

„Sterben ist gesund“

Zum lebensfreundlichen Umgang mit der eigenen Endlichkeit

Dr. Heinz Rüegger

Pro Senectute Appenzell Ausserrhoden
Teufen, 11. November 2024





Menschen sind sterblich

- Menschen sind sterblich – nicht erst am Lebensende, sondern von Anfang an.
Das ist kein Makel.
Das gehört zu unserem Wesen, zu unserer Natur.
- Menschliches Leben als „Sein zum Tode“ (Martin Heidegger).
Altern als „Werden zu sich selbst im Vergehen“ (Thomas Rentsch).
- Unvorstellbar der Gedanke, Menschen wären unsterblich!

Sterblichkeit als Problem


- **Ambivalenz der Sterblichkeit:** seit Urzeiten haben Menschen ein Problem damit.
- Beispiel: babylonisches Gilgamesch-Epos (wahrscheinlich bis 24. Jh. v.Chr.)
- Unsterblichkeit als exklusive Charakteristik der Götter; zum Menschen gehört die Sterblichkeit.





Medikalisierung des Sterbens

- Lange Zeit war Sterben fremdverfügtes Widerfahrnis
 - durch Schicksal
 - durch Gott, den Herrn über Leben und Tod
 - durch Natur
 - > angemessene Haltung: annehmen
- Aufkommen der naturwissenschaftlichen Medizin: Sterben ist grundsätzlich manipulierbar
 - > angemessene Haltung: entscheiden und intervenieren

- 
- Sterben fällt in den Zuständigkeitsbereich von Medizin. Medizin sieht ihre Aufgabe darin, den Tod zu verhindern.
 - > **Sterben wird**
 - zu etwas **Pathologischem**, das nicht sein sollte,
 - zu etwas zu Therapierendem,
 - zu einer Angelegenheit von medizinischen Experten.
 - Folge:
 - Angst vieler Menschen, Medizin lasse einen zu gegebener Zeit nicht mehr sterben.
 - Gefühl der Fremdbestimmung im Sterben durch die Eigenlogik des medizinischen Systems.
 - > **Ruf nach dem 'Recht auf den eigenen Tod'**



Korrektur durch Palliative Care

- Interdisziplinärer Ansatz der Linderung von Leiden (physisch, psychisch, sozial, spirituell) und Förderung von Lebensqualität bei nicht heilbarer Krankheit:
 - > Palliation statt Kuration
 - > **Sterben wird als Teil des Lebens akzeptiert:** weder bekämpft noch beschleunigt.
 - > Aufgabe der Medizin/Pflege: 'gutes' Sterben erleichtern

Lancet Bericht 2022

- Report of the Lancet Commission on the Value of Death: bringing death back into life

(The Lancet, vol. 399, February 26, 2022, pp. 837-884)

The Lancet Commissions

Report of the Lancet Commission on the Value of Death: bringing death back into life

Libby Sullivan, Richard Smith, Sam H Ahmedzi, Afshan Bhadelia, Charlotte Charnberton, Yali Cong, Brett Dobie, Luckson Dulle, Robin Durie, Eric A Frankfort, Sam Gajjar, Melissa Hickson, Bettina S Hoekse, Alvin Kelleher, Gula Elzingari, Felicia Maria Fozard, Scott A Murray, Julia Neuberger, Scarnus O Mahony, M R Rappagood, Sarah Russell, Erika Saz, Katherine E Sherman, Sheldan Solomon, Anu Taylor, Mpho Tutu van Furth, Katrina Wyatt, on behalf of the Lancet Commission on the Value of Death*

Executive summary

The story of dying in the 21st century is a story of paradox. While many people are overtreated in hospitals with families and communities relegated to the margins, still more remain undertreated, dying of preventable conditions and without access to basic pain relief. The unbalanced and contradictory picture of death and dying is the basis for this Commission.

