

### Kindorientierte Ethik – Best-Interest Standard

Behandlungen an Kindern und Jugendlichen haben viel weitreichendere Folgewirkungen als in der Erwachsenenmedizin, so dass der kindorientierten Ethik eine besondere Bedeutung zukommt. Das Arzt-Patient-Verhältnis ist zudem komplexer, da keine Entscheidung ohne Einbeziehung der Eltern erfolgen kann. Die Frage nach dem Wohl, aber auch dem Interesse des Kindes spielt hier eine entscheidende Rolle.

#### Rechtliche Situation

GBG § 1626 Abs.2 : Eltern sind verpflichtet, die Meinung ihres Kindes zu achten. Die elterliche Sorge ist auch im Rahmen ärztlicher Heilbehandlung als weichendes Pflichtenrecht ausgestaltet, d.h. die elterlichen Befugnisse treten zurück, wo das Kind selbst entscheiden kann.

Minderjährige gelten unter 14 Jahren in aller Regel als einwilligungsunfähig und damit auch hinsichtlich der Einwilligung vertretungsbedürftig. Zwischen 14- und 18jährigen bleibt damit eine Zone, in der es auf die Beurteilung des Einzelfalles ankommt.<sup>[5]</sup>

Das nach ärztlichem Urteil entscheidungsfähige Kind hat das Recht, die Entscheidungen über seine gesundheitliche Versorgung selbst zu treffen, d.h. Behandlungen auch abzulehnen.

#### Best-Interest Standard

Definition: beinhaltet die Funktion eines surrogates (verantwortliche Person), der die Therapie wählt, von der er denkt, dass der Patient den größten Nutzen hätte (President's Commission 1983<sup>[1]</sup>). Der Best-Interest Standard bildet aber auch eine Generalklausel zur expliziten Berücksichtigung und Hervorhebung der Interessen von Kindern und Jugendlichen in Entscheidungen.<sup>[1][2]</sup>

Interessenwahrnehmung für eine andere Person durch:

- Lindern von Leiden
- Bewahrung oder Wiederherstellung der Gesundheit (functioning)
- Beachten der Lebensqualität und verbleibende Lebensspanne (extent of life)

Angehörige können miteinbezogen werden, da man davon ausgeht, dass die meisten Menschen ein Interesse am Wohl (wellbeing) ihrer Angehörigen haben, jedoch soll Missbrauch ausgeschlossen werden. Die Rolle der Ärzte und Pfleger ist es, Familien bei ihrer Entscheidung zu unterstützen und das Patientenwohl zu schützen. Gerichtsentscheidungen sind nur vorgesehen, wenn Eltern (surrogates) den best interests ihres Kindes nicht nachkommen.

*Best* müsse man laut Tom L.Beauchamp und James F.Childress (2001) als Verpflichtung des *surrogates* den höchsten Gesamtnutzen zu ermitteln verstehen.<sup>[1]</sup>

Loretta Kopelman<sup>[1]</sup> (1997) hingegen definierte den Standard als Maximierung des Gesamtwohls einer Person, mit der Voraussetzung jedoch, dass alle anderen Gegebenheiten gleich seien (all other things being equal). Ein Beispiel hierfür sei, dass ein Patient eine Herztransplantation benötigt und es somit für ihn das Beste wäre, aber andere Patienten durch längere Wartezeiten oder andere Kriterien höhere Ansprüche auf die Herztransplantation hätten.

Somit wäre in diesem Fall das Beste für den Patienten in manchen Fällen trotzdem nicht das Richtige für eine Handlung bedeuten könne.

Loretta Kopelmann schlug, um verschiedene Anwendungsbereiche des Best-Interest Standards voneinander abzugrenzen, drei Verwendungen vor:

1. Schwellenwert: Grenzziehung zur ernsthaften Gefährdung des Kindeswohls und damit Schutzgewährleistung  
Beispiel: staatliche Maßnahmen bei elterlicher Verweigerung einer notwendigen Bluttransfusion aus religiösen Gründen
2. Anzustrebendes Ideal: Als Ideal wird angesehen, wenn Regelungen oder Gesetze erlassen werden, um die Grundausrichtung gesellschaftlicher Haltungen und Kinder damit beispielsweise vor Vernachlässigung zu schützen  
Beispiel: Verbesserung der Wohnverhältnisse von Kindern durch Schaffung von Gesetzen oder auch durch andere primärpräventive Maßnahmen

3. Standard vernunftsgemäßen Verhaltens: Finden der akzeptabelsten Lösung für Kinder, pragmatische Entscheidung für die beste Option unter den Vorhandenen, heißt nicht die allerbeste Lösung für das Kind, sondern eine pragmatische Entscheidung für die beste Option unter den Vorhandenen  
Beispiel: Abwägung in einem Scheidungsfall, bei welchem Elternteil ein Kind, das an Asthma leidet, leben soll, wenn ein Elternteil starker Raucher ist

