

Palliative Care – Möglichkeiten und Grenzen aus sozialetischer Sicht

Markus Zimmermann-Acklin

1 Palliative Care als Thema der Ethik

Die Ethik beschäftigt sich auf zweierlei Weise mit Palliative Care.¹ Zum einen im Sinne einer Ethik *der* Palliative Care, insoweit Palliative Care als gesellschaftliche Bewegung in den Blick genommen wird, zum andern im Sinne einer Ethik *in der* Palliative Care, insoweit es um schwierige Entscheidungen geht, die bei der praktischen Umsetzung konkret zu fällen sind.

1.1 Ethik der Palliative Care

Gemäss den im Rahmen der Schweizer Nationalen Strategie Palliative Care 2010–2012² erarbeiteten «Nationalen Leitlinien» umfasst Palliative Care die Betreuung und Behandlung von Menschen mit unheilbaren, lebensbedrohlichen und/oder chronisch fortschreitenden Krankheiten.³ Sie soll vorausschauend einbezogen werden, wobei es um die Gewährleistung einer den Umständen angemessenen optimalen Lebensqualität bis zum Tod und eine Begleitung der nahestehenden Bezugspersonen gehen soll. Um diese Ziele zu ermöglichen, sei die Schaffung entsprechender Versorgungsstrukturen anzustreben, die es erst ermöglichten, Palliative Care vorausschauend und rechtzeitig einzubeziehen.

Dieses Selbstverständnis und die daraus folgenden Zielsetzungen machen deutlich, dass es sich bei Palliative Care nicht nur um eine bestimmte medizinische Expertise handelt, sondern um eine gesellschaftliche Bewegung, die

1 Vgl. *ten Have/Clark*, Ethics; *Siegmann-Würth*, Ethik; *Monteverde*, Ethik.

2 Vgl. BAG/GDK, Strategie.

3 Vgl. BAG/GDK, Leitlinien 8.

sich mit dem menschlichen Zusammenleben beschäftigt und eine Verbesserung der Situation besonders vulnerabler Gruppen zum Ziel hat. *Care* meint Sorge, Fürsorge, Anteilnahme, Empathie, Wohltun und ist hier aus Sicht der Ethik als Grundhaltung oder Tugend genauso wie als Prinzip zur Begründung eines moralischen Anspruchs auf Fürsorge in bestimmten Situationen von Bedeutung. Gleichzeitig ist *Care* als Grundhaltung auch aus Sicht einer christlichen Ethik ein wichtiges Orientierungsmerkmal, insofern Nächstenliebe und Barmherzigkeit («Compassion» bei Johann Baptist Metz)⁴ als zentrale Grundhaltungen des christlichen Ethos gelten.⁵ In den «Nationalen Leitlinien» werden als Grundwerte der Palliative Care die Selbstbestimmung, Würde und Akzeptanz von Krankheit, Sterben und Tod als Bestandteile des Lebens hervorgehoben, womit ebenfalls sowohl Haltungen als auch moralische Rechte integriert werden.⁶

Das Sterben ist in den letzten Jahren zu einem eigenständigen Lebensabschnitt geworden. Das gilt sowohl hinsichtlich der gesellschaftlichen Wahrnehmung als auch der Institutionalisierung, Professionalisierung und Ökonomisierung der letzten Lebensphase, die beispielsweise in der Thanatosoziologie untersucht wird.⁷ Neue Institutionen wie Hospize, Palliative-Care-Einrichtungen, aber auch Sterbehilfeorganisationen entstehen, die sich gezielt mit den Bedürfnissen von Menschen in der letzten Lebensphase befassen. Die hohen Kosten für die Gesundheitsversorgung in den letzten Lebenswochen deuten auf die ebenfalls eine Rolle spielenden ökonomischen Aspekte hin. Wenn in den Nationalen Leitlinien unter den Prinzipien zur Erbringung der Palliative Care neben der Gleichbehandlung aller Menschen die interprofessionelle Vernetzung, eine angemessene Kommunikation, die Unterstützung von Entscheidungsprozessen und der Einbezug des persönlichen Umfelds gefordert werden,⁸ dann wird deutlich, dass sich die Palliative-Care-Bewegung hinsichtlich der Verteilungskonflikte zugunsten eines egalitären, auf der Achtung der Menschenwürde basierenden Verständnisses engagiert. Angesichts der Kostenent-

4 Vgl. Metz, Compassion.

5 Vgl. Siegmann-Würth, Ethik 47–73.

6 Vgl. BAG/GDK, Leitlinien 9.

7 Vgl. Dresske, Herstellung; kürzlich wurde z. B. die «Société d'études thanatologiques de Suisse romande» gegründet; vgl. kritisch zu den Veränderungen Gronemeyer, Sterben.

