

Symposium GRAZ

Das biopsychosoziale Modell als interdisziplinärer Weg für eine menschenwürdige Zukunft

Eine inhaltliche Zusammenfassung von Sabine Zraggen

Interdisziplinäres Symposium zum Thema «**Mensch – Medizin – Begegnung**» mit Univ.-Prof. Dr. Wilhelm Egger, Graz; Univ.-Prof. DDR. Matthias Beck, Wien; Univ.-Prof. DDR. Walter Schaupp, Graz; Univ.-Prof. Dr. Michael Herbert, Graz; Dr. Verena Wetzstein, Freiburg; Univ.-Prof. P.Dr. Johannes-B. Freyer, Rom; Sr. Edith-Maria Magar OSF, Waldbreitbach und anderen.

Der erste Tag, der am Mittwoch den 20.9.2017 an der Theol. Fakultät der Uni Graz zum Thema «Medizin und Menschenbild» stattfand, zog weit über 100 Gäste an. Der Hörsaal war bis auf den letzten Platz voll, so dass sogar an den Rändern gestanden werden musste. Nach einem Foto-Kunstimpuls begrüßte der Dekan die Gäste mit einem Zitat von **Fichte**, wonach «*der Mensch heute eher geneigt sei, sich für Lavagestein auf dem Mond zu halten, als denn für einen Menschen mit einem selbstverantworteten Ich*». Prof. Schaupp führte ins Themenfeld ein. Seine zentrale Aussage war, dass ZUERST der MENSCH und dann erst die MEDIZIN stehen müsse.

Auf der Suche nach der Ganzheit – Biopsychosoziales Modell

Prof. Dr. Josef Egger konnte den Ertrag jahrzehntelanger, interdisziplinärer, Forschung zu den theoretischen Grundlagen von einer «Körper – Seele – Geist – Einheit» präsentieren. Im biopsychosozialen Modell wäre die medizinisch – philosophische Grundlage dafür geschaffen. Das klassische biomedizinische Modell der Humanmedizin mit seiner Fokussierung auf «Ingenieurs- und Reparaturmedizin» wäre zwar geschichtlich sehr erfolgreich gewesen, eigne sich aber im Zusammenhang mit chronischen und nichtsomatischen Störungen NICHT hinreichend für eine Gesundung des Menschen! Bezüglich einer Verknüpfung von Körper und Seele als eine organisierte EINHEIT (the body mind unity theory), zeige das biopsychosoziale Modell neue Wege auf. Jeder Mensch sei nicht nur als ein biologisches Wesen zu verstehen, sondern auch als Wesen mit jeweils typischen Eigenheiten des Denkens, Fühlens und Handelns. Die Natur erscheint als ein Kontinuum von Einheiten (Systemen) geordnet. Größere, komplexe Einheiten stehen hierarchisch über weniger komplexen Einheiten. Dabei wäre jedes Niveau in der Hierarchie ein DYNAMISCHES «aufsteigendes System». Der Mensch sei also nicht einfach die Summe seiner Organe und biochemischen Abläufe. Es gäbe eine EMERGENZ. Auch der psychosomatische Ansatz, so schmerzlich es sei, wäre überholt. Es gäbe kein einziges seelisches Phänomen welches nicht auch ZUGLEICH ein physiologisches Ereignis wäre. Seelische Ereignisse sind von daher immer emergente Phänomene. Eine Trennung gelänge nicht.

Das Materie – Geist – Problem

A.F. Whitehead: «Die Materie ist nicht tot, sondern als hochdynamisches Phänomen zu sehen, in dem ALLE komplexe Phänomene in seinen Grundbausteinen schon vorhanden sind.»

Drei Ebenen wären immer parallel dynamisch

1. PERSON – physiologische Gestalt und molares Verhalten
2. Psycho-physische Ereignisse – das Ereignis an sich (nicht bewusst einsehbar)
3. PERSON – individuelle Erfahrungen wie Denken, Fühlen – Ereignis als privates Erleben

Gemäss biopsychosozialen Modell bedeutet Gesundheit demnach «die ausreichende Kompetenz des Systems Mensch, beliebige Störungen auf beliebigen Systemebenen autoregulativ zu bewältigen.» Krankheit bedeutet demnach das Fehlen dieser autoregulativen Fähigkeiten.

