

Monika Bobbert

3.17 Ethische Fragen medizinischer Behandlung am Lebensende

Abstract: Die Schwierigkeit medizinischer Entscheidungen ist durch die Unsicherheit des Behandlungserfolgs und die Offenheit des Sterbezeitpunkts eines Menschen bedingt. Medizinische Indikation, Diagnose und Prognose sowie medizinische Ausichtslosigkeit sind gemischte Urteile, die Sach- und Werturteile vereinen und auf ein Therapieziel verweisen. Entscheidungsfähige Patienten müssen ihre informierte Zustimmung zu Diagnostik und Therapie geben, Werturteile sind ihnen gegenüber explizit zu machen. Aus ethischer Sicht besonders schwierig sind Behandlungsentscheidungen für nicht mehr entscheidungsfähige, schwerkranke Patienten. Konzepte wie „mutmaßlicher Wille“ oder „Lebensqualität“ haben nur begrenzte argumentative Leistungskraft, da die Werturteile Außenstehender einfließen können. Je stärker die Entscheidungsfähigkeit eines Patienten eingeschränkt ist, umso mehr Gewicht haben Diagnose und Prognose und die verbleibenden Möglichkeiten medizinischer Behandlung. Das Vorsichtsprinzip und die Pflicht zur bestmöglichen Absicherung von Diagnose und Prognose stellen in Anbetracht der Pflicht des Lebens- und Gesundheitsschutzes angemessene Spezifizierungen dar.

The difficulty in medical decisions is conditioned by the uncertainty of any success in treatment and by the time of death of a person remaining open. The medical indication, diagnosis, and prognosis, as well as medical hopelessness, are mixed judgements that unite normal judgement with value judgement and point to a therapeutic goal. Patients who are able to make decisions must give their informed consent to diagnosis and therapy; value judgements are to be made explicit to them. From the ethical point of view, decisions on treatment made on behalf of severely ill patients who cannot decide for themselves are particularly difficult. Concepts such as „alleged will“ or „quality of life“ have only limited strength of argument, as the value judgements of outsiders may enter into the question. The more limited the ability to decide on the part of a patient, the more weight the diagnosis and prognosis and the remaining treatment options have. The principle of caution and the obligation to best make certain of diagnosis and prognosis represent suitable specifications, in view of the obligation to protect life and health.

Keywords: Patientenselbstbestimmung, Therapieziel, Therapiebegrenzung, Indikation, *Futility*, *Palliative Care*, Prognose, Diagnose, nicht-entscheidungsfähige Patienten, mutmaßlicher Wille, Lebensende, Eigenwohl

Prof. apl. Dr. Monika Bobbert, Dipl.-Psych.; Institut für Geschichte und Ethik der Medizin, Medizinische Fakultät, Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg, Im Neuenheimer Feld 327, D-69120 Heidelberg; M.Bobbert@uni-heidelberg.de

Wenn bei einer Patientin oder einem Patienten in einer lebensbedrohlichen Krise alle medizinischen Therapievorsuche erfolglos bleiben oder wenn eine unheilbare Erkrankung weit fortgeschritten ist, müssen Ärztinnen und Ärzte mit Blick auf ein mögliches Sterben andere Ziele der Behandlung definieren als das der Heilung, Besserung oder Stabilisierung. Die sonst üblichen medizinischen Maßnahmen zur Diagnostik und Therapie sind dann unter Umständen nicht mehr angezeigt.¹ Vielmehr geht es nun um das Gelingen der verbleibenden Lebenszeit und damit um eine den Umständen entsprechende, aber letztlich möglichst gute Lebensqualität des vom Tode bedrohten Schwerverkranken. Neben den pflegerischen, psychosozialen und seelsorgerlichen Interventionen kann auch die Medizin hierzu einen Beitrag leisten. Welche ethischen Fragen sich dabei stellen und nach welchen Kriterien Ärztinnen und Ärzte entscheiden sollen, wird im Folgenden diskutiert.

1 Expertise und Verantwortung des Arztes

1.1 Diagnose und Prognose

„Es scheint mir am besten zu sein, daß sich der Arzt im Voraussehen des Krankheitsausgangs Übung erwirbt; denn wenn er bei seinem Patienten vorhererkennt und vorhersagt den status praesens, das Vorausgegangene und die Prognose [...] so wird man das feste Zutrauen zu ihm haben, daß er den Zustand des Patienten besser kenne [...]. Aber auch die Behandlung wird er am besten durchführen können, wenn er den späteren Ausgang der Krankheiten voraussieht“² (Hippokrates, *Prognosticon*). Die Formulierung „Behandlung am Lebensende“ setzt voraus, was noch nicht eingetreten ist und auch nicht zwingend zeitnah eintreten muss: das Sterben des Patienten. Diese jeder Diagnose und Prognose anhaftende Unsicherheit birgt bereits methodische und ethische Fragen: Eine Diagnose ist eine durch medizinisches Wissen und pathologische Befunde fundierte Aussage über den gegenwärtigen Zustand des Patienten. Allerdings werden dabei subjektive Beschwerden des Patienten, Beobachtungen des

¹ Diese medizinethische Fragestellung wird seit Beginn der 1970er Jahre in Deutschland erörtert. Vgl. z.B. Auer u.a. (1977) und Sporken (1971).

² Hippokrates, Buch der Prognosen, Kap. 1, zit. nach Fuchs (1895), S. 451.

Arztes und Untersuchungsbefunde in einem analytischen Krankheitsbegriff zusammengeführt.³ Letztlich handelt es sich um eine Subsumption eines Einzelfalls unter die großteils probabilistischen Wissensbestände der Medizin. Nur durch eine Diagnose, die den Vergleich mit anderen Fällen erlaubt, lässt sich das weitere diagnostische oder therapeutische Vorgehen entsprechend dem Stand des medizinischen Wissens ableiten.

