

Band 13 - Heft 4 - 2006

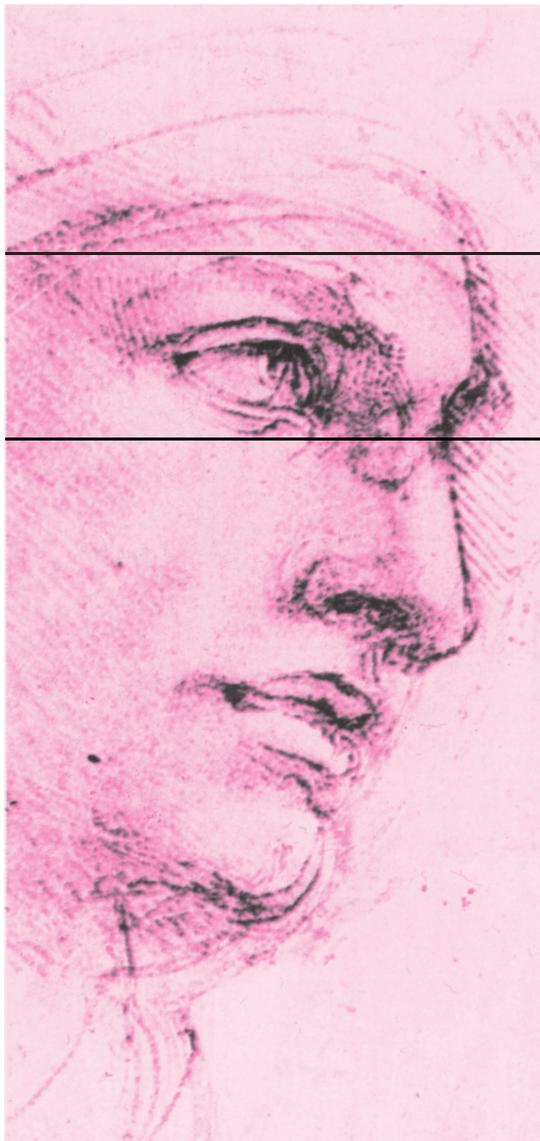
IMAGO HOMINIS

QUARTALSCHRIFT FÜR MEDIZINISCHE
ANTHROPOLOGIE UND BIOETHIK - WIEN

PREIS: EUR 10.-

ISSN 1021-9803

Band 13 - Heft 4 - 2006



KÜNSTLICHE
ERNÄHRUNG UND
THERAPIEREDUKTION

4
2006

IMAGO HOMINIS

Herausgeber:

Johannes BONELLI

Friedrich KUMMER

Enrique H. PRAT

Schriftleitung:

Susanne KUMMER

Wissenschaftlicher Beirat:

Klaus ABBREDERIS (Innere Medizin, Dornbirn)

Robert DUDCZAK (Innere Medizin, Wien)

Gabriele EISENRING (Privatrecht, Rom)

Titus GAUDERNAK (Unfallchirurgie, Wien)

Martin GLÖCKLER (Chirurgie, Wien)

Lukas KENNER (Pathologie, Wien)

Reinhold KNOLL (Soziologie, Wien)

Gunther LADURNER (Psychiatrie, Salzburg)

Wolfgang MARKTL (Physiologie, Wien)

Theo MAYER-MALY (Bürgerliches Recht, Salzburg)

Hildegunde PIZA (Plastische Chirurgie, Innsbruck)

Ernst PORPACZY (Pharmaindustrie, Wien)

Kurt SCHMOLLER (Strafrecht, Salzburg)

Das IMABE-Institut für medizinische Anthropologie und Bioethik hat die Aufgabe, die Medizin in Forschung und Praxis unter dem besonderen Aspekt der Würde des Menschen auf der Grundlage des christlichen Weltbildes zu betreiben bzw. zu fördern. Das IMABE-Institut veranstaltet Symposien, Seminare und Vorträge über Themen, die sich mit bioethischen und medizinisch-anthropologischen Fragen beschäftigen, und fördert den Dialog mit Experten aus den Bereichen Medizin, Philosophie, Psychologie, Rechtswissenschaft, Demographie, Soziologie und Theologie, um so aktuelle medizinische Probleme interdisziplinär zu durchleuchten.