Wie arbeiten wir mit dem biopsychosozialen Krankheitsverständnis? Es geht um ein paralleles Erfassen von:

1. Krankheit: Jede Diagnose ist hier nur eine Arbeitshypothese!
2. Es werden parallel organische Biodaten, Erlebens-Daten und öko-soziale Daten erfasst!
3. Alles mündet in einer «sprechenden Medizin» oder «Beziehungsmethodik»!

Schon Asklepios kannte eine «Drei-Säulen-Medizin», bestehend aus WORT – ARZNEI – MESSER. Und zwar in dieser Reihenfolge. Kommunikative Wirkfaktoren standen an erster Stelle. Danach kamen die pharmazeutischen Erkenntnisse hinzu und erst danach kam es zu «technischen» Aktionen. Daraus lassen sich auch für heute drei Funktionen des Arztes definieren. In erster Linie eine Kompetenz des Problemlösens. Der Arzt sei ein BEGLEITER mit kommunikativen Kompetenzen, ein KATALYSATOR – biete Hilfe zur Selbsthilfe – aber auch ein Problemlöser im Sinne einer «Ingenieursmedizin».

Darüber hinaus bräuchten wir im Spitalwesen «eine Kultur des Begrabens», dass wir auf vermeintliche Therapien VERZICHTEN, wenn es keine Aussicht auf physische Heilung mehr gibt.

Weitere Hinweise zu diesem Ansatz unter www.bpsmed.net

Buch: Theorie und Praxis der biopsychosozialen Medizin, Körper-Seele-Einheit und sprechende Medizin ISBN: 978-3-7089-1498-5 von Prof. Dr. Josef W. Egger

Weiter ging es am ersten Symposiumstag mit **Prof. Beck** zum naturwissenschaftlichen Menschenbild und Ganzheitlichkeit aus philosophisch-theologischer Sicht.

In einem Galopp durch die Philosophiegeschichte verwies Beck auf die Jenseitsvorstellungen von PLATO und die damit verbundene Vorstellung einer unsterblichen Seele. Ein gewisser Dualismus zwischen Seele und Leib konnte damit seinen Lauf durch die Jahrtausende nehmen. Aristoteles sieht die Seele als Leben schlechthin. Die Seele sei das innere Lebens- und Formprinzip. Er sprach bereits von einer «Entfaltung von innen», der «Selbstbewegung». Auch hier war ein gewisser Dualismus von Seele und Geist vorhanden. Thomas von Aquin hielt als letzter der Philosophen die Einheit des «Ganzen» noch zusammen. Grundlage war sein jüdisch-christliches Menschenbild. Die Seele als Form des Leibes. Anima vegetativa, Anima sensitiva, Anima intellectiva als Ganzheitsprinzip. Anima forma corporis = Der Geist formt den Körper. Danach kam es zur Fragmentierung der Einheit (>Descartes)

Der Mensch als Geistwesen sei gemäss HEGEL von Natur aus auf das Absolute ausgerichtet. PASCAL sagt: «Der Mensch überschreitet den Menschen.»

Der Fehler der heutigen Genetik wäre das Herangehen an den Menschen VON AUSSEN nach INNEN. Das biopsychosoziale Modell und andere moderne Ansätze versuchen heute den Weg neu von INNEN nach AUSSEN zu entdecken! Darin läge ein wesentlicher Paradigmenwechsel.



In der Neuzeit entdeckte erst Sigmund Freud die Seele wieder. Heute sind wir weiter, indem immer mehr ins Bewusstsein dringt, dass HEILUNG jedweder Art von innen kommt. Selbst genetische Information wäre letztlich Interaktion mit allen anderen Ebenen und insofern DIALOG. Der Urgrund des Seins ist demnach DIALOG.

Am Beispiel der Krebserkrankungen hat BECK diesen medizinisch-philosophischen Ansatz mit allen auswertbaren «Hardcore-Fakten der Medizin» in seinem neusten Buch «KREBS» durchexerziert. Krebszellen wären Zellen, die «orientierungslos und unkontrolliert wachsen». Woher bekommen sie ihre Information? Viele Faktoren laufen da parallel zusammen. Das Buch erscheint in 14 Tagen – also Anfang Oktober 2017 – unter dem Titel «KREBS» (Prof. DDr. Matthias Beck).