Demgegenüber stellt eine Prognose zwar eine plausible, aber noch unsichere Aussage über die zukünftige Entwicklung des gesundheitlichen Zustands des Patienten dar. Die Häufigkeit, mit der ein bestimmter Verlauf bei einer Erkrankung beobachtet wurde, ergibt das Maß für die Wahrscheinlichkeit, mit der eine bestimmte Entwicklung in der Gruppe aller Erkrankten auftritt. Hinzu kommt, dass die Prognose nicht oder nur teilweise auf empirischen Studien gründet, sondern großteils auf dem Erfahrungswissen des behandelnden Arztes. Es kommt also auch auf seine Fachrichtung, Berufserfahrung und individuelle Expertise an. Abgesehen von diesen variablen Einflüssen kann eine Prognose jedoch nie die individuelle Wahrscheinlichkeit angeben, mit der ein bestimmter Patient einen bestimmten Krankheitsverlauf zu erwarten hat.

Wenn also im Folgenden von Entscheidungen am Lebensende die Rede ist, wird das Ergebnis immer schon vorweggenommen. Alle medizinischen Entscheidungen fußen auf einer mehr oder weniger großen Unsicherheit, ob ein Patient bald sterben oder am Leben bleiben wird. Denn selbst wenn er unter einer unheilbaren Erkrankung leidet, könnte es durchaus sein, dass er trotz seiner irreversiblen Beeinträchtigungen noch länger leben wird. Außerdem ist angesichts einer „schlechten“ oder „infausten“ (ungünstigen, unglücklichen) Prognose zu fragen, worauf sich die Prognose bezieht: auf das Weiterleben des Patienten, auf seinen voraussichtlichen Bewusstseinszustand oder seine Lebensqualität.

Eine erste ärztliche Aufgabe besteht also zum einen darin, die wissenschaftstheoretischen Voraussetzungen und Grenzen von Diagnose und Prognose anzuerkennen, und zum anderen darin, eine möglichst hohe diagnostische und prognostische Sicherheit anzustreben und zugleich das Ausmaß an Unsicherheit möglichst differenziert wahrzunehmen und zu kommunizieren. Die Beurteilung, ob sich ein Patient in der Endphase seines Lebens befindet, und wann er vermutlich sterben wird, kann also aus medizinisch-wissenschaftlicher Sicht mehr oder weniger umstritten sein. Falls die empirischen Sachverhalte nicht eindeutig auf ein nahes Lebensende hinweisen, ist aus ethischer Sicht zu klären, wie mit dieser Unsicherheit umzugehen ist. Angesichts der ärztlichen Pflicht, das Leben von Patienten zu schützen und zu erhalten, und angesichts des Vorsichtsprinzips zum Schutz grundlegender moralischer „Güter“ sollte man im Zweifelsfall alle medizinischen Maßnahmen einsetzen.

³ Vgl. Paul (2006), S. 143 ff., Lanzerath (2000), 62 ff., Wieland (1975).

Da in der Regel erst die medizinische Aussage einer „sehr schlechten Prognose“ die Frage des Therapiezielwechsels bzw. der Behandlungsbegrenzung initiiert, ist die Treffsicherheit der prognostischen Einschätzung von hoher Relevanz. Aus ethischer Sicht ist daher zu fordern, dass Diagnose und Prognose in diesen Fällen auf einer möglichst guten Expertise, d.h. in komplexen oder strittigen Fällen auf einem kollegialen, fachübergreifenden ärztlichen Konsil und wissenschaftlichen Recherchen basieren.

1.2 Medizinische Indikation

Viele Definitionen von „Indikation“ im klinischen Alltag und in der Literatur legen nahe, dass die Frage nach Diagnostik und Therapie ein empirisch-fachwissenschaftliches Urteil darstellt. Dabei wird implizit davon ausgegangen, dass das biomedizinische Funktionieren eines Organismus oder Organsystems das alleinige und unhinterfragte Ziel medizinischen Handelns darstellt. Doch diese Zielsetzung ist weder selbstverständlich noch unstrittig und daher aus ethischer Sicht zu begründen. Da jede medizinische Intervention immer mit einem diagnostischen oder therapeutischen Ziel verknüpft ist, ja sich letztlich nur von daher legitimiert, stellt eine medizinische Indikation ein so genanntes „gemischtes Urteil“ dar, das sich aus Sach- und Werturteilen zusammensetzt.⁴ Außerdem besteht eine Wechselbeziehung zwischen Mitteln, d.h. Diagnostika und Therapeutika, und den anzustrebenden Zielen. Somit ist zu entscheiden, mit welchen Mitteln ein für gut befundenes Ziel, etwa das der Lebensrettung, Lebensverlängerung oder Symptomlinderung erreicht werden soll, ob die Zielerreichung überhaupt realistisch ist und ob sich das Ziel unter Umständen nur unter Inkaufnahme beträchtlicher Nebenwirkungen oder Risiken erreichen lässt. Da offensichtlich sowohl die Festlegung des Therapieziels als auch die Wahl der Mittel mit ethisch relevanten Wertungen verknüpft sind, kann es keine per se „indizierte“ medizinische Maßnahme geben. Wohl versteht sich zwar häufig von selbst bzw. ist, präziser ausgedrückt, zwischen Arzt und Patient unstrittig, dass als Ziel die Heilung oder Besserung klinischer Beschwerden oder die Rettung des Lebens des Patienten anzustreben ist. In diesen Fällen kann die „medizinische Indikation“ im Sinne des „*state of the art*“ problemlos als Maßstab für die Wahl des angemessenen Medikaments oder der passenden Operationsmethode fungieren. Doch im Zweifelsfall – so eben oft auch bei Behandlungsentscheidungen am Lebensende – muss der Arzt das Behandlungsziel explizit machen und mit den Zielvorstellungen des betroffenen Patienten abgleichen.⁵ Insofern, das sei an dieser Stelle festgehalten, stellt der

⁴ Vgl. dazu auch die Ausführungen von Lanzerath (2008).

⁵ Lanzerath (2008) und Neitzke (2008) erörtern diese Problematik und führen stattdessen den evaluativ aufgeladenen Begriff „ärztlicher Indikation“ ein.

Verweis auf die „Indiziertheit“ einer Maßnahme, wenn es sich um Behandlungsentscheidungen am Lebensende handelt, in strittigen Fällen keine ausreichende Begründung ärztlichen Handelns dar.

