

informiert

Voranzeige Tagung 8. Mai 2015

Resilienz statt Burnout Von Gesundheit, Leistung und Erschöpfung

Wie wir in der heutigen Arbeitswelt gesund bleiben können
Was sich in der Erfolgskultur der Marktgesellschaft ändern muss

Wie lassen sich Zufriedenheit, Sinnerleben und Freude im Beruf auch unter schwierigen und herausfordernden Arbeitsbedingungen erhalten bzw. wiedergewinnen? Wie gelingt es, sich vor Burnout, Depressionen, Angststörungen und Substanzmissbrauch zu schützen? Wie bleibt man in der heutigen Arbeitswelt unter Bedingungen von Verdichtung, Optimierung und Steigerung, knappen Budgets und zunehmender Bürokratie gesund?

Das erschöpfte Selbst

Gesellschaftliche Veränderungsprozesse spiegeln sich auch in Krankheiten wider, im Entstehen, im Erleben und im Behandeln. In seinem Buch «La Fatigue d'être soi – dépression et société» (die Müdigkeit, man selbst zu sein – Depression und Gesellschaft), analysiert der französische Soziologe Alain Ehrenberg die wachsende Ausbreitung von Depressionen, den steigenden Konsum von Antidepressiva und die Zunahme von Alkoholabhängigkeit als Reaktionen auf die allgegenwärtige Erwartung eigenverantwortlicher Selbstverwirklichung, als Erschöpfung, man selbst zu sein. Damit habe das Projekt der Moderne, die Befreiung des Subjekts aus überkommenen Bindungen und Traditionen, in der kapitalistischen Gesellschaft eine paradoxe Verkehrung erfahren.

Burnout in der Wettbewerbsgesellschaft

Der Frankfurter Soziologe Sighard Neckel diagnostiziert in seinem Buch «Leistung und Erschöpfung», wie sich mithilfe des Burnout-Syndroms «ein Unbehagen am Leistungsdruck im Berufsleben, an der Beschleunigung von Arbeit und Kom-



Jeffrey T. Larson, Open Box, 2010

munikation, an alltäglicher Überforderung und neu empfundenen Formen von Entfremdung artikuliert, die den persönlichen Zumutungen einer entfesselten Wettbewerbsgesellschaft den Rang einer öffentlich debattierten Pathologie verleihen».

Bereits heute laden wir Sie herzlich zu dieser Tagung ein, an der die subjektive Erfahrung von Burnout und Wege zur Stärkung der Resilienz ebenso verhandelt werden wie dessen Hintergrund im Kontext gesellschaftlichen Wandels. Denn so Sighard Neckel: «So hilfreich die Selbsttechniken der Erschöpfungsvermeidung auch sein mögen, so erkennbar folgen sie einer Ideologie der Eigenverantwortung, die Krankheit als Mangel an Selbstsorge und Scheitern als persönliche Schwäche deklariert.» Fast boshaft bemerkt Nils Minkmar (FAZ, 24.12.2012): «Als würde man den Arbeitern einer Asbestfabrik empfehlen, zu Hause besser Staub zu wischen, um ihre Lungen vor Krebs zu schützen.»

Jedem seinen eigenen Tod

«Die öffentliche Debatte über das Lebensende wird auf unverantwortliche Weise auf die Frage nach Sterbehilfe und Suizidbeihilfe reduziert» und «die Debatte über die Autonomie am Lebensende auf die Selbstbestimmung des Todeszeitpunktes» – solche pointierten Aussagen aus der Voranzeige bzw. dem Vorwort des neuen Buches von Prof. Dr. med. Gian Domenico Borasio ‚selbst bestimmt sterben‘, dessen Buchvernissage im Rahmen der öffentlichen Tagung im Auditorium des Kunsthauses Zürich ‚Sterbehilfe und Suizidbeihilfe für ältere Menschen als ethische Frage und gesellschaftliches Problem‘ stattfand, hatten bereits im Vorfeld der Tagung erkennen lassen, dass an diesem Tag eine differenzierte, sachliche und ethische Diskussion stattfinden würde. Dies bestätigt der Bericht von Daniela Kuhn.

