

Hartmut Kreß

Palliative Medizin in ethischer Perspektive

Referat auf dem 3. Düsseldorfer Palliativmedizin-Tag, 22.03.2006,
„Kaiserswerther Gesundheitstage“

I. Der Stellenwert palliativer Medizin in der Bioethik

In unserer Gesellschaft wird über Biomedizin und Bioethik heftig gestritten. Mit besonderer Leidenschaft und sogar in polemischer Form wurden und werden Auseinandersetzungen geführt über die Themen des Lebensbeginns, darunter die embryonale Stammzellforschung oder den Schwangerschaftsabbruch, oder über die Transplantationsmedizin oder über Sterbehilfe und Patientenverfügungen. Bei diesen Themen treffen religiöse oder weltanschauliche Standpunkte aufeinander, die zum Teil geradezu unversöhnlich sind. Ich erwähne dies, um zu unterstreichen: Von dem heftigen Meinungsstreit, den verschiedene biomedizinische Fragen auslösen, sticht die Bewertung der Palliativmedizin sehr ab. In der palliativen Medizin geht es – kurz gesagt – um eine ganzheitliche, medizinische sowie mitmenschliche Begleitung schwerstkranker oder sterbender Menschen, deren Leiden nicht mehr geheilt werden kann. Es fällt auf, dass eine palliative Betreuung sterbender Menschen quer durch die politischen Parteien, quer durch Konfessionen und durch sonstige Institutionen durchweg befürwortet wird. Sämtliche Kommissionen, die sich in den letzten Jahren zu Sterbehilfe und Sterbebegleitung geäußert haben – von der Bioethik-Kommission Rheinland-Pfalz 2004 bis zum Nationalen Ethikrat 2005 –, haben empfohlen, diesen Zweig der Medizin auszubauen. Die Fortschritte in der praktischen Realisierung sind auch durchaus beachtlich. Im Jahr 1986 gab es in Deutschland eine einzige Palliativstation, nämlich in der Chirurgischen Universitätsklinik Köln; 2005 waren 114 Palliativabteilungen und 129 stationäre Hospize anzutreffen. Hinzu kommen 40 ambulante Palliativdienste und 1100 ambulante Hospizdienste.

Unter dem Blickwinkel der Ethik kann diese Entwicklung nur begrüßt werden. Auf die ethischen Argumente, die für palliative Medizin sprechen, werde ich sogleich eingehen. Vorab sollen aus meiner Sicht jedoch auch Zweifelsfragen angedeutet werden.

II. Problempunkte

1. Zunächst ist meines Erachtens zu betonen: Krankheit und Sterben sind – wenn man es in überlieferter ethischer oder philosophischer Begrifflichkeit ausdrückt – ein malum, d. h. ein „Übel“, ein „Schaden“, und zwar ein sog. malum physicum, also ein körperlich erlittenes Übel. Ich denke, dass man einräumen sollte: Auch die palliative Medizin ist nicht in der Lage, aus diesem malum – aus dem körperlichen Leiden – ein bonum, ein „Gutes“ werden zu lassen. Ich sage dies, weil ich es wiederholt erlebt habe, dass von der palliativen Medizin manchmal ein Bild entworfen wird, dem zufolge sie geradezu Sinnerfahrung, Glücksmomente und Sinnerfüllung vermittelt. Hospize für Sterbende und die palliative Medizin werden bisweilen in einer Form dargestellt, die das Sterben geradezu beschönigt und verklärt. Hier kommt es meines Erachtens auf den richtigen Zungenschlag, auf den angemessenen Akzent an. Palliative Medizin oder Hospizbegleitung vermögen Leiden zu lindern und Menschen human zu begleiten. Dies ist sehr zu unterstreichen. Aber sie vermitteln keine Sinnstiftung und sollten auch nicht in der Weise dargestellt werden, dass sie eine Instanz der Sinnvermittlung seien. In der öffentlichen Präsentation der Palliativmedizin ist dies – so wie ich es wiederholt erlebt und in manchen Publikationen gelesen habe – manchmal der Fall; jedoch wird eine solche Form der Selbstdarstellung dem existentiellen Ernst und der Last von Krankheit und Sterben nicht gerecht.

