wagen» nennt Eychmüller diesen Ansatz.

**Was oft falsch läuft**
Zwei Fehler begegnen Eychmüller in der ärztlichen Kommunikation immer wieder. Der erste betrifft die unzureichende Klärung der Mandatsfrage: Bevor über Entscheidungen gesprochen wird, müsse sorgfältig geklärt sein, wer die medizinische Ansprechperson ist, welche Rolle sie übernimmt und wer für die Patientin, den Patienten oder im Fall der Urteilsunfähigkeit für die Angehörigen die wichtigste Vertrauensperson ist. «Habe ich überhaupt den Auftrag seitens der Patientin oder des Patienten, für die nächste Etappe die medizinische Ansprechperson zu sein? Habe ich das gut geklärt? Bin ich zeitlich verfügbar und bin ich die richtige Person für diese Aufgabe?»

Der zweite Fehler: Der Agenda der Betroffenen wird zu wenig Raum gegeben. «Die häufigsten Klagen bei Ombudsstellen sind, dass der Agenda der Betroffenen nicht zugehört wird – sie fühlen sich nicht gehört und verstanden», sagt Eychmüller. Statt zuerst zu verstehen, was den Menschen bewegt, was die Erkrankung mit seinem Leben macht und welche Ziele ihm wichtig sind, wird häufig zu schnell über medizinische Diagnosen und Therapien gesprochen. ▸▸▸

©Nora Klein

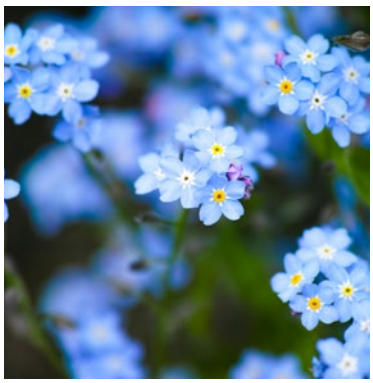
## DREI BRILLEN FÜR GUTE GESPRÄCHE

**Gute Kommunikation am Lebensende beginnt damit, Patient:innen nicht nur durch die medizinische Brille zu betrachten. Erst wenn die Perspektiven durch Brille 1 und 2 erfasst sind, lassen sich gemeinsam sinnvolle medizinische Ziele ableiten.**

1. **Die Patientenbrille**
   Was bedeutet die Erkrankung für diesen Menschen? Wovor hat er Angst? Was gibt ihm Halt und Sinn?
2. **Die Brille der Funktionalität**
   Der Blick auf den Alltag der Person: Welche Fähigkeiten, Rollen und Beziehungen sind ihr besonders wichtig? Was möchte sie trotz der Erkrankung möglichst erhalten?
3. **Die Brille der medizinischen Zielklärung**
   Welches Behandlungsziel ergibt sich daraus? Und wie realistisch ist es, dieses Ziel mit medizinischen Massnahmen zu erreichen?

© medEdition Verlag GmbH

©Nora Klein



AdobeStock.com/rosinka79

**Wenn zwei Ski auseinanderdriften**

Gute Patientenkommunikation bedeutet für Eychmüller nicht, immer Antworten zu haben. Im Gegenteil: Rückfragen von Ärzt:innen schaffen oft mehr Vertrauen als perfekte Erklärungen. «Können Sie mir helfen, das besser zu verstehen?» hält er für die Bonding-Frage schlechthin. «Ich bin mir nicht sicher, ob wir noch vom Gleichen sprechen.» Solche Sätze seien keine Schwäche, sondern Ausdruck echter Begegnung.

Driftet die Arzt- und Patientenperspektive auseinander, sollte man das offen ansprechen: «Das ist als würden zwei Ski nicht mehr in die gleiche Richtung fahren.» Entscheidend sei dann, die Verbindung wieder herzustellen.