1.3 Aussichtslosigkeit (*medical futility*)

Eine spezielle Argumentationsform bei Behandlungsentscheidungen am Lebensende stellt der Verweis auf die medizinische Nutzlosigkeit bzw. Aussichtslosigkeit (*medical futility*) dar. Ärzte, die sich auf die „medizinische Aussichtslosigkeit“ berufen, wenn sie sich für eine Behandlungsbegrenzung aussprechen, erachten dieses Kriterium meist als „rein medizinisch“ und damit wertfrei. So spricht z.B. ein Tumor trotz hochtoxischer Therapie nicht an oder der Allgemeinzustand eines Intensivpatienten mit einer irreversibel fortschreitenden Grunderkrankung verschlechtert sich trotz Maximaltherapie kontinuierlich. Nicht verwendet wird der Begriff der „Aussichtslosigkeit“ für eine Behandlungsmaßnahme, die tatsächlich unmöglich ist oder bei der die Nutzlosigkeit unstrittig ist, z.B. eine Insulingabe zur Behandlung einer Lungenentzündung.

Im angloamerikanischen Sprachraum begann die Diskussion über den Stellenwert dieses Kriteriums Ende der 1980er Jahre und intensivierte sich in den 1990er Jahren.⁶ In Deutschland griffen nur einige Medizinethiker die Debatte auf.⁷ Medizinethiker in den USA machten zu Recht darauf aufmerksam, dass das Argument der „aussichtslosen Therapie“ nahelege, dass der Arzt nicht mehr mit dem Patienten diskutieren müsse.⁸ In der Tat sollte die Verwendung dieses Begriffs offene Fragen nicht verdecken: Eine so genannte aussichtslose bzw. nutzlose Therapie ist keine abgrenzbare, definierbare Größe, sondern befindet sich auf dem Ende des Spektrums von Therapien mit geringer Wirksamkeit. Wie der Begriff der „medizinischen Indikation“ stellt auch der Begriff der medizinischen Nutzlosigkeit ein gemischtes Urteil dar. Es gilt also, sich über das Therapieziel zu verständigen und die Erfolgchancen einer Therapie empirisch fundiert darzulegen. Schließlich ist unter Bezug auf ethische Kriterien zu entscheiden, ob angesichts der voraussichtlichen geringen Erfolgswahrscheinlichkeit einer bestimmten Maßnahme tatsächlich eingesetzt werden sollte.

⁶ Vgl. u. a. *Youngner* (1988), *Joralemon* (2002), *Pellegrino* (2005); für einen deutschsprachigen Überblick *Marckmann* (2003).

⁷ Vgl. z. B. *Illhardt* (2005).

⁸ Vgl. *Lantos* (1989).

1.4 Therapiezieländerung und *Palliative Care*

Der Wechsel des Therapieziels von einer kurativen hin zu einer palliativen Behandlung lässt sich heute nicht mehr eindeutig durch die Angabe unterschiedlicher Therapiemaßnahmen kennzeichnen. Denn auch im Rahmen einer Palliativbehandlung wird neben den Standards der Schmerz- und Symptomlinderung häufiger auch auf chemotherapeutische, radiologische oder chirurgische Maßnahmen zurückgegriffen, um klinische Symptome zu lindern. Aber Hochdosis-Chemotherapien oder andere Formen „kausaler“ Therapie finden in der Regel nicht mehr statt. Als Fragen stellen sich ab einem gewissen Punkt erfolgloser kurativer Therapie unter anderem folgende:

- Um welche (statistisch ermittelte) voraussichtliche Verlängerung des Überlebens geht es bei einer weiteren Behandlung? Hier ist ein Werturteil, welche Wahrscheinlichkeit den Versuch lohnt, erforderlich.
- In welchem Verhältnis stehen Nebenwirkungen und eine u.U. geringfügige Verlängerung der Lebensdauer? Hier ist eine Abwägung des Nutzens und Schadens aus Sicht des individuellen Patienten erforderlich.
- Geht das Überleben voraussichtlich mit einer erheblichen Stabilisierung oder Verbesserung der Lebensqualität einher? Auch wenn der Begriff Lebensqualität eine über das rein physiologische Überleben hinausgehende Betrachtung ankündigt, ist eine Präzisierung der Aspekte des komplexen Konstrukts Lebensqualität, die dem individuellen Patienten wichtig sind, und eine an seinen Präferenzen orientierte Bewertung der erhofften Verbesserungen der Lebensqualität erforderlich. In der Regel ist Patienten nicht nur die absolute Lebenszeitverlängerung, sondern auch die psychische, soziale und spirituelle Ebene wichtig.

Die behandelnden Ärzte können die Frage der Therapiezieländerung, die durch die ärztliche Annahme initiiert wird, dass man an den Grenzen der auf Heilung und Lebensrettung angelegten Therapie angelangt ist, letztlich nicht ohne Werturteile beantworten. Dass sich diese Werturteile nicht ohne den Patienten fällen lassen, zeigt sich bereits an dieser Stelle. Gleichwohl obliegt es der Verantwortung des Arztes, die oben genannten Fragen erst einmal auf Grundlage seiner medizinischen Expertise zu erkennen und zu reflektieren.⁹

Wurde in der Vergangenheit von Ärzten die Offenheit für einen Therapiezielwechsel „am Ende des Lebens“ eines Patienten eingefordert, entspricht heute diese, der klassischen Aufteilung medizinischer Fachgebiete und Versorgungsstrukturen geschuldete Vorstellung eines konkreten Zeitpunkts des Therapiezielwechsels nicht dem Ideal der Versorgung eines Patienten mit einer lebensbedrohlichen und mögli-

⁹ Vgl. für die Diskussion klinischer Fallbeispiele zu den Grenzen der Behandlungspflicht *Schumpelick/Vogel* (Hg.) 2004, S. 266–328, *Schumpelick* (Hg.) 2003, S. 229–326.

cherweise nicht heilbaren Erkrankung. Die Endlichkeit des Menschen von vornherein im Blick zu haben statt erst am Ende eines langen Behandlungsweges abrupt umzuschwenken, würde dem offenen Ausgang einer lebensbedrohlichen Erkrankung, ja letztlich der *conditio humana* besser entsprechen.¹⁰ Daher verstehen sich die neuere Palliativbewegung und *Palliativ Care* nicht mehr nur als Angebot für Menschen, die den Tod unmittelbar vor Augen haben, sondern als Versorgungskonzept für Menschen mit schwerwiegenden Erkrankungen.¹¹ In diesem Sinne definiert die Weltgesundheitsorganisation: „Palliative Care ist ein Handlungsansatz, der die Lebensqualität jener Kranken und ihrer Familien verbessert, die sich mit Problemen konfrontiert sehen, wie sie lebensbedrohliche Erkrankungen mit sich bringen. Dies geschieht durch die Verhütung und Linderung von Leidenszuständen. Dabei werden Schmerzen und andere Probleme (seien sie körperlicher, psychosozialer oder spiritueller Art) frühzeitig entdeckt und exakt bestimmt.“¹²

