

In dubio pro vita – oder doch nicht?

Zur ethischen Rechtfertigung der Therapiedurchführung bei unbekanntem Patientenwillen

Aufgrund der zunehmenden Bedeutung ethischer Fragen in Medizin und Gesundheitswesen hat sich die Redaktion des „Bayerischen Ärzteblattes“ entschieden, eine Artikelserie zur Ethik in der Medizin zu starten. Fachlich und redaktionell koordiniert wird die Serie von Privatdozent Dr. Dr. Ralf Jox und Professor Dr. Georg Marckmann, MPH, vom Institut für Ethik, Geschichte und Theorie der Medizin an der Ludwig-Maximilians-Universität (LMU) München. Die Beiträge werden vier Mal im Jahr erscheinen und sollen vor allem solche ethischen Fragen behandeln, die für Ärztinnen und Ärzte bei ihrer praktischen Tätigkeit in der stationären oder ambulanten Patientenversorgung relevant sind (zum Beispiel Fragen der Therapieziel-

änderung) oder aktuell in der Öffentlichkeit bzw. der Ärzteschaft kontrovers diskutiert werden (zum Beispiel ärztlich assistierter Suizid). Knappe, praxisorientierte Übersichten und kommentierte Fallbesprechungen sollen den Leserinnen und Lesern diese Themen auf eine verständliche Weise nahebringen. Auch rechtliche Aspekte werden – sofern erforderlich – mit abgedeckt. Themenvorschläge und interessante Fälle zur Diskussion nehmen wir gerne entgegen, auch potenzielle Autoren dürfen sich gerne bei uns melden. Als zweiten Beitrag dieser Artikelserie stellen wir im Folgenden die ethische Rechtfertigung der Therapiedurchführung bei unbekanntem Patientenwillen dar.

Der Beitrag widmet sich dem medizinethischen Grundsatz „in dubio pro vita“. Er will eine ethische Argumentation aufzeigen, die die besondere Beschaffenheit des Grundprinzips Leben für den Fall der Unkenntnis des Patientenwillens analysiert. Dabei wird klar, dass der Grundsatz „im Zweifel für das Leben“ nur dann in dieser Behandlungssituation richtig verstanden werden kann, wenn er als „im Zweifel für die Therapiedurchführung“ übersetzt und praktiziert wird. Es bleibt dem Ermessen des behandelnden Arztes überlassen, deutlich zu benennen, welches Therapieziel verfolgt wird.

In Unkenntnis des Willens

Der Notarzt bringt einen offensichtlich obdachlosen Patienten intubiert und beatmet auf die Intensivstation. Passanten hätten erwähnt, dass dieser bewusstlos auf einer Parkbank aufgefunden worden sei. In der Computertomografie stellt sich eine große, hypertensive Massenblutung des Gehirns heraus. Aus neurochirurgischer Sicht erscheint in diesem Fall eine Entlastung der Hirnblutung angezeigt. Sie wird unter gleichzeitiger Betonung einer ernsten Prognose durchgeführt. Im Zuge der weiteren Behandlung kommt eine Pneumonie hinzu, die hohes Fieber mit einer konsekutiven Zunahme der Hirnschwellung mit sich bringt. Die Polizei versucht in der Zwischenzeit eine Patientenverfügung, Vorsorgevollmächtigte oder

Angehörige zur Eruiierung des mutmaßlichen Willens des Schwerkranken ausfindig zu machen – ohne Erfolg. Der Zustand verschlechtert sich zusehends und macht bei einem Nierenversagen eine Dialysetherapie notwendig. Die behandelnden Ärzte halten die Dialyse zur Stabilisierung seiner Situation für indiziert. Dennoch entsteht zwischen Ärzten und Pflegekräften der Intensivstation ein Streit, ob eine Weiterführung der Therapie bei voraussichtlich schwerer, lebenslanger Lähmung mit Sprachverlust im Interesse des Patienten gewesen wäre. Da weder eine Verfügung vorliegt, noch Angehörige oder Bekannte auffindbar waren und auch keine Erkenntnisse über Wertvorstellungen und persönliche Überzeugungen gewonnen werden konnten, bleibt dieser Dissens bestehen. Die Ärzte entschließen sich zur Fortführung der Hirn- und Lungenbehandlung sowie zum Beginn der Dialyse, wohlwissend, dass der Patient für den Fall des Überlebens mit schwersten, lebenslangen Behinderungen zurechtkommen muss. Sie rechtfertigen ihr Tun mit dem Argument, dass man damit gemäß den Empfehlungen der Bundesärztekammer „zum Umgang mit Vorsorgevollmacht und Patientenverfügung in der ärztlichen Praxis“ handle [1].