*«Sieh dich selbst als Mitmensch und Fachperson, beides gleichzeitig.»*

**«Wie lange habe ich noch?»**

Die Frage gehört wohl zu den schwierigsten am Lebensende – für beide Seiten. Sie lässt sich selten mit einer exakten Zahl beantworten, wohl aber mit Wahrscheinlichkeiten. «Nur zu sagen: ‹Das kann ich Ihnen auch nicht sagen›, ist eigentlich unfair», findet Eychmüller. Er plädiert dafür, gemeinsam mögliche Verläufe zu besprechen: «Es kann sein, dass wir auf der ganz kurzen Seite des Überlebens liegen oder auf der langen. Für beides machen wir einen Plan.»

Im besten Fall wird die Frage nach der verbleibenden Zeit deshalb nicht mit einer Zahl beantwortet. Vielmehr eröffnet sie ein Gespräch darüber, was auf die Person zukommen könnte. Das **5-D-Modell** gibt Ärzt:innen Orientierung, welche Aspekte dabei besprochen werden sollten: Neben **Death** (Todeszeitpunkt) gehören auch der **Disease-Verlauf** (Symptome, Komplikationen), mögliche **Discomforts** (Einschränkung der Autonomie), **Drug Toxicities** (Nebenwirkungen einer Behandlung) und die **Dollars** – also finanzielle und praktische Folgen der Erkrankung, bis hin zu einem Wechsel des Lebensumfelds – in diese Gespräche.

Am Ende geht es nicht darum, jede Frage beantworten zu können. Sondern darum, als Mitmensch in Beziehung zu bleiben und gemeinsam mögliche Wege vorauszudenken – auch wenn niemand genau weiss, welcher davon Wirklichkeit wird. Für Eychmüller ist das der Kern ärztlicher Kommunikation. «Gemeinsam Pfadfinder:innen zu sein für das individuelle Leben und nicht nur für die Krankheit. Das macht das Salz in der Suppe aus in der Kommunikation im Gesundheitswesen: respektvoll, vertrauensvoll und immer einmalig.» ✖

ABOUT

**Prof. Dr. med. Steffen Eychmüller**

Chefarzt Palliative Care am Universitären Zentrum für Palliative Care, Inselspital Bern. Für seine Lehrtätigkeit wurde er 2024 mit dem SGAIM Teaching Award ausgezeichnet und 2025 von Masterstudierenden der Universität Bern zum «Teacher of the Year» gewählt. Seine Forschungsschwerpunkte sind die Versorgung und Kommunikation am Lebensende.

© medEdition Verlag GmbH

# «Ist eine Therapie noch zielführend?»

Wer an eine Intensivstation denkt, hat vielleicht dramatische Bilder vor Augen: piepsende Monitore, hektische Entscheidungen über Leben und Tod in Sekunden. Doch der Alltag von Dr. med. François Fontana, Leiter Intensivstation am Kantonsspital Baden, sieht meist anders aus. Sterben kommt selten plötzlich.

**Von Nicole Urweider**

Der Tag beginnt mit dem Rapport des Nachtdienstes. Welche Patient:innen brauchen sofort Aufmerksamkeit? Was muss gleich aufgegleist werden? Was kann warten? «Eigentlich ganz harmlos», sagt Fontana. Der Druck steigt, wenn alle Betten belegt sind und neue Anfragen eintreffen. Wer braucht das Bett am dringendsten? Wer muss verlegt werden? Solche Fragen gehören zu Fontanas Alltag. Ebenso die Begegnung mit Menschen, deren Krankheit ganz unterschiedlich verläuft: Manche erholen sich unerwartet. Bei anderen zeichnet sich schon länger ab, dass die Behandlung nicht den erhofften Verlauf nimmt. Und dann gibt es Patient:innen, bei denen die Erkrankung innert Stunden eskaliert und Fontanas Team der Entwicklung plötzlich hinterherrennt. Dazwischen liegt der Alltag der Intensivmedizin: Prioritäten setzen und immer wieder neu beurteilen, ob eine Therapie noch das erreicht, was sie soll.