Sein Fazit fasste er wie folgt zusammen: **Das Verallgemeinerte der Medizin müsse wieder auf das Individualisierte herunter gebrochen werden!** Die Medizin habe bedauerlicherweise den falschen Begriff der «personalisierten Medizin» eingeführt. Es geht aber um eine INDIVIDUALISIERTE Medizin. Wenn 50 Personen eine bestimmte Krebserkrankung haben, haben sie es auf 50 verschiedene Art und Weise! Das Forschen und Wissen um beeinflussbare Faktoren aus dem sozio-kulturellen Bereich muss erlaubt sein. Daraus dann aber ein «moralisches Sollen» (du bist selber schuld) abzuleiten sei hochgradig unmoralisch! Eine solche verkürzte Sicht auf das komplexe Feld lehne er ab.

Ein nächster Höhepunkt war das Referat von **Prof. Schaupp** «Spirituelle Dimension und Menschenbild». Das Thema der Spiritualität wäre inzwischen wieder modern geworden. Eine «Spiritual-Care» versuche diese Bedürfnisse wieder aufzuspüren und in die Therapie einfließen zu lassen. Das biopsychosoziale Modell kann um diese Dimension auf der Ebene des Menschenbildes erweitert werden. Die Hospiz- und Palliative-Care-Bewegung wären zwei Wurzeln dafür.

Ein Problem haben wir mit einem zu weiten Spiritualitätsbegriff. Er soll gesellschaftlich einerseits von explizit religiösen Inhalten, wie auch von einem expliziten Transzendenzbezug, entkoppelt werden. Der Versuch einer gelungenen Definition von «Spiritualität» fand er bei A. Bucher von 2014, wonach Spiritualität ein «Verlangen nach oder eine Erfahrung von tiefer und sinnstiftender Verbundenheit mit etwas, das das eigene Ich übersteigt und dem Leben Sinn und Bedeutung gibt, ist.»

Es gäbe ein steigendes Bewusstsein um Spiritualität als Gesundheitsfaktor. Positive Zusammenhänge wären inzwischen vielfach empirisch bewiesen. Erklärungen dafür lassen sich im bps-Modell im Rahmen salutogenetischer Mechanismen finden.



Schaupp ermutigt und verpflichtet uns, spirituelle Faktoren in einer Anamnese dringend zu berücksichtigen! Der prophezeite Untergang der Religion (sog. Säkularisierungsthese) habe nicht stattgefunden. Faktisches Überleben von Religion und Religiosität, wenn auch in gewandelter Form. Es gäbe einen gewissen Niedergang institutionalisierter Religion. Andererseits einen Aufschwung neuer Formen bis hin in die Esoterik. Tiefere Gründe für diese Aktualität des Spirituellen wäre die Technisierung und Ökonomisierung der Lebenswelt. Verschwinden der traditionellen Religionen im individualisierten Alltag. Naturalisierung des Weltbildes der Wissenschaften.

Auf den Mikrokosmos des Krankenhauses bezogen bedeutet dies:

1. Institutionen werden für Menschen zu Lebensorten
2. Menschen in existentiellen Grenzsituationen provozieren auch spirituelle Fragen
3. Menschen fühlen sich abhängig und hilfsbedürftig
4. Konfessionelle Seelsorge ist für viele Menschen nicht mehr die erste und selbstverständliche Wahl

Der Mensch ist demnach als ein «lebendiges System» zu verstehen. Im bps-Modell können die spirituellen Bedürfnisse gut verortet und als Realität integriert werden. Das Selbsterleben des Menschen ist immer als real anzusiedeln.

Kritische Nachfrage: Ist Spiritualität als mentales und emotionales Ereignis in einem theoretischen Modell hinreichend beschreibbar? Schaupp: Ja. Keine Erweiterung des Menschenbildes ist dafür notwendig (vgl. Egger). Und Nein: Aus der Innenperspektive nicht als (inner-) psychisch-mentale Ereignisse verstehbar. Voraussetzung der Existenz einer geistig-spirituellen Wirklichkeit ausserhalb des Selbst. Es handelt sich um ein Phänomen einer Kommunikation des Selbst auf einer Ebene, die über jene von wissenschaftlich beschreibbaren biologisch-sozialen Zusammenhängen noch hinausgeht.

