

Lea Siegmann-Würth

Ethik in der Palliative Care

Theologische und medizinische Erkundungen

Peter Lang

Palliative Care ist eine Antwort auf grundlegende Fragen der modernen Medizin: Wie weit wollen, sollen oder müssen wir Leben erhalten, verlängern und verbessern, wenn es von unheilbarer Krankheit, Alter oder Sterben begrenzt wird? Was wird für ein der menschlichen Würde und Freiheit gerecht werdendes Leben und Sterben gefordert? Ist alles medizinisch Machbare zu tun, oder widerspricht dies persönlichen und gesellschaftlichen Vorstellungen von einem guten Leben und Sterben? Und dort, wo die heutige Medizin an ihre Grenzen stösst, wie gehen wir mit dem Leiden und Sterben um? Welche Bedürfnisse stehen in diesen Situationen im Vordergrund? Wie kann ihnen für möglichst alle entsprochen werden? Was ist wesentlich in der Beziehung, in Haltung und Verhalten zueinander zwischen jenen, die unheilbar krank sind, die gehen müssen, vielleicht wollen, und jenen, die sie in dieser Situation betreuen und begleiten? Das Buch „Ethik in der Palliative Care“ gibt Antworten auf diese Fragen, indem es umfassend historische, medizinische, ethische und theologische Hintergründe von *Palliative Care* beschreibt und ihren Stellenwert im Schweizer Gesundheitssystem dokumentiert.

Lea Siegmann-Würth, Dr. med., MTh, studierte Humanmedizin an den Universitäten Fribourg und Zürich (Staatsexamen 1988) und arbeitete während 15 Jahren in Kliniken und im Labor. 2002 bis 2008 studierte sie an der Universität Luzern Theologie und Ethik. Seit 2008 arbeitet sie als Theologin in der Pfarrei- und Heimseelsorge in Wittenbach SG sowie in der Spitalseelsorge im Kantonsspital St. Gallen.

Ethik in der Palliative Care

Interdisziplinärer Dialog – Ethik im Gesundheitswesen

Herausgegeben von



Band 10



PETER LANG

Bern • Berlin • Bruxelles • Frankfurt am Main • New York • Oxford • Wien

Lea Siegmann-Würth

Ethik in der Palliative Care

Theologische und medizinische Erkundungen



PETER LANG

Bern • Berlin • Bruxelles • Frankfurt am Main • New York • Oxford • Wien

Bibliografische Information Der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

Mit freundlicher finanzieller Unterstützung des Vereins zur Unterstützung wissenschaftlicher Publikationen der Theologischen Fakultät der Universität Luzern, der katholischen und der evangelisch-reformierten Kirche des Kantons St. Gallen sowie der Krebsliga St. Gallen-Appenzell.

ISBN 978-3-0351-0085-3

ISSN 1424-6449

© Peter Lang AG, Internationaler Verlag der Wissenschaften, 2011

Hochfeldstrasse 32, CH-3012 Bern

info@peterlang.com, www.peterlang.com, www.peterlang.net

Alle Rechte vorbehalten.

Das Werk einschliesslich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung ausserhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Printed in Germany

Inhaltsverzeichnis

Geleitwort von Hans J. Münk	7
Dankeswort	9

Teil 1: Ursprung und Konzept von Palliative Care

1. Hospizbewegung und Palliative Care:	
historische Entwicklung einer Idee	13
1.1 Einleitung	13
1.2 Die Idee der Palliative Care und ihre Geschichte	16
2. Das Konzept Palliative Care	23
2.1 Medizinische Konzepte in ihrer geschichtlichen Entwicklung	23
2.2 Definitionen von Palliative Care	26
2.3 Prinzipien und Ziele von Palliative Care	29
3. Wesentliche Elemente in der Palliative Care	31
3.1 Gesundheit und Krankheit	31
3.2 Schmerz und Leiden	33
3.3 Sterben und Tod	36
3.4 Lebensqualität	41