**Vom Kämpfen zum Loslassen**

Heute ist Fontana an einer solchen Entscheidung beteiligt:

**Ein Patient wird von der Intensivstation auf die Bettenstation verlegt. Nicht, weil es ihm besser geht. Sondern, um dort zu sterben.**

«Auf der Bettenstation können wir mehr Ruhe für die Familie schaffen», sagt Fontana. Der Patient ist 28 Tage auf der Intensivstation behandelt worden. 28 Tage Hoffnung, Anpassungen, neue Versuche, Gespräche mit Angehörigen über den mutmasslichen Patientenwillen. Nun ist klar: Das ursprüngliche Ziel lässt sich nicht mehr erreichen. «Primär ist der Plan immer, jemanden zurückzuholen. Doch manchmal geht das nicht mehr», erklärt Fontana. In diesem Fall spricht man am Kantonsspital Baden nicht von Therapieabbruch, sondern von Therapiezieländerung. Das Ziel verschiebt sich von Heilung zu Lebensqualität und Symptomkontrolle, auch wenn dies manchmal mit dem baldigen Sterben verknüpft

© medEdition Verlag GmbH

ist. Bis dieser Schritt erfolgt, braucht es Zeit. Nicht nur für das Behandlungsteam, auch für die Familie, um diesen Entscheid mitzutragen. «Es ist ein Erkennen, dass nun die Natur stärker ist», sagt Fontana.

**Die schwierigste Phase**

«Das Sterben auf der Intensivstation ist meistens nicht akut. Es zeichnet sich ab», weiss Fontana. Wenn eine Person sterben «darf», herrscht oft erstaunliche Ruhe in seinem Team. Die Akzeptanz ist da. Schwierig ist vielmehr die Zeit davor. Dann, wenn sich ein Team erst finden muss. Oft stellen Pflegefachpersonen früher die Frage, ob eine Therapie noch sinnvoll ist. Ärzt:innen müssen solche nicht mehr umkehrbaren Entscheidungen letztlich medizinisch begründen und rechtlich absichern. Bis sich diese Perspektiven finden, dauert es.

Auch Angehörige müssen mitgenommen werden und brauchen meist mehr Zeit als das Behandlungsteam. Diese Gespräche führt Fontana nicht allein. Am Tisch sitzen ein Mitglied des ärztlichen Kaders, eine Assistenzärztin bzw. ein Assistenzarzt und die zuständige Pflegefachperson. Manchmal kommen weitere Berufsgruppen dazu, etwa wenn jemand aus der Physiotherapie für Angehörige eine wichtige Bezugsperson geworden ist. In besonders komplexen Situationen zieht das Team die Leiterin der Rechtsabteilung bei. « Entscheidungen am Lebensende sollen weder überstürzt noch von Einzelpersonen getragen werden», sagt Fontana.

**Die Kunst des Nichtstuns**

Für junge Ärzt:innen liegt die grösste Herausforderung oft nicht im Handeln, sondern im Gegenteil. Der Person geht es schlecht, man möchte etwas tun. Noch ein Katheter, noch eine Untersuchung, noch ein Eingriff. Doch Fontanas Erfahrung lehrt etwas anderes: Nicht jede Massnahme hilft. Nicht jede Routine ist sinnvoll. Er spricht offen über Übertherapie. Sie beginne nicht erst bei spektakulären Eingriffen. Manchmal verstecke sie sich in Gewohnheiten. In Untersuchungen, die man durchführt, «weil man sie immer macht». Dahinter stecke oft Unsicherheit: die Sorge, etwas zu verpassen oder später erklären zu müssen, warum man etwas nicht getan hat. Besonders schwierig sei der bewusste Entscheid, vorerst nicht noch mehr zu tun bei Patient:innen, die noch auf dem Weg zur Heilung sind. Manchmal brauchen bestehende Therapien Zeit, damit der Körper reagieren kann. Beobachten statt intervenieren, aushalten statt handeln. «Nicht jede Verschlechterung verlangt sofort nach einer weiteren Massnahme», weiss der erfahrene Intensivmediziner. «Die jungen Ärzt:innen sind oft übereifrig. Dann muss man sie ‹zurückbinden› wie einen jungen Hund.» Selbst erfahrene Intensivmediziner:innen sind nicht vor Tunnelblicken gefeit. Fontana erzählt von Momenten, in denen jemand neu auf die Schicht kam, eine einzige Frage stellte und damit wurde plötzlich etwas klar.