8 Vgl. BAG/GDK, Leitlinien 11.

wicklung und der in den nächsten Jahren aufgrund der demografischen Entwicklung zunehmenden Sterbefälle⁹ dürften diese Verteilungsfragen wichtiger werden und die gesellschaftspolitischen Debatten prägen.

1.2 Ethik in der Palliative Care

Die Ethik *in der* Palliative Care ist ebenso vielfältig, insofern sich in der alltäglichen Praxis nicht selten schwierige ethische Entscheidungen ergeben, namentlich am Lebensende der Patientinnen und Patienten. Zwei Themen werden gegenwärtig besonders diskutiert: Zum einen die Frage, ob und, wenn ja, inwiefern Palliative Care und die Beihilfe zum Suizid einander ausschliessen. Hier zeigt sich die Tendenz, beide nicht mehr alternativ einander gegenüberzustellen, sondern als sich ergänzende Konzepte zu interpretieren, die teilweise auf ähnlichen Werthaltungen beruhen.¹⁰ Zum andern die Frage, wie die z. B. in der Onkologie verbreitete Praxis der palliativen Sedierung zu beurteilen sei. Bei der palliativen Sedierung, je nach Umständen auch kontinuierliche oder terminale Sedation genannt, geht es um eine Form der Symptomkontrolle auf dem Weg einer Bewusstseinseinschränkung durch Schlafmittel, also eine künstlich herbeigeführte Bewusstlosigkeit. Diese kann in Extremsituationen unerträglichen Leidens am Lebensende einem Schwerkranken oder Sterbenden Erleichterung verschaffen. Je nachdem, wann eine solche eingeleitet wird, ob sie definitiv ist, ob unterstützende Massnahmen wie die künstliche Beatmung oder die künstliche Ernährung eingestellt werden, gerät eine solche Handlung in die Nähe umstrittener Sterbehilfeentscheide.¹¹ Entsprechend breit werden die Diskussionen geführt, wobei den medizinisch-ethischen Richtlinien der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW) eine wichtige Rolle zukommt.¹²

9 Der Bundesrat betont diese Entwicklung insbesondere im Zusammenhang mit der umstrittenen Neuregelung der Suizidbeihilfe, vgl. *Bericht des Bundesrates*, Palliative Care.

10 Vgl. *Hurst/Mauron*, Ethics; *Gudat-Keller*, Suizidwunsch. Auf Probleme in der klinischen Praxis aufmerksam machen: *Pereira u. a.*, Response.

11 Vgl. *Weixler*, Sedierung. In den Niederlanden wurde 2005 in über 7 Prozent aller Todesfälle eine «kontinuierliche tiefe Sedation» angewendet, wobei fast alle Betroffenen (94 Prozent) innerhalb einer Woche verstarben, vgl. *Rietjens u. a.*, Sedation.

12 Vgl. zur ethischen Einschätzung der palliativen Sedation: *SAMW*, Palliative Care 15 f.

2 Zum Selbstverständnis der Palliative Care-Bewegung

Entstanden ist die Palliative-Care-Bewegung in kritischer Auseinandersetzung mit Fehlentwicklungen in der Gesundheitsversorgung und der Gesellschaft insgesamt, die sich mit Begriffen wie Fragmentierung, Individualisierung, Medikalisierung, Spezialisierung und Ökonomisierung andeuten lassen. Zu ihren Quellen zählen neben der Hospizbewegung mit ihrer neuen Aufmerksamkeit für die Schmerztherapie und das menschenwürdige Sterben¹³ massgeblich die Psychosomatik bzw. die bio-psycho-soziale Medizin¹⁴ und neuere spirituelle Bewegungen, die z. B. im Rahmen der New Age-Bewegung¹⁵ Orientierung an einem ganzheitlichen Leben suchen.