Teil 2: Theologische und medizinethische Grundlegung

4. Theologische Grundlegung	47
4.1 Die biblische Erzählung vom barmherzigen Samariter (Lk 10,25–37)	47
4.2 Theologisch-ethische Reflexion	56

5. Medizinethische Grundlegung	75
5.1 Ärztliches Berufsethos und historische Entwicklung zur medizinischen Ethik	75
5.2 Prinzipienethik in der Medizin	78
5.3 Medizinische Ethik und Palliative Care	94

Teil 3: Praktische Aspekte von Palliative Care

6. Die medizinisch-ethischen Richtlinien und Empfehlungen der SAMW zur Palliative Care	99
6.1 Voraussetzungen und Inhalt der Richtlinien und Empfehlungen „Palliative Care“	99
6.2 Stellungnahme	106
7. Medizinisch-ethische Auseinandersetzung mit einzelnen Themen der Palliative Care	111
7.1 Kommunikation und Arzt-Patient-Beziehung	111
7.2 Palliative Sedation	121
7.3 Palliative Care und seelsorgerliches Engagement	142
8. Palliative Care in der Schweiz	159
8.1 Einleitende Bemerkungen	159
8.2 Palliative Care als kantonales Konzept – das Beispiel Kanton Zürich	163
8.3 Palliative Care in der praktischen Umsetzung – das Beispiel Kanton St. Gallen	166
Zusammenfassung und Schlussbemerkungen	171

Anhang

Literaturverzeichnis	185
Zur Autorin	197
Reihenhinweis	199

Geleitwort

Zu der stupenden Leistungsfähigkeit in weiten Bereichen heutiger medizinischer Behandlungsfelder haben eine seit längerem anhaltende Ausdifferenzierung und Professionalisierung wesentlich beigetragen. Zugleich bildete die Klage über eine Dominanz der funktional orientierten medizinischen Betreuung mit Fokus auf der körperlichen Dimension fast schon einen *cantus firmus* in vielen Diskussionen über den Umgang mit Patienten. In dieser Mischung aus Licht- und Schattenseiten mögen sich allgemeinere Trends der gesamtgesellschaftlichen Veränderungen der letzten Jahrzehnte spiegeln. Sie fand und findet indes auch ein gewisses und wohl deutlich zunehmendes Gegengewicht in der modernen Hospizbewegung sowie in der unter der Sammelbezeichnung ‚Palliative Care‘ zusammengefassten „aktiven Gesamtbehandlung von Kranken, deren Leiden auf kurative Behandlung nicht anspricht“, wie es in einem viel zitierten Bericht einer Expertenkommission der Weltgesundheitsorganisation von 1990 etwas lapidar heisst. Die in- und extensiver gewordene Entwicklung des vielfältigen Gesamtspektrums der Palliativmedizin hebt naturgemäss den ganzheitlichen Charakter der Lebenssituation kranker Menschen hervor. Dies steht auch im Zentrum der entsprechenden Definition der Schweizerischen Gesellschaft für Palliative Medizin, Pflege und Begleitung (palliative ch), die den Ausgangspunkt und Referenzrahmen für die vorliegende Studie von Frau Lea Siegmann-Würth bildet. Sie entstand in dem zeitlich eher eng gezogenen Rahmen einer Masterarbeit im Fach Theologische Ethik an der Universität Luzern. Der Autorin kamen dabei auch gewiss ihre medizinischen Kenntnisse und Kompetenzen zustatten.

Medizinethische Themenschwerpunkte dieser Grössenordnung betreffen mehrere Ebenen: Einmal stehen die Arzt-Patient-Beziehung und weitere interaktionell-personale Aspekte im Vordergrund. Zum andern sind strukturell-institutionelle und systemische Verhältnisse und Rahmenbedingungen bis hin zum Gesundheitswesen zu berücksichtigen. Last but not least – und dies ist heute wohl deutlicher und vielgestaltiger

zu spüren als noch vor wenigen Jahrzehnten – sind auch kulturell-religiöse Orientierungen und Bedürfnisse einzubeziehen.