**«Manchmal kommt man sich vor wie der Sensenmann»**

Auf anderen Stationen fehle zuweilen die Erfahrung oder der Mut, eine Entwicklung klar zu benennen, berichtet Fontana. Dann werden Patient:innen auf die Intensivstation verlegt. «Man kommt sich dann manchmal etwas vor wie der Sensenmann.» Jedoch: Fontana ist kein Arzt, der über Leben und Tod entscheidet, sondern jemand, der Entwicklungen erkennt, benennt und begleitet. Ganz spurlos gehen die Erlebnisse auf der Intensivstation dennoch nicht an ihm vorbei. Besonders nahe gehen ihm Schicksale von jungen Patient:innen im Alter seiner eigenen Tochter.

**Tür zu. Luft holen.**

Nach Dienstsende schliesst sich die Tür des Kantonsspitals Baden hinter Fontana. Dann holt er tief Luft. Der Heimweg gehört dem Velo, um den Kopf zu lüften. An schwierigen Tagen wird die Strecke länger. Bei einer Zusatzrunde über einen Hügel tritt er kräftiger in die Pedale. Nicht um etwas zu vergessen. Sondern um es dort zu lassen, wo es hingehört: im Spital. ✖

ABOUT

**Dr. med. François Fontana**

**Leiter Intensivstation am Kantonsspital Baden. Besonders faszinieren ihn bis heute Patient:innen, die nach schwerer Krankheit ins Leben zurückfinden. Eine ehemalige Intensivpatientin traf er Jahre später als Arbeitskollegin wieder.**

© medEdition Verlag GmbH

# Wie meine Mutter sterben durfte

Sterben: schlimm. Der Tod der eigenen Eltern: noch viel schlimmer. Sterben im Spital: am schlimmsten?

**Von Séverine Bonini**

Mein Vater starb 2021 in einem Spital in Frankreich an den Folgen seines metastasierten Prostatakarzinoms. Nie werde ich vergessen, was die Ärztin zu ihm bei der Visite sagte: «Herr Bonini, Sie werden dieses Krankenhaus nicht mehr verlassen.» Sprechen Ärzt:innen so über den Tod? Ich fand und finde das sehr befremdlich. Zehn Tage nach dieser Aussage der Onkologin starb er. Ich hätte mir gewünscht, dass der Elefant im Raum benannt worden wäre, wir hätten hier als Angehörige Hilfe von aussen benötigt. So aber schwebte viel Ungesagtes im Raum. Ich habe keine guten Erinnerungen an diesen Abschied. Und ans Spital.

**Was zählt: im Gespräch bleiben**

Meine Mutter kam im August 2025 wegen eines epileptischen Anfalls in den Notfall des Kantonsspitals Aarau (KSA). Sie war dement (siehe Artikel in medLife 2/26), und ich wurde als Angehörige bereits bei der Aufnahme gefragt, ob sie eine Patientenverfügung habe. Hatte sie nicht, und ich ergänzte direkt, dass ich weiss, dass sie keine lebenserhaltenden Massnahmen möchte. Das wurde aufmerksam notiert, was ich sehr schätzte. Vom Notfall kamen «wir» auf die neurologische Überwachungsstation, danach auf die Innere Medizin. Ich war immer wieder im Gespräch mit dem Team, sei es mit den Ärzt:innen oder der Pflege, und es wurde gemeinsam auch mit meiner Mutter besprochen, welche Untersuchungen nun durchgeführt werden, um die Ursache des epileptischen Anfalls abzuklären.