Das Titelbild zeigt die „Skizze zum Gesicht des Adam“ aus der Sixtinischen Kapelle von Michelangelo.

INHALTSVERZEICHNIS

EDITORIAL	269
AUS AKTUELLEM ANLASS	
C. MARTENS <i>PID – wieder auf die Tagesordnung?</i>	272
S. KUMMER <i>Der Fall Salzburg weckt das Euthanasiegespenst: was lernen wir daraus?</i>	275
SCHWERPUNKT: Künstliche Ernährung und Therapiereduktion	
H. WATZKE <i>Therapiereduktion und Therapieverzicht der Artificial Nutrition Hydration bei onkologischen Patienten</i>	277
O. JANATA <i>Stellenwert der Antiinfektiva in der palliativen Pflege</i>	283
B. VOLLER, E. AUFF <i>Therapierückzug, Therapieverzicht bei schweren zerebrovaskulären Erkrankungen (Ischämie, Blutung)</i>	289
W. KRISTOFERITSCH <i>Künstliche Ernährung/Hydratation: Reduktion/Verzicht in der Endphase schwerer Demenzen</i>	295
T. WAGNER <i>Projekt Therapiereduktion bei Schwerstkranken. Verwendung von Blutprodukten</i>	301
M. CLODI, K. LENZ, G. J. LOCKER <i>Therapievorenhalt und Therapiereduktion bei invasiven Maßnahmen und künstliche Ernährung bei schwerstkranken Patienten</i> ...	305
E. H. PRAT <i>Therapiereduktion aus ethischer Sicht. Der besondere Fall der künstlichen Ernährung und Flüssigkeitszufuhr</i>	311
PROJEKTGRUPPE IMABE 2004 – 2006 <i>Konsens. Therapiereduktion und Therapieverzicht außerhalb der Intensivstation bei Patienten mit Verlust der Autonomie</i>	318
DISKUSSIONSBEITRAG	
J. BONELLI <i>Leben und Sterben. Zur Problematik der ärztlichen Sterbens- und Leidensverlängerung durch künstliche Ernährung</i>	322
NACHRICHTEN	328
ZEITSCHRIFTENSPIEGEL	331
BUCHBESPRECHUNGEN	333

Herausgeber: Prim. Univ.-Prof. Dr. Johannes BONELLI, Univ.-Prof. Dr. Friedrich KUMMER,
Prof. Dr. Enrique H. PRAT

Medieninhaber und Verleger: IMABE – Institut für medizinische Anthropologie und Bioethik,
Landstraßer Hauptstraße 4/13, A-1030 Wien, Telephon: +43 1 715 35 92, Telefax: +43 1 715 35 92-4
E-Mail: postbox@imabe.org, <http://www.imabe.org/>

DVR-Nr.: 0029874(017), ISSN: 1021-9803

Schriftleitung: Mag. Susanne KUMMER

Anschrift der Redaktion ist zugleich Anschrift des Herausgebers.

Grundlegende Richtung: IMAGO HOMINIS ist eine ethisch-medizinische, wissenschaftliche Zeitschrift, in der aktuelle ethisch-relevante Themen der medizinischen Forschung und Praxis behandelt werden.