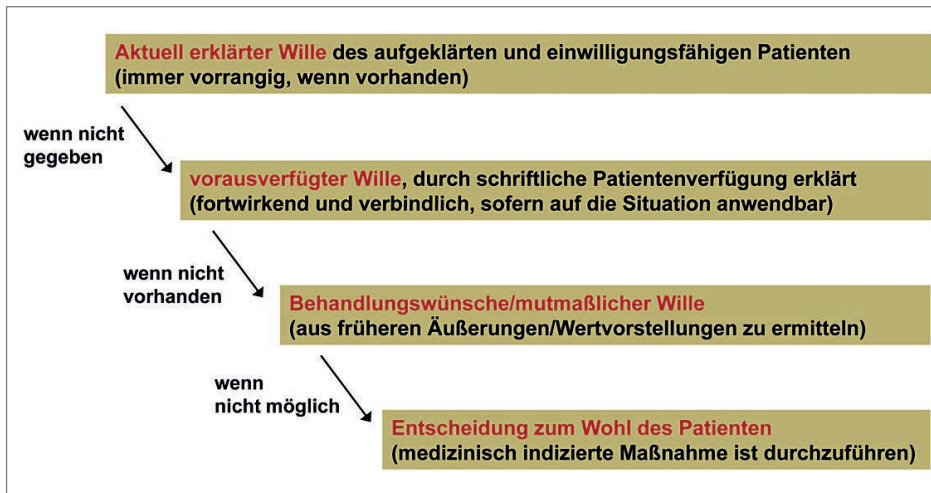
In dubio pro vita?

Im Laufe der klinischen Auseinandersetzung entdeckt man, dass die erwähnten Empfehlungen den vorliegenden Fall nicht hinreichend regeln. Lediglich eine analoge Konstellation für „Notfallsituationen, in denen der Wille des

Patienten nicht bekannt ist und für die Ermittlung individueller Umstände keine Zeit bleibt“ wird erwähnt. Dort liest man zudem, dass „die medizinisch indizierte Behandlung einzuleiten“ sei, „die im Zweifel auf die Erhaltung des Lebens gerichtet ist. Hier darf der Arzt davon ausgehen, dass es dem mutmaßlichen Willen des Patienten entspricht, den ärztlich indizierten Maßnahmen zuzustimmen“ [1].

Die Auffassung, dass dieser Notfallhinweis nicht ausreicht, um zu einem falladäquaten Urteil zu kommen, führt im Team dazu, dass eine Assistenzärztin beauftragt wird, bis zur nächsten Besprechung eine eingehende Literaturrecherche durchzuführen. Im Zuge ihrer Suche entdeckt sie folgenden Beitrag: Vier Wochen nach dem Inkrafttreten des Dritten Gesetzes zur Änderung des Betreuungsrechts veröffentlichten Gian Domenico Borasio, Hans-Joachim Heßler und Urban Wiesing im *Deutschen Ärzteblatt* einen Vorschlag zur „Umsetzung in der klinischen Praxis“ [2]. In einem grafisch veranschaulichten Entscheidungsdiagramm analysieren sie die Stufen der Willensermittlung entsprechend der deutschen Gesetzeslage (siehe Grafik):

- 1) Der aktuell erklärte „Wille des aufgeklärten und einwilligungsfähigen Patienten“ habe, wenn vorhanden, immer Vorrang.
- 2) Sei dieser nicht gegeben, gelte der vorausverfügte Wille im Rahmen einer Patientenverfügung als „fortwirkend und verbindlich“, sofern er „auf die Situation“ Anwendung finden könne.



Grafik

Quelle: Deutsches Ärzteblatt

- 3) Sei auch dieser nicht eruierbar, gelte es, die Behandlungswünsche bzw. den mutmaßlichen Willen „aus früheren Äußerungen/Wertvorstellungen zu ermitteln“.
- 4) Und für den Fall, dass auch auf diesem Weg keine Kenntnis über den Willen des Patienten zu erlangen sei, müsse der behandelnde Arzt eine „Entscheidung zum Wohl des Patienten“ treffen, was konkret heiße: Die medizinisch indizierte Maßnahme ist durchzuführen.