Am Ende wurde unter anderem eine Herzinsuffizienz diagnostiziert. Meiner Mutter ging es immer schlechter, zeitweise dämmerte sie vor sich hin, da die verabreichten Medikamente sie ausknockten. Irgendwann kam das entscheidende Gespräch mit dem behandelnden Arzt, am Bett meiner schläfrigen

© medEdition Verlag GmbH

Mutter: Er war mit seinem Latein am Ende, da die Nieren zu versagen schienen. Vorsichtig erklärte er, dass nun die Verlegung auf die Intensivstation die beste Option sei, es sei denn …? Mir dämmerte, dass es hier nur noch um eine Verlängerung des Abschieds ging. Meine Mutter war aber bereit zu sterben, das wusste ich. Es war also an uns Angehörigen, ihr dabei zu helfen. «Nein, keine Intensivstation. Wir lassen sie gehen.» Ich schreibe das hier ganz sachlich. Aber es war ein Ausnahmezustand für mich, verbunden mit vielen Tränen.

**Respektvoller Umgang**

Und dann passierte etwas. Die Stimmung im Zimmer änderte sich. Es war allen Beteiligten klar, dass meine Mutter in den kommenden Stunden oder Tagen sterben würde. Der weitere Prozess in Bezug auf die nun palliative Betreuung wurde besprochen.

**Wir Angehörigen wurden vom Pflegepersonal gefragt, ob wir Kaffee oder Tee wollten oder sonst etwas benötigten. Wir durften zu jeder Tageszeit ins Spital. Die Zimmertür war offen, aber mit einem Paravent abgeschirmt von Vorbeigehenden.**

Wir als Familie hatten das Gefühl, nicht mehr nur Angehörige von «Patientin X» zu sein. Nein, hier ging es um meine Mutter, Judith Bonini, 79, im Begriff, von uns zu gehen und eine Lücke zu hinterlassen, die für unsere Familie nie mehr geschlossen werden konnte. Das KSA wusste das und zollte uns Respekt. Wir wurden gesehen, betreut, Fragen wurden immer beantwortet, es wurde zu jedem Zeitpunkt nach Lösungen gesucht.

**Sie starb nicht allein**

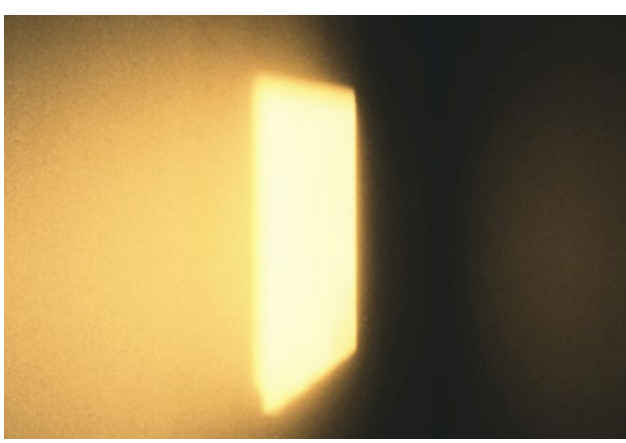
Meine Kinder konnten sich noch von ihrer Grossmutter verabschieden. Nie werde ich den Gesichtsausdruck meiner Mama vergessen, als sie meine Kinder zum letzten Mal sah. Freudig erregt war sie und rief laut den Namen meines Sohnes und dann denjenigen meiner Tochter. Später dämmerte sie dann wieder weg. «Bald hast du es geschafft, Mami. Bald bist du bei Papi», sagte ich ihr zum Abschied, als ich um 17 Uhr nach Hause ging. Sie nahm mich beim Wort. Um 22.15 Uhr rief mich die Stationsärztin an. Meine Mutter war im Beisein einer Sitzwache soeben gestorben.

**Raum geben**

Noch vor Mitternacht war ich wieder in der Klinik, um mich zu verabschieden. Meine Mutter lag aufgebahrt im Bett, in den Händen hielt sie eine Sonnenblume. Ihr Gesicht war hübsch zurechtgemacht, sie sah friedlich aus. Elektrische Kerzen leuchteten im Zimmer, die Fenster waren geöffnet. Ich nahm all meinen Mut zusammen und streichelte ihr Gesicht, während ich ihr Lieblingslied über Spotify laut laufen liess – «Unchained Melody» aus dem Film Ghost Bis wir uns wieder sehen, Mami. Und vielleicht ist Sterben im Spital ja doch nicht so schlimm. ✖

unsplash.com/Lilartsy

unsplash.com/SeanMusil



unsplash.com/Gryffyn

Cleveland Clinic Abu Dhabi: Der Patiententrakt wurde bewusst als horizontale, weitläufige und luxuriöse Anlage konzipiert und schwebt über dem Haupttrakt.