Folglich sollten Fragen medizinischer Behandlung am Lebensende immer unter dieser umfassenderen Perspektive betrachtet werden. Es geht also nicht um eine bruske Ablösung der kurativen Medizin durch die Palliativmedizin und -pflege, die erst in den letzten Lebenswochen einsetzt. Vielmehr zielt eine interdisziplinäre Patientenversorgung darauf ab, im Verlauf einer tödlichen Erkrankung den Einsatz von *Palliative Care* kontinuierlich zu verstärken. Zu Recht wird die Engführung einer auf die physiologische Ebene konzentrierten Medizin kritisiert und ihre Defizite aufgezeigt. Gleichwohl fokussieren die weiteren Ausführungen in diesem Beitrag auf die medizinischen Entscheidungen im engeren Sinne, um die damit zusammenhängenden ethischen Fragen und Abwägungen aufzuzeigen.

1.5 Bestimmung der Behandlungsoptionen als Verantwortung des Arztes

Der behandelnde Arzt hat auf Grund seiner medizinischen Expertise und seiner moralischen Verantwortung für das Wohl des Patienten die Aufgabe, die ärztlichen Ziele der Lebensrettung, Heilung, Linderung und Prävention zu verfolgen. Auf Grund des Selbstbestimmungsrechts des Patienten, welches weiter unten noch ausgeführt wird, gilt jedoch von vornherein, diese üblichen professionellen Therapieziele mit dem Patienten abzustimmen und dies während eines längeren Krankheitsprozesses zu wiederholen. Im Unterschied zu den Zielen obliegt die Wahl der Mittel zunächst einmal dem Arzt. Wohl muss er dabei auch wertende Vorentscheidungen treffen – nämlich, welche Diagnose- und Therapiemöglichkeiten er dem Patienten anbietet

¹⁰ Vgl. z. B. *Sitter-Liver* (2002) und *Mieth* (2002), S. 436–453.

¹¹ Vgl. z. B. für eine Übersicht *Student/Napiwotzky* (2007), bes. S. 10 f.

¹² *Weltgesundheitsorganisation* (WHO) 2002, S. 84.

und welche nicht. Gleichwohl darf die Abwägung, ob eine aggressive Therapie, die tendenziell keinen oder nur geringen Nutzen verspricht, einem Patienten noch angeboten werden sollte, nicht unreflektiert erfolgen und muss in einem zweiten Schritt mit dem Patienten gemeinsam abgewogen werden. Der Arzt kann aber nicht im Sinne eines Supermarkts der therapeutischen Möglichkeiten dem Patienten alles anheim stellen mit der Aufforderung, dieser möge doch einfach gemäß seinen Präferenzen wählen. Vielmehr muss sich der Arzt sich im Vorfeld, d.h. bevor er dem Patienten „mögliche“ Therapieoptionen unterbreitet, Rechenschaft darüber geben, warum er über bestimmte Therapieformen nicht informiert oder warum er vielleicht eine bestimmte „suboptimale“, für diesen individuellen Patienten aber möglicherweise angemessene Therapie vorschlagen möchte. Die alleinige Ausrichtung am Behandlungsstandard, sofern es einen solchen geben sollte, kann also unter Umständen ebenso problematisch sein wie eine weite liberalistische Form des Angebots jedweder letzten Möglichkeit, die es auf dem medizinischen Markt gibt.

2 Medizinische Behandlung schwerkranker, entscheidungsfähiger Patienten

2.1 Informierte Zustimmung

Von ansprechbaren und entscheidungsfähigen Patienten ist vor jeder Behandlung, sei sie auch noch so „indiziert“ oder gut gemeint, die Zustimmung einzuholen, ansonsten handelt es sich um eine unzulässige Körperverletzung. Das Recht auf Zustimmung oder Ablehnung von Handlungen anderer, die den Leib oder intime psychische Belange berühren, stellt ein zentrales moralisches und juridisches Abwehrrecht jedes Menschen dar. In der medizinischen und pflegerischen Versorgung hat sich in den vergangenen Jahrzehnten das Recht auf informierte Zustimmung unstrittig etabliert.¹³ In diesem Recht auf „*Informed Consent*“ sind zwei Elemente verknüpft, nämlich das Recht auf Zustimmung oder Ablehnung eines Eingriffs sowie das Recht

13 Die „informierte Zustimmung“ wurde erstmals im Nürnberger Kodex von 1947 systematisch ausformuliert – als Reaktion auf die grausamen Humanexperimente im Nationalsozialismus. Bereits in der Weimarer Republik hatte es ein juridisches Recht auf Zustimmung gegeben. In der Nachkriegszeit wurde das Konzept des „*Informed Consent*“ auf den therapeutischen Umgang mit Patienten angewandt und in Rechtsordnungen und Berufskodizes ausgearbeitet. Vgl. zur Entwicklungsgeschichte des *Informed-Consent*-Konzepts z. B. *Sauerteig* (2000) und Beiträge in *Frewer/Neumann* (2001) oder *Wiesemann* u. a. (1996).

auf Informationen, die der Betroffene für eine qualifizierte Entscheidung braucht.¹⁴ Grundlegend ist außerdem, dass der Patient in seiner Entscheidungsfähigkeit nicht beeinträchtigt ist, dass er die Informationen versteht und auf seine aktuelle Situation beziehen kann. Immer dann, wenn das Leben des Patienten in Gefahr ist und dieser dazu neigt, eine lebensverlängernde Behandlung abzulehnen, muss der Arzt sicherstellen, dass die Ablehnung nicht aus mangelndem Verstehen oder irrtümlichen Annahmen heraus geschieht. Lehnt der informierte und entscheidungsfähige Patient eine Behandlung letztlich ab, muss der Arzt dies respektieren.

