

informiert

Voranzeige der Tagung vom 16. Dezember 2017

Trotz allem – innere Ruhe und Gleichgewicht der Seele

Chronisch sozialer Stress als Gesundheitsrisiko – Quellen psychischer Kraft und Lebendigkeit

«Die Vertreibung der Stille. Leben mit der akustischen Umweltverschmutzung» lautet der Titel eines Buches des Politologen Rüdiger Liedtke, in dem er unser Leben unter der permanenten akustischen Glocke analysiert. Die permanente «musikalische Zwangsbeglückung» – Musik dudelt beim morgendlichen Aufstehen, im Auto, beim Einkaufen, in Restaurants, beim Coiffeur, auf den Toiletten – in Verbindung mit dem zunehmenden Lärm allerorten bringe uns um unsere Sinne: «Körperliche und seelische Schädigungen sind ihre Folgen, die Menschen werden immer entmündigter, gleichgültiger, kritikunfähiger.

Die musikalische Erlebnisfähigkeit degeneriert, die akustische Glocke macht auf allen Ebenen des gesellschaftlichen Lebens stumpf und taub».

Stress and the City

Angststörungen, Depressionen, Feinstaub: Machen Städte die Menschen krank? Ja, so diagnostiziert der Berliner Stressforscher, Psychiater und Psychotherapeut Mazda Adli in seinem Buch «Stress and the City» (C. Bertelsmann 2017): Es sind die urbanen Zentren, in denen sozialer Dauerstress als Folge von unterschiedlichen stadttypischen Auslösern – Lärm, Tempo, Verdichtung, Isolation, Überangebot, Kontrollverlust, Verkehr, Kriminalität – den Krankheiten den Weg ebnet. Wenn die Weltgesundheitsorganisation den chronischen Dauerstress als «eines der grössten Gesundheitsrisiken des 21. Jahrhun-

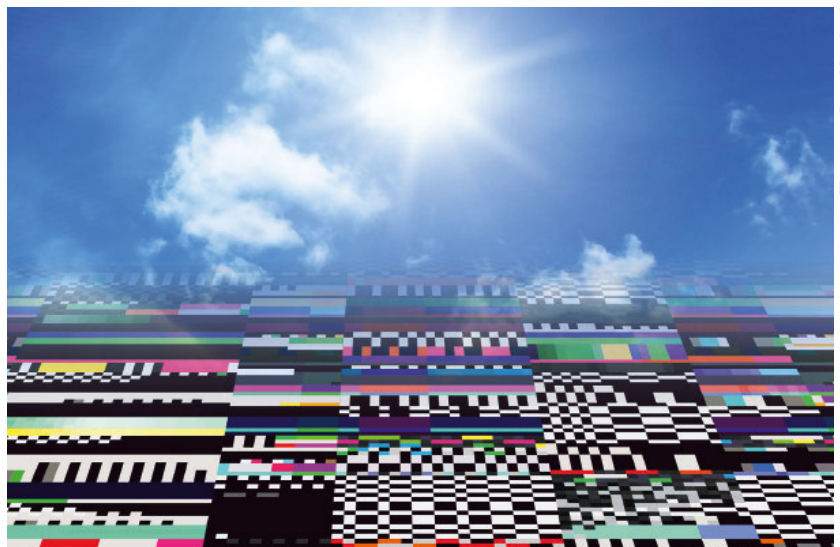


Illustration: Daniel Lienhard

derts» identifiziert, dann sind die Städte und Ballungszentren Hochrisikozonen.

Quellen seelischer Gesundheit

Das Buch ist kein naives Plädoyer für ein idyllisches Landleben, sondern eine differenzierte Diagnose dessen, was Adli «Stadtstress» nennt. Wie bleiben wir aber trotz der modernen Lebensbedingungen und gesellschaftlichen Entwicklungsdynamiken gesund, die mit Stichworten wie Globalisierung und Ökonomisierung, Beschleunigung und Effizienzsteigerung, Individualisierung und Fragmentierung umschrieben werden? Wie sind trotz chronisch sozialem Stress Erfahrungen von Identität möglich? Wie können wir ein stabiles Selbstgefühl und die Fähigkeit entwickeln, in Einklang mit den eigenen Möglichkeiten und Grenzen zu leben? Wie können wir zur in-

neren Ruhe, zu uns selbst und anderen finden? Wie können wir das Gleichgewicht der Seele, psychische Gesundheit entwickeln, erhalten und wiedergewinnen?