Das Spital im Garten oder der Garten im Spital? Wie auch immer: Das Khoo Teck Puat Hospital hat sich als einziges Krankenhaus in Singapur dazu verpflichtet, bis 2050 Netto-Null-Emissionen zu erreichen und wurde mit mehreren Design-Awards ausgezeichnet.

# Medizin trifft Architektur

**Spitalbauten sind längst mehr als reine Zweckbauten. Sie sollen beruhigen, nachhaltig sein, digital mitdenken und sich flexibel an die Medizin von morgen anpassen. Ein Blick auf vier Trends.**

Von Nicole Urweider

### 1. Healing Architecture

Spitalräume sollen heute nicht nur praktisch sein, sondern auch Orientierung geben, Stress reduzieren und das Wohlbefinden stärken. Tageslicht, ruhige Akustik, der Blick ins Grüne und Privatsphäre gelten als Teil einer heilungsfördernden Umgebung. Denn sie reduzieren nachweislich Stress – bei Patient:innen ebenso wie beim Personal.

### 2. Green Hospital

Nachhaltigkeit im Spitalbau bedeutet längst mehr als eine gute Isolation oder Solarpanels. Mit modernen «Green Hospitals» versuchen Planer:innen, Gebäude und Betrieb gemeinsam zu denken. Dazu gehören natürliche und langlebige Materialien, erneuerbare Energieversorgung sowie eine intelligente Gebäudetechnik, die Energieverbrauch, Lüftung und Licht effizient steuert. Denn entscheidend für die Umweltbilanz ist nicht nur der Bau selbst, sondern vor allem auch der jahrzehntelange Betrieb.

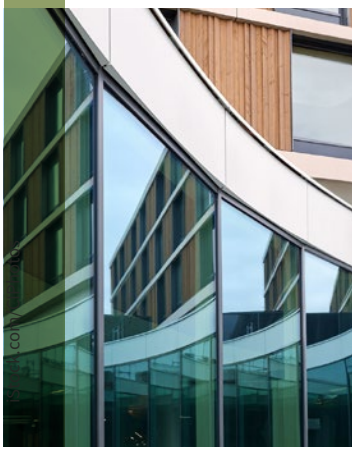
### 3. Ambulanter, flexibler, vernetzter

Die Medizin verschiebt sich in Richtung ambulante Versorgung. So entstehen vermehrt vom stationären Betrieb getrennte Tageskliniken und Operationszentren, etwa am Kantonsspital Baden oder bei Hirslanden OPERA. Gleichzeitig werden Räume so geplant, dass sie sich später umnutzen, vergrössern oder neu kombinieren lassen.

© medEdition Verlag GmbH

**Universitäts-Kinderspital Zürich**
**Viel Holz, Tageslicht, Innenhöfe und über 250 Bäume: Im neuen Kinderspital Zürich wird Architektur ausdrücklich als Teil des Heilungsprozesses verstanden.** Orientierung, Ruhe und eine Architektur auf Augenhöhe der Kinder – etwa mit tief angesetzten Fenstern – prägen den Bau. Als erstes Schweizer Spital erhielt es die SGNI-Platin-Zertifizierung für Nachhaltigkeit. Der vielfach als «schönstes Spital der Welt» bezeichnete Bau kostete 761 statt der geplanten 600 Millionen Franken. Der Kanton Zürich musste finanziell einspringen.

