



Wer entscheidet bei medizinischer Aussichtslosigkeit?

Rechtliche und ethische Aspekte¹

Der Beitrag verfolgt drei Ziele: Erstens geht es darum, die rechtlichen Implikationen, die mit dem Problem der medizinischen Aussichtslosigkeit verbunden sind, zu prüfen. Zweitens geht es um eine ethische Analyse der Selbstbestimmung der Patienten einerseits sowie des sinnvollen ärztlichen Handelns und der gerechten Verteilung medizinischer Ressourcen andererseits. Es soll gezeigt werden, wie diese Faktoren sich auf die Entscheidung auswirken, ob eine Behandlung, die als medizinisch aussichtslos gilt, aus christlich-ethischer Sicht abgelehnt werden kann. Drittens werden Richtlinien für den Umgang mit medizinischer Aussichtslosigkeit vorgeschlagen, die sowohl in ege-Einrichtung umgesetzt werden können.



Peter A. Clark



Catherine Mikus

Schon seit über 10 Jahren gibt es in medizinischen, juristischen und ethischen Fachkreisen in den USA eine Debatte über das Konzept der medizinischen Aussichtslosigkeit. Sie wird vornehmlich durch die Bewegung für Patientenrechte entfacht – und durch deren Auffassung, dass das Recht zur Selbstbestimmung sich nicht nur auf die Zurückweisung von medizinischen Behandlungen, sondern auch auf den Anspruch auf Überbehandlung erstreckt.²

Ausgangslage

Die Bewegung für Patientenrechte war eine Reaktion auf die Bevormundung durch Ärzte, die einseitig Patienten überbehandelten und ihr Leben entgegen ihrem eigenen Wunsch, dem ihrer Angehörigen oder ihrer Stellvertreter verlängerten. Die Praxis ärztlicher Überbehandlung zog eine Reihe von gerichtlichen Entscheidungen nach sich, die vom Quinlan-Fall im Jahr 1976 bis zum Cruzan-Fall im Jahr 1990 reichten, und die den Patienten oder ihren ent-

sprechenden Stellvertretern das gesetzliche Recht zusprachen, medizinische Behandlung zu verweigern, auch wenn dies auf den Tod des Patienten hinauslief. Trotz der Argumente von Ärzten oder seitens der Krankenhausverwaltung, dass die weitere Behandlung angebracht sei, entschieden die Gerichte zugunsten des Rechts des Patienten oder seines Vertreters, eine Behandlung abzulehnen. Vorausgesetzt wurde dabei jeweils, dass es klare und überzeugende Beweise dafür gab, dass der Patient eine lebenserhaltende Behandlung ablehnen würde, wenn er bei Bewusstsein und dazu in der Lage wäre.

In den 1990er Jahren begannen Patienten und ihre Vertreter Behandlungen zu fordern, von denen Ärzte glaubten, dass sie *nicht* im besten Interesse des Patienten seien, weil sie medizinisch aussichtslos seien und eine

nicht verantwortbare Ressourcenverwendung darstellten. In Rechtsfällen, die vom Wanglie-Fall im Jahr 1991 bis zum Baby-K-Fall im Jahr 1994 reichten, entschieden die Gerichte zugunsten des Rechtes der Patienten oder ihrer Stellvertreter, selbst wenn sie medizinische Behandlungen verlangten, von denen die Ärzte glaubten, dass von ihnen kein medizinischer Nutzen zu erwarten sei. Problematisch war für die Richter in diesen Fällen der Mangel an einheitlichen professionellen Richtlinien für den Fall medizinischer Aussichtslosigkeit, mit deren Hilfe sie die Rechtmäßigkeit oder Unrechtmäßigkeit einer Entscheidung beurteilen könnten.³ Diese komplexen Fälle führten zu der gegenwärtigen Debatte über medizinische Aussichtslosigkeit, bei der die Selbstbestimmung des Patienten dem Patientenwohl und

¹ Der Beitrag wurde aus dem Amerikanischen übersetzt von Edith-Maria Redlin, Portrush Road (USA). Das englische Originalmanuskript kann bei der Redaktion angefordert werden.

² Council of Ethical and Judicial Affairs, American Medical Association, „Medical Futility in End-of-Life Care“, in: *Journal of the American Medical Association* 281 (10. März 1999), S. 937–941.

³ Vgl. Council of Ethical and Judicial Affairs, S. 938.