Fragen aus dem Publikum: Wie erklärt sich der Erfolg des naturalistischen und medizinischen Menschenbildes, wenn es seinen eigentlichen Anlagen, also dem Menschen als ganzheitlichem Wesen von Körper, Geist und Seele, gar nicht gerecht wird? Antwort Schaupp: «Weil man als Person damit nicht in die Pflicht genommen werden muss. Es kann an mir repariert werden, OHNE dass ich etwas in meinem Leben ändern muss».

Am Nachmittag des ersten Tages sprach auch **Prof. Dr. Michael Hubert** über «den Menschen im Schmerz». Er hat das bps-Modell auf seinen Fachbereich als Arzt und Anästhesiologe angewandt und fragt, ob das Modell seinem Anspruch auch in der konkreten Behandlung chronischer Schmerzphänomene gerecht geworden sei. Bei allen akut auftretenden Schmerzen helfen die klassischen Pharmazeutika zunächst. Bei einem chronischen Schmerz erfüllt die Schmerzempfindung seine Schutz- und Warnfunktion nicht mehr. Insgesamt ist eine zufriedenstellende Behandlung immer dann möglich, wenn wir den Entstehungsmechanismus kennen. Folglich gibt es KEINE zufriedenstellende Behandlung, wenn wir die Ursache nicht kennen. Dann erfolgt die Behandlung nur noch symptomatisch. Eine nichtzufriedenstellende Behandlung kommt aus Inkompetenz wegen fehlenden Wissens zustande.



SCHMERZ sei ein Puzzle. Je mehr wir die Ursachen verstehen, umso mehr Puzzleteile können wir finden. Hier gilt es alle Parallel-Ebenen des bps-Modells (Körper-Geist-Seele) zu erfragen. Chronischer Schmerz sei vielfältig und komplex. Bestehe aus einer zentralen Sensibilisierung im Rückenmark und Gehirn. Habe eine zentrale Plastizität und könne sich verschlimmern. Nicht ohne Grund gäbe es seit Jahren keine Neuzulassung für neue Analgetika. Und es wird auch niemals ein Medikament geben KÖNNEN, das alle Ebenen des Schmerzes behandelt!! Die medikamentöse Therapie reiche also in keinem Fall.

Die grössten Probleme mache eine Diagnose die lautet «Schmerz unklarer Ätiologie». Die Gefahr einer solchen Diagnose ist das vorschnelle Urteil, das die Patienten diskriminiert und in die Ecke der Hypochonder stellt. Es handelt sich um eine Verlegenheitsdiagnose einer unwissenden Ärzteschaft, welche ihr Unwissen auf den Patienten abwälzt.

Seine Untersuchungen in einem interdisziplinären Team – im Besonderen bei der Behandlung von Rückenschmerzen – habe ergeben, dass 60% aller Patienten nachweisbare psychologische Störungen hatten. Das Ineinandergreifen aller Ebenen des Menschen, gemäss bps-Modells, mache ein interdisziplinäres Team in der Behandlung nötig. Erfolge mit dieser Art der Behandlung (mit speziell geschultem Personal in bestimmten Einrichtungen welche er gründete), konnten nachgewiesen werden. Eine extrem hohe Behandlungszufriedenheit und nachweisliche Schmerzlinderung sei in den allermeisten Fällen erreicht werden! Dies würden auch Krankenkassen immer mehr anerkennen, denn eine solche Behandlung verhindere völlig überflüssige und diverse chirurgische Eingriffe.

Dr. Verena Wetzstein aus Freiburg wechselte mit ihrem Referat in den Bereich «der Mensch in der Demenz». Das Menschenbild, das wir in jedweder Behandlung und Betrachtung eines Menschen zugrunde legen, hat massgebliche Auswirkungen auf unseren Umgang – auch und gerade im Zusammenhang mit Demenz.