Einer Medizin und Pflege, die sich einseitig als Reparaturwerkstatt für ausgefallene Körperfunktionen versteht, und Krankenhäusern, die von ihren Patienten Anpassung verlangen, um einen möglichst reibungslos funktionierenden Betrieb zu ermöglichen, stellt die Palliative-Care-Bewegung in Anknüpfung an das Ideal einer bio-psycho-sozialen Medizin ein alternatives, ganzheitliches Modell entgegen, das um die Dimension der Spiritualität erweitert wurde. Entgegen der Behauptung, Palliative Care gehe es um die Etablierung einer neuen medizinischen Teildisziplin – die durch Bestrebungen, einen neuen Facharzt und Lehrstühle zu etablieren, unterstützt wird – geht es im Kern der Palliative-Care-Bewegung um einen umfassenden Betreuungsansatz, letztlich ein neues Verständnis der Medizin als Ganzer.¹⁶ Insofern ist Palliative Care zu einem guten Teil eine Protestbewegung, die ihr Profil in Auseinandersetzung mit Missständen und Einseitigkeiten einer nur biomedizinisch verstandenen Medizin und Gesundheitsversorgung entwickelt hat.

Da sich die kritisierten Entwicklungen gegenwärtig behaupten, wirkt eine allzu reibungslose Integration von Palliative Care in ein modernes Akutspital relativ verdächtig: Insofern im Zentrum der Patient oder die Patientin mit ihren Eigenheiten und nicht die Prozessoptimierung steht, stört Palliative Care vielmehr reibungslose Abläufe; die Idee interdisziplinärer Teamarbeit bringt klare Zuständigkeiten durcheinander und stellt steile Hierarchien infrage; die Anerkennung von Krankheit, Leiden und Sterben schliesslich

13 Vgl. *Saunders*, Hospiz.

14 Vgl. *Uexküll/Wesiack*, Integrierte Medizin.

15 Vgl. *Knoblauch*, Populäre Religion 100–119.

16 Vgl. *Kunz*, Palliative Care.

kontrastiert die in der Akutmedizin (u. a. bei den Patientinnen und Patienten) verbreitete Einstellung der Machbarkeit.

Die kritisierten Fragmentierungserscheinungen sind nicht neu. Bereits vor einhundert Jahren schrieb Rainer Maria Rilke angesichts des fabrikmässigen Sterbens im Pariser Hôtel Dieu:

«Voilà, votre mort, monsieur. Man stirbt, wie es gerade kommt; man stirbt den Tod, der zu der Krankheit gehört, die man hat (denn seit man alle Krankheiten kennt, weiß man auch, dass die verschiedenen letalen Abschlüsse zu den Krankheiten gehören und nicht zu den Menschen; und der Kranke hat sozusagen nichts zu tun).»¹⁷

Beispiele, die belegen, dass sich die kritisierten Fragmentierungserscheinungen im Bereich der Gesundheitsversorgung auch heute behaupten, lassen sich viele benennen. Wie im Grundriss eines modernen Universitätsspitals architektonisch erkennbar, besteht in der Medizin seit Jahren ein Trend zur Spezialisierung: Im Bereich der Inneren Medizin beispielsweise sind in den USA inzwischen zwanzig Unterdisziplinen anerkannt, eine davon ist notabene die Palliative Care.¹⁸ Sucht man im Universitätsspital Zürich nach Palliative Care, findet sich neben einem Kompetenzzentrum in Pädiatrischer Palliative Care zwar eine *interdisziplinäre* Einheit, die allerdings im Bereich der Radio-Onkologie angesiedelt ist und ausschliesslich die Onkologie umfasst.

Der Molekularbiologe Jens Reich konstatierte unlängst in einem Artikel, die Medizin habe auf die Fragen nach dem Altern, dem unvollkommenen Körper und dem Tod noch keine Antworten gefunden. Veränderungen der Medizin beschreibt er folgendermassen:

«Die Medizin entwickelt sich zur biologischen Steuerungstechnik. Die Medizin befindet sich in einem epochalen Umbruch. Sie entwickelt sich immer weiter fort von den Methoden und Konzepten ihrer Ursprungszeit hin zum genomisch-zellbiologischen Paradigma und zur elektronischen Steuerungstechnik. Mikro- und Nanoverfahren mit maßgeschneiderten Wirkstoffen ersetzen die grobschlächtigen Methoden der älteren Therapie.»¹⁹

An die Stelle einer personalen Medizin tritt offensichtlich eine elektronische Steuerungstechnik. Ist vom Tod die Rede, so geht es ausschliesslich um die Erkundung des Zelltods.