2.2 Patientenrecht auf Selbstbestimmung

Geht man vom moralischen Recht des Patienten auf Selbstbestimmung im Kontext der Gesundheitsversorgung aus,¹⁵ wird noch deutlicher, dass der Arzt nicht nur die Zustimmung zu seinem „indizierten“ Therapievorschlag einholen muss, sondern dass der Patient als medizinischer Laie Informationen über Diagnose, Therapiemöglichkeiten und Prognosen braucht, um seine Lage einschätzen und sich ein Urteil über das weitere Vorgehen bilden zu können. Es reicht also nicht aus, lediglich über einen Therapievorschlag des Arztes aufgeklärt zu werden, sondern alle aus ärztlicher Sicht vertretbaren und einigermaßen wirksamen Therapieoptionen und damit verbundenen Therapieziele sind dem Patienten zu erläutern. Allerdings muss der Arzt, um dem Patienten die „sinnvollen“ Therapieoptionen und Therapieziele darlegen zu können, bereits eine Vorentscheidung und damit ein Werturteil gefällt haben, welche Behandlungswege er dem Patienten überhaupt anbietet. Der Arzt hat hier die Aufgabe und Verantwortung, Nutzen und Risiken bzw. Nebenwirkungen einer Behandlung sowie das damit erreichbare Ziel in erster Näherung zu bewerten, um dem schwerkranken Patienten, der vielleicht völlig verzweifelt nach jeder Therapie greifen würde, keine Therapieoptionen anzubieten, für die z.B. in Studien lediglich eine statistische mittlere Lebensverlängerung von einigen Tagen belegt ist oder die einen Patienten im Terminalstadium mit schwersten Nebenwirkungen belasten würden.

2.3 Patientenrecht auf Festlegung des Eigenwohls

Da jeder Patient sein Eigenwohl, d.h. seine Vorstellungen von Lebensqualität, Lebensführung und Lebenszielen selbst festlegen darf und diese auf das Gelingen

¹⁴ Vgl. als medizinethisches und -historisches Standardwerk zum Informed Consent *Faden/Beauchamp* (1986).

¹⁵ Vgl. für Entfaltungen des Rechts auf Selbstbestimmung des Patienten in der medizinischen und pflegerischen Versorgung *Bobbert* (2002), bes. 134 ff.

des Lebens ausgerichteten Wertungen individuell unterschiedlich sind, muss der Arzt Informationen über verschiedene Therapiemöglichkeiten und -ziele, ggf. auch die Möglichkeit der Nicht-Behandlung eingeschlossen, vermitteln. Die Wahl zwischen verschiedenen medizinischen Möglichkeiten besteht nicht in allen Fällen, muss aber immer dann eröffnet werden, wenn wichtige individuelle Präferenzen des Patienten berührt sein könnten.¹⁶ Die Ermittlung solcher Präferenzen sollte auch Ziel der Arzt-Patient-Kommunikation sein.

2.4 Recht auf Information über eine „schlechte Prognose“

Außerdem hat der Patient generell das Recht auf Mitteilung einer „infausten“ Prognose, wenn diese durch medizinische Diagnostik erzielt wurde. Zum einen könnten demnächst weitere Behandlungsentscheidungen anstehen. Zum anderen wird ein pathologischer Befund oder ein Rezidiv vielleicht aktuell noch keine klinischen Beschwerden verursachen, jedoch in naher Zukunft Störungen hervorrufen oder das Leben bedrohen. In beiden Fällen muss der Arzt den Patienten informieren, auch wenn ihm das Mitteilen einer „schlechten Nachricht“ oder „infausten“ Prognose schwerfällt. Denn wenn sich das Lebensende oder schwerwiegende Verschlechterungen des Gesundheitszustands abzeichnen, muss der Arzt dieses für die Lebensführung und -planung des Patienten sehr relevante Expertenwissen demjenigen weitergeben, den es „betrifft“. Insofern stellen Aufklärung und kontinuierliche Kommunikation über den Krankheits- und Therapieverlauf eine „existentielle Entscheidungshilfe“¹⁷ dar, die dem Patienten geschuldet ist. Der Arzt erhebt die entsprechenden Informationen nicht für sich oder als *l'art pour l'art*.

Da Ärzte Gespräche über Therapiegrenzen und das Sterben scheuen, unter anderem, weil sie oft nicht dafür ausgebildet sind, unterbleiben solche Aufklärungsgespräche teilweise oder werden hinausgezögert.¹⁸ Damit enthalten Ärzte dem Patienten jedoch Informationen vor, die für sein weiteres Handeln und Planen eine wichtige Grundlage darstellen würden. Der Patient läuft also möglicherweise „in die Irre“, oder es ist ihm verwehrt, Dinge zu regeln oder sich auf die Verschlechterung seines Zustands oder sein Sterben vorzubereiten. Um dem Patienten keine Handlungs- und psychischen Verarbeitungsoptionen vorzuenthalten, muss der Arzt dem Patienten diejenigen Informationen mitteilen, die wichtige Voraussetzungen

¹⁶ Vgl. Schmitten, in der (1997).

¹⁷ Vgl. Pöltner (2002), S. 98–112 zur ärztlichen Aufklärung.

¹⁸ Vgl. zur Arzt-Patient-Kommunikation in der Palliativmedizin Husebo/Klaschik (2002), S. 107–166.

der Handlungsfähigkeit darstellen, also u.a. für die Zukunft planen zu können und Wissen über Fakten zu haben, die für die geplanten Handlungen relevant sind.¹⁹

Außerdem sollte ein Arzt, wenn abzusehen ist, dass ein Patient demnächst vielleicht nicht mehr ansprechbar sein wird, die Therapieziele und Therapieoptionen besprechen, um für spätere Behandlungsentscheidungen dessen individuelle Präferenzen und Ziele in Erfahrung zu bringen und gegebenenfalls vorsorglich schriftlich festzuhalten. Weil viele Patienten mit dieser Aufklärung zunächst überfordert sein werden, sollte ein Arzt solche Gespräche wiederholt anbieten. So hätte der Patient die Möglichkeit, Entscheidungssituationen zu antizipieren und für den Fall der Entscheidungsunfähigkeit Vorausverfügungen zu treffen.