Layout, Satz, Graphik und Produktion: Robert GLOWKA

Herstellung: Buchdruckerei E. BECVAR GESMBH, Lichtgasse 10, A-1150 Wien

Anzeigenkontakt: Robert GLOWKA

Einzelpreis: EUR 10.– zzgl. Versand

Jahresabonnement: Inland EUR 35.–, Ausland EUR 40.–, Studentenabo EUR 20.–, Fördererabo EUR 80.–

Abo-Service: Robert GLOWKA

Bankverbindung: BA-CA, BLZ 11000, Kto. Nr. 0955-39888/00;

IBAN = AT67 1100 0095 5398 8800, BIC = BKAUATWW

Erscheinungsweise: vierteljährlich, Erscheinungsort: Wien

Verlagspostamt: 1033 Wien, Postgebühr bar bezahlt.

Leserbriefe senden Sie bitte an den Herausgeber.

Einladung und Hinweise für Autoren:

Das IMABE lädt zur Einsendung von Artikeln, die Themen der medizinischen Anthropologie und Bioethik behandeln, ein. Bitte senden Sie Ihre Manuskripte an die Herausgeber. Die einlangenden Beiträge werden dann von den Mitgliedern des wissenschaftlichen Beirates begutachtet.

Das IMABE-Institut gehört dem begünstigten Empfängerkreis gemäß § 4 Abs 4 Z 5 lit e EStG 1988 in der Fassung des Steuerreformgesetzes 1993, BGBl.Nr. 818/93, an. Zuwendungen sind daher steuerlich absetzbar.

Redaktionsschluss: 30. November 2006

Für chronisch Kranke und Sterbende gibt es heute im eigenen Zuhause meist keinen Platz. Ein Faktum, das aus einem tief greifenden gesellschaftlichen Wandel, der steigenden Lebenserwartung und insbesondere den Veränderungen in der Familienstruktur resultiert. Dazu kommt, dass die Errungenschaften der modernen Medizin zu einer Umschichtung der Verantwortlichkeit geführt haben. Denn wenn eine Familie heute einen Angehörigen „in Ruhe“ und „zuhause sterben lassen“ will, ist ihr das „moralisch“ verwehrt. Die Medizin kann mehr, also soll sie eingreifen. Wann aber ist es auch aus medizinischer Sicht geboten, auf eine Therapie zu verzichten oder eine bestehende abubrechen?

Besonders auf internistischen Stationen sind jene Patienten zu finden, die aufgrund einer schweren, chronischen Erkrankung und ihres biologischen Alters nur noch eine beschränkte Lebenserwartung haben. Selbstverständlich haben auch sie Anspruch auf optimale medizinische und pflegerische Versorgung, verbunden mit dem Respekt vor ihrer Würde als Person. Alle vorhandenen und praktikablen Möglichkeiten, die auf einer so genannten Normalstation angeboten werden können, werden genutzt. Was aber, wenn die Lage des Patienten nicht stabil bleibt noch sich verbessert, sondern im Gegenteil sich verschlechtert und der Patient nicht mehr im Stande ist, seine Situation zu erfassen und die laufenden diagnostischen und therapeutischen Schritte im Sinne der Autonomie mitzubestimmen?

Der Arzt ist verpflichtet, alle Möglichkeiten und Mittel einzusetzen, um den präsumptiven Willens der Patienten zu erforschen. Die Grenzen der Autonomie zeigen sich, wenn der Patient an sich sinnhafte und nachhaltige erfolgversprechende Therapien nicht als solche erkennt oder gar in selbst schädigender Absicht verweigert (etwa durch die Einforderung der Beihilfe zum Selbstmord). Oder aber, wenn eine Progredienz des kognitiven Defizits bzw. ein schweres dementielles Zustandsbild zum völligen Verlust der Autonomie führen.

Besonders heikel ist die Ermittlung des Patientenwillens dann, wenn zu dem bestehenden, an sich spitalspflichtigen chronischen Zustand ein schweres Akutereignis eintritt, bei dem nur besondere, teils invasive, teils aufwändige Verfahren den unmittelbaren Tod verhindern können, ohne auf die mittelfristige Prognose Einfluss nehmen zu können (vorgegeben durch das oft multimorbide Grundleiden).