17 Rilke, Aufzeichnungen 12 f.

18 Vgl. Cassel u. a., Specialization.

19 Reich, Leben 38.

Ein letztes Beispiel bieten die Auseinandersetzungen um die Einführung des neuen Vergütungssystems nach Fallpauschalen (SwissDRG = Swiss Diagnosis Related Groups), das 2012 in Schweizer Akutspitälern eingeführt wurde und als ein Symptom der Ökonomisierung des Gesundheitswesens verstanden werden kann.²⁰ Eugen Münch, Aufsichtsratsvorsitzender einer grossen, gewinnorientierten Krankenhausgesellschaft in Deutschland, hat es in einem Vortrag in St. Gallen auf den Punkt gebracht: Basis der alten Medizin sei die Einzelbeziehung auf Vertrauensbasis gewesen, die neue Medizin sei dagegen ein Massenphänomen ohne Vertrauensbeziehung, die vielmehr als Leistungsaustausch zu verstehen sei.²¹

Diese und ähnliche Beispiele lassen erahnen, warum Palliative Care gegenwärtig in aller Munde ist und von nahezu allen Seiten gefordert wird, z. B. vom Bundesrat, allen politischen Parteien, Sterbehilfeorganisationen, christlichen Kirchen und der Akademie der Medizinischen Wissenschaften: Offensichtlich verweist sie als Gegenbewegung auf markante Defizite im Bereich der gesundheitlichen Versorgung, die momentan eher grösser denn kleiner werden. Der deutsche Soziologe Reimer Gronemeyer übergiesst die oben genannten Phänomene mit ätzender Kritik.²² Zwar engagiert er sich seit Jahren für die Hospizbewegung, sieht jedoch nicht wenige Anzeichen dafür, dass auch diese Bewegung inzwischen die erwähnten Fehlentwicklungen nachvollziehe, namentlich das nach bestimmten Vorstellungen flächendeckend durchorganisierte Sterben, bei dem die Medizin die Hauptrolle spiele und die nicht zuletzt deshalb von vielen begrüsst werde, weil hier Geld zu sparen sein könnte.

3 Reichweite und Grenzen der Palliative Care

Möglichkeiten, durch die lindernde Medizin, Pflege und Begleitung segensreich zu wirken, bestehen viele und werden teilweise auch realisiert. Dies geschieht ebenfalls an Orten, häufig in Geriatrien, Pflegeheimen oder Schmerzkliniken, die das, was sie tun, nicht unbedingt Palliative Care nennen. Auch wenn die Unterschiede in einzelnen Kantonen beeindruckend sind, lassen sich einige positive Beispiele für gelungene Initiativen anführen: Angefangen

²⁰ Vgl. *Wild u. a.*, DRG.

²¹ Vgl. *Münch*, Vortrag.

²² Vgl. *Gronemeyer*, Sterben; *ders.*, Hospiz.

bei der Schaffung mobiler Palliative-Care-Teams wie in Winterthur oder im Tessin, über die Einrichtung spezifischer Kompetenzzentren wie im Spital in Affoltern am Albis, am Universitätsspital Zürich, am Centre hospitalier universitaire vaudois in Lausanne oder im Kantonsspital St. Gallen, über die Integration der Palliative Care in Aus-, Weiter- und Fortbildung von Ärzteschaft, Pflegenden, Sozialarbeiterinnen und Seelsorgerinnen, der Vernetzung bestehender Dienste wie im Netzwerk Palliative Care Zürich/Schaffhausen, dem Einbezug der Spitex und freiwilliger Helferinnen und Helfer, um stellvertretend einige zu nennen. Die Gründung der Schweizerischen Gesellschaft für Palliative Medizin, Pflege und Begleitung im Jahr 1988 und des Schweizerischen Vereins für Qualität in Palliative Care im Jahr 2010 haben wesentlich dazu beigetragen, dass die Nationale Strategie Palliative Care 2010–2012 zustandekommen konnte.

Daneben bleibt aber auch an Grenzen, Fehlverständnisse, überhöhte Erwartungen und Gefahren der Palliative Care zu erinnern. Die SAMW-Richtlinien zur Palliative Care bieten eine gute Übersicht:

«Zu den Missverständnissen gehört, dass:

- alle belastenden Symptome immer genügend gelindert werden können;
- jede lindernde Behandlung bereits Palliative Care ist;
- Palliative Care auf Sterbebegleitung reduziert wird;
- Palliative Care gleichbedeutend ist mit dem Verzicht auf kurative Behandlungsansätze.