In der vorliegenden Studie wird auf alle genannten Ebenen eingegangen. Eine bemerkenswerte eigene Note erhalten die Ausführungen zur zweitgenannten Ebene, insofern die Autorin sich auf schweizerische Verhältnisse und insbesondere auf Implementierungsfragen in den Kantonen Zürich und St. Gallen konzentriert.

Dass in einer theologischen Qualifikationsarbeit den christlichen Erkenntnisquellen und Handlungsorientierungen eine zentrale Bedeutung zukommt, versteht sich von selbst. Dies geschieht allerdings nicht zu Lasten von bedeutenden aussertheologischen Ansätzen, die relativ ausführlich thematisiert werden. In dem Abschnitt über seelsorgliche Begleitung versteht es die Verfasserin, eine traditional-pastorale Engführung zu vermeiden und eher den Anliegen eines weiter gefassten Konzepts von ‚spiritual care‘ Raum zu geben. Umso bemerkenswerter ist die im Ergebnis festgestellte Affinität zwischen christlich-seelsorglichem Engagement, intermediären medizinethischen Prinzipien wie Autonomie und Fürsorge und Kernanliegen der Palliativbetreuung.

Frau Siegmann-Würth hat mit dieser Arbeit einen verdienstvollen Beitrag zu einer höchst sensiblen Lebens- und Sterbensproblematik geleistet, dem eine gute Aufnahme zu wünschen ist.

Luzern/Schweiz, im Mai 2010
Prof. em. Dr. Hans J. Münk

Dankeswort

An dieser Stelle möchte ich allen herzlich danken, die mich in meinem Zweitstudium an der Theologischen Fakultät der Universität Luzern unterstützten und es ermöglichten, diese Masterarbeit zur Palliative Care, in der sich Theologie und Medizin in verschiedenen Bereichen zum Wohl der Patientinnen und Patienten berühren, als Buch zu veröffentlichen.

Mein Dank gilt insbesondere Prof. em. Dr. theol. Hans J. Münk, der diese Arbeit im Rahmen der theologischen Ethik unterstützte, das Erstgutachten verfasste und die Veröffentlichung anregte. Für sein Geleitwort danke ich ihm besonders. Herzlich danke ich Dr. theol. Markus Zimmermann-Acklin für die Hinführung zum Thema, die motivierende Begleitung und die zahlreichen Hinweise in der Zeit der Entstehung der Arbeit sowie für das Erstellen des Zweitgutachtens. Mit seinem Spezialgebiet der Bioethik im Fach der angewandten theologischen Ethik war er mir eine grosse Stütze und ein anregender Gesprächspartner, gerade auch in der Diskussion zwischen Medizin und Theologie.

Ich danke dem Peter Lang AG Verlag für die Bereitschaft, die Arbeit in der Reihe „Interdisziplinärer Dialog – Ethik im Gesundheitswesen“, die vom Institut Dialog Ethik herausgegeben wird, zu verlegen. Auf Seiten des Verlages danke ich besonders Frau Simone Netthoevel für ihre angenehme und kompetente Betreuung sowie auf Seiten des Instituts Dialog Ethik Herrn Dr. Markus Christen für das Lektorat und seine Mitarbeit bei der Publikation.

Für die finanzielle Unterstützung bei den Drucklegungskosten danke ich dem Verein zur Unterstützung wissenschaftlicher Publikationen der Theologischen Fakultät der Universität Luzern, der katholischen und der evangelisch-reformierten Kirche des Kantons St. Gallen sowie der Krebsliga St. Gallen-Appenzell. Sie setzen damit auch ein Zeichen dafür, dass es im Sinne der unheilbar kranken Menschen wünschenswert ist, der Palliative Care in der Schweiz Boden zu verleihen.