Beim beschriebenen Patienten trifft der letztgenannte Sachverhalt zu. Es gibt weder eine Erkenntnis über seinen aktuellen Willen, noch über einen verfügbaren, noch über einen mutmaßlichen und der mittlerweile gerichtlich bestellte Betreuer sieht sich nicht in der Lage, eine Aussage zur Einwilligung oder Untersagung der angebotenen medizinischen Maßnahme zu treffen. Was also tun? Das Entscheidungsdiagramm schlägt für diesen Fall vor, die angezeigte Therapie zu beginnen. Aber warum eigentlich?

Man könnte an dieser Stelle einhaken [3] und nachfragen, ob hier nicht ohne weitere Erklärung das Wohl des Patienten und die potenzielle Einwilligung gleichgesetzt werden. In

den ersten drei Stufen des Diagramms gehen die Autoren davon aus, dass eine Therapie zum Wohl des Patienten nur dann zustande kommt, wenn in das durch medizinische Fachlichkeit begründete Therapieangebot seitens der subjektiven Einschätzung des Patienten eingewilligt wird. Die Einschätzung des Patientenwohls aus medizinischer Sicht bedarf also notwendigerweise der Ergänzung durch die subjektive Patientensicht auf sein eigenes Wohl. Schritt vier bezieht sich jedoch auf die Fälle, bei denen keine Kenntnis der subjektiven Seite vorliegt.

Ersetzt nun die medizinische Einschätzung des Patientenwohls auch die Einschätzung des subjektiven Wohls? Dieser Ersatz, so der Einwand, ließe sich zumindest in Frage stellen. Schließlich gelte das Grundrecht auf „körperliche Unversehrtheit“ aus dem Artikel 2 Absatz 2 Grundgesetz auch für jeden Patienten im Status der Einwilligungsunfähigkeit und das Grundgesetz stelle in jenem Absatz das Recht auf Leben mit der Konjunktion „und“ dem Recht auf körperliche Unversehrtheit gleich. Für diesen Fall der Kollision zweier im Grundsatz gleich zu gewichtender Grundrechte wendet die verfassungsgerichtliche Praxis die sogenannte „praktische Konkordanz“ an. Dabei folge man dem bewährten Grundsatz, dass im Einzelfall

abzuwägen sei, ob das „Recht auf Leben“ oder das „Recht auf körperliche Unversehrtheit“ Vorrang habe. Eine Therapiedurchführung bei vorliegender Indikation, so die Schlussfolgerung, sei deswegen in diesem Fall nicht per se angezeigt. Dies könne unter Umständen auch bedeuten, dass der behandelnde Arzt einen Patienten, dessen Wille nicht ermittelt werden könne und zu dessen Erkrankung eine indizierte Therapie vorliege, nicht behandle.

In dubio pro vita!

Das im vierten Schritt des Entscheidungsdiagramms von Borasio, Heßler und Wiesing gesetzte Postulat „Entscheidung zum Wohl des Patienten“ baut auf Voraussetzungen auf, die es zu klären gilt: Eine nur durch das medizinische Fachurteil getragene Einschätzung des Patientenwohls bleibt ein Sonderfall medizinethischen Entscheidens. Das Diagramm weist darauf hin, dass die Unkenntnis des Patientenwillens den behandelnden Arzt daran hindert anzunehmen, dass der Patient die angebotene Therapie untersagen würde. Da in den allermeisten Fällen nur zwei Entscheidungswege (Einwilligung: Therapie beginnen; Untersagung: Therapie nicht beginnen) denkbar sind, fußt die Durchführung der medizinisch indizierten Maßnahme auf der impliziten Überzeugung, dass der Patient – wenn man seinen Willen kennen würde – der Maßnahme zugestimmt hätte.