2. Eine ganz andere Problemfrage betrifft die Schmerztherapie. Die Behandlung von Schmerzen ist ein ganz wesentlicher Bestandteil der palliativen Medizin. Der medizinische Fortschritt hat inzwischen dazu geführt, schwerste Schmerzbelastungen, darunter finale Tumorschmerzen, hochwirksam behandeln zu können. Noch in den 1990er Jahren war für die Bundesrepublik Deutschland ein Rückstand in der Schmerztherapie zu beklagen. Dieses Defizit war so gravierend, dass im Jahr 1996 sogar der Bundesgerichtshof ausdrücklich zur Abhilfe aufforderte (Urteil vom 15.11.1996, 3 StR 79/96). Seitdem hat sich vieles verbessert; in zehn Jahren ist ein großer Schritt nach vorne gelungen, und die Palliativmedizin vermag den Schmerz zu lindern und zu erleichtern, wie man es sich in der Vergangenheit nicht vorstellen konnte.

Andererseits sollte eine Kehrseite nicht verschwiegen werden. Bei einer bestimmten, wenngleich kleinen Anzahl von Patienten kann sogar die fortgeschrit-

tene Schmerztherapie die Schmerzbelastung nicht erträglich eindämmen. Dieses Problem sollte meines Erachtens offen eingeräumt werden. Man sollte auch keine Erwartungshaltung aufkommen lassen, für die Palliativmedizin sei das Schmerzproblem stets vollständig beherrschbar.

Nun kann ich auf Auswege aus diesem Dilemma, über die – auch innerhalb der Palliativmedizin – nachgedacht wird, aus Zeitgründen nicht genauer eingehen. Eine besondere Rolle spielt die palliative terminale Sedierung. Hierbei wird in der Endphase des Lebens aus Gründen der Schmerzbehandlung das Bewusstsein von Menschen praktisch völlig ausgeschaltet. Ich lasse nur anklingen, dass diese terminale oder finale Sedierung in einen ethischen Grenzbereich vorstößt. Sie befindet sich im fließenden Übergang zwischen passiver Sterbehilfe und der sog. indirekt aktiven Sterbehilfe (um hiermit die Begriffsbildung der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften aufzugreifen). Zwar kann ich diese Problematik hier nicht näher erörtern. Aber es sollte angedeutet werden: So sehr die palliative Betreuung ethisch zu befürworten ist, ist gleichfalls zu beachten, dass auch sie in ethische Zweifelsfragen hineingerät.

Im folgenden klammere ich solche Probleme jedoch aus. Ungeachtet von Konflikt- und Grenzfragen, die im einzelnen durchdacht werden müssen, möchte ich hervorheben, dass und warum Palliativmedizin nicht nur ethisch statthaft oder ethisch erlaubt, sondern sogar ethisch geboten und gesundheitspolitisch förderungswürdig ist. Um dies darzulegen, nenne ich verschiedene Argumente.

III. Warum palliative Medizin? Ethische Argumente

1. Palliativmedizin als Ausdruck von Humanität und Nächstenliebe

Die palliative Medizin begleitet und betreut sterbende Menschen, deren Krankheit nicht mehr geheilt werden kann, mit Schmerztherapie und durch menschliche, psychologische und soziale Unterstützung. Das heißt, es geht um ein aktives, einfühlsames Mit-Leiden mit dem Mitmenschen, um mitmenschliche Zuwendung oder – im überlieferten jüdisch-christlichen Begriff gesagt – um Nächstenliebe. Solche Werte sind *nicht nur* im Christentum verankert; aber sie besitzen im Christentum *eine* ihrer Wurzeln. Die Mitarbeiter palliativer Einrichtungen, sei es im ärztlichen, pflegerischen oder im psychologischen und sozialen Bereich, haben sich auf solche Werte innerlich oftmals selbst verpflichtet.