In ihrer Dissertation hat sie im Jahre 2000 alle Wortmeldungen zum Thema «Demenz» erforscht. Dort zeigte sich eine haarsträubende Häufigkeit folgender Begriffe und Schlagworte:

- Demenz als «Tod bei lebendigem Leib»
- Leben als «wandelnde Leiche»
- Demenzerkrankung als «menschenunwürdiges Siechtum»
- «Lieber tot – als lebendig sein», eine Aussage von Hans Küng
- ...



Der dementielle Prozess, der uns alle direkt betreffen kann betreffen wird, wurde in der Öffentlichkeit tabuisiert und die Betroffenen stigmatisiert. Faktisch liess man den Einzelnen damit allein. Jeder musste selbst seinen Weg finden. In den letzten 17 Jahren habe sich diesbezüglich einiges getan. Titel wie «Demenz – und das Leben geht weiter» (GEO), oder «Honig im Kopf» (Film) oder auch literarisch «Dement – aber nicht bescheuert» (Buch) weisen auf einen neuen Umgang hin.

Ist das Thema DEMENZ folglich in der Mitte der Gesellschaft angekommen? Frau Wetzstein hat eine These dazu entwickelt: Die negative Betrachtung des Themas habe seine Wurzeln in einem bestimmten Menschenbild. Wir kommen von daher nicht weiter, wenn wir uns nicht vertiefter mit den Grundlagen des Menschenbildes beschäftigen. Dieses vorherrschende und stark negative, fast schon dämonisierende Bild der Demenz, wie eingangs erwähnt, habe seine Wurzeln im Zeitgeist einer Leistungsgesellschaft. Demenzkranke seien alles nicht, was wir gerne seine wollen! Nämlich leistungsstark und kognitiv brillant. So wurden Demenzkranke als ein «Nicht Teil dieser Leistungsgesellschaft» angesehen. Das medizinische Konzept von Demenz brachte eine

- a. Pathologisierung
- b. Kognitives Paradigma
- c. Vernachlässigung der zweiten Hälfte der Erkrankung

Vor rund 30 Jahren hatte sich DIE GESELLSCHAFT – nicht etwa die Ärzte – entschieden, der Medizin den Auftrag gegeben, die Demenz in ihre Diagnoselisten aufzunehmen und sich darum zu kümmern.

Dadurch hatte die Medizin die absolute Vollmacht erhalten, Demenz zu deuten. Die Medizin kannte aber nur einen Zugang zur Demenz: Deren Pathologisierung.

Wenn man bedenkt, dass in Deutschland 1,4 Millionen Betroffene auf uns zukommen (Österreich 270000), kann ein Menschenbild, das Walter Jens 1996 formulierte, nicht wegweisend sein: «Ich glaube nicht, dass derjenige, der am Ende niemanden mehr von seinen nächsten Angehörigen erkennt, im Sinne des Humanen noch ein Mensch ist».

Rückbesinnung auf eine Anthropologie, die den Menschen als Körper-Seele-Geisteinheit sieht. Das medizinische Konzept einer Pathologisierung ist demnach ein komplett unzureichender Ansatz. Demenz ist im Kern ein BEZIEHUNGS-PROBLEM!

Ein Begriff der Menschenwürde, welche sich auf Gehirnfunktionen reduziert, ist da nicht haltbar. Die Würde ist demnach auch innerhalb einer Demenzerkrankung unantastbar. Alle Menschen haben eine unveräußerbare Menschenwürde. Dieser Grundsatz scheint in Gefahr.

Eine leib-seelische Einheit muss vor den kognitiven Fähigkeiten hochgehalten und hervorgehoben werden. Auch Demenz ist Leben in Beziehungen. Der Mensch kann sein Leben lang nur im VERHÄLTNIS zu anderen Menschen gedeutet und erfahren werden! Sichtbarwerden von Würde ist ein Geschehen, das ZWISCHEN Menschen geschieht. Ein Würdebegriff, der andere Menschen nicht miteinbezieht, sei von daher abzulehnen.

Neuansätze

1. Die Angehörigen und Zugehörigen von Demenzkranken brauchen eine besondere Fürsorge
2. Es braucht ein demenzfreundliches Umfeld
3. «Nothing about us without us»
4. Care-Fürsorge-Prinzip
5. Beziehungen zu Demenzkranken sind zu pflegen
6. Validation
7. Hospize
8.