Lässt sich das ethisch begründen? Die Antwort: Ja. Denn zunächst besteht der primäre ärztliche Auftrag in der Frage, ob die Heilung einer bestimmten Krankheit medizinisch möglich, das heißt, ob das Therapieziel der Kuration jener konkreten Krankheit erreichbar ist. Muss die Frage aus medizinischen Gründen verneint werden, erlischt der ärztliche Handlungsauftrag nicht, sondern er besteht fort, indem ein anderes, erreichbares, gegebenenfalls palliatives Therapieziel formuliert wird. In beiden Fällen bezieht sich der ärztliche Handlungsauftrag auf den Anspruch eines Patienten, ein verantwortbares Therapieangebot zu erhalten. Dieser Anspruch gründet in der kategorischen Geltung der Menschenwürde. Er besteht auch dann fort, wenn ein Patient die angebotene

Maßnahme ablehnt. Der Patient selbst muss vielmehr entscheiden, ob die aus dem Anspruch resultierende Therapie an ihm auch umgesetzt werden soll. Im oben beschriebenen Sonderfall weiß man jedoch nicht, ob der Patient der Maßnahme zustimmt oder nicht. Es entsteht eine Dilemmasituation: therapieren oder nicht therapieren? Auf die Prinzipienebene übertragen entsteht der Konflikt zwischen dem natürlichen Anspruch auf Therapie, der sich aus dem Grundprinzip des Anspruchs auf Leben ergibt, und dem natürlichen Anspruch auf körperliche Unversehrtheit.

Sucht man nun eine Analogie zwischen der grundrechtlichen und der ethischen Argumentation, so stößt man im deutschsprachigen Raum auf Robert Alexys Theorie der Grundrechte. Da Alexy den juristischen Diskurs als Sonderfall eines praktischen Diskurses betrachtet, lässt sich seine Auslegung der sogenannten praktischen Konkordanz auf das Feld der Ethik übertragen: Kollidieren zwei Grundrechte oder moralische Prinzipien, müsse eine „bedingte Vorrangrelation“ situationsbezogen dargelegt werden. „Die Festsetzung der bedingten Vorrangrelation besteht darin, dass unter Bezug auf den Fall Bedingungen angegeben werden, unter denen das eine Prinzip dem anderen vorgeht“ [4].

Auf den Fall des beatmeten Patienten bezogen ist eine „bedingte Vorrangrelation“ insofern naheliegend, als man es eben in diesem Fall nicht mit einer Abwägung gleichgeordneter Prinzipien zu tun hat, sondern mit der Bedingtheit des einen durch das andere: Wer nicht lebt, kann keinen Anspruch auf medizinische Versorgung erheben. Zudem bringt das durch den gerechtfertigten Anspruch auf Abwehr einer Gefährdung gesicherte Grundprinzip Leben eine weitere Sondereigenschaft in Prinzipienabwägungen vor. Denn der Grundsatz der praktischen Konkordanz besagt, dass im Falle der Kollision zweier Rechtsgüter ein Ausgleich so zu schaffen sei, dass die beiden Güter in ihrem Kerninhalt bestehen bleiben. Gerade das ist aber beim Grundprinzip des Lebens nicht möglich. Dieses Prinzip ist anders als andere Prinzipien (Freiheit, Gleichheit etc.) nicht teilweise einschränkungsfähig ohne im Ganzen zerstört zu werden – entweder man lebt oder man lebt nicht.

Im oben beschriebenen Fall wirkt sich das gravierend aus: Angesichts der Unkenntnis des Willens würde eine Rechtfertigung des Vorzugs des Prinzips körperliche Unversehrtheit die weitere Geltendmachung des Anspruchs darauf selbst zerstören, denn der Vorzug „Körperliche Unversehrtheit vor Leben“ würde den medizinisch indizierten Eingriff verhindern und nach

einer Weile würde der Patient versterben. Beide Prinzipien würden unrealisierbar. Andersherum jedoch – bei Vorzug des Grundprinzips Leben – wird das Prinzip der körperlichen Unversehrtheit erhalten, auch wenn es in der konkreten Behandlungssituation in den Hintergrund tritt. In der Anwendung auf das oben beschriebene Schicksal des beatmeten Patienten muss dies bedeuten: Weil man also keinerlei Kenntnis davon hat, ob der Patient den Anspruch auf körperliche Unversehrtheit oder auf Inanspruchnahme medizinischer Versorgung (als konkrete Form des Anspruchs auf Leben) geltend machen will, ist dem Anspruch auf das Grundprinzip Leben für die beschriebene Falltypologie der Vorzug einzuräumen.