Kluge ärztliche Entscheidungen stützen sich auf Information, Erfahrung, eigene Kompetenz, Beurteilung des angestrebten Therapieziels, die damit verbundene Lebensqualität und (auch) die zu erwartenden Kosten. Die kluge Entscheidung ist getragen von den Grundhaltungen der Benevolenz, des „nil nocere“ und der Verteilungsgerechtigkeit sowie von der Verhältnismäßigkeit der anzustrebenden Mittel im Hinblick auf die Nachhaltigkeit der Wirkung.

Wenn lebensgefährliche Akutereignisse zu einer gravierenderen Erkrankung mit einer geschätzten Lebenserwartung von wenigen Monaten

hinzutreten, wird die Entscheidung immer schwieriger, ob eine Indikation zum Handeln oder zum Therapieverzicht getroffen werden soll. Gibt es zusätzliche Entscheidungshilfen, die dem Behandlungsteam in solchen Akutsituationen hilfreich sind?

Für die Indikation bzw. den Verzicht im Hinblick auf eine Intensivtherapie, die einen wichtigen Aspekt ärztlicher Entscheidung darstellt, liegt bereits seit 2004 ein Konsensuspapier vor (*Konsensuspapier der Intensivmedizinischen Gesellschaften Österreichs. Empfehlungen zum Thema Therapiebegrenzung und -beendigung an Intensivstationen*, *Wk Klin Wochschr* (2004); 116: 763-767).

Dieses war mit ein Anstoß für das vorliegende Heft mit dem Schwerpunktthema „Künstliche Ernährung und Therapiereduktion“. Vorab stellen die Autoren (wie auch schon im oben genannten Konsensuspapier) einhellig klar, dass jede vom Arzt intendierte Tötung oder die konkrete Beihilfe dazu als verbotene Sterbehilfe anzusehen und abzulehnen ist. Die Errungenschaften der modernen Medizin dürfen jedoch andererseits nicht dazu führen, dass man das unausweichliche Sterben nicht zulassen und das verlöschende Leben um jeden Preis verlängern will.

Welche aufwändigen Maßnahmen zur Therapie stehen zur Verfügung, welche davon sind indiziert? Auf welche gut dokumentierten Erfahrungen kann man sich dabei stützen?

Die Beiträge orientieren sich an Situationen, wie sie an internen Normalstationen, Palliativ- und Hospizeinrichtungen zu finden sind. Die Indikation zu Therapieverzicht/-abbruch ist für Betreuer auf der Station außerhalb der ICU (Normalstation) weniger gut definierbar als für Intensivmediziner. Doch auch für Fachleute besteht eine große Bandbreite von Maßnahmen hinsichtlich Aufwand und Nachhaltigkeit.

Einleitend stellen die Neurologen E. AUFF und B. VOLLER die klinisch-neurologische Untersuchung als zentrale Stütze der Diagnostik und Prognosestellung bei ischämischen Hirnprozessen dar. W. KRISTOFERITSCH differenziert weiters hinsichtlich der chronisch-demenziellen Zustände im Endstadium. Die Autoren setzen sich dabei auch mit allen Stufen der künstlichen Ernährung auseinander, eine Frage, die von den internistischen Intensivmedizinern K. LENZ, G. J. LOCKER und M. CLODI aufgegriffen und in den größeren Rahmen der Grenzbereiche ihres Spezialfaches gestellt werden. T. WAGNER formuliert seine begründete Warnung vor frustraner Gabe von Hämoderivaten, während O. JANATA die Gabe von Antiinfektiva auch bei Infektionen im Terminalstadium nicht missen möchte. H. WATZKE schließlich befasst sich mit der Palliation und deren Grenzen, wobei er nicht nur die onkologischen Patienten im Blick hat.

