

Therapieverzicht bei extrem frühgeborenen Kindern

Kriterien?
Wer soll entscheiden?

Prof. Dr. Bettina Schöne-Seifert

Regelungen/ Empfehlungen in Deutschland

- **Einbecker Empfehlungen (rev. 1992)**
- **Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztl. Sterbebegleitung (rev. 2004)**
- **AMWF-Leitlinie "Frühgeburt an der Grenze der Lebensfähigkeit" (rev. 2007)**

Unstrittige ethische Prämissen

- (1) Therapie-Entscheidungen müssen sich am **Kindeswohl** orientieren
- (2) Nicht immer dient medizinischer Lebenserhalt diesem Kindeswohl

"Kindeswohl"??

Wann verstößt eine mögliche lebenserhaltende Behandlung gegen die wohlverstandenen kindlichen Interessen ?

- **Kriterien?**
- **Umgang mit Unsicherheit?**
- **Entscheidungsinstanz?**

"Kindeswohl"??

Wann verstößt eine mögliche lebenserhaltende Behandlung gegen die wohlverstandenen kindlichen Interessen ?

Potentielle kriteriale Dimensionen:

- (1) hochgradige Belastungen d. Therapie (✓)
- (2) keine (realist.) Überlebenschance (✓)
- (3) keine Aussicht auf akzept. LQ ??

Bsp.: Grundsätze der BÄK zur ärztlichen Sterbebegleitung (2004)

Sterbenlassen erlaubt bei:

- NG mit "schwersten Beeinträchtigungen" und ohne Aussicht auf Besserung
- **Extreme FG ohne Überlebenschance**
- NG mit "schwersten Zerstörungen d. Gehirns"

AWMF Leitlinie Frühgeburtlichkeit (2007)

"... folgt aus diesen Überlegungen, dass grundsätzlich dann, wenn für das Kind **die Chance zum Leben** besteht, lebenserhaltende Maßnahmen ergriffen werden sollen. ...

bei Frühgeborenen mit extremer Unreife müssen nicht in jedem Falle lebenserhaltende Maßnahmen ergriffen werden, weil der Ausgang des Behandlungsversuchs **umso ungewisser** ist, je unreifer das Kind ist. Insbesondere bei Kindern mit einem Alter von 22 bis 24 Schwangerschaftswochen

AWMF Leitlinie Frühgeburtlichkeit (2007)

"Extrem früh geborene Kinder können trotz adäquater kurativer Behandlung angeborene oder erworbene Schädigungen behalten. Das Risiko einer bleibenden **Behinderung allein** kann aber den **Verzicht** auf lebenserhaltende Maßnahmen zum Zeitpunkt der Geburt **ethisch nicht rechtfertigen.**"

Bsp.: Royal College of Paediatrics & Child Health (1997)

Sterbenlassen erlaubt, wenn

- das Sterben unaufhaltsam ist (*no chance*)
- Überleben nur mit schwersten Beeinträchtigungen möglich ist (*no purpose*)
- Behandlung als solche unzumutbar ist (*unbearable situation*)

Ethischer Dissens

Bei sehr schlechten **Chancen**:

- wie viel Ermessensspielraum?
- elterliche Urteile mitberücksichtigen?

Bei schwerster **künftiger Behinderung**:

- Ermessensspielraum? (wie viel?)
- elterliche Urteile mitberücksichtigen?

These 1

**Das Postulat der Verzichtbarkeit von
Therapien mit sehr kleinen Chancen ist
ohne Zusatz-Prämissen nicht plausibel**

These 2

Das Postulat von der moralischen Irrelevanz antizipierender LQ-Beurteilung entspricht nicht der akzept. Praxis

→ heimliche Zusatz-Prämisse

These 3

Bei unsicheren Prognosen über
Überlebenswahrscheinl. **und** spätere LQ:

- Bestimmung d kindeswohl-dienlichen
Therapie nicht allg. konsensfähig;
- wohl aber Bestimmung der Grauzone

Loretta Kopelmann (2005): "negative version of best-interest standard"