Zu den Werteinstellungen, die bedeutsam sind, gehört das Mit-Leiden mit dem kranken Menschen. Der Begriff „Mitleid“ ist missverständlich. Man kann Mitleid als ein Wohlwollen verstehen, das patriarchalisch, gleichsam herablassend „von oben“ herab erfolgt. In der Vergangenheit war das Geben von Almosen der Ausdruck eines solchen herablassenden Mitleids. In der palliativen Medizin steht jedoch eine ganz andere Form von Mit-Leiden im Mittelpunkt, nämlich die innere und aktive Anteilnahme. Ein solches Leitbild – das einfühlsame Mit-Leiden – findet im Christentum starken Anhalt. Denn das Kreuz Christi, das Leiden Christi am Kreuz ist ein Symbol dafür, dass Gott selbst – in der menschlichen Gestalt Jesu – am Leiden und an der Endlichkeit des Menschen teilhat. In der christlichen Theologie verstärken sich inzwischen die Ansätze, das Kreuz Christi in dieser Weise als Zeichen für ein solidarisches Mit-Leiden Christi mit den Menschen zu deuten. In der Vergangenheit hatte statt dessen im Zentrum gestanden, das Leiden Christi als Sühnetod zu verstehen. Krankheit und das Sterben von Menschen galten im Christentum oft als Strafe Gottes für die Sünde – eine für betroffene Menschen existentiell oftmals sehr belastende Vorstellung. Solche Anschauungen werden in der christlichen Theologie heute wenigstens langsam überwunden.

Ohne in Einzelheiten zu gehen, ist im Kern jedenfalls festzuhalten: Schwerkranke und sterbende Menschen palliativ zu begleiten – dies bedeutet, dem christlichen Ethos der Nächstenliebe, der Humanität und des Mit-Leidens unter heutigen Bedingungen Ausdruck zu geben. So gesehen ist palliative Medizin gerade auch aus speziell christlichen Motiven zu bejahen.

Nachfolgend soll aber noch ein weiteres Argument genannt werden, das unter generellen Gesichtspunkten der Ethik und der Rechtsordnung zu betonen ist.

2. Das Grundrecht auf Gesundheitsschutz als Begründung für die Palliativmedizin

In der Bundesrepublik Deutschland wird zur Zeit intensiv über Grundwerte, über moralische oder weltanschauliche Grundlagen von Staat und Gesellschaft und über Zielbestimmungen für staatliches Handeln debattiert. Zum Beispiel wird erörtert, ob der Sport oder ob die Kultur als Staatsziel in das Grundgesetz aufgenommen werden sollen. Im Vergleich hierzu ist die menschliche „Gesundheit“

ein Gut, dem zweifellos eine sehr viel grundlegendere Bedeutung zukommt. Das Grundrecht auf Gesundheitsschutz ist inzwischen in verschiedenen Menschenrechtskonventionen verankert; und es kehrt in der Grundrechtscharta der Europäischen Union aus dem Jahr 2000 oder im Entwurf des Verfassungsvertrags der EU von 2003 wieder.

Nun kann es im heutigen ärztlichen Alltag und in der staatlichen Rechtsordnung selbstverständlich nicht darum gehen, den Menschen eine „vollkommene“ Gesundheit zu gewährleisten. Dies wäre gar nicht einlösbar. Staat und Politik sind aber dazu verpflichtet, Patienten in ihrer jeweiligen Lebenssituation bzw. ihren individuellen Lebens- bzw. Krankheitsumständen gemäß zu schützen und ihre konkreten medizinischen Interessen zu unterstützen. In diesem Sinne besitzt der individuelle Gesundheitsschutz den Rang eines Grundrechtes; der Gesundheitsschutz ist ein Menschenrecht.