Ganz herzlich danke ich meinem Mann Stefan Siegmann. Sein persönliches Mitgehen, die Ermutigungen und das Lesen der Manuskripte mit der Rückmeldung aus einer Aussenperspektive haben mich auf diesem Weg immer wieder bestärkt.

Dr. med. Lea Siegmann-Würth, MTh

Teil 1:
Ursprung und Konzept
von Palliative Care

1. Hospizbewegung und Palliative Care: historische Entwicklung einer Idee

1.1 Einleitung

Palliative Care – der englische Ausdruck lässt es vermuten: Es geht um ein neues, noch junges Konzept in der Behandlung und Betreuung von kranken Menschen. Dieses Konzept knüpft an die Geschichte der Hospize an, die weit in die Vergangenheit zurückreicht, als moderne Hospizbewegung aber mit der Eröffnung des St. Christopher's Hospice 1967 in London beginnt. Bewegt durch ihre Erfahrungen mit Sterbenden und dem Umgang mit ihnen in Kliniken Mitte des 20. Jahrhunderts, wollte Cicely Saunders mit dem Hospiz unheilbar, weit fortgeschritten an Krebs erkrankten und sterbenden Menschen professionell in einem umfassenden Sinn und einer guten, menschenwürdigen Atmosphäre beistehen bis zuletzt, also auch in ihrem Sterben. Das Ziel war und konnte nicht die Heilung der Krankheit sein, sondern die Linderung der Schmerzen und Beschwerden der Patienten, das Dasein für ihre Fragen, Sorgen und Ängste. Ein Anliegen Cicely Saunders war es zudem, der Tabuisierung von Sterben und Tod in Gesellschaft und Medizin entgegenzuwirken. Ihr war es wichtig, Angehörige und ehrenamtlich Mitarbeitende in die Begleitung Sterbender einzubeziehen. Von Grossbritannien ausgehend, verbreitete sich die moderne Hospizidee international. 1990 fand die grundlegende Zielsetzung der Hospizbewegung unter dem Begriff ‚Palliative Care‘ Eingang in eine erste entsprechende Definition der Weltgesundheitsorganisation (WHO).

Das Konzept der Palliative Care formuliert gewissermassen eine Antwort auf die verstandesorientierte Rationalität, Individualität und zunehmende Ausdifferenzierung der Gesellschaft in der Moderne. Unter wirtschaftlich und sozialpolitisch günstigen Rahmenbedingungen hat die moderne Medizin mit ihrem wissenschaftlichen und technischen Fortschritt viel Positives erreicht. Manche Krankheiten können geheilt werden, viele lassen sich gut behandeln und beeinflussen. So steht den

Menschen in der industrialisierten, westlichen Welt meist eine immer länger dauernde beschwerdearme oder gar krankheitsfreie Lebenszeit zur Verfügung. Doch die neuen Möglichkeiten der Medizin haben auch einst feste Grenzen verschoben und neue, komplexe Problemsituationen geschaffen: Wie weit wollen, sollen oder müssen wir Leben erhalten, verlängern und verbessern, wenn es von unheilbarer Krankheit, Alter oder Sterben bedroht und begrenzt wird? Was wird für ein der menschlichen Würde und Freiheit gerecht werdendes Leben und Sterben gefordert? Ist alles medizinisch Machbare zu tun? Oder widerspricht dies persönlichen und – falls es diese angesichts des Wertepluralismus überhaupt gibt – gesellschaftlichen Vorstellungen von einem guten Leben und Sterben? Welche Nebenwirkungen nehmen wir mit welchen Massnahmen in Kauf? Und dort, wo die heutige Medizin an ihre Grenzen stösst, wie gehen wir mit dem Leiden und Sterben, mit der Akzeptanz, dass der Tod zu unserem Leben gehört, um? Welche Bedürfnisse stehen in diesen Situationen im Vordergrund? Wie kann ihnen für möglichst alle entsprochen werden? Was ist wesentlich in der Beziehung, in Haltung und Verhalten zueinander zwischen jenen, die unheilbar krank sind, die gehen müssen, vielleicht wollen, und jenen, die sie in dieser Situation betreuen und begleiten? Diese Fragen zeigen: Wir sind gefordert, Verantwortung für Entscheidungen zu übernehmen, die sich in entsprechender Brisanz früher nicht stellten. Palliative Care ist ein Ausdruck dieses Erfordernisses, verantwortlich mit diesen neuen Fragen umzugehen.