Unerlässlich in diesem Zusammenhang sind die Beiträge zur klaren Begriffsbestimmung von „Sterben“ und „Tod“ aus der Sicht des Klinikers (J. BONELLI), sowie des Therapieverzichts (Töten oder Sterbenlassen?), basierend auf den hier besonders wichtigen ethisch-philosophischen Erwägungen (E. PRAT).

Die Autoren, die wir für die Gestaltung dieses Heftes gewinnen konnten, setzen hier an, wo die Intensivmediziner nicht oder nicht mehr gefordert sind, und haben aus eigener Erfahrung sowie gestützt auf die verfügbare

Literatur Beiträge ausgearbeitet. Abschließend haben wir – gemeinsam mit den Autoren der Beiträge – einen Text formuliert (Konsensus), von dem wir hoffen, dass er für die auf Normalstationen tätigen Ärzte und Pflegepersonen als Richtlinie im Umgang mit sterbenden Patienten dienlich sein kann – auch wenn die Letztentscheidung im konkreten Fall immer dem verantwortlichen Mediziner obliegt. Er soll aber mittels derartiger Informationen die Möglichkeit haben, seine Handlungsweise bezüglich Therapieverzicht oder -abbruch zu überprüfen und objektiv nachvollziehbar zu machen (dokumentiert gemäß dem Krankenanstalten und Kuranstaltengesetz § 10 Abs 1 Z 2). Auch im Nachhinein und jederzeit muss sein Vorgehen im Detail rekonstruiert werden können.

Die Herausgeber

PID – wieder auf die Tagesordnung?

Cornelia MARTENS

Verschiedene Entwicklungen in den Berufsorganisationen der Fortpflanzungsmediziner und der Gynäkologen¹ deuten klar darauf hin, dass man sich in Österreich für einen neuen Anlauf rüstet, um die Einführung der Präimplantationsdiagnostik durchzusetzen. Der letzte Versuch ist nicht so lange her. Im ersten Entwurf der Novellierung des Fortpflanzungsmedizingesetzes im Jahr 2005 wäre eine bedingte Zulassung von PID möglich gewesen, wäre die Zulassung nicht durch eine breite Diskussion abgewehrt worden. Nun dürfte die politische Konstellation bedeutend günstiger für PID-Befürworter sein, und so beeilt man sich.

In den letzten zwei Jahren hat *IMAGO HOMINIS* zahlreiche Stellungnahmen zu dieser ethisch sehr fragwürdigen Diagnosemethode gebracht.² Die Argumente gegen dieses Instrument der Menschenselektion – denn das, und nur das ist PID –, sind ziemlich erdrückend.

Befürworter können sie nicht einfach mit der Feststellung abtun, dass diese Diagnostik erlaubt, Leid zu ersparen, weil man lebensunwertes Leben nicht austragen muss, das letztlich doch abgetrieben würde. Denn genau dieses ideologische Gedankenkonstrukt von *lebensunwertem Leben* muss abgelehnt werden. Sie folgt einer rein utilitaristischen Logik, die in erster Linie dazu entwickelt wurde, um über fremdes Leben zu entscheiden. Diese Einstellung verfestigt sich durch eine Freigabe der PID. Allein deswegen sollte man schon von einer Anwendung Abstand nehmen. Oder sind Eltern in Zukunft Konsumenten, die eine Qualitätskontrolle für das Produkt Kind einfordern können? Der nächste Schritt sind Qualitätsansprüche und konsequent werden Wunschvorstellungen geschürt. In jenen

Ländern, in denen PID zugelassen ist, ist man leider schon soweit. So würden die meisten werdenden Eltern in Großbritannien die psychischen und physischen Eigenschaften ihres Kindes verändern, wenn diese ihm ein besseres Leben bieten würden, ergab jüngst eine Studie der *University of East Anglia*³, die den Zusammenhang von Reproduktionsmedizin und den Wünschen nach einem designten Kind untersuchten. Gesundheit steht laut Studie in der Wunschliste an erster Stelle, doch auch IQ und Charaktereigenschaften sollten nach Ansicht der Eltern verbessert werden, wenn es möglich ist. Ist der utilitaristischen Logik einmal das Tor geöffnet, schreitet sie konsequent voran: von der Auslese zur Verbesserung.