In unserem Zusammenhang ist nun entscheidend: Das Anrecht von Menschen auf den Schutz ihrer Gesundheit gilt ebenfalls zugunsten von Schwerstkranken und Sterbenden. Zumindest *eine* Schlussfolgerung möchte ich hervorheben: Aus Gründen ihres persönlichen Gesundheitsschutzes besitzen Tumorpatienten sogar einen *Anspruch* auf eine Schmerzbehandlung, die dem aktuellen medizinischen Wissen entspricht. Trotz aller Fortschritte auch in der Bundesrepublik Deutschland in der Schmerztherapie – in vielen Fällen werden Menschen hierzulande immer noch unterhalb des heute möglichen Niveaus der Schmerzlinde- rung behandelt, auch weil die palliative Betreuung nach wie vor nicht flächen- deckend ausgebaut ist. Dies lässt sich mit dem Grundrecht, das jeder Patient, auch Schwerstkranker und Sterbender, auf den Schutz seiner persönlichen Ge- sundheit besitzt, nicht vereinbaren. An dieser Stelle ist die ärztliche Ausbildung und ist die Gesundheitspolitik gefordert. Auf jeden Fall ist hervorzuheben, dass Schmerztherapie nicht nur eine Frage der persönlichen humanen Motivation von Ärzten, Pflegepersonal, Psychologen oder Seelsorgern darstellt, so wichtig und unverzichtbar diese persönliche Komponente auch ist. Vielmehr wird eine an- gemessene Schmerzbehandlung Kranker und Sterbender durch Grund- und Menschenrechte gestützt, die international anerkannt sind, vor allem durch das Recht auf den persönlichen Gesundheitsschutz.

An diese Überlegung schließt mein nachfolgender Gesichtspunkt unmittelbar an.

3. Palliativmedizin als Bestandteil heutiger Gesundheitsversorgung

Um noch einmal beim Recht auf Gesundheitsschutz einzuhaken: Dieser Begriff ist 1848 geprägt worden, und zwar von dem Arzt Rudolf Virchow. Die Medizin stand damals vor der Herausforderung, tiefe strukturelle Veränderungen von Wirtschaft und Gesellschaft bewältigen zu müssen. Aufgrund der industriellen Revolution herrschte im 19. Jahrhundert große soziale Not. Für die damalige Arbeiterschaft, das Proletariat, waren die gesundheitlichen Lebensbedingungen katastrophal. Virchow und weitere Vertreter der sog. Sozialmedizin entwickelten Vorschläge zur Präventivmedizin, zur Hygiene, zu sanitären Maßnahmen beim Wohnungsbau, zur Bekämpfung von Unterernährung und von Kinderarbeit sowie zur Verbesserung der Kindergesundheit. Ich erwähne dies, weil ich unterstreichen möchte: Heutzutage stehen wir erneut vor gesellschaftlichen und strukturellen Umbrüchen, die tief einschneiden. Hierzu gehören die Alterung der Gesellschaft, die Zunahme langwieriger chronischer Krankheiten und die Multimorbidität von Menschen in ihrer letzten Lebensphase. Diese Phänomene haben sich seit der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts ausgeprägt; ihre Dramatik verschärft sich. Es ist notwendig, hierauf *strukturell* zu reagieren. Zwei mögliche Ansatzpunkte möchte ich hervorheben.

Zunächst ist in rechtspolitischer Hinsicht das Instrument der Patientenverfügung zu nennen. Menschen besitzen das Recht, aus Gründen der persönlichen Selbstbestimmung im Vorhinein festzulegen, dass sie bestimmte Maßnahmen der künstlichen Lebensverlängerung nicht wünschen. Ihr Wunsch soll auch dann gelten, wenn sie sich aufgrund des Krankheitsverlaufs aktuell nicht mehr äußern können. In dieser Hinsicht sind Patientenverfügungen eine sinnvolle Möglichkeit, bestimmte Behandlungen auszuschließen. Dabei kommt es allerdings sehr darauf an, dass die Patientenverfügung medizinisch und juristisch tragfähig ist. Solide Formulare und Formulierungsvorschläge stammen vom Zentrum für Medizinische Ethik der Universität Bochum oder vom Bayerischen Staatsministerium der Justiz.