How people die has changed radically over recent generations. Death comes later in life for many and dying is often prolonged. Death and dying have moved from a family and community setting to primarily the domain of health systems. Futile or potentially inappropriate treatment can continue into the last hours of life. The roles of families and communities have receded as death and dying have become unfamiliar and skills, traditions, and knowledge are lost. Death and dying have become unbalanced in high-income countries, and increasingly in low-and-middle-income countries; there is an excessive focus on clinical interventions at the end of life, to the detriment of broader inputs and contributions.

The COVID-19 pandemic has meant that death is prominent in daily media reports and health systems have been overwhelmed. People have died the ultimate medicalised deaths, often alone but for masked staff in hospitals and intensive care units, unable to communicate with family except electronically. This situation has further fuelled the fear of death, reinforcing the idea of health-care services as the custodian of death.

Climate change, the COVID-19 pandemic, environmental destruction, and attitudes to death in high-income countries have similar roots—our delusion that we are in control of, and not part of, nature. Large sums are being invested to dramatically extend life, even achieve immortality for a small minority in a world that struggles to support its current population. Health care and individuals appear to struggle to accept the inevitability of death.

Philosophers and theologians from around the globe have recognised the value that death holds for human life. Death and life are bound together: without death there would be no life. Death allows new ideas and new ways. Death also reminds us of our fragility and sameness: we all die. Caring for the dying is a gift, as some philosophers and many carers, both lay and professional, have recognised. Much of the value of death is no longer recognised in the modern world, but

rediscovering this value can help care at the end of life and enhance living.

Treatment in the last months of life is costly and a cause of families falling into poverty in countries without universal health coverage. In high-income countries between 8% and 11·2% of annual health expenditure for the entire population is spent on the less than 1% who die in that year. Some of this high expenditure is justified, but there is evidence that patients and health professionals hope for better outcomes than are likely, meaning treatment that is intended to be curative often continues for too long.

Conversations about death and dying can be difficult. Doctors, patients, or family members may find it easier to avoid them altogether and continue treatment, leading to inappropriate treatment at the end of life. Palliative care can provide better outcomes for patients and carers at the end of life, leading to improved quality of life, often at a lower cost, but attempts to influence mainstream health-care services have had limited success and palliative care broadly remains a service-based response to this social concern.

Rebalancing death and dying will depend on changes across death systems—the many inter-related social, cultural, economic, religious, and political factors that determine how death, dying, and bereavement are understood, experienced, and managed. A reductionist, linear approach that fails to recognise the complexity of the death system will not achieve the rebalancing needed. Just as they have during the COVID-19 pandemic, the disadvantaged and powerless suffer most from the imbalance in care when dying and grieving. Income, education, gender, race, ethnicity, sexual orientation, and other factors influence how much people suffer in death systems and the capacity they possess to change them.

Radically reimagining a better system for death and dying, the Lancet Commission on the Value of Death has set out the five principles of a realistic utopia: a new vision of how death and dying could be. The five principles are the social determinants of death, dying and grieving are tackled; dying is understood to be a relational and spiritual process rather than simply a physiological event; networks of care lead support for people dying, caring, and grieving; conversations and stories about everyday death, dying, and grief become common; and death is recognised as having value.

Systems are constantly changing, and many programmes are underway that encourage the rebalancing



Published Online
January 31, 2022

[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(22\)00214-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(22)00214-X)

See Online/Comment

[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(22\)00214-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(22)00214-X)

See Online/Perpectives

[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(22\)00214-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(22)00214-X)

Writing Team and Contributors are listed at the end of this report.