Dieser Vorzug bedeutet aber keineswegs, dass Therapien bis zum Tod maximal durchgeführt werden müssen. Schließlich leitet sich aus dem Grundprinzip Leben zunächst einmal ein negatives Abwehrrecht ab, welches besagt, dass jeder Mensch einen Anspruch darauf hat, nicht getötet zu werden. Aus dem positiven Teilhabeanspruch am Grundprinzip Leben erfolgt aber kein uneingeschränkter Anspruch, immer jede medizinische Maßnahme angeboten zu bekommen. Somit erweist sich die Gewichtung des Lebens als höchstes Prinzip als unhaltbar: Wenn es so wäre, müsste bei jedem Patienten auch in der terminalen Phase eine maximale Therapie durchgeführt werden. Aus dem Grundprinzip Leben erfolgt vielmehr der fundamentale Anspruch, das je in der Situation Notwendige zu erhalten, um angemessen leben zu können. Wenn sich das Leben aber aufgrund seiner biologischen Grenzen dem Ende nähert und es unmöglich wird, kurative Therapieziele zu erreichen, entspricht es dem vorgetragenen Gedanken, dass es legitim sein kann, die Maßnahmen entsprechend dem neuen Therapieziel (zum Beispiel Leiden zu lindern) anzupassen. Damit entwertet man nicht das Leben als Grundprinzip ethischen Denkens, sondern nimmt nur hin, dass der Therapieanspruch sich den physiologischen Begrenztheiten dieses Lebens anpasst. Das Angebot einer palliativen Therapie entspricht also dem Anspruch, der sich aus dem Grundprinzip Leben ergibt.

Die für den vierten Schritt des Diagramms grundsätzliche Entscheidung „in dubio pro therapia“ ist also eine Anwendung des medizinethischen Grundsatzes „in dubio pro vita“. Diese Präferenz der indizierten Therapie bewahrt das Behandlungsteam zudem vor einer Missachtung einer erkenntnistheoretischen Grenzziehung. Diese besteht in der Zurückhaltung vor prognostischen Aussagen zum erwartbaren Wohl eines anderen Lebens, also zur möglichen Lebensqualität ohne greifbare Aussagen des Patienten selbst zur Verfügung zu haben. Das heißt

diejenigen, die in der unmittelbaren Patientenversorgung tätig sind und dem obdachlosen Patienten eine mögliche Therapie vorenthalten würden, weil sie die Ansicht vertreten, dass der prognostizierte Zustand schwerer Behinderung kein lebenswerter Zustand sei, überschreiten einen erkenntnistheoretischen Graben, den man als Außenstehender nicht überschreiten kann: Jemand, der keine schwere Behinderung erlebt hat, kann nicht für einen anderen Menschen rekonstruieren, wie sich ein Leben mit schwerer Behinderung lebt – und somit ist ein Urteil darüber ohne Selbstaussagen des Patienten unzulässig [5].

Resümee

Die Rede vom Grundprinzip Leben ist gerechtfertigt, weil das Leben einer Person die Bedingung der Möglichkeit zur Inanspruchnahme aller anderen ethischen Prinzipien darstellt. Für die medizinische Behandlungssituation von einwilligungsunfähigen Patienten, deren Wille unbekannt bleibt, ist diese falltypologische Vorrangstellung bei bestehender medizinischer Indikation gegeben. Das medizinethische Postulat, dem die Empfehlungen der Bundesärztekammer zum Umgang mit Vorsorgevollmacht und Patientenverfügung für Notfallsituationen folgen, steht auch zu Recht am Ende des vierten Schrittes im Borasio-Heßler-Wiesing-Entscheidungsdiagramm. Der behandelnde Arzt muss bei einem Patienten, dessen Willen nicht ermittelt werden kann, eine indizierte Therapie durchführen. Welches Ziel diese Therapie verfolgt, bleibt seinem fachlichen Urteil überlassen. In diesem Fall gilt: im Zweifel für das Leben, im Zweifel für die Therapie.

Das Literaturverzeichnis kann bei den Verfassern angefordert oder im Internet unter www.blaek.de (Ärzteblatt/Literaturhinweise) abgerufen werden.

Autoren

Dr. Bernhard Bleyer, Theologische Anthropologie und Wertorientierung, Fakultät für Katholische Theologie der Universität Regensburg, 93040 Regensburg, E-Mail: bernhard.bleyer@ur.de

Privatdozent Dr. Michael Pawlik, Klinik für Anästhesiologie, Intensiv- und Notfallmedizin, Caritas-Krankenhaus St. Josef, Akademisches Lehrkrankenhaus der Universität Regensburg, Landshuter Straße 65, 93053 Regensburg, E-Mail: mpawlik@caritasstjosef.de