Wir laden Sie bereits heute herzlich zu der öffentlichen Tagung «Trotz allem – innere Ruhe und Gleichgewicht der Seele» ein, die am 16. Dezember 2017 stattfinden wird und an der die individuellen

Möglichkeiten im Umgang mit chronisch sozialem Stress ebenso verhandelt werden wie gesellschaftliche und politische Handlungsoptionen.

Für eine menschnahe und verantwortliche ethische Diskussion

Worum es in der öffentlichen Debatte über Sterbehilfe und Suizidbeihilfe geht

Ein wichtiges Ziel des Forums Gesundheit und Medizin ist die Förderung einer sachlichen, differenzierten und öffentlichen Diskussion zu wichtigen gesellschaftlichen, ethischen und gesundheitspolitischen Fragen. Wiederholt haben wir öffentliche Tagungen zur Frage der Autonomie, Würde und Selbstverantwortung am Lebensende mit jeweils mehreren Hundert Teilnehmerinnen und Teilnehmern durchgeführt, zur Diskussion um Sterbehilfe und Suizidbeihilfe als ethische Frage

und gesellschaftliches Problem, zur Bedeutung der Palliative Care und einer Kultur der Sorge und Teilhabe.

Wir empfehlen Ihnen den folgenden Gastkommentar von Roland Kunz und Heinz Rügger, der am 12. April 2017 in der NZZ erstveröffentlicht wurde. Dr. med. Roland Kunz ist Chefarzt der universitären Klinik für Akutgeriatrie im Stadtspital Waid Zürich, Dozent für Palliativmedizin an der medizinischen Fakultät der Universität Zürich und in

den interdisziplinären Lehrgängen von ‚Palliative Care und Organisationsethik‘. Er ist erster Preisträger des Schweizer Palliative Care Preises. Dr. theol. Heinz Rügger ist wissenschaftlicher Mitarbeiter im Institut Neumünster, einem auf Altersfragen spezialisierten Kompetenzzentrum der Stiftung Diakoniewerk Neumünster Zollikerberg, sowie assoziiertes Mitglied des Zentrums für Gerontologie der Universität Zürich.

Selbstbestimmtes Ableben

Ein neues kulturelles Paradigma des Sterbens

Gastkommentar von Roland Kunz und Heinz Rügger

Das Thema «Selbstbestimmtes Sterben» hat Hochkonjunktur, meist wird über den assistierten Suizid diskutiert. Damit wird die Herausforderung des Themas aber fundamental verkannt. Assistierte Suizide machten 2014 nur gerade 1,2 Prozent aller Todesfälle aus und spielen darum für die Frage des selbstbestimmten Sterbens nur eine marginale Rolle. Die wesentlichen Fragen ergeben sich aus dem Umstand, dass wir in einer Zeit leben, in der wir aufgrund medizinischer Fortschritte und der Bedingungen unseres Gesund-

heitswesens genötigt sind, uns mit einem neuen Paradigma im Umgang mit dem Sterben vertraut zu machen. Dieses besteht darin, dass Sterben – früher Inbegriff der Erfahrung eines fremdverfügbaren Schicksals – zunehmend zum Gegenstand eigenen Entscheidens wird. Angesichts des heute zur Verfügung stehenden medizinischen Arsenal an lebensverlängernden Massnahmen wird Sterben immer mehr zu einer Konsequenz von Therapieentscheidungen. Der Tod ist immer weniger Folge eines unerwarteten Schicksalsschlages,

sondern Konsequenz einer bewussten Entscheidung, Grenzen zu setzen.

Freiheit und Überforderung

Nach neusten Untersuchungen erfolgt das Sterben in 58,7 Prozent der medizinisch begleiteten Todesfälle in der Schweiz erst, nachdem entsprechende Entscheidungen – in der Regel geht es um passive Sterbehilfe, also Verzicht auf lebensverlängernde Massnahmen – gefällt worden sind. Der Lausanner Palliativmediziner G. D. Borasio nimmt sogar an, dass dies in der Schweiz in

75 Prozent der Sterbefälle zutrifft. Und wer fällt die entsprechende Entscheidung, das Sterben zuzulassen? Die Lage ist klar: Spätestens seit der Einführung des Erwachsenenschutzrechtes 2013 entscheidet nicht mehr der Arzt, sondern im Sinne des Prinzips der Patientenautonomie die betroffene Person selbst. Und wenn sie nicht mehr selber entscheiden kann, müssen Vertretungsberechtigte bestimmen, was der mutmassliche Wille der betroffenen Person ist. Dieser ist dann für das medizinische Personal therapieentscheidend und verbindlich.