Zu den überhöhten Erwartungen an Palliative Care gehört, dass:

- der Wunsch nach begleitetem Suizid oder aktiver Sterbehilfe in allen Situationen zurücktritt;
- das Sterben so beeinflusst werden kann, dass es immer zu einem friedlichen Sterben kommt.
- Zu den Gefahren gehört, dass:
 - sich Palliative Care auf das Verschreiben von Opiaten beschränkt;
 - Palliative Care ausschliesslich an Spezialisten delegiert wird;
 - Palliative Care zum Ersatz von sinnvollen kurativen Optionen wird;
 - Palliative Care aufgrund ökonomischer Überlegungen zur Vorenthaltung von medizinisch indizierten Massnahmen eingesetzt wird.»²³

23 SAMW, Palliative Care 4f.

Auf zwei Fehldeutungen möchte ich unter den Titeln «Reduktionismus» und «Ideologisierung» näher eingehen. Zunächst besteht die Gefahr, Palliative Care im Sinne der biomedizinischen, allein an den Körper- und Organfunktionen ausgerichteten Medizin zu verstehen, die ihrerseits auf eine technisch versierte, qualitativ hochstehende Schmerztherapie reduziert ist. Dieser Reduktionismus übersieht, dass es um ein anderes Grundverständnis von Medizin überhaupt geht, das eingeschliffene Praktiken infrage stellt. Ein Sterben ohne Leiden ist weder möglich noch zu wünschen: Es ist unmöglich, sich den endgültigen Abschied von lieben Menschen ohne Verlustschmerz und Trauer vorzustellen. Das Leiden, das mit Endlichkeit und Tod verbunden ist, kann nicht behandelt werden, es muss vielmehr durchlitten werden. Erhard Weiher sagte einmal treffend: «Gegen *die* Leiden, gegen *die* Symptome kann man kämpfen, gegen *das* Leid, gegen die Trauer sind wir machtlos.»²⁴ Eine auf diese Weise falsch verstandene Palliative Care verspricht etwas, was sie niemals einlösen kann, nämlich die Abschaffung des Leids. Das heisst allerdings nicht, dass nicht alle Mittel einzusetzen sind, um Schmerzen zu bekämpfen, soweit der Betroffene dies wünscht. Das allerdings ist Teil jeder guten medizinischen Versorgung und deshalb noch nicht unbedingt Palliative Care.

Eine zweite Gefahr besteht in der Ideologisierung, indem Palliative Care im Sinne einer Überbetreuung missverstanden wird. Diese Ideologisierung wird in den teils heftig verlaufenden Sterbehilfe-Debatten und in Analogie zur Rede vom «*acharnement thérapeutique*» (dem therapeutischen Übereifer) bisweilen als «*acharnement palliative*» (palliativer Übereifer) bezeichnet. Falsch verstanden kann eine ganzheitliche, psychische, physische, soziale und auch spirituelle, d. h. geistige wie geistliche Begleitung («total care» in der Begrifflichkeit Cicely Saunders²⁵ in Anlehnung an eine offizielle WHO-Definition) auch im negativen Sinn vereinnahmend wirken. Jane Feinmann warnt zu Recht sowohl vor einer Überreglementierung als auch vor zu viel Spiritualität:²⁶ Sie plädiert gegen eine Spiritualität (zutreffender: eine den Menschen erdrückende Ideologie), die davon ausgeht, dass alle Sterbenden einen Sinn in ihrer letzten Lebensphase (zu) finden (haben) und schmerzfrei sterben können.

24 Weiher, Raum 9.

25 Vgl. Saunders, Personal.

26 Vgl. Feinmann, Breaking Down.

Das ambitionierte Hauptziel der Nationalen Strategie wird folgendermassen umschrieben:

«Bund und Kantone verankern Palliative Care gemeinsam mit den wichtigsten Akteuren im Gesundheitswesen und in anderen Bereichen. Alle schwerkranken und sterbenden Menschen in der Schweiz erhalten damit ihrer Situation angepasste Palliative Care und ihre Lebensqualität wird verbessert.»²⁷