Die über 500 Anwesenden im ausverkauften Zürcher Kunsthaussaal hätten sich keinen schwungvolleren Anfang wünschen können, denn das grosse Engagement des ersten Redners war offensichtlich. Gian Domenico Borasio, Professor für Palliative Care an der Universität Lausanne, ging gleich in medias res, indem er den Titel seines neuen Buches erläuterte: «Selbst bestimmt sterben» habe ein Leerzeichen zwischen den ersten beiden Worten, weil «jeder muss selbst bestimmt sterben.» Ob man auch selbstbestimmt sterbe, müsse offen bleiben, «denn jeder Mensch soll den Tod haben, der für ihn der richtige ist.» Der erfolgreiche Autor und in der Schweiz einzige Professor für Palliative Care betonte, der Sterbeprozess sei so individuell wie die Menschen selber. «Opposition zu Sterbe- oder Suizidhilfe ist daher nicht angebracht», lautete das Votum des Palliativmediziners. Der gesellschaftliche Diskurs über das Sterben müsse offen und unideologisch geführt werden.

Basis für einen solchen Diskurs ist für Borasio die Klärung von verschiedenen Begriffen. So sei «Passive Sterbehilfe» (die Nicht-Einleitung oder Nicht-Fortführung von lebensverlängernden Massnahmen) mit Suizidhilfe nicht zu verwechseln: «Ein Verzicht auf eine künstliche Beatmung kann

das Leben beenden. Aber das ist kein assistierter Suizid.» Die «Indirekte Sterbehilfe», bei der Schmerzen gelindert werden, in der Regel mit Morphium, wobei der Tod in Kauf genommen wird, sei heute überholt, meinte Borasio, denn eine ausreichende palliative Versorgung lindere Schmerzen und Leiden. Der Begriff «Selbstmord» wiederum habe mit all dem nichts zu tun, weshalb er im Zusammenhang mit Sterbehilfe auch nicht verwendet werden solle.

Zugang zu umfassender Beratung

Starke Vorbehalte hat Borasio gegenüber der «Tötung auf Verlangen», der aktiven Sterbehilfe durch Dritte. Problematisch sei dieses Verfahren insbesondere, wenn psychisch kranke Menschen davon Gebrauch machen, deren Gefühlszustände sich auch wieder bessern können. Auch Hochbetagte und Kinder seien nicht auf diese Weise beim Sterben zu unterstützen. Doch sei nicht jede Suizidhilfe abzulehnen. Als Beispiel erwähnte Borasio ein Modell aus Oregon, USA, das sich durch eine kompetente Beratung und dem Aufzeigen von Alternativen auszeichnet, ohne dass die Anzahl Fälle von Suizidhilfe zugenommen hat. Eine Beratungspflicht, wie sie in der Schweiz derzeit nur im Kanton Waadt herrscht, sei daher das Gebot der Stunde.

Borasio wies kritisch auf die in der Gesellschaft einseitig positive Betonung von Selbstbestimmung hin, die ausblende, dass sich im Laufe einer Krankheit Wünsche verändern. «Im Spannungsfeld zwischen Autonomie und Fürsorge muss sie jeder Arzt wieder neu abtasten.» Beispielsweise das altruistische Denken: «Sterbende ordnen ihre eigenen Bedürfnisse zunehmend denen ihrer engen Angehörigen unter – was ihre Lebensqualität steigert.»

Als Gefahr in der letzten Zeit vor dem Tod erwähnte Borasio ökonomisch motivierte Übertherapie, ungenügende Pflege und unzureichende Palliativversorgung. Und er warf die Frage auf, weshalb sich ein Gesundheitssystem, in dem gespart werden muss, nicht auf Palliativ Care stürzt, denn passive Sterbehilfe ist billiger und betrifft 23 bis 51 Prozent aller Todesfälle.

Psychotherapie im Alter

Weniger feurig, wenn auch auf seine Weise genauso leidenschaftlich, übernahm Reinhard Lindner das Wort. Der Hamburger Facharzt für Neurologie, Psychiatrie, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie erläuterte, weshalb der Suizid „die Handschrift des Alters trägt“. Als Erstes unterschied er zwischen Suizidalität und Lebenssatttheit.

Während die Lebenssatttheit keine Intervention erfordere, verweisen Suizidgedanken laut Lindner auf eine psychische Krise, auf einen Zustand der Ambivalenz. «Suizidalität hat immer mit Beziehung zu anderen zu tun», sagte Lindner: «Mit zu wenig Beziehung oder mit Konflikten.» Alte Männer seien in Beziehungskonflikten häufiger überfordert als gleichaltrige Frauen. Oft seien auch Trennungen oder Kränkungen der Auslöser für diese «radikale Form der Bewältigung». In Gesprächstherapien wären wohl viele dieser Probleme zu lösen, doch Lindner gab offen zu: «Die Alten kommen nicht!» Zusammen mit seinem Team befragte Lindner daher alte Menschen, die suizidale Gedanken hegen, aber keine Psychotherapie in Anspruch nehmen wollen (die Probanden wurden mit einem Zeitungsinserat gefunden). In den 30 Interviews zeigte sich, dass die Befragten fürchteten, sie würden in der Psychotherapie alleine gelassen. Ferner wollten sie den Arzt mit ihren Sorgen nicht «belasten». Nach einem ausführlichen Fallbeispiel schloss Lindner mit seinen Kernaussagen: Suizidgedanken haben bei alten Menschen immer eine lebenslange Vorgeschichte; sie sind «versteh- und behandelbar» und alte Suizidenten leiden weitaus öfter an Depressionen als an physischen Erkrankungen.