2.5 Therapieforderungen seitens des Patienten

Dem informierten und wohlüberlegten Wunsch eines Patienten nach Therapieverzicht oder Therapiezieländerung muss ein Arzt auf Grund des Selbstbestimmungsrechts des Patienten nachkommen. Mit der Forderung eines Patienten nach alternativen Behandlungsformen, die über die Schulmedizin hinausgehen oder dem Wunsch nach einer Maximaltherapie, die vielleicht nur eine äußerst geringe Chance der Lebensverlängerung birgt und zudem starke Nebenwirkungen mit sich bringt, wird man ebenso umgehen müssen wie mit den Therapieoptionen, die der behandelnde Arzt einbringt: Zunächst ist eine offene Kommunikation über erhoffte, aber vor allem auch über erreichbare Therapieziele vonnöten. Vielfach wird dies für beide Seiten psychisch und kommunikativ schwierig sein. Allerdings wird sich manche Therapieforderung des Patienten durch eine offene Prognose-Aufklärung erübrigen. Hier gilt es, dem Patienten realitätsbezogen und zugleich schonend zu vermitteln, wie es um ihn steht.

Wenn ein nach schulmedizinischen Maßstäben „austherapierter“ Patient sich jedoch von einem neuen oder alternativen Mitteln Heilung erhofft, sollte der behandelnde Arzt die wissenschaftliche Frage der Wirksamkeit ernsthaft mit ihm diskutieren. Um auch zu nicht-schulmedizinischen Methoden wissenschaftlich untermauert Stellung beziehen zu können, muss sich der Arzt gegebenenfalls erst einmal selbst kundig machen. Er sollte solche direkten Fragen und Vorschläge des Patienten nicht nur als Vertrauensbeweis werten, sondern das Thema aufgreifen, wenn es zwischen den Zeilen angedeutet wird. Denn manche Alternativbehandlungen können dem Patienten auch schaden, sei es durch Wechselwirkungen mit schulmedizinischen Medikamenten, sei es durch hohe private Ausgaben für nachgewiesen unwirksame Mittel. Im Konfliktfall sollte allerdings ausschlaggebend sein, inwiefern eine Alternativbehandlung wirklich Schaden anrichten kann. Dementsprechend sollte

¹⁹ Vgl. *Bobbert* (2002), S. 156 ff.

ein Schulmediziner entweder deutlich Stellung beziehen oder sich zurückhaltend äußern. Allerdings sollte er sich nicht dazu nötigen lassen, etwas anzubieten oder zu applizieren, was er aus medizinisch-fachlicher Sicht nicht vertreten kann. Einerseits wissenschaftliche Einschätzungen anzubieten und andererseits harmlose Zusatzbehandlungen nicht als Konkurrenz zu verstehen, wird in der Regel zu einer guten Arzt-Patient-Beziehung beitragen.

3 Behandlung nicht mehr entscheidungsfähiger Patienten

3.1 *Prima-facie*-Ziel der Lebensrettung

Ist ein Patient in seiner Entscheidungsfähigkeit beeinträchtigt oder nicht mehr urteilsfähig, muss sich der Arzt zunehmend auf die medizinische Sachlage – in Form von Diagnose und Prognose – stützen. Je stärker die Entscheidungsfähigkeit eingeschränkt ist, umso mehr Gewicht sollte auf die Betrachtung des aktuellen Gesundheitszustands und die verbleibenden medizinischen Möglichkeiten gelegt werden.²⁰ Wenn die Chance zur Lebensrettung, Lebensverlängerung oder Heilung besteht, wird man einen Patienten zunächst einmal maximal behandeln – in der Annahme, dass er gerettet werden möchte.

3.2 Akutzustand des Patienten, bisherige Behandlungsergebnisse und Prognose

Anlass für Überlegungen zur Behandlungsbegrenzung bei nicht mehr entscheidungsfähigen Patienten kann ein dezidiertes, in seiner Wohlüberlegtheit plausibles Behandlungsverbot seitens des Patienten sein – unter der Voraussetzung, dass sich ein enger Bezug zum Selbstbestimmungsrecht herstellen lässt. In allen anderen Fällen, die von Ärzten oder Angehörigen problematisiert werden, müssen zwei Bedingungen gegeben sein: Zum einen muss der Patient in einem sehr schlechten Zustand sein, der entweder durch eine irreversibel fortschreitende, unheilbare, zum Tode führende Grunderkrankung gekennzeichnet ist, zu der weitere Komplikationen bzw. Komorbiditäten hinzutreten oder der Patient hat schwerste Beeinträchtigungen

²⁰ Vgl. ausführlicher zur Frage der Behandlung nicht mehr entscheidungsfähiger Patienten *Bobbert* (2012). Vgl. für Überblicke *Auer* (1989), *Birnbacher* (1999), *Schöne-Seifert* (2007), S. 109–136. Vgl. für berufsethische Empfehlungen *Bundesärztekammer* (2011).

durch einen Unfall oder eine akute Erkrankung. Zum anderen müssen der kritischen Gesundheitsverfassung erfolglose oder nur geringfügig wirksame Maximalbehandlungen vorausgegangen sein, so dass die Wirksamkeit der Mittel begründet in Frage steht oder gar von einem Ausgeschöpftsein der Mittel die Rede ist. Wenn sich z.B. der Allgemeinzustand bei einem intensivpflichtigen komatösen Patienten mit unfallbedingten schweren Hirnverletzungen trotz Maximaltherapie immer weiter verschlechtert, scheinen die Möglichkeiten medizinischer Therapie an ihre Grenzen zu kommen. Die Bedingung einer sehr kritischen Gesundheitsverfassung und die Bedingung der Wirkungslosigkeit der Mittel weisen auf nur mehr sehr schlechte Besserungschancen hin, so dass daher der Einsatz verbleibender medizinischer Möglichkeiten der Lebensverlängerung zu diskutieren ist.