Sodann: In gesundheitspolitischer Hinsicht ist es das Gebot der Stunde, Strukturen der palliativen Versorgung zu schaffen. Ein weiterer Ausbau ist dringend erforderlich. Als Richtgröße kann man sagen, dass die Zahl der Palliativbetten flächendeckend verdoppelt bis verdreifacht werden müsste; die Zahl der ambulanten Palliativdienste müsste um den Faktor 6 bis 7 vermehrt werden. Diese Zahlen, die aktuell genannt wurden (beim Wissenschaftl. Symposium aus Anlass des 50jährigen Bestehens der Hess. Landesärztekammer im März 2006), betreffen den jetzigen Bedarf. Sie kalkulieren noch nicht ein, dass die demographische Entwicklung in Zukunft einen nochmals steigenden Bedarf hervorruft. Dies stellt die Finanzierung des Gesundheitssystems vor eine dramatische Herausforderung. Denn es kommt ja noch hinzu, dass andere chronische Erkrankungen älterer Menschen ebenfalls zunehmen werden. Hier wird ebenfalls großer zusätzlicher Pflegebedarf gegeben sein – z. T. losgelöst von der Palliativmedizin bzw. zusätzlich zu ihr. Das Robert Koch-Institut rechnet damit, dass die Zahl der Demenzpatienten, die älter sind als 65 Jahre, zwischen 2000 und 2020 auf das Eineinhalbfache ansteigen wird (auf 1,4 Mio.). Gleichzeitig betonte das Robert Koch-Institut im Jahr 2005, die häusliche Pflege von Demenzpatienten sei bislang in die Kostenberechnungen noch nicht korrekt eingestellt worden (Robert Koch-Institut (Hg.), Gesundheitsberichterstattung des Bundes H. 28, 2005, Altersdemenz, S. 24f).

Diese Hinweise belegen, dass strukturpolitischer Reformbedarf besteht. Weitere Einzelprobleme erwähne ich jetzt gar nicht, etwa die Frage, ob die palliative Betreuung schwerkranker Kinder hinreichend gesichert ist. Angesichts der Finanzkrise des Gesundheitssystems und der faktischen Rationierung dürfen die Zukunftsprobleme in der Umsetzung der Palliativmedizin jedenfalls nicht unterschätzt werden.

Grundsätzlich ist aber zu unterstreichen: Das Anliegen, um der betroffenen Menschen willen die palliative Versorgung qualitativ und quantitativ zu sichern, wird durch das Grundrecht der Menschen auf Gesundheitsschutz und Gesundheitsversorgung gestützt. Im EU-Verfassungsvertrag heißt es in Art. II-35, also in dem Artikel, der die Überschrift „Gesundheitsschutz“ trägt: „Jeder Mensch hat das Recht ... auf ärztliche Versorgung“. Die ärztliche Versorgung, die für sehr viele Menschen am Lebensende unter heutigen Bedingungen angemessen wäre, ist die palliative Begleitung. So gesehen ist sogar ein starkes grundrechtli-

ches und verfassungsrechtliches Argument vorhanden, wenn in die anstehenden Auseinandersetzungen um die Verteilung der knapp gewordenen Ressourcen der Ausbau der palliativen Medizin eingebracht wird.

Abschließend beleuchte ich aus der Sicht der Ethik noch die Rolle des Arztes und die Situation von Patienten, so wie sie sich im Zusammenhang der palliativen Medizin darstellt.

4. Der Arzt in der Rolle des mitmenschlichen Begleiters

Zum Verständnis des Arztes, zum Arztbild und zur Arztrolle zeichnen sich in unserer Gesellschaft zur Zeit erhebliche Verschiebungen ab. Sie beruhen unter anderem auf den Finanzierungsengpässen im Gesundheitswesen. Es ist zunehmend davon die Rede, dass der Arzt unter den heutigen Bedingungen der Knappheit faktisch zum Medizinmanager wird; der Arzt ist bereits als der Rationierungsagent des Gesundheitswesens bezeichnet worden.

Nun ist es sicherlich geboten – und zwar auch ethisch geboten –, die ökonomischen Voraussetzungen der Medizin realistisch aufzuarbeiten. Andererseits brechen ethische Rückfragen auf, wenn in die heutige ärztliche Praxis und in den Klinikbetrieb die zeitaufwändige ärztliche Beratung, das Beratungsgespräch, kaum noch zu integrieren ist. Für ein längeres, ausführliches Gespräch haben Ärzte aus Gründen des Zeitdrucks und sonstiger Sachzwänge oftmals kaum noch die Möglichkeit. Eigentlich wäre es heutzutage aber sehr hilfreich, wenn Ärzte Patienten eingehend beraten würden (im Sinn des ergebnisoffenen Beratungsgesprächs, bei dem Arzt und Patient sich auf gleicher Augenhöhe begegnen). Denn Medizin erschöpft sich nicht in der klinischen Diagnose oder in der Verschreibung von Medikamenten. Es geht vielmehr auch um die innere Einstellung der Patienten zu Gesundheit, Krankheit und Sterben, um ihr konkretes Verhalten und um ihre Unsicherheit und ihren Zweifel angesichts schwieriger Entscheidungen. Es wäre sinnvoll, wenn das Gesundheitssystem es ermöglichen würde, dass Ärzte für die Beratung und Begleitung von Patienten stärker zur Verfügung stehen könnten.