Depression und Suizidalität im Alter

Als letzter Redner des Vormittags führte Claus Wächtler dieselbe Thematik weiter. Der Hamburger Facharzt für Psychiatrie, Psychotherapie und Neurologie zeigte anhand von Zahlen, dass die heutige Generation der Hochbetagten, die den Krieg erlebt hat, besonders gefährdet ist, an Depressionen zu erkranken und suizidal zu werden: Ein Drittel aller Suizide werden in

Deutschland von Menschen über 65 Jahren ausgeführt, obwohl die Altersgruppe nur einen Fünftel der Bevölkerung ausmacht. Jeder Zehnte leidet unter einer Altersdepression, knapp 20 Prozent sind subdepressiv. Wenn ein alter Mensch also sage: «Ach, das hat alles keinen Sinn mehr», bedeute das für den Arzt oder für das nähere Umfeld: «Nachfragen!» Das klingt einfach, aber das Erkennen von Suizidalität sei schwierig, betonte Wächtler, insbesondere für Hausärzte. Und schwierig sei auch die Prävention, zumal Erhängen und Ersticken die häufigsten Suizidarten sind.

Eine mögliche Massnahme bei manifesten Depressionen ist eine stationäre Milieutherapie, kombiniert mit Antidepressiva, in der Regel mit Lithium, auf das über 65-Jährige gut ansprechen. Das Alter des Therapeuten spiele keine Rolle, meinte Lindner und empfahl als weitere Lektüre über Alterspsychotherapie den Buchtitel «Der mühselige Aufbruch».

Im Jugendwahn

Was sind die Erwartungen alter Menschen an ihre letzte Lebenszeit – und wie sieht die Realität aus? Diesen beiden Fragen nahm sich Roland Kunz an. Der Ärztliche Direktor des Spitals Affoltern am Albis und Chefarzt Geriatrie und Palliative Care zeigte auf, wie sehr die Anti-Aging-Industrie das Selbstbild vieler Menschen verzerrt. So gaben in einer Studie rund 4500 Amerikaner im Alter von über 65 Jahren zu mehr als 90 Prozent an, der zentrale Punkt bezüglich ihres eigenen Alterns sei, «gesund zu bleiben bis nahe an den Tod». Kunz betonte, nicht nur in Amerika, auch hierzulande habe das hohe Alter ein negatives Image, was sich in den Umbenennungen spiegele: Das Pflegeheim wird zur «Seniorenresidenz», das Krankenhaus zum «Gesund-



Prof. Dr. med. Gian Domenico Borasio



Dr. med. Roland Kunz



Prof. Dr. Andreas Kruse



Dr. med. Claus Wächtler und
Dr. med. Reinhard Lindner

heitszentrum». Und sogar die Krankenkassen würden sich als «Gesundheitskassen» verkaufen – laut Kunz übrigens ein Mitgrund, weshalb sie sich für Palliative Care nicht engagieren.

Diese Tendenz spiegelt sich auch bei den alten Menschen selber. Wer heute alt und fit sei, sage: «Ich will unabhängig von fremder Hilfe sein und bleiben; wenn ich das nicht mehr kann, will ich nicht mehr leben.» Das Recht auf eine gesellschaftliche Integration, auf Unterstützung, Schutz, Pflege und Betreuung erhalte in diesem Klima kein Gehör: «Statt über eine Sorgeskultur für Schwache spricht man nur über die Kosten und den Steuerfuss», sagte Kunz. Vorurteile und ein verzerrtes Bild vom eigenen Altern erschweren denn auch den Eintritt in ein Pflegeheim. In diesem schwierigen Moment seien eingehende Gespräche wichtig, in denen die Biografie des Patienten und dessen Ziele betrachtet werden. Nur wenn die Lebens- und Sterbewünsche gemeinsam geklärt seien (kurative, rehabilitative, präventive und palliative Ansätze), werde der alte Mensch als Person ernst genommen. Doch die Vorstellungen der eigenen Gesundheit und die Realität klaffen oft auseinander, erzählte der erfahrener Praktiker: Ziel von Palliative Care sei es daher, den Unterschied zwischen den Erwartungen und dem aktuellen Befinden so weit wie möglich zu verkleinern. Dabei müsse, auch angesichts von grossem Leid, stets die Frage gestellt werden, welche Abklärungen noch etwas nützen und welche gar schaden, nach dem Motto: «Choosing wisely, less is more!»