3.3 Argumentative Leistungskraft des Konzepts „mutmaßlicher Wille“

Stellt sich für die behandelnden Ärzte angesichts einer „infausten“ Prognose oder angesichts geringer Wirkung der Maximaltherapie bei gleichzeitiger Verschlechterung des Allgemeinzustands die Frage einer Behandlungsbegrenzung, sollten Erkundigungen zum mutmaßlichen Willen des Patienten eingeholt werden. Nur in seltenen Fällen liegt eine schriftliche Patientenverfügung vor, die, sofern sich ihre Anwendung plausibel vertreten lässt, befolgt werden sollte. Liegen mündliche Willensäußerungen des Patienten aus jüngerer Zeit vor, können sie unter Umständen als Hinweise auf den mutmaßlichen Willen gelten. Meist werden sich die behandelnden Ärzte für Auskünfte an nahestehende Angehörige, Freunde oder den Hausarzt wenden. Doch mündliche Äußerungen, die unter Umständen kontextspezifisch und weniger wohlüberlegt als spontan gefallen sind, Deutungen der Lebenseinstellung des Patienten oder seiner Art des Umgangs mit Lebenskrisen durch Außenstehende ergeben oft nur schwache Anhaltspunkte. Da es bei Fragen der Behandlungsbegrenzung meist um Leben oder Sterben geht, stellt das Argument des mutmaßlichen Willens in der Regel nur ein zugeordnetes, jedoch nicht allein entscheidendes Argument dar.

3.4 Argumentative Leistungskraft des Konzepts „Lebensqualität“

Viele Falldiskussionen enden bei Annahmen zur „Lebensqualität“, die sich im Falle eines positiven oder negativen Behandlungsverlaufs voraussichtlich ergeben wird. Was zumutbar oder wünschbar ist, kann letztlich nur der Betroffene selbst entscheiden. Niemand ist berechtigt, für einen anderen Menschen zu entscheiden, ob dessen Weiterleben oder Sterben sinnvoll ist. Ist eine weitgehende Heilung unmöglich oder sind bleibende Behinderungen zu erwarten, kann das Ziel einer lebensverlängernden Behandlung z.B. darin bestehen, das Bewusstsein und ein Mindestmaß an „Lebens-

qualität“ wiederzuerlangen. Da es sich in solchen Fällen um sehr schwerwiegende Entscheidungen handelt und sowohl Ärzte als auch Angehörige Gefahr laufen, eigene Werturteile und Befürchtungen auf den Patienten zu übertragen,²¹ ist es problematisch, eine solche Behandlungsentscheidung zu sehr auf das Argument des mutmaßlichen Willens zu stützen.

3.5 Die Norm des Nicht-Schadens

Klarer und aus ethischer Sicht etwas weniger problematisch als externe Lebensqualitätsurteile ist die Norm, dem Patienten durch medizinische Interventionen nicht stärker zu schaden als zu nützen. Daher besteht die empirische Aufgabe, Belastungen des Patienten, vor allem auch Nebenwirkungen einer Behandlung, zu erkennen und mit deren Nutzen abzuwägen. Eine solche Nutzen-Schaden-Abwägung ist letztlich nur aus der Perspektive des betroffenen Patienten zu rechtfertigen. Daher sollten sich die Vermutungen über das aktuelle Befinden an konkreten, möglichst empirisch überprüfbar anhaltspunkten festmachen. Darüber hinaus verlangt angesichts der Möglichkeiten der Medizin die Norm des Nicht-Schadens und vor allem auch die Pflicht zur Hilfe eine umsichtige Schmerzbehandlung und Symptomlinderung.

3.6 Vorsichtsregel und Pflicht zur bestmöglichen Absicherung der Prognose

Eine Behandlungsbegrenzung lässt sich nur dann rechtfertigen, wenn große Sicherheit hinsichtlich Diagnose und Prognose besteht. Andernfalls müssen Schritte zur weiteren Absicherung der Prognose unternommen werden, etwa das Hinzuziehen von Kollegen mit langjähriger klinischer Erfahrung oder weitere fachärztliche Abklärungen. Außerdem kann aber auch ein gezieltes und zeitlich umrissenes „Zuwarten“ unter fortgesetzter Therapie zu einer höheren prognostischen Sicherheit führen.²² Dementsprechend wäre bei Formen lang anhaltender Bewusstlosigkeit ein Behandlungsabbruch nur dann gerechtfertigt, wenn die Irreversibilität der Bewusstlosigkeit mit großer Sicherheit angenommen werden kann.

²¹ Vgl. auch das so genannte „Behinderungsparadox“ nach *Albrecht/Derlieger* (1999), *Wright* (1988). Es bezeichnet das empirische Phänomen, dass Außenstehende den von Krankheit oder Behinderung Betroffenen eine geringere Lebensqualität zuschreiben als diese selbst angeben.

²² Vgl. dazu eine Falldiskussion *Bobbert* (1999).

3.7 Stellenwert von Normen, Regeln und Konzepten

Das Vorsichtsprinzip bzw. die Regel, eine möglichst hohe prognostische Sicherheit anzustreben, bevor Behandlungsbegrenzung oder Behandlungsverzicht erfolgen, ist zum einen der Individualnorm des Schutzes des Lebens eines Menschen zuzuordnen, zum anderen den tendenziell schwachen Argumentationsformen des mutmaßlichen Willens und der Lebensqualität sowie den wertabhängigen Konzepten medizinischer Indikation und Nutzlosigkeit. Schwach sind diese Argumentationsformen deswegen, weil sie sich mehr oder weniger stark aus den Interessen, moralischen Intuitionen und Werturteilen Außenstehender speisen, was den individuellen Rechte des Patienten auf Lebensschutz und Selbstbestimmung zuwiderlaufen kann. Im Zweifelsfall dürfen und sollten Ärzte daher weiterbehandeln. Patienten und Angehörige, die eine Überbehandlung am Lebensende fürchten oder die keinesfalls längere Zeit mit medizinischen Mitteln am Leben erhalten werden wollen, sollten sich mit Fragen der Lebensendes auseinandersetzen und ihre Wünsche und Vorstellungen schriftlich oder mündlich Angehörigen und Ärzten kommunizieren.