©Maris Mezulis



**Kantonsspital Baden**
**Im neuen Kantonsspital Baden wird Healing Architecture mit Hightech verbunden: Natürliche Materialien, viel Licht und Blick ins Grüne treffen auf intelligente Gebäudetechnik, digitale Planung und flexible ambulante Strukturen. Zum ersten Mal wird im Neubau eines Schweizer Spitals ein digitaler Zwilling des Gebäudes genutzt, womit das Spital als Vorreiter für einen digital vernetzten Spitalbau gilt. Kosten: 620 Millionen Franken.**

**Luzerner Kantonsspital**
**Das neue Kinderspital und die Frauenklinik des Luzerner Kantonsspitals gehen diesen Herbst in Betrieb. Der Neubau setzt auf ein verbindendes Perinatalzentrum zwischen beiden Kliniken, kurze Wege, Innenhöfe und ein zentrales Ambulatorium im Kinderspital, das alle Fachbereiche unter einem Dach vereint. Die Kosten bleiben voraussichtlich innerhalb des genehmigten Budgets.**

Das Ziel: Gebäude, die nicht schon bald wieder an ihre Grenzen stossen. Beim Neubau des Luzerner Kantonsspitals ist diese Anpassungsfähigkeit dank einem Bebauungsplan Teil des Konzepts. Zudem verteilt sich Medizin immer mehr über verschiedene Standorte und Kooperationen. Das Spital der Zukunft funktioniert deshalb weniger als isolierter Grossbau, sondern als vernetztes System.

### 4. Digitaler Zwilling

Moderne Spitäler werden zunehmend digital geplant und betrieben. Mit sogenannten digitalen Zwillingen, also virtuellen Modellen von Gebäuden, lassen sich Patientenströme, OP-Planungen oder Energieverbrauch simulieren und verschiedene «Was-wäre-wenn»-Szenarien durchspielen. Ein Spital soll nicht nur gebaut, sondern laufend weiterentwickelt werden. Architektur endet damit nicht beim Bau, sondern reicht bis in die Dateninfrastruktur.

### Weniger spektakulär als das Ausland

International wird zum Teil mit spektakulären «Healing-Concepts» experimentiert. Dazu gehören ein «horizontal schwebender» Patiententrakt und viel Luxus in der Cleveland Clinic Abu Dhabi oder eine radikale Naturintegration beim Khoo Teck Puat Hospital in Singapur mit über 700 einheimischen Pflanzen.