*Chatterjee's Imagic, London, UK; Sullivan PhD, UK

Health Alliance on Climate Change, London, UK

St George's Hospital, University of Sheffield, Sheffield, UK

Prof Emerita, St John's Hospital, Harlow, Essex, UK

Harvard T H Chan School of Public Health, Boston, MA, USA

PhD, Medical School, Bristol, UK

Chatterjee PhD, Peking University Health Science Centre, Beijing, China

Prof Cong PhD, Duke-NUS Medical School, Singapore

Eric A Frankfort PhD, University of Missouri, St Louis, MO, USA

Malawi, U, Dallas PhD, University of Eastern, Essex, UK

PhD, University of Liverpool, UK

Chatterjee PhD, Hospital, London, UK

PhD, University of Bergen, Bergen, Norway

PhD, University of Tromsø, Tromsø, Norway

PhD, University of Vermont, Burlington, VT, USA

PhD, University of Warwick, Coventry, UK

PhD, University of Cambridge, Cambridge, UK

PhD, University of Cambridge, Cambridge, UK

PhD, University of Cambridge, Cambridge, UK

PhD, University of Cambridge, Cambridge, UK

PhD, University of Cambridge, Cambridge, UK

PhD, University of Cambridge, Cambridge, UK

PhD, University of Cambridge, Cambridge, UK

PhD, University of Cambridge, Cambridge, UK

PhD, University of Cambridge, Cambridge, UK

PhD, University of Cambridge, Cambridge, UK

PhD, University of Cambridge, Cambridge, UK

PhD, University of Cambridge, Cambridge, UK

PhD, University of Cambridge, Cambridge, UK

PhD, University of Cambridge, Cambridge, UK

PhD, University of Cambridge, Cambridge, UK

PhD, University of Cambridge, Cambridge, UK

PhD, University of Cambridge, Cambridge, UK

PhD, University of Cambridge, Cambridge, UK

PhD, University of Cambridge, Cambridge, UK

PhD, University of Cambridge, Cambridge, UK

PhD, University of Cambridge, Cambridge, UK

PhD, University of Cambridge, Cambridge, UK

PhD, University of Cambridge, Cambridge, UK

PhD, University of Cambridge, Cambridge, UK

PhD, University of Cambridge, Cambridge, UK

PhD, University of Cambridge, Cambridge, UK

PhD, University of Cambridge, Cambridge, UK

PhD, University of Cambridge, Cambridge, UK

PhD, University of Cambridge, Cambridge, UK

PhD, University of Cambridge, Cambridge, UK

PhD, University of Cambridge, Cambridge, UK

PhD, University of Cambridge, Cambridge, UK

PhD, University of Cambridge, Cambridge, UK

PhD, University of Cambridge, Cambridge, UK

PhD, University of Cambridge, Cambridge, UK

PhD, University of Cambridge, Cambridge, UK

PhD, University of Cambridge, Cambridge, UK

www.thelancet.com Published online January 31, 2022 [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(22\)00214-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(22)00214-X)

1



- **Zentrale Aspekte dieses Lancet Reports:**

- Sterben ist gesund, ist Teil eines gesunden Alterns.
- Sterben ist ein natürlicher Teil des Lebens.
- Tod und Sterben sind nicht nur normal, sondern wertvoll.
- Mensch sein heisst, die eigene Sterblichkeit annehmen.
- Sterben und Tod sind zu einseitig zu Aufgaben der Medizin und des Gesundheitswesens gemacht worden.
- Sie sind wieder zu verstehen als ganzheitliches (nicht nur biologisches, sondern auch psychologisches, soziales, spirituelles) Geschehen.
- Zur Begleitung des Sterbens braucht es nicht nur medizinische Fachkompetenz, sondern menschliche Beziehungsnetze.



„...dass sterben gesund sei“

- Sterben als Teil eines gesunden Alternsprozesses
 - > nicht pathologisch!
 - > sterben als etwas Sinnvolles, zu Bejahendes, Natürliches, ‘Gesundes’
- „Gesundheit ist letztlich nicht die Abwesenheit von Schmerzen und Störungen, von Endlichkeit und Sterblichkeit, sondern die Kraft, *mit* ihnen zu leben.“
(Thomas Rentsch)
- = Anliegen von Palliative Care: *to bring death back into life*