Die British Medical Association hat eine Erweiterung des Best-Interest Standards aufgenommen, in der die *best interests* eines Kindes das Hauptentscheidungskriterium bei der medizinischen Versorgung sei. Hierbei sollen nicht nur der physische Allgemeinzustand, sondern das Gesamtwohl des Kindes berücksichtigt werden, d.h. physische, emotionale, soziale und psychologische Bedürfnisse (British Medical Association 2001). Außerdem solle die Sicht der Minderjährigen angehört und mit in die Entscheidung einbezogen werden. Ärzte seien es gewohnt, den Nutzen einer Therapie nach physiologischen Parametern zu messen, wodurch jedoch andere wichtige Gesichtspunkte einer medizinischen Behandlung ausgeblendet würden.

### Abgrenzungen

Der Best-Interest Standard ist ein Prinzip, mit dem verantwortliche Personen Entscheidungen für einen Menschen treffen. Deshalb ist es wichtig, ihn von anderen Prinzipien zur fremdbestimmten Entscheidungsfindung abzugrenzen. Bei der Entscheidungsfindung für eine nichteinwilligungsfähige Person kann sowohl der Best-Interest Standard als auch der *substituted judgment standard* angewendet werden. Der *substituted judgment standard* beinhaltet die Verpflichtung, in dem Sinn zu entscheiden, wie der Patient selbst entschieden hätte, so dass dessen Autonomie gewahrt bleibt. Es besteht jedoch die Voraussetzung, dass der Patient bereits vorher Wünsche geäußert hat. Dagegen ist der Best-Interest Standard dafür vorgesehen, wenn der Patient vorher keine Wünsche entwickeln konnte oder auch noch nie einwilligungsfähig war.<sup>[1][3]</sup> Die Empfehlung ist es, den substituted judgment standard anzuwenden, damit die Autonomie des Patienten bewahrt bleibt.

### Kritik am Best-Interest Standard

Maßgebend für dieses Entscheidungsprinzip könnten die Interessen der Eltern und nicht die des Kindes sein (Parker 1994), so dass es individuelle Auslegungsmöglichkeiten des Best-Interest Standards gibt, die zu vielfältiger Kritik führten. Solange jedoch Schutzmaßnahmen vor Missbrauch vorhanden sind, sprechen viele Gründe für dieses Prinzip.<sup>[1]</sup>

### Partizipation

Wichtig ist bei Kindern und Jugendlichen vor allem die Mitsprache statt einer Alleinentscheidung. Partizipation bedeutet die Teilhabe an Entscheidungsprozessen und ermöglicht einen stufengerechten Übergang zur Selbstbestimmung. Die Partizipation sollte spätestens mit 7 Jahren erfolgen und ist eine Aufgabe von Eltern und Ärzten. Möglichkeiten der Partizipation nach Alderson sind:

1. Aufgeklärt werden (Informed Assent)
2. Seine Meinung äußern
3. Eine Entscheidung beeinflussen

Die UN-Kinderrechtskonvention bezieht sich nur auf diese ersten 3 Stufen.<sup>[1]</sup>

4. Der wichtigste Entscheider über eine vorgeschlagene pflegerische oder medizinische Maßnahme sein (nur urteilsfähige Patienten)

Fallbeispiel: Hannah Jones (13 Jahre) leidet seit 8 Jahren an Leukämie und erleidet daher eine medikamenteninduzierte Herzerkrankung, die eine Transplantation erfordert. Hannah lehnt nach Aufklärung die Transplantation ab, ihre Eltern respektieren ihre Entscheidung (1.-3.Punkt der Partizipation nach Alderson). Die Kinderschutz-Behörde entscheidet nach einem Gespräch mit Hannah, dass sie urteilsfähig ist und ihrem Wille stattgegeben wird (4.Punkt).<sup>[4]</sup>

### Quellen

[1] Claudia Wiesmann, Andrea Dörries, „Das Kind als Patient – ethische Konflikte zwischen Kindeswohl und Kinderwille“, Campus 2003 (S.28-47, S.116-131)

[2] Giovanni Maio, „Mittelpunkt Mensch: Ethik in der Medizin“, Medizinrecht 15, 1997 (S.351-355)

[3] Stephen Rixen, „Das todkranke Kind zwischen Eltern und Arzt“, Reclam 2008

[4] <http://www.arte.tv/de/244,em=043348-000.html>

[5] [http://www.info-krankenhausrecht.de/Rechtsanwalt\\_Arztrecht\\_Medizinrecht\\_Einwilligungsfahigkeit\\_Einwilligungsfahigkeit\\_01.html#tocitem2](http://www.info-krankenhausrecht.de/Rechtsanwalt_Arztrecht_Medizinrecht_Einwilligungsfahigkeit_Einwilligungsfahigkeit_01.html#tocitem2)