Wie notwendig Beratung und Begleitung sind, wird an der palliativen Medizin brennglasartig erkennbar. Schwerkranke und sterbende Menschen sind in besonderem Maß auf mitmenschliche Anteilnahme und Unterstützung angewie-

sen. In der Palliativmedizin kommt – im Vergleich zu sonstiger ärztlicher Tätigkeit – noch hinzu, dass hier oftmals nicht nur die Kranken, sondern auch ihre Angehörigen unter physischem und psychischem Druck stehen und vom Arzt beraten und begleitet werden sollten. Das heißt: Die Palliativmedizin bietet den Anlass, die Arztrolle und das Arztverständnis in unserem Gesundheitssystem zur Sprache zu bringen und davor zu warnen, dass der Arzt in die Rolle des bloßen Mangelverwalters oder Medizinmanagers gedrängt wird.

Darüber hinaus lenkt die palliative Medizin die Aufmerksamkeit auf die Situation von Patienten.

5. Der Respekt vor dem Patienten

Der Kürze halber möchte ich einen Begriff aufgreifen, den vor wenigen Monaten die Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften geprägt hat. Diese renommierte Institution hat betont: Patienten sollten in der Weise wahrgenommen und behandelt werden, dass erstens die medizinische Indikation und zweitens die „individuelle Indikation“ eine Rolle spielt. Das heißt, neben der medizinisch-technischen Seite der ärztlichen Behandlung („medizinische Indikation“) sind die persönlichen Lebensumstände und die individuellen Überzeugungen, darunter die religiösen Überzeugungen von Patienten zu beachten und in das Behandlungskonzept einzubeziehen. Nun liegt auf der Hand: Diese sog. individuelle Indikation ist für die palliative Medizin noch bedeutsamer als für manche andere Bereiche der Medizin. Gerade auch schwerstkranke oder sterbende Patienten haben ein Anrecht darauf, dass man mit ihnen im Sinne ihrer persönlichen Überzeugungen umgeht. Hierzu gehört, dass eine religiöse oder ggf. – dies ist ein wichtiger Punkt – auch eine nichtreligiöse, psychologische Begleitung angeboten wird, die ihren persönlichen Wertüberzeugungen entspricht. Oder: So weit es realisierbar ist, sollten Menschen so sterben können, wie es ihren religiösen Anschauungen gemäß ist. Zum Beispiel kann bei Hindus der Wunsch vorhanden sein, auf dem Fußboden zu sterben, benetzt von Wasser, nach Möglichkeit aus einem heiligen Fluss. Es ist unter Umständen nicht allzu schwierig, solche persönlich wichtigen Wünsche zu erfüllen. Sie gehören zur „individuellen Indikation“.

Mir scheint, auch in dieser Hinsicht besitzt die palliative Medizin eine Bedeutung, die das gesamte Gesundheitssystem betrifft. Denn anhand der Palliativmedizin wird beispielhaft erkennbar, dass die „ganzheitliche“ Wahrnehmung und die Beratung sowie humane Begleitung von Patienten im Gesundheitswesen einen höheren Stellenwert haben sollten, als dies zur Zeit der Fall ist. So gesehen stellt die Palliativmedizin aus ethischer Sicht geradezu ein Modell für einen humanen Umgang mit Patienten dar, der in unserem heutigen Gesundheitssystem Schule machen sollte.

Prof. Dr. Hartmut Kreß
Universität Bonn
Abt. Sozialethik, Evang.-Theol. Fakultät
<http://www.sozialethik.uni-bonn.de>