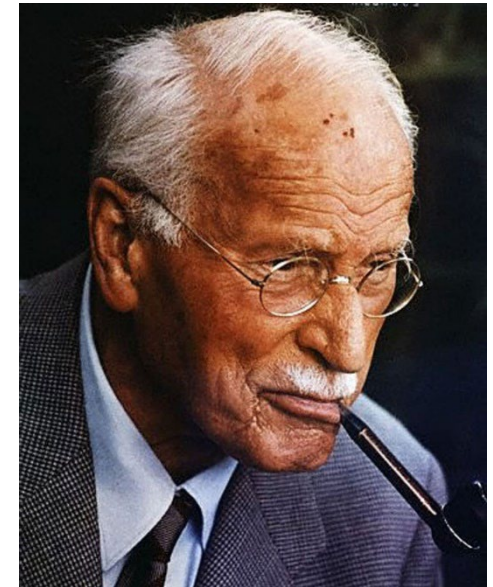


Tod als etwas Wertvolles

- **Wert des Todes:**
 - den Jungen Platz machen
 - Herausforderung, einen humanen Umgang mit Verletzlichkeit zu entwickeln
 - Bedeutung gegenseitiger Abhängigkeit und Solidarität
 - Entwicklung beinhaltet immer Altes loslassen und Neues kommen lassen
 - Förderung von Demut und Bescheidenheit: es geht auch ohne uns, wir sind nicht unersetzlich!
 - kosmische Ordnung von Werden und Vergehen

- Wertschätzung des Todes als etwas zum Leben sinnvoll Dazugehörendes:

C.G.Jung: «Ich bin als Arzt überzeugt, dass es sozusagen hygienischer ist, im Tod ein Ziel zu erblicken, nach dem gestrebt werden sollte, und dass das Sträuben dagegen etwas Ungesundes und Abnormes ist, denn es beraubt die zweite Lebenshälfte ihres Zieles.»





Selbstbestimmtes Sterben

- Möglichkeiten medizinischer Lebensverlängerung > heute geschieht Sterben mehrheitlich nicht einfach 'von selbst' oder 'von Natur aus', sondern hängt von Entscheidungen ab (medizinische Lebensende-Entscheidungen):
 - wie lange gegen den Tod ankämpfen?
 - wann den Tod zulassen?
- > **selbstbestimmtes Sterben ist heute der Normalfall**
- > beinhaltet Freiheit, Selbstverantwortung *und* Zumutung des Entscheidens (allenfalls auch Überforderung!)



- **Entscheidung über den sinnvollen Zeitpunkt des Sterbens**

- **Daniel Callahan:** «Bei jeder schweren Erkrankung – ganz besonders bei alten Menschen - sollte die Frage gestellt werden: Kann diese Erkrankung die tödliche sein oder sollte man ihr *erlauben*, tödlich zu sein? Wenn ja, sollte das Bemühen um einen friedlichen Tod wichtiger werden als der Kampf um Heilung.»





Aspekte gesunden/guten Sterbens

- Damit Sterben möglichst 'gut' / 'gesund' durchlebt werden kann, gilt es unterschiedliche Bedürfnisse ernstzunehmen:
 - Linderung körperlicher und seelischer Schmerzen
 - Auseinandersetzung mit philosophischen Sinnfragen
 - spirituelle Vergewisserung der Lebensfundamente
 - psychisches Finden von Trost und Resilienz
 - Eingebundensein in tragende, solidarische Beziehungen
- > Sterben als gesamt menschlichen Vorgang ernstnehmen



Sterben lernen – leben lernen

- Alte Einsicht der antiken Philosophie: Man muss ein Leben lang leben und sterben lernen.
 - «Wer nicht sterben will, hat eigentlich auch nicht leben wollen.» (Seneca)
 - «Philosopher c'est apprendre à mourir.» (Michel de Montaigne)
- Todesgedenken (*memento mori*) kann zu intensiverem Auskosten des Lebens führen (*carpe diem*).

- **Verena Kast:** «Je akzeptierter wir den Tod in das eigene Lebenskonzept einbauen, desto lebendiger vermögen wir das Leben zu leben.»

> abschiedlich leben lernen

- In dieser Hinsicht ist Sterben etwas Gesundes und ein wertvoller Aspekt unseres Lebens, den wir ernstnehmen und würdigen sollten.



Danke für Ihre Aufmerksamkeit

Dr. Heinz Rüegger
Im Ahorn 24 | CH-8125 Zollikerberg

h.rueegger@outlook.com
www.heinz-rueegger.ch