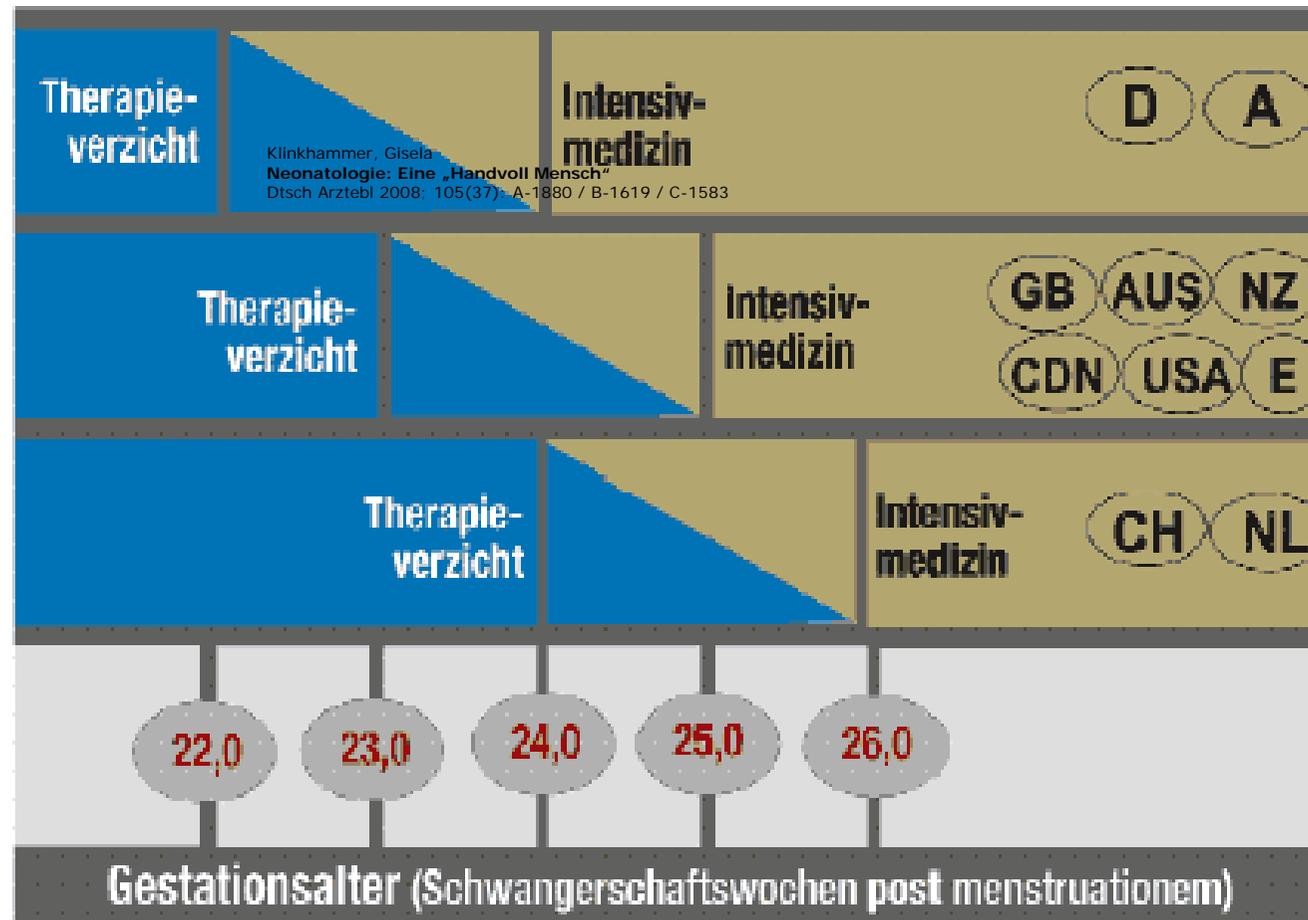
Ziele

Innerhalb der Grauzone:

- informierte wohlüberlegte Entscheidungen
- möglichst gemeinsame Entscheidungen
- keine psych. Überforderung
- moralische Entlastung
- Behandlung auf Probe zulässig
- Primat der **elterlichen** Entscheidung

GRAFIK

Leitlinien im weltweiten Vergleich



Tentatives Fazit

- (1) negatives Kindeswohl-Konzept
→ **Grauzone** der Urteilsunsicherheit festlegen (Ärzte; Gesellschaft)
- (2) **3** Dimensionen des Kindeswohls akzept.
- (3) Innerhalb der Grauzone **individualisierte** Entscheidungen im Konsens anstreben
(im Dissensfall: Primat d. Eltern)