Ein weiterer konflikträchtiger Aspekt der lange ausgeprägt naturwissenschaftlich orientierten Medizin ist ihre Spezialisierung in verschiedene Fachdisziplinen und die Konzentration auf den somatischen Bereich. Doch der Mensch ist ein Wesen mit vielen Dimensionen. Nicht ein einzelnes Organ, sondern der Mensch als Person und Subjekt ist krank und leidet. Palliative Care orientiert sich an diesem ganzheitlichen Bild des Menschen und möchte ihm ein bestmögliches Leben mit der Krankheit, mit dem Leiden, letztlich angesichts des Todes, ermöglichen. Der Patient, die Patientin, ihre Lebensqualität und die zwischenmenschliche Beziehung stehen im Mittelpunkt.

Dieses Buch gliedert sich in vier Teile. Es geht zuerst der Geschichte und Begriffsbedeutung der Palliative Care nach, ihren Definitionen sowie weiteren thematischen Elementen, die mit ihr in nahem Zusammenhang stehen. Im zweiten Teil bilden theologische und medizinethische Überlegungen zur Palliative Care den Schwerpunkt. Dazu wird als theo-

logische Grundlegung die biblische Geschichte des barmherzigen Samariters hinsichtlich ihrer situationsbezogenen, helfenden Unterstützung gegenüber Menschen, die diese brauchen, aufgearbeitet. Im Besonderen soll der Blick für das Verständnis der verschiedenen Rollen, ihre Beziehung zueinander und die Institutionalisierung der Sorge um den Anderen geschärft werden. Die im Gleichnis erläuterte biblische Nächstenliebe fand ihren Ausdruck in der theologisch-ethischen Reflexion sowohl in einer Moral der Barmherzigkeit und Güte als auch im Prinzip der Solidarität, mit dem die Prinzipien der Personalität und Subsidiarität eng verbunden sind. Die Liebe zählt neben dem Glauben und der Hoffnung zu den drei theologischen Tugenden, weshalb sich die tugendethische Sicht auf sie bezieht. Bezüglich der medizinethischen Begründung der Palliative Care soll auf die sich im klinischen Alltag weitgehend etablierten, von Beauchamp und Childress (2001) formulierten vier Prinzipien, Autonomie, Fürsorge, Nichtschaden und Gerechtigkeit, eingegangen werden. Da sie in der konkreten Situation untereinander in Konflikt geraten können, wird die Menschenwürde als ein oberes Leitprinzip vorgestellt. Sie markiert damit auch die Grenze einer Güterabwägung. Der dritte Teil bearbeitet im Rahmen einer medizinisch-ethischen Auseinandersetzung mit einzelnen Aspekten der Palliative Care die Kommunikation und die Arzt-Patient-Beziehung, die palliative Sedierung sowie das seelsorgerliche Engagement in der Palliative Care. Wie sich die Palliative Care heute konkretisiert und welche Postulate noch offen sind, ist Bestandteil des Abschlussteiles zur Implementierung der Palliative Care.