Als sechs Handlungsfelder wurden die Bereiche Versorgung, Finanzierung, Sensibilisierung der Bevölkerung, Aus-, Weiter- und Fortbildung, Forschung und Umsetzung der Strategie festgelegt. In einer Zwischenbilanz von Juni 2011 werden insbesondere Bemühungen um den Aufbau einer guten Infrastruktur samt Qualitätssicherung, der Vernetzung, Information und Bildung hervorgehoben.²⁸ Zentral ist die Errichtung einer neuen Internetplattform (www.palliative.ch), die Bemühungen um eine geordnete Finanzierung im Rahmen des oben erwähnten SwissDRG-Systems und um den Aufbau von Forschungsplattformen. Eine zentrale strukturelle Herausforderung besteht dabei darin, dass die Gesundheitspolitik in der Kompetenz der Kantone liegt, die Nationale Strategie hingegen vom Bund aus koordiniert wird.

Ein wichtiger Meilenstein besteht in der Lancierung eines Nationalen Forschungsprogramms (NFP 67), dessen Forschung im Sommer 2012 in 27 Teilprojekten begonnen hat und auf fünf Jahre angelegt ist. Das Ziel des Forschungsprogramms besteht darin, «Handlungs- und Orientierungswissen für den Bereich der letzten Lebensphase zu erarbeiten und dieses Entscheidungsträgerinnen und -trägern im Gesundheitswesen, in der Politik und den Berufsgruppen, die sich mit der Betreuung von Menschen am Lebensende befassen, bereitzustellen. Konkret soll dieses Wissen dazu beitragen,

²⁷ BAG/GDK, Strategie 4.

²⁸ Vgl. BAG/GDK, Halbzeit. «Am 29. Juni 2011 hat der Bundesrat im Rahmen des Berichts «Palliative Care, Suizidprävention und organisierte Suizidhilfe» das Eidg. Departement des Innern (EDI) beauftragt, eine Weiterführung der Ende 2012 auslaufenden Nationalen Strategie Palliative Care zu prüfen.» (online unter www.ejpd.admin.ch/content/ejpd/de/home/dokumentation/mi/2011/2011-06-29.html). «Der Dialog «Nationale Gesundheitspolitik» hat am 19. April [2012] den Grundsatzentscheid getroffen, die «Nationale Strategie Palliative Care 2010–2012» nach 2012 weiterzuführen.» (online unter www.bag.admin.ch/themen/medizin/06082/index.html?lang=de).

- die Versorgungssituation für Menschen am Lebensende besser einschätzen und insbesondere Versorgungslücken oder problematische Versorgungssituationen identifizieren zu können;
- den Betroffenen sowie den Angehörigen der Behandlungsteams eine vertiefte Grundlage für angemessene Entscheidungen und Abläufe zur Verfügung zu stellen;
- Bedingungen einer gerechten und würdigen Ausgestaltung der gesundheitlichen Versorgung am Lebensende zu erkennen, notwendige rechtliche Regulierungen zu entwickeln und ethische Implikationen zu reflektieren;
- gesellschaftliche Entwicklungen besser zu verstehen und zukünftige Entwicklungen besser abschätzen zu können;
- die wissenschaftlichen Kompetenzen im Bereich der Lebensende- und Palliative-Care-Forschung zu stärken.»²⁹

Der Bundesrat hat schliesslich in seinem Bericht zur Neuregelung der Suizidbeihilfe von Juni 2011 nochmals auf die Wichtigkeit des Ausbaus der Palliative Care in der Schweiz hingewiesen.³⁰ Bezeichnend ist, dass die Regierung ihren mit Spannung erwarteten Bericht unter den Titel «Palliative Care, Suizidprävention und organisierte Suizidhilfe» gestellt und damit der Palliative Care die oberste Priorität zugeordnet hat.

5 Fazit: Palliative Care und Seelsorge

Die grosse Aufmerksamkeit für Palliative Care ist eine einmalige Chance für die Seelsorge, in ihrer Arbeit wahrgenommen, akzeptiert und gefördert zu werden. Das Proprium einer christlichen Ethik liegt nicht zuletzt in der Bereitschaft, dort hinzuschauen, wo gewöhnlich alle wegsehen. Da dem Sterben in unserer Gesellschaft heute relativ grosse Aufmerksamkeit entgegengebracht wird, heisst das für eine christliche Ethik und Seelsorge, insbesondere denjenigen Menschen Aufmerksamkeit entgegenzubringen, die chronisch bzw. unter demenziellen oder psychischen Störungen leiden oder die beispielsweise in den Pflegeheimen in den nächsten Jahren die Folgen des Hausärztemangels zu befürchten haben. Damit dies gelingen kann, sind auch strukturelle Aspekte, die die interdisziplinäre Zusammenarbeit von Seelsorgenden

²⁹ SNF, Lebensende 8.