In der Mehrzahl der Fälle müssen wir also den Tod heute in die eigenen Hände nehmen, auch wenn wir keinen Suizid begehen wollen. Der Tod kommt nicht mehr einfach, er muss geplant, beschlossen, durchgeführt werden. Wir müssen heute immer mehr selber entscheiden, was früher dem Schicksal überlassen wurde. Wir müssen uns bewusst entscheiden, wann wir eine Therapie nicht mehr in Anspruch nehmen oder sie abbrechen wollen. Das heisst: Wir haben es heute im Blick auf die Selbstbestimmung beim Sterben mit einem kulturgeschichtlich neuen Paradigma des Sterbens zu tun – weit über das zahlenmässig begrenzte Phänomen des assistierten Suizids hinaus. Mit ihm angemessen umzugehen, ist für das sterbende Individuum wie für die den Sterbeprozess begleitenden Angehörigen und Professionellen (Ärzte und Ärztinnen, Pflegende, Seelsorgende) noch weithin ungewohnt und anspruchsvoll.

Dass selbstbestimmtem Sterben die Qualität eines Menschenrechts zukommt, hält ein Bundesgerichtsentscheid von 2006 fest: «Zum Selbstbestimmungsrecht im Sinne von Art. 8 Ziff. 1 der Europäischen Menschenrechtskonvention gehört auch das Recht, über Art und Zeitpunkt der Be-



Illustration: Daniel Lienhard

endigung des eigenen Lebens zu entscheiden.» Was das bedeutet, zeigt sich in vier Aspekten:

Erstens der Gewinn an Freiheit zur Selbstbestimmung: Jedem Individuum wird heute ein Mass an Selbstbestimmung im Blick auf sein Sterben zuerkannt, das früher nicht üblich war. Die Forderung nach «selbstbestimmtem Sterben», nach dem «Recht auf den eigenen Tod» hat sich durchgesetzt, zumindest rechtlich.

Zweitens die zunehmende Selbstverantwortung: Wenn Sterben von unserem Entscheiden abhängt, sind wir für diese Entscheidung allerdings auch moralisch verantwortlich. Es kommt zu so etwas wie einer Responsibilisierung oder Moralisierung des Sterbens oder des Noch-nicht-sterben-Wollens.

Drittens die mögliche Überforderung: Solche Entscheidungen können schwierig sein – sie können an eine Überforderung grenzen. Manch einer dürfte höchst ambivalent vor solchen «medical end-of-life decisions» stehen und sich schwertun, selbstbestimmt zu entscheiden. Gleichzeitig ist zu beden-

ken: Wenn ich nicht bereit bin, Verantwortung für mein eigenes Sterben zu übernehmen und entsprechende Entscheide gegebenenfalls schon im Voraus zu fällen, müssen diese im Falle einer künftigen Urteilsunfähigkeit meinerseits Vertretungspersonen fällen, was wiederum traumatisierende Folgen für diese haben kann.

Viertens wird das Auswählen zwischen Sterbeoptionen normal: Unter dem übergreifenden Gesichtspunkt der Selbstbestimmung dürfte es in Zukunft immer wahrscheinlicher werden, dass Menschen – zumal die derzeit ins Alter vorrückenden, eine selbstbestimmte Lebensgestaltung gewohnten Babyboomer – es als normal empfinden, unter unterschiedlichen Optionen des Sterbens auszuwählen – «natürliches» Sterben, passive Sterbehilfe, Sterbefasten, assistierter Suizid, sie dürften immer selbstverständlicher alternative Optionen darstellen, zwischen denen Menschen am Lebensende autonom wählen wollen.

Es wäre an der Zeit, über diese neue Situation mit den sich daraus ergebenden Konsequenzen in der Fachwelt des

Gesundheitswesens wie in einer breiteren Öffentlichkeit ernsthaft zu diskutieren und nach Lösungen zu suchen, wie Betroffene, Angehörige und Professionelle angemessen mit dem neuen Paradigma selbstbestimmten Sterbens umgehen können. Dieser Diskurs findet weitgehend nicht statt.

Kontrolle und Geschehenlassen

Es stellen sich also konkrete Herausforderungen für uns alle als potenziell Betroffene wie auch ganz besonders für das medizinische Personal. Wir müssen zunächst einmal lernen, uns mit dem Gedanken ans eigene Sterben auseinanderzusetzen und mindestens ein Stück weit zu sagen, was uns dabei wichtig ist, was wir unbedingt möchten und was gerade nicht. Das gehört heute gleichsam zu den Aufgaben eines mündigen Bürgers. Dazu kann helfen, sich mit der eigenen Endlichkeit, dem eigenen «Sein zum Tode» (M. Heidegger) existenziell zu beschäftigen, sei das im Medium der Spiritualität, der Kunst oder der konkreten Begegnung mit hochbetagten und sterbenden Menschen.