Die Bischofskonferenz hat in den letzten zwei Jahren mehrmals gegen eine Einführung der Präimplantationsdiagnostik Stellung genommen. Hier sollen die Argumente für den Schutz des Lebens von Anfang an, auch in der Petrischale, wiederholt werden, denn zu oft wurden sie überhört. Diese Aussagen werden in den kommenden Monaten oft in Erinnerung zu rufen sein:

1. Am 10. November 2004 hat die Bischofskonferenz anlässlich der Herbst-Plenartagung folgende Erklärung abgegeben:

Im Hinblick auf die Novellierung des Fortpflanzungsmedizingesetzes, die am Dienstag Tagesordnungspunkt des Ministerrates war, stellt die Österreichische Bischofskonferenz fest: In der Novelle gibt es auch weiterhin kein explizites Verbot von Präimplantationsdiagnostik, Klonen und Forschung an embryonalen Stammzellen.

Die Aufbewahrungsfrist für die bei der In-vitro-Fertilisation anfallenden „überzähligen“ Embryonen, also menschliches Leben in seinem frühesten Stadium, ist von einem Jahr auf zehn Jahre erhöht worden. Das bedeutet keine Lösung der Problematik „überzähliger“ Embryonen. Durch die Erhöhung der Aufbewahrungsfrist steigt die Gefahr, dass früher oder später tatsächlich diese „überzähligen“ Embryonen für Forschungszwecke missbraucht werden. Somit bleibt die Novellierung hinter den berechtigten Erwartungen zurück.

Die österreichischen Bischöfe erinnern als positives Beispiel an die derzeit gültige italienische Regelung vom Februar 2004, die menschliches Leben in seinem frühesten Stadium vor Selektion und Experiment schützt. An dieser Regelung wäre auch für die österreichische Legislative Maß zu nehmen.

Grundsätzlich rufen die Bischöfe in Erinnerung, dass nach kirchlicher Auffassung die In-vitro-Fertilisation einen Verstoß gegen die Würde des Menschen darstellt. Sie ersuchen die Verantwortungsträger, das Gesetz wenigstens im Hinblick auf folgende Punkte nachzubessern:

- Ausdrückliches Verbot von Menschenselektion durch Präimplantationsdiagnostik
- Ausdrückliches Verbot des Missbrauchs menschlichen Lebens durch Klonen und verbrauchende Embryonenforschung
- Beschränkung der Befruchtungsversuche in der Art, dass keine überzähligen Embryonen entstehen.

2. Am 8. Mai 2005 hat der zuständige Bischof für Familie und Lebensschutz, Diözesanbischof Klaus KÜNG folgende Erklärung im Namen der Bischofskonferenz abgegeben:

Die österreichische Bischofskonferenz hat in den letzten Jahren wiederholt eindringlich davor gewarnt, bezüglich der Präimplantationsdiagnostik (PID) Ausnahmen zu gestatten.

PID öffnet einer nicht kontrollierbaren Menschenselektion Tür und Tor.

Zu Gunsten einer scheinbar größeren Effizienz werden grundlegende ethische Prinzipien bei Seite gelassen. Von Anfang an war die Praxis der künstlichen Befruchtung von dieser Haltung gekennzeichnet: Die Suche nach Erfolg, auch wenn manche ethische Prinzipien übergangen werden.

Bei der Novellierung des Medizinfortpflanzungsgesetzes wurde trotz aller Hinweise der Bischöfe die Chance versäumt, gewisse wichtige Eingrenzungen vorzunehmen, wie die Limitierung der Befruchtungen von Eizellen auf drei zur Vermeidung von überschüssigen