

Situationen mit laufender Chemotherapie sind häufig Grenzfälle für die SAPV: Sie kann nur dann den Notarzt ersetzen, wenn der Patient keine Reanimation und keine Lebensverlängerung mehr wünscht. Meist sind das Patienten, die auch auf eine Chemotherapie verzichten bzw. bei denen diese nicht mehr möglich ist.

Im geschilderten Fall hat offenbar das professionelle Vorgehen sowie der Kontakt mit der SAPV den Patienten und dessen Familie nach dem Schock der Diagnose stabilisiert. Nun nimmt der Patient Chemotherapie in Anspruch. Er kennt das SAPV-Team, weiß, dass er daheim diese zusätzliche Hilfe erhalten kann, selbst wenn die Krankheit nicht mehr beeinflussbar ist. Das SAPV-Team kann ohne vorherige Genehmigung bei Problemen kurzfristig reaktiviert werden, es kennt den Patienten bereits – verwaltungstechnisch heißt das: neue Verordnung, neues Genehmigungsverfahren, und dann vermutlich Kostenübernahme. Hoffen wir, dass dem Patienten eine gute Zeit daheim gegönnt ist.

Dr. Claudia Levin,
Dr. Elisabeth Albrecht

In dubio pro vita – oder doch nicht?

Antwort auf den Leserbrief von Dr. Peter Plenk in Heft 1-2/2014, Seite 52.

Dr. Peter Plenk bringt in seinem Leserbrief zu unserem Beitrag „In dubio pro vita – oder doch nicht? Zur ethischen Rechtfertigung der Therapiedurchführung bei unbekanntem Patientenwillen“ (*Bayerisches Ärzteblatt* 12/2013) einen gewichtigen Einwand vor. Er schreibt: „Entscheidung zum Wohl des Patienten. Das kann aber nicht heißen, dass alles gemacht wird um das Leben des Patienten zu erhalten. Es muss

das gemacht werden was in dieser Situation sinnvoll ist. (...) Aber eine Therapie abzubrechen kann sehr wohl sinnvoll und zum Wohle des Patienten sein.“

Gerne wollen wir das Anliegen unseres Beitrags in diesem Punkt noch einmal herausstellen: Das von uns vorgetragene Argument bestand darin, dass im geschilderten Falle – wenn also keine Erkenntnis über den aktuellen, noch über den verfügbaren, noch über den mutmaßlichen Willen möglich ist und der mittlerweile bestellte Betreuer sich nicht im Stande fühlt, eine Aussage zur Einwilligung oder Untersagung der angebotenen medizinischen Maßnahme zu treffen – das Argument „in dubio pro vita“ insoweit gilt, dass eine indizierte Therapie in jedem Fall begonnen werden muss.

Das heißt aber gerade aus ethischen Gründen nicht, dass alles medizinisch Mögliche, um das Leben zu erhalten, zu machen sei. Es gibt keine moralische Pflicht, dass jede medizinische Therapie der Lebenserhaltung dienen muss. Das medizinethische Argumentieren erkennt mit dieser Einschränkung an, dass das Leben unweigerlich biologischen Begrenzungen unterworfen ist, die auch sein Ende verursachen. Der Auftrag zur unbedingten, medizinisch gestützten Dauererhaltung jeden Lebens würde also der natürlichen Begrenztheit des Phänomens Leben widersprechen.

Es gehört zur ärztlichen Aufgabe, jede Indikation dem konkreten Lebens- und Gesundheitszustand eines Patienten entsprechend zu stellen. Und das kann unter Umständen auch bedeuten, dass eine kurative Therapie beendet wird und palliative Maßnahmen eingeleitet werden. Deshalb hatten wir geschrieben: „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“ (*Bayerisches Ärzteblatt* 12/2013, Seite 668).

„In dubio pro vita“ muss also richtig verstanden werden als „im Zweifel für das Leben angesichts seiner biologischen Grenzen“. Der Ausdruck wird falsch interpretiert, wenn er als kategorische Pflicht zur Lebenserhaltung gelesen wird. In diesem Sinn träge der Ausdruck „das Therapieziel zu ändern“ besser den ärztlichen Entscheidungskonflikt als der Terminus „eine Therapie abzubrechen“.

Das, was im Leserbrief vage als das medizinisch „Sinnvolle“ vorgeschlagen wird, lässt sich entsprechend der vorgelegten Argumentation ebenfalls präzisieren: In der Planung der medizinischen Maßnahmen gilt es entsprechend der Therapiezielsetzung zu prüfen, welche Mittel verhältnismäßig angeboten werden können, um das auf einen aus ärztlicher Sicht hin überschaubaren Zeitraum hin angesetzte Therapieziel zu erreichen. Dieser Grundsatz der Verhältnismäßigkeit richtet sich an den Kriterien der Angemessenheit, Erforderlichkeit und Geeignetheit aus.

Dieser Verhältnismäßigkeitsgrundsatz spiegelt sich unter anderem im Prinzip des „Primum nihil nocere“ wider. Denn dieses negative inhaltliche Prinzip besagt, dass immer die medizinischen Maßnahmen zu wählen sind, die, um das indizierte Therapieziel zu erreichen, dem Patienten am wenigsten Schaden zufügen. So wäre zum Beispiel eine Chemotherapie bei Patienten mit weit fortgeschrittenem, nicht kurativ behandelbarem Tumor dann ethisch gerechtfertigt, wenn sie so angeboten würde, dass das Maß ihrer Dosierung und Sequenzierung angemessen, erforderlich und geeignet ist das Therapieziel – nämlich das psychische und somatische Leiden des Patienten zu lindern – zu erreichen.

Dr. Bernhard Bleyer,
Privatdozent Dr. Michael Pawlik

JEDER-KANN-EIN-RETTER-SEIN.de

Stoppen Sie Tuberkulose.
Mit Ihrer Spende retten Sie Leben.

**SPENDENKONTO 96 96
BLZ 790 500 00**

DZI Spenden-Siegel

www.dahw.de
Tel: 0931 7948-0

DAHW
Deutsche Lepra- und Tuberkulosehilfe e.V.