Ziel ist es, Palliative Care als ein umfassendes, integratives Konzept darzustellen, das neben körperlichen Symptomen auch psychische, soziale und spirituelle Aspekte des kranken Menschen berücksichtigt, verschiedene Disziplinen medizinischen Handelns verbindet sowie einen ethisch berechtigten und geforderten Stellenwert in der modernen Medizin, im Gesundheitswesen und Sozialstaat einnehmen soll. In individual- und sozialetischer Hinsicht gilt es, die relevanten Aspekte der Palliative Care herauszustreichen; dies ganz im Dienste des kranken Mitmenschen, der ein Recht und einen Anspruch auf ein menschenwürdiges Dasein bis zuletzt hat.¹

1 Die im Text verwendeten Abkürzungen richten sich nach den Angaben in: Lexikon für Theologie und Kirche (LThK). Nachträge, Register, Abkürzungsverzeichnis, Bd. 11, hrsg. v. Kasper, Walter et al., Freiburg i. Br. u. a. ³2001.

1.2 Die Idee der Palliative Care und ihre Geschichte

1.2.1 Ursprünge der modernen Hospizidee

Die moderne Hospizidee und ihre Umsetzung sind vom Kerngedanken her nicht neu. Hospize, vom lateinischen Wort ‚hospitium‘ (für ‚Herberge‘ bzw. ‚Gastfreundschaft‘) im 19. Jahrhundert eingedeutscht, haben ihre Vorläufer in der Antike. Aus einer karitativen Motivation und Verpflichtung heraus kümmerten sich besonders Christen um Notleidende und Kranke, anfänglich bei diesen zu Hause und, nachdem das Christentum zur Staatsreligion wurde, in öffentlich zugänglichen Häusern, sogenannten Xenodochien oder Fremdenherbergen. So kam es zur Institutionalisierung. Die Häuser standen allen Hilfsbedürftigen, Reisenden und Pilgern offen. Durch Mönchsorden entstanden im Mittelalter viele Pilgerherbergen. Doch wurden die Gäste wahrscheinlich kaum bis zu ihrem Tode betreut (Seitz & Seitz 2003: 18). Es bildeten sich neue Ordensgemeinschaften, wie z.B. der Johanniterorden, sowie Bruderschaften, die sich besonders in diesen Dienst stellten.

Reformation und Säkularisierung führten zu einer Verbürgerlichung der Hospize. Oft wurden Ratsherren ehrenamtliche Pfleger und Vorsteher dieser Einrichtungen (Seibert 2000). Persönlichkeiten gründeten neue Hospize und Gemeinschaften, so Vinzenz von Paul die Caritasbruderschaft, aus der die Barmherzigen Schwestern, die Filles de Charité, hervorgingen (Seitz & Seitz 2003: 39–40). Die Zeit von Mitte des 19. Jahrhunderts bis zum Anfang des 20. Jahrhunderts war geprägt von Migration, Landflucht und Industrialisierung. Für Arbeit und Ausbildung suchende Menschen wurden soziale Einrichtungen gebaut. Aus ihnen entstanden oft die neueren Christlichen Hospize. Um sich von Gasthöfen abzugrenzen, wurden sie bewusst ‚Hospiz‘ genannt.

Eine wirkungsgeschichtlich wichtige Institution waren die Irish Sisters of Charity, gegründet durch die bei den Filles de Charité in Frankreich ausgebildete Mary Aikenhead. Die Irish Sisters of Charity eröffneten 1879 das erste Hospiz in Dublin und realisierten gleichzeitig einen Neuansatz: Sterbenden soll ein eigenes Haus zur Verfügung stehen, in dem sie wie im Spital, doch in einer ruhigeren, von freundschaftlicher Gastlichkeit geprägten Atmosphäre gepflegt wurden. Der Name ‚Hospiz‘ wurde in Anlehnung an die mittelalterlichen Hospize und im