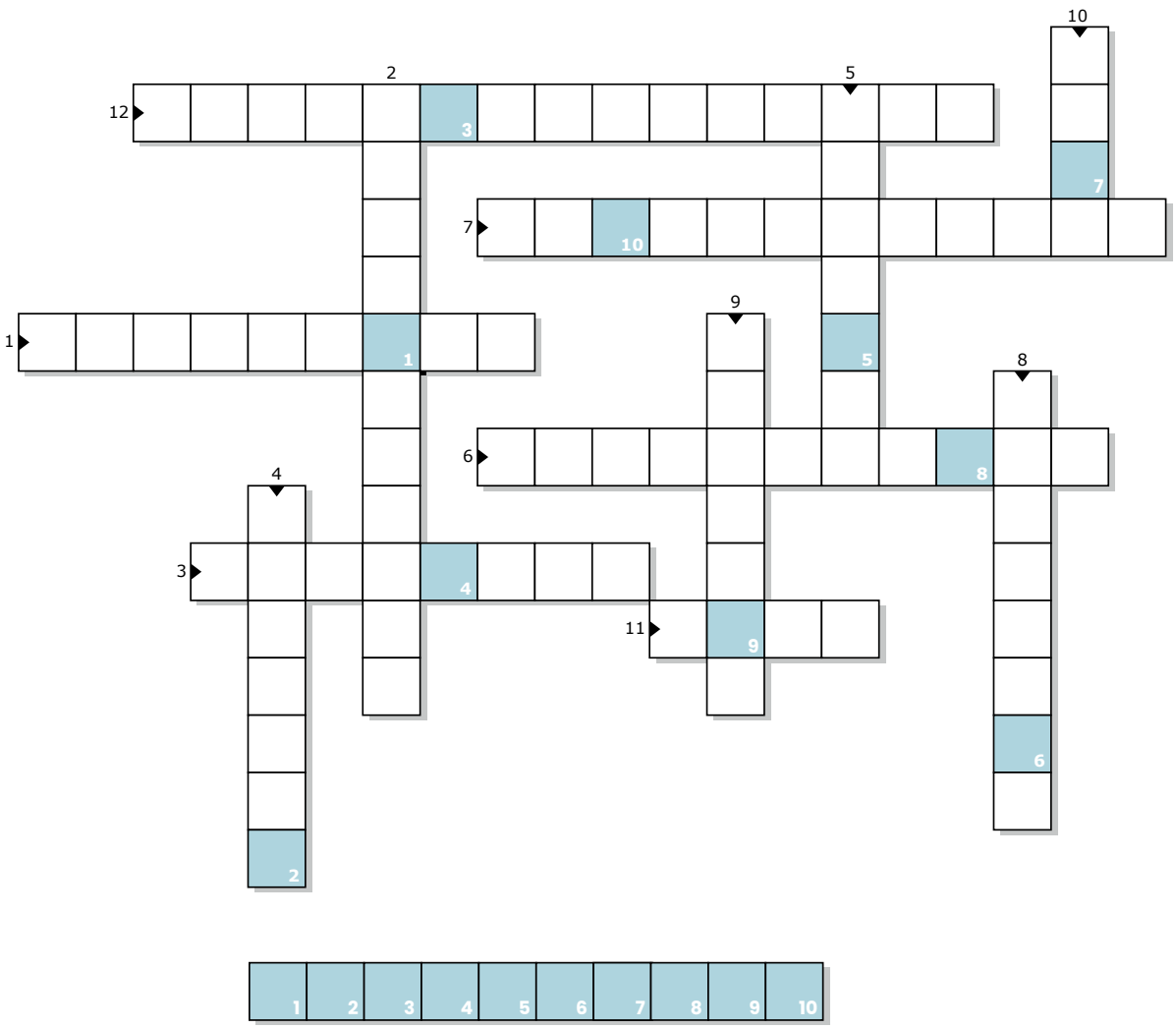
Statt spektakulärer Architektur steht im Schweizer Spitalbau oft eine bescheidenere, aber wichtige Nutzerperspektive im Vordergrund: kurze Wege, Privatsphäre und eine Umgebung, die Patient:innen ebenso wie Mitarbeitenden guttut. Gleichzeitig wird so geplant, dass die Gebäude auch künftigen Anforderungen standhalten. ✖

### SINNVOLLER MEHRWERT ODER LUXUS?

Wie viel extravagante Architektur darf sich ein Spital leisten? Wir freuen uns auf Ihr Feedback via **medlife@mededition.ch.**

# Kreuzworträtsel

1. Die Begriffe Scheiding und Holzmonat sind alte deutsche Namen für den Monat …
2. Welches grosse Fest beginnt traditionell im September?
3. Eine Bauernregel: «Viel Eicheln im September, viel Schnee im …»
4. In welchem Monat findet der «Tag der seltenen Krankheiten» statt?
5. Welche Krankheit wurde in früheren Zeiten «Scharbock» genannt?
6. Aus welcher Substanz entstehen Kortikosteroide?
7. Marie Heim-Vögtlin, die erste Ärztin der Schweiz, war in welchem Fachgebiet tätig?
8. Welche Krankheit ist die häufigste Ursache für eine Polyneuropathie?
9. Welche Tiere verbreiten das Gelbfieber-Virus?
10. Wie viele Jahre dauert die Ausbildung zur Medizinischen Praxisassistentin EFZ?
11. In welchem Kanton – abgesehen von Zürich – arbeiten die meisten Dermatolog:innen?
12. Welche Enzyme werden durch Diclofenac gehemmt?




## UNSER GEWINN DIESMAL: EINE GOLDENE AUSZEIT IN OBERLECH

Gewinnen Sie zwei Nächte für zwei Personen im Hotel Goldener Berg (siehe Seite 54) inklusive Halbpension. Freuen Sie sich auf Herbstfarben, klare Bergluft und erholsame Tage hoch über Lech. Das Lösungswort und Ihre Postadresse schicken Sie bitte **bis zum 14. November 2026** an **medlife@mededition.ch**. Der Hotelgutschein wird unter allen korrekten Antworten verlost. Viel Glück!

©Nussbaumer Photography

goldenerberg.at