Palliative Care und Suizidprävention

Bernardo Stadelmann, Vizedirektor des Bundesamtes für Justiz, hatte nach diesen engagierten Voten aus der Praxis

keinen leichten Stand. Er versicherte, der Bundesrat habe sich mit dem Thema Sterbehilfe seit Jahren auseinandergesetzt. Er sprach gar von einem Paradigmenwechsel, da die Rolle von Suizidprävention und Palliative Care mittlerweile erkannt sei. Dabei wies der Vizedirektor und Leiter des Direktionsbereichs Strafrecht im BJ vor allem auf die Nationale Strategie Palliative Care 2010 – 2015 hin, die von Bund und Kantonen beschlossen worden ist. Hauptziel der Strategie ist die Verankerung von Palliative Care im Gesundheitswesen der Schweiz, dies in Kooperation mit den wichtigsten Akteuren im Gesundheitswesen Palliative Care: «Schwerkranke und sterbende Menschen in der Schweiz erhalten ihren Bedürfnissen angepasste Palliative Care und ihre Lebensqualität wird verbessert.» Die aktuelle Regelung der Sterbehilfe und Suizidbeihilfe wolle der Bundesrat nicht verändern.

Von der Bedeutung des Lebensendes für die Gesamtgestalt des Lebens

Nach diesem Statement wurde das Publikum im Saal mit einer Rede belohnt, die zweifellos als Höhepunkt der Tagung bezeichnet werden darf. Andreas Kruse, Professor und Direktor des Instituts für Gerontologie an der Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg und Autor zahlreicher Sachbücher, schöpfte sozusagen aus dem Vollen, indem er das Thema des Tages um die Dimension der Kunst erweiterte, die zur «Ordnung des Todes und der Endlichkeit des Lebens» viel zu sagen hat. Von Mozarts akzeptierender Haltung gegen-

über dem (eigenen) Tod über Bachs Kreuzstabkantate mit ihrem Rezitativ «Mein Wandeln in der Welt ist einer Schiffahrt gleich» bis hin zu Ingeborg Bachmanns Gedicht «Die grosse Fracht», in der das «Sonnenschiff» die eigene Biografie symbolisiert. Die Biologie sei kein Freund des Alters, meinte Kruse, aber Musik und Literatur, Kultur im weiteren Sinne, könne viel Verlorenes wettmachen.

Als studierter Philosoph plädierte Kruse für eine Vita Contemplativa, für eine Auseinandersetzung mit dem eigenen Leben und dessen Endlichkeit. Diese Selbstreflexion solle man auch vermehrt kommunizieren, meinte Kruse: «Bevor wir über Sterben und Tod sprechen, müssen wir uns fragen: Welche Formen hat gelingendes Leben?» Schliesslich stellte Kruse die interessante Frage, wem hochbetagte Menschen nützen können. «Uns!» lautete seine Antwort, denn «jenseits der digitalen Wissensselemente verfügen sie über ein anderes Wissen, eines über die Höhen und Tiefen des Lebens und über die entsprechenden Befürchtungen.» Dieses «Humanvermögen» sei in unserer Gesellschaft äusserst bedeutsam und befruchtend. Die Begleitung Sterbender sei daher auch für Jüngere ein Gewinn. Er betonte zudem, wie wichtig es für hochbetagte Menschen sei, zu erzählen, mit ihrer Biografie auf offene Ohren zu stossen: «Denn die Psyche ist am Ende des Lebens äusserst lebendig.»

Daniela Kuhn

Verlangen Sie bitte Detailprogramme und Informationsbroschüren.

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

Postfach 425 | CH-8706 Meilen ZH | Tel. 044 980 32 21
info@weiterbildung-palliative.ch | www.weiterbildung-palliative.ch
info@gesundheitundmedizin.ch | www.gesundheitundmedizin.ch

Impressum

Redaktion Matthias Mettner
Gestaltung Daniel Lienhard
Druck Sihldruck AG, Zürich
© 2014 Forum Gesundheit und Medizin
www.weiterbildung-palliative.ch
erscheint 4 – 6 x jährlich