Bewusstsein gewählt, dass der Tod als Beginn einer Reise, eines Durchgangs, und nicht als Ende verstanden wurde: eine Raststätte auf der Pilgerreise ins Heilige Land (Seitz & Seitz 2003: 67–68). In London eröffneten die Irish Sisters of Charity 1902 das St. Joseph's Hospice. Dort arbeitete Cicely Saunders und erhielt wichtige Impulse für ihr umfassendes Konzept einer hospizlichen Betreuung (Pichlmaier 1998). Nach Pleschberger begründen diese frühen Formen der Hospize einen „konzeptionellen Eckpfeiler der Hospizbewegung: Sie vermitteln als zentrale Idee ein Verständnis vom Leben als einer Reise mit dem Ziel ersehnter Ruhe und Glückseligkeit. Und sie gründen auf der Bedeutung von Gastfreundschaft, die allen zukommt, weshalb Hilfe Suchende als ‚Gäste‘ aufgenommen werden“ (2007: 44).

Mit der Eröffnung des St. Christopher's Hospice 1967 in London, dem ersten, auf dem Konzept von Saunders beruhenden, modernen Hospiz, wird allgemein der Beginn der modernen Hospizbewegung datiert. Obwohl im Zusammenhang mit der modernen Hospizbewegung oft auf die Verbindung zu mittelalterlichen Hospizen verwiesen wird, sind solche Kontinuitäten medizinhistorisch nicht eindeutig belegt (Eschenbruch 2004). Die Entstehung der modernen Hospizbewegung Mitte der 50er Jahre des letzten Jahrhunderts fiel in eine Zeit, als sich „erster öffentlicher Unmut über den Umgang der modernen Medizin mit dem Tod“ (Eschenbruch 2004: 1265) bemerkbar machte. Der modernen Medizin wurde Machbarkeitswahn, Todesverdrängung und ein unwürdiger, weil technisierter, anonymer und abschiebender Umgang mit den Sterbenden vorgeworfen. Ob dies den Realitäten entsprach, sei trotz der kurzen Zeit kaum mehr zu klären. Zwar gebe es glaubwürdige Erfahrungsberichte von Betroffenen, doch könne kaum davon ausgegangen werden, dass die Medizin beziehungsweise die dort Tätigen pauschal inhuman gehandelt hätten. Vielmehr brachte die moderne Medizin grosse Heilungserfolge. Möglicherweise wirkten Angst vor der neuen Medizintechnik oder eine verklärende Romantik über vergangene Zeiten mit. Doch bildete diese öffentliche Meinung, nebst den charismatischen Leitfiguren Cicely Saunders und Elisabeth Kübler-Ross, eine wichtige Voraussetzung, dass sich die moderne Hospizbewegung in diesem Ausmasse etablieren konnte. Als zweite Voraussetzung sieht Eschenbruch die Erfolge der modernen Medizin in Diagnostik und Therapie. Sie erlaubten erst, dass das Sterben zu einer eigenen, längeren Lebensphase wurde. Damit konnte es zum „Gegenstand von Hospizarbeit“ werden.

Während sich Saunders „nie gegen die moderne Medizin oder Gesellschaft vereinnahmen liess, sondern diese eher weiterentwickeln und verbessern wollte“, hätten die Schriften von Kübler-Ross auch einen „missionarischen Zug, der sich gegen eine angebliche Verdrängung des Todes in der Gesellschaft wandte“ (Eschenbruch 2004: 1266). Gemäss Eschenbruch wird die gesellschaftliche Todesverdrängung wissenschaftlich kontrovers beurteilt. Doch hat Kübler-Ross aufgrund ihrer Gespräche mit Sterbenden das Thema Sterben und Tod öffentlich gemacht, ein Modell der Sterbephasen aufgestellt und auf das in Sterben und Tod liegende Potenzial bezüglich Reifung und Selbstverwirklichung der Lebenden hingewiesen.²