³⁰ Vgl. *Bericht des Bundesrates*, Palliative Care.

mit anderen involvierten Berufsgruppen betreffen, ebenso wichtig wie das politische Engagement zugunsten der Aufwertung der Palliative Care.³¹

Schliesslich sei noch einmal an die Bedeutung persönlicher Haltungen erinnert, deren Entwicklung neben den institutionellen Fragen nicht nur mit Blick auf die ursprüngliche Idee von Palliative Care wichtig ist. Neben der Empathie, der Fähigkeit, einem Menschen zuzuhören, auf ihn einzugehen, ihn in seiner Lebenswelt zu verstehen, geht es im Kern um die Integration eines grundlegenden Widerspruchs ins eigene Leben.³² In der Sprache der Palliative Care ausgedrückt: Es geht um das Ideal der Ganzheitlichkeit, aber nicht um den Preis der Verdrängung der Endlichkeit, des Fragmentarischen, das uns Menschen wesentlich kennzeichnet. Alles Erdenkliche zu tun, um zu heilen, zu helfen, zu lindern, und gleichzeitig anzuerkennen, dass wir endliche und sterbliche Wesen sind, zu denen Leid, Trauer und Grenzen gehören: Das scheint mir die grösste Zumutung zu sein, mit der Palliative Care uns konfrontiert.

Literatur

Bundesamt für Gesundheit (BAG)/Gemeinsame Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK), (Hg.): Nationale Leitlinien Palliative Care, Bern 2010.

Bundesamt für Gesundheit (BAG)/Gemeinsame Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK), (Hg.): Nationale Strategie Palliative Care 2010–2012, Bern 2009.

Bundesamt für Gesundheit (BAG)/Gemeinsame Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK), (Hg.): Nationale Strategie Palliative Care 2010–2012: Halbzeit. Aktueller Stand der Umsetzung und Ausblick, Bern 2011.

Begemann, Verena: «Der Tod geht tagein, tagaus neben mir». Abschiedlichkeit und Gelassenheit als wegweisende Haltung in der Sterbebegleitung, in: *Wege zum Menschen* 60 (2008) 546–556.

Bericht des Bundesrates: Palliative Care, Suizidprävention und organisierte Suizidhilfe, Bern 2011.

Cassel, Christina K. u. a.: Specialization, Subspecialization, and Subsubspecialization in Internal Medicine, in: *New England Journal of Medicine* 364 (2011) 1169–1173.

Charbonnier, Ralph: Seelsorge in der Palliativversorgung. Konzeptionelle, kommunikative und organisatorische Aspekte einer berufsübergreifenden Zusammenarbeit, in: *Wege zum Menschen* 60 (2008) 512–528.