Literatur

- Albrecht, Gary L., Derlieger, Patrick L., 1999, „The disability paradox“, in: *Social Science and Medicine*, Bd. 48, S. 977–988.
- Auer, Alfons, 1989, „Behandlungsabbruch/Behandlungsverzicht“, in: Eser, Albin/Lutterotti, Markus von/Sporcken, Paul, (Hg.), *Lexikon Medizin – Ethik – Recht*, Freiburg, S. 175–181.
- Auer, Alfons/Menzel, Hartmut/Eser, Albin, 1977, *Zwischen Heilauftrag und Sterbehilfe*, Köln.
- Birnbacher, Dieter, 1999, „Grenzen der Intensivmedizin aus ethischer Sicht“, in: Brudermüller, Gerd (Hg.), *Angewandte Ethik und Medizin*, Würzburg, S. 119 – 130.
- Bobbert, Monika, 1999, „Verzicht auf lebenserhaltende Maßnahmen?“ Ethischer Kommentar zu einem Fallbericht von der Intensivstation“, in: *Ethik in der Medizin*, Bd. 11/2, S. 109–113.
- Bobbert, Monika, 2002, *Patientenautonomie und Pflege. Begründung und Anwendung eines moralischen Rechts*, Frankfurt am Main.
- Bobbert, Monika, 2012, *Historische, theoretische und ethischen Fragen der Behandlungsbegrenzung bei schwerkranken, nicht mehr urteilsfähigen Patienten*, Paderborn.
- Bundesärztekammer, 2011, „Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung“, in: *Dt. Ärzteblatt* 108, Heft 7, A 346–347.
- Faden, Ruth/Beauchamp, Tom L., 1986, *History and Theory of Informed Consent*, New York.
- Frewer, Andreas/Neumann, Josef N. (Hg.), 2001, *Medizingeschichte und Medizinethik. Kontroversen und Begründungsansätze 1900–1950*, Frankfurt am Main.
- Fuchs, Robert (Hg.), 1895, *Hippokrates, sämtliche Werke*, Bd. 1. Buch der Prognosen, München.
- Husebo, Stein/Klaschik, Eberhard, 2000, *Palliativmedizin, Praktische Einführung in Schmerztherapie, Ethik und Kommunikation*, Berlin, 2. Aufl.
- Illhardt, Franz-Josef, 2005, „Wer hat wann warum das Recht, eine aussichtslose Therapie zu begrenzen?“, in: Illhardt, Franz-Josef (Hg.), *Über das Recht sterben zu dürfen*, Freiburg, S. 56–66.

- Joralemon, D., 2002, „Reading Futility: Reflections on a bioethical concept“, in: *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics*, Bd. 11, S. 127–133.
- Lantos, John D. u.a., 1989, „The Illusion of Futility in Clinical Practice“, in: *The American Journal of Medicine*, Bd. 87, S. 81–84.
- Lanzerath, Dirk, 2000, *Krankheit und ärztliches Handeln*, Freiburg.
- Lanzerath, Dirk, 2008, „Was ist medizinische Indikation? Eine medizinethische Überlegung“, in: Charbonnier, Ralph/Dörner, Klaus/Simon, Alfred (Hg.), *Medizinische Indikation und Patientenwille. Be-handlungsentscheidungen in der Intensivmedizin und am Lebensende*, Stuttgart, S. 35–52.
- Marckmann, Georg, 2003, „Medizinische Nutzlosigkeit. Einführung“, in: Marckmann, Georg/ Lienen, Paulus/Wiesing, Urban (Hg.), *Gerechte Gesundheitsversorgung. Ethische Grundpositionen zur Mittelverteilung im Gesundheitswesen*, Stuttgart, S. 251–253.
- Neitzke, Gerald, „Unterscheidung zwischen medizinischer und ärztlicher Indikation. Eine ethische Analyse der Indikationsstellung“, in: Charbonnier, Ralph/Dörner, Klaus/Simon, Alfred (Hg.), *Medizinische Indikation und Patientenwille. Behandlungsentscheidungen in der Intensivmedizin und am Lebensende*, Stuttgart, S. 53–66.
- Paul, Norbert, „Diagnose und Prognose“, in: Schulz, Stefan/Steigleder, Klaus, Fangerau, Heiner, Paul, Norbert W. (Hg.), *Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin*, Frankfurt, 143–152.
- Pellegrino, E.D., 2005, „Futility in Medical Decisions: the Word and the Concept“, in: *HEC-Forum*, S. 308–318.
- Pöltner, Günther, 2002, *Grundkurs Medizin-Ethik*, Wien.
- Sauerteig, Lutz, 2000, „Ethische Richtlinien, Patientenrecht und ärztliches Verhalten bei der Arzneimittelprüfung 1892–1931“, in: *Medizinhistorisches Journal*, Bd. 35, S. 303–334.
- Schmittgen, Jürgen in der, 1997, „Herz-Lungen-Wiederbelebung und Selbstbestimmung des Patienten“, in: Hahn, Susanne (Hg.), „*Und der Tod wird nicht mehr sein ...*“, *Medizin- und kulturhistorische, ethische und psychologische Aspekte der Wiederbelebung*, Darmstadt, S. 83–93.
- Schöne-Seifert, Bettina, 2007, *Grundlagen der Medizinethik*, Stuttgart.
- Schumpelick, Volker, Vogel, Bernhard (Hg.), 2004, *Grenzen der Gesundheit*, Freiburg.
- Schumpelick, Volker (Hg.), 2003, *Klinische Sterbehilfe und Menschenwürde*, Freiburg.
- Sitter-Liver, Beat, „Endlichkeit der Existenz“, in: Holderegger, Adrian/Müller, Denis/Sitter-Liver, Beat/Zimmermann-Acklin (Hg.), 2002, *Theologie und biomedizinische Ethik*, Fribourg, S. 208–226.
- Sporcken, Paul, 1971, *Darf die Medizin, was sie kann? Probleme ärztlicher Ethik*, Düsseldorf.
- Student, Johann-Christoph/Napiwotzky, Annedore, 2007, *Palliative Care. Wahrnehmen – verstehen – schützen*, Stuttgart.
- Weltgesundheitsorganisation (WHO), 2002, *National Cancer Control Programmes: Policies and Managerial Guidelines*, Genf.
- Wieland, Wolfgang, 1975, *Diagnose: Überlegungen zur Medizintheorie*, Berlin.
- Wiesemann, Claudia/Frewer, Andreas (Hg.), 1996, *Medizin und Ethik im Zeichen von Auschwitz*, Erlangen/Jena.
- Wright, B., 1988, Attitudes and fundamental negative bias: Conditions and corrections, in: Yucker, H. E. (Hg.), *Attitudes toward persons with disabilities*, New York, S. 3–21.
- Youngner, Stuart N., 1988, „Who Defines Futility?“, in: *JAMA* 2060, S. 2094–2095.