1.2.2 Cicely Saunders (1918–2005)

Cicely Saunders verkörperte selbst den von ihr geforderten interprofessionellen Kontakt und multiprofessionellen Zugang zu Patienten und Patientinnen. Zwar wollte sie Philosophie, Politik und Ökonomie studieren, doch der Ausbruch des Zweiten Weltkriegs veranlasste sie, sich zur Krankenschwester auszubilden. Aufgrund ihrer Rückenbeschwerden wurde sie Sozialarbeiterin, arbeitete aber weiterhin im Spital. Besonders wandte sie sich den unheilbar Kranken und Sterbenden zu. Ein Schlüsselerlebnis wurde 1947/48 die Begegnung mit dem aus dem Warschauer Ghetto geflüchteten und an Krebs erkranktem David Tasma (Pleschberger 2007: 25). Ihn begleitete sie bis zu seinem Tod. Die Gespräche mit ihm, seine Bedürfnisse und ihre Erfahrung in der Betreuung sterbenskranker Menschen im Spital bildeten den Ausgangspunkt für die Hospizidee. Um ihr Christsein überzeugt zu leben, engagierte sich Saunders neben ihrer Tätigkeit als Sozialarbeiterin im St. Luke's Home for the Dying Poor (Seitz & Seitz 2002: 70). Schliesslich studierte sie Medizin, um den Patienten noch besser helfen zu können.

Bereits während ihrer Studienzeit und danach als Ärztin arbeitete sie im St. Joseph's Hospice. Sie revolutionierte die Schmerzbehandlung, indem sie z.B. die Abstände der Morphingaben soweit verkleinerte, dass die Patienten auch weniger von der Angst vor den Schmerzen

2 Vgl. Kübler-Ross 2001. Die amerikanische Originalausgabe erschien 1969 unter dem Titel „On Death and Dying“.

geplagt wurden. Von Saunders stammt der für das Konzept Palliative Care wichtige Begriff „Total Pain“ (Saunders & Baines 1991: 14–19). Er soll die Mehrdimensionalität des Schmerzes ausdrücken. Konkret setzte Saunders das Konzept einer umfassenden Behandlung und Betreuung von unheilbar Kranken und Sterbenden zum ersten Mal 1967 mit der Gründung des St. Christopher’s Hospice um. Wie andere Hospize in England verstand es sich immer auch als Forschungs- und Ausbildungszentrum. Die Hospize wurden ausserhalb der Regelversorgung und in eigenen Häusern geführt. Nur so glaubte man, ein Umdenken im Umgang mit Sterben und Tod herbeiführen zu können. Dabei war es Saunders ein Anliegen, nicht nur in professioneller Hinsicht die Betreuung Sterbender zu verbessern, sondern die ganze Bevölkerung aktiv in diese Aufgabe einzubinden. Saunders blieb nicht bei der organisatorischen Form eines Hospizes. Sie baute ihr Konzept mit einem an das St. Christopher’s Hospice angegliederten ambulanten Hospizdienst aus und 1978 wurde das erste Beratungsteam (Palliative Care Support Team) in einem Spital eingerichtet.

In der Planungszeit des St. Christopher’s Hospice fand im britischen Parlament eine Debatte über die Legalisierung der Tötung auf Verlangen bei Schwerstkranken statt. Saunders stellte sich explizit dagegen. Sie hob, auch im Bewusstsein der Gefahr eines gesellschaftlichen Drucks auf Schwerkranke, die Notwendigkeit einer professionellen und empathischen *terminal care* hervor (Seitz & Seitz 2002: 71–72).

Cicely Saunders hatte einen christlichen Hintergrund. Wie viele andere auch, trug ihr Hospital den Namen eines Heiligen. Ihr war wichtig, dass ihr Betreuungskonzept allen Menschen zu Gute kommt. Dazu brauchten ihres Erachtens die Hospize keine christliche Begründung. Notwendig sei es aber, eine philosophische Grundlage zu haben, auf die man sich in Zeiten der Verzweiflung berufen könne und die einen eine Begründung der täglichen Arbeit gebe.³

3 Vgl. Pleschberger 2007: 26. Pleschberger bezieht sich auf ein Interview mit Cicely Saunders.