31 Vgl. *Charbonnier*, Seelsorge; *Roser*, Spiritual.

32 Vgl. *Begemann*, Tod.

- Dresske, Stefan*: Die Herstellung des «guten Sterbens». Arbeit an der Identitätssicherung im Hospiz, in: *Saake, Irmhild/Vogd, Werner (Hg.): Moderne Mythen der Medizin. Studien zur organisierten Krankenbehandlung*, Wiesbaden 2008, 215–235.
- Feinmann, Jane*: Breaking Down the Barriers to a Good Death, in: *The Lancet* 360 (2002) 1846.
- Gronemeyer, Reimer*: Hospiz, Hospizbewegung und Palliative Care in Europa, in: *Knoblauch, Hubert/Zingerle, Arnold (Hg.): Thanatosozilogie. Tod, Hospiz und die Institutionalisierung des Sterbens*, Berlin 2005, 207–217.
- Gronemeyer, Reimer*: Sterben in Deutschland. Wie wir dem Tod wieder einen Platz in unserem Leben einräumen können, Frankfurt a. M. 2007.
- Gudat Keller, Heike*: Suizidwunsch und Palliative Care, in: *Rehmann-Sutter, Christoph u. a. (Hg.): Beihilfe zum Suizid in der Schweiz. Beiträge aus Ethik, Recht und Medizin*, Bern u. a. 2006, 129–140.
- Hurst, Samia A./Mauron, Alex*: The Ethics of Palliative Care and Euthanasia. Exploring Common Values, in: *Palliative Medicine* 20 (2006) 107–112.
- Knoblauch, Hubert*: Populäre Religion. Auf dem Weg in eine spirituelle Gesellschaft, Frankfurt a. M. 2007.
- Kunz, Roland*: Palliative Care: Keine neue medizinische Spezialität, sondern ein umfassender Betreuungsansatz, in: *Schweizerische Ärztezeitung* 87 (2006) 1106–1114.
- Metz, Johann Baptist*: Compassion. Zu einem Weltprogramm des Christentums im Zeitalter des Pluralismus der Religionen und Kulturen, in: *ders./Kuld, Lothar/Weissbrod, Adolf (Hg.): Compassion. Weltprogramm des Christentums. Soziale Verantwortung lernen*, Freiburg i. Br. 2000, 9–18.
- Monteverde, Settimio*: Ethik und Palliative Care – Das Gute als Handlungsorientierung, in: *Knipping, Cornelia (Hg.): Lehrbuch Palliative Care*, Bern 2007, 519–535.
- Münch, Eugen*: Vortrag am 5. Gesundheitssymposium in St. Gallen am 17.1.2008, unveröffentlichte Folien.
- Pereira, Jose u. a.*: The Response of a Swiss University Hospital's Palliative Care Consult Team to Assisted Suicide Within the Institution, in: *Palliative Medicine* 22 (2008) 659–667.
- Reich, Jens*: Leben und Vergehen. Die Medizin hat Wunder vollbracht. Aber auf drei zentrale Fragen hat sie noch keine Antwort: nach dem unvollkommenen Körper, dem Alter und dem Tod, in: *Die Zeit*, 19.3.2008, Nr. 13, 38.
- Rietjens, Judith u. a.*: Continuous Deep Sedation for Patients Nearing Death in the Netherlands: Descriptive Study, in: *British Medical Journal* 336 (2008) 810–813.
- Rilke, Rainer Maria*: Die Aufzeichnungen des Malte Laurids Brigge, Frankfurt a. M. 1982.
- Roser, Traugott*: Spiritual Care. Ethische, organisationale und spirituelle Aspekte der Krankenhausseelsorge. Ein praktisch-theologischer Zugang, Stuttgart 2007.
- Saunders, Cicely*: A Personal Therapeutic Journey, in: *British Medical Journal* 313 (1996) 1599–1601.
- Saunders, Cicely*: Hospiz und Begleitung im Schmerz. Wie wir sinnlose Apparatemedizin und einsames Sterben vermeiden können, Freiburg i. Br. 1993.
- Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW)*: Palliative Care. Medizinisch-ethische Richtlinien und Empfehlungen, Basel 2006.

- Schweizerischer Nationalfond (SNF): Lebensende. Nationales Forschungsprogramm (NFP) 67. Ausführungsplan, Bern 2011.*
- Siegmann-Würth, Lea: Ethik in der Palliative Care. Theologische und medizinische Erkundungen, Bern 2011.*
- ten Have, Henk/Clark, David (Hg.): The Ethics of Palliative Care. European Perspectives, Buckingham/Philadelphia 2002.*
- Uexküll, Thure von/Wesiack, Wolfgang: Integrierte Medizin als Gesamtkonzept der Heilkunde: ein bio-psychosoziales Modell, in: Uexküll, Thure von: Psychosomatische Medizin. Modelle ärztlichen Denkens und Handelns, Adler, Rolf H. u. a. (Hg.): München/Jena 2003, 3–42.*
- Weiher, Erhard: Raum für das «Nichtmachbare». Über den Umgang mit Endlichkeit und Tod im «gesundheitsfördernden Krankenhaus». Vortrag beim Studiennachmittag im Otto Wagner Spital in Wien, 18. Mai 2006, online unter www.seelsorge-ows.at/downloads/nichtmachbar.pdf (14.07.2011).*
- Weixler, Dietmar: Palliative Sedierung, in: Knipping, Cornelia (Hg.): Lehrbuch Palliative Care, Bern 2007, 576–587.*
- Wild, Verina/Pfister, Eliane/Biller-Andorno, Nikola (Hg.): Diagnosis Related Groups (DRG) und Ethik. Ethische Auswirkungen von ökonomischen Steuerungselementen im Gesundheitswesen, Basel 2011.*