Dazu kann auch ein Gespräch mit Fachleuten aus Medizin und Pflege nützlich sein, um sich realistische Vorstellungen über Möglichkeiten des Sterbens im heutigen Gesundheitswesen zu machen. Auch das Ausfüllen einer Patientenverfügung mag dazu Anregungen bieten.

Das aktive Mitbestimmen und Mitgestalten des Sterbens ist allerdings nur die eine Seite der Medaille. Zu einem reifen, humanen Umgang mit dem Sterben gehört auch die existenzielle

Fähigkeit, Dinge mit sich geschehen zu lassen, sich aus der Hand zu geben und anzunehmen, dass es Entwicklungen gibt, die sich unserer Kontrolle entziehen. Im Ernstnehmen dieser passiven Seite menschlichen Lebens können sich durchaus auch Dimensionen von Freiheit eröffnen. Einer solchen Lebenseinstellung des Hinnehmens förderlich kann eine Haltung der Gelassenheit sein, eine Spiritualität des Gott-Vertrauens, das Entwickeln eines Gefühls von Kohärenz und Sinnhaftigkeit im Sinne der Salutogenese (A. Antonovsky) oder die Stärkung der Resilienz als psychischer Widerstandskraft.

Beide Aspekte – das eigenverantwortliche Gestalten (Selbstbestimmung) und das passive Hinnehmen (Geschehenlassen) – gehören zu einem humanen, selbstbestimmten Sterben jenseits von Verantwortungslosigkeit und Kontrollzwang. Dem Philosophen Wilhelm Schmid ist zuzustimmen: «Selbstbestimmung ist ein aktiver ebenso wie ein passiver Prozess, ein Tun ebenso wie ein Hinnehmen und Lassen, ein eigenes Gestalten wie auch ein Sich-Gestalten lassen von anderen, von Umständen und Situationen.»

Für das medizinische Personal wiederum stellt sich die Herausforderung, sterbende Menschen so zu begleiten, dass das Lebensende nicht immer weiter medikalisiert wird. Es geht um die Reduzierung des «medizinischen Lärms», um Raum und Ruhe zu schaffen, damit die eigene Lebensinfonie zu Ende geschrieben werden kann. Dabei kommt einer ganzheitlichen Betreuung und insbesondere einem

kompetenten Schmerz- und Symptommanagement entscheidende Bedeutung zu. All dies muss im Zeichen einer radikalen Patientenorientierung erfolgen. Gerade dadurch wird Palliative Care eine Hilfe zu selbstbestimmtem Sterben.

Eine Aufgabe, die der Ärzteschaft in Zukunft noch vermehrt zufallen wird, besteht darin, Patienten rechtzeitig darüber zu informieren, wie man im Rahmen des heutigen Gesundheitssystems sterben kann. Der «Hastings Report» von 1996 weist der Medizin die Aufgabe zu, Menschen zu einem möglichst friedlichen Sterben zu verhelfen. Dazu gehört die Aufklärung darüber, welche Optionen bestehen, sein Leben möglichst ruhig und zu einem subjektiv wünschbaren Zeitpunkt zu beenden. Nur wer um solche Optionen und Alternativen weiss, kann mündig und selbstbestimmt entscheiden.

An einer offenen, rücksichtsvollen Gesprächskultur über das Sterben zu arbeiten, bleibt darum eine zentrale Forderung an die Aus- und Fortbildung des ärztlichen Personals. Dazu gehört auch die Bereitschaft, als geduldiger Gesprächspartner mit dem Patienten seine Ambivalenzen im Blick auf das Sterben auszuhalten und durchzusprechen, in der Hoffnung, dass er so mit der Zeit zu einer selbstbestimmten Entscheidung gelangen kann, die für ihn stimmt.

Palliative Care und Organisationsethik – Interdisziplinäre Weiterbildung CH Forum Gesundheit und Medizin

Postfach 425 | 8706 Meilen ZH | Schweiz

Telefon 044 980 32 21

info@weiterbildung-palliative.ch | www.weiterbildung-palliative.ch

info@gesundheitsundmedizin.ch | www.gesundheitsundmedizin.ch

Impressum

Redaktion Matthias Mettner

Gestaltung Daniel Lienhard

Druck Sihldruck AG, Zürich

© 2017 Forum Gesundheit und Medizin

erscheint 4 – 6 x jährlich