Kritischer Input: Gerade die geforderte Beziehungsfähigkeit ist bei vielen Bürgern unterentwickelt.

*

Franziskanisches Menschenbild und Praxis

Der zweite Tag des Symposiums fand in den Räumlichkeiten des Franziskanerklosters Graz statt. Hier war ebenfalls der Hauptsaal zu Beginn mit Interessierten bis auf den letzten Platz gefüllt. Der Schwerpunkt des Tages stand unter dem Titel: «Franziskanisches Menschenbild und Praxis». Nach einem musikalischen und fotokünstlerischen Impuls zu Beginn, gab es zwei hochstehende Referate. Eines von Prof. P. Dr. Johannes-B. Freyer, der aus Rom angereist war, wie auch eines von Sr. Edith-Maria Magner OSF über den «Wandel der Franziskanischen Ordenskrankenhäuser in Deutschland» mit über 16000 Angestellten.

Freyer führte aus seinen wissenschaftlichen Forschungen heraus zu den sechs Säulen eines franziskanischen Menschenbildes, welches an Aktualität bis heute nichts eingebüsst habe. Im Gegenteil! Aus dem historischen Kontext heraus zeigte Freyer auf, in welcher Lebenssituation sich

der Ordensgründer Franziskus damals wiederfand! Aussätzige waren nicht nur biologisch, sondern auch sozial zum Tode verurteilt und abgesondert. Sie wurden aus der Gesellschaft ausgeschlossen und noch zu Lebzeiten mit einer Totenmesse bedacht. Danach waren sie ihrem Schicksal ausgeliefert. Franziskus selbst hegte grösste Abscheu ihnen gegenüber. Erst biografische Ereignisse, zu denen auch die Beteiligung an zwei Kriegen gehörte, führten zu einem vertieften Nachdenken über sein Leben und der christlichen Botschaft. Er änderte sein Leben radikal, verschenkte allen materiellen Besitz und wendete sich gerade den Armen und Aussätzigen zu. Dafür grundlegend war sein aus der Heiligen Schrift gewonnenes, und mystisch erfahrenes Gottes- und Menschenbild.

1. Geschöpflichkeit /Nacktheit des Menschen. Er kommt arm – infirm – in die Welt und geht genau so wieder aus der Welt. Seine Zerbrechlichkeit sei sein einziges Gut.
2. Abbildhaftigkeit. Christuszentriertheit
3. Ebenbildlichkeit /Beziehungsfähigkeit. Diese hat ihren Ursprung in der Trinität Gottes selbst
4. Einmaligkeit. Gottes Liebe zum KONKRETEN Menschen. ER suche den EINEN.
5. Dynamische Ontologie – eine Ontologie des Werdens (Dynamik des Seins)
6. Sünde und Schuld – Gottes Gerechtigkeit die sich gerade im ERBARMEN erweist

Freyer versteht das franziskanische Menschenbild als aktive Anfrage an unsere zeitgenössischen, mechanischen Menschenbilder. Wir müssen uns darüber verständigen, was der Mensch als Ganzes wirklich braucht und was er erfahren möchte. Eine umfassende, ganzheitliche Sicht auf den Menschen, die dessen Würde achtet, ist im franziskanischen Menschenbild zutiefst verankert.

Sr. Edith-Maria Magar, OSF, Generaloberin der Franziskanerinnen Deutschlands, berichtete über den 40jährigen Prozess, so dass nicht etwa ein Ende, sondern ein Wandel in der Organisation der franziskanischen Ordenskrankenhäuser möglich wurde. Sie zeigte eindrücklich auf, wie jede Leitung – egal in welcher Firma – mittels ihres Menschenbildes den ganzen Betrieb prägt! Es gehe also immer um die Frage, WAS die Führenden wollen und WIE es sich umsetzen lasse. Sie trafen vor 40 Jahren mit Weitblick gewisse Entscheidungen und arbeiteten bereits damals schon in weiser Voraussicht mit «Laien» zusammen. *Zentral wurde die Frage, wie eine überalternde religiöse Gemeinschaft ihre Kernanliegen und ihren Übergang aktiv umsetzen kann.* In ihrem Fall bedeutete dies die Frage danach «Wie wird eine pflegerische Spiritualität in Ordensspitälern an Mitarbeitende weitergegeben?» Die Rolle der Oberin spielte hierbei die Rolle einer «ethischen Garantin». Verbindend mit allen anderen Mitarbeitern war die gemeinsame Sorge um den kranken Menschen.

Ein geschichtlicher Rückblick zeigte, dass zwischen gelebter Spiritualität und Professionalität im christlich zu prägenden Management ein grosser Graben lag. In den 80ziger Jahren war der Orden den ökonomischen Fragen nicht gewachsen. Es gab eine Diskrepanz zwischen dem, wie eine Oberin zu sein habe: *Entweder fromm ODER professionell agierend.* Was sie dann einleiteten war ein intensiver Prozess in welchem auf Führungsebene 10 Expertinnen während 2 Jahren eine professionelle Managementausbildung erhielten und danach ihre Teams leiteten. Sie selbst, ordensintern, besannen sich auf ihre Führungsverantwortung und zogen sich aus dem «Basisgeschehen» zurück. Sie wurden sich ihrer übergeordneten Rolle bewusst! Sie, als Besitzerinnen der Spitäler, konnten sagen, WIE sie ihre Pflege und Betreuung ausgerichtet haben wollten. Es ging um ein bewusstes Führen und Gestalten und ein Ernstnehmen ihres christlichen Erbes zugunsten der kranken Menschen!

Ergebnis war eine Kulturveränderung, wo sie als leitende Gemeinschaft nicht zum Prellbock, sondern zu wertestiftenden Konzept für alle wurden.

Lernfelder waren

1. Soziale Kompetenzen erwerben (Selbst-und Fremdbild)
2. Verhaltens- und Sprachkultur
3. Emotionale Qualität
4. Kommunikation und Transparenz
5. Prozesscontrolling
6. Anforderungsprofile «Führung»
7. Betroffene beteiligen >> Zielfindungsprozesse
8. Keine Massnahmen ohne Diagnose
9. Keine Diagnosen ohne Massnahmen
10. Orientierung am Kranken
11. Mut zum Risiko (Zeichen setzen gemäss Menschenbild und z.B. auf Schönheitschirurgie zugunsten von Palliativpflege verzichten)
12. In Alternativen denken (statt Hochglanzleitbildern, die hochgelobt – belächelt – und abgelocht würden, realistische Leitbilder die überprüfbar sind)
13. Dinge auslaufen lassen, die keine Zukunft haben
14. Ex ante statt ex post = Agieren statt reagieren
15. Sich der gesellschaftlichen Verantwortung stellen
16. Identifikation mit dem Leitbild geht über PERSON

Führungskompetenz und christliches Selbstbewusstsein lassen sich verbinden!

- Berufliche Führungskompetenz und persönlich christliche Identität lässt sich in einem inneren Zusammenhang bringen
- Führungstätigkeit aus dem Glauben reflektieren, kreativ gestalten und als caritativen und kirchlichen Auftrag verstehen
- Theologisches Wissen und spirituelle Erfahrung kommunikativ vermitteln und an den Wertediskussionen kompetent teilnehmen
- Durch geeignete Impulse eine christliche Atmosphäre innerhalb der Einrichtung gestalten

Eine christliche Einrichtung heutzutage?

Ja. Gemäss überprüfbarer Kernanliegen

- A. Martyria = Spürt man im Haus etwas von der christlichen frohen Botschaft?
- B. Liturgia = Eröffnen wir im Haus Erfahrungs- und Feierräume für eine heilsame Gottesnähe?
- C. Koinonia = Leben und arbeiten wir im Haus miteinander in solidarischer Gemeinschaft?
- D. Diakonia = Sind wir für die Kranken spürbar da?

All diese Kriterien lassen sich überprüfen. Und werden überprüft.

Interessant war der Hinweis, dass sie einen «Karibikraum für Demenzkranke» erschaffen haben! Dies nach strenger Validierung wie sie Demenzerkrankten eine spürbare positive Erinnerung und wohltuende Stimmung vermitteln könnten. Dafür wurde ein Raum mit Meeres- und Windrauschen, grossen Tapeten von Stränden, Liegen und einer besonderen UV-Lampe eingerichtet. Der Raum darf nur mit Sonnenbrille und entsprechender Kleidung betreten werden und erfreut sich grosser Beliebtheit! Das wohltuende Ambiente würde nachweislich zur Beruhigung und Entspannung der Patienten beitragen.

*

Der Nachmittag des 21.9.2017 bot insgesamt sechs **Workshops** an, wo sich InteressentInnen gemäss Neigung einfinden konnten.

Der Workshop «Genug ist genug! Assistierter Suizid in der Schweiz», von Sabine Zraggen geleitet, erfreute sich überdurchschnittlichen Interesses, was in Anbetracht der komplett anderen Gesetzeslage in Österreich (ähnlich wie in Deutschland), wo Suizidbeihilfe nach wie vor verboten ist, nicht zu erwarten war.



Nach der gesetzlichen Grundlegung über Suizidbeihilfe in der Schweiz, die durch verschiedene Organisationen und Hausärzten angeboten wird und nicht strafrechtlich verfolgt wird; gab es eine konkrete «Fallbesprechung» von mir. Darin wurde ausgeführt, dass sich eine Ausweitung auf Suizidwillige mit psychiatrische Erkrankungen nicht verhindern lasse, weil das menschliche Leiden und Erleiden subjektiv sei. Somit drängten nun auch Menschen mit seelischen Krankheiten zu den entsprechenden Organisationen! Die Tatsache, dass wir im Jahr 2016 bereits über 1000 Menschen diese fragliche Hilfe gewährten (Tendenz ist seit 10 Jahren stark steigend), führte zu einem Raunen unter den zahlreichen Hörerinnen und Hörern. Der Workshop stellte sich alsdenn folgende Fragen:

- Was kann Suizidwilligen therapeutisch/menschlich entgegengehalten werden?
- Hat Leiden wirklich keinen Sinn?
- Kann diesen «Sinn» wirklich nur jeder selbst für sich ausfindig machen?
- Ist Leidensfähigkeit nicht auch ein gesamtgesellschaftliches Gut, das nächsten Generationen mitgegeben werden sollte?
- Ist ein «Leben ohne Leiden» eine Vision und Option?
- Gibt es eine unsterbliche Seele?
- Gibt es Autonomie? Und falls ja, in welcher Hinsicht?
- Ist ein (mit einer gesetzlich legitimierten Organisation) organisierter Suizid gleich «gut» oder «schlecht» wie ein persönlicher Suizid ohne Hilfe?
- Ist die natürliche Hemmschwelle (also keine organisierbaren Mittel zur Verfügung zu haben) nicht auch ein Lebensschutz?
- Unser Gesundheitssystem steht auf den Säulen, dass Leben besser ist als frühzeitig und durch Selbstmord zu sterben. Was ist mit den psychischen Leiden, sind diese nicht ebenso schlimm wie Tumorschmerzen oder andere schwere Erkrankungen?
- Soll sich jeder organisiert umbringen können und das Gift vom Doktor erhalten dürfen?
- Ist der Kostendruck nicht eine Gefahr, dass sich Alte und psychisch/chronisch Kranke nicht kostensparend lieber «früher» umbringen sollen?

Eine lebhafteste Diskussion schloss sich an diese Impulsfragen an. Es zeigte sich, dass **das Unwissen** und **die Unsicherheit** über das Sterben im Allgemeinen, das **Bedürfnis nach organisierter Sicherheit** auch im Sterben verstärkt. Personal aus dem Hospizbereich schilderte, dass bei einer guten Pflege der Wunsch nach aktive Suizidhilfe fast gar nicht auftaucht. Und wenn der Gedanke kommt, er bei guter Betreuung auch wieder geht.

Sabine Zraggen am 23.9.2017

Die Zusammenstellung erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit. Auch inhaltlich kann nicht garantiert werden, dass ich alles im Sinne der Autoren und Referenten richtig und umfassend verstanden und dargestellt habe. Von daher empfiehlt sich eine Vertiefung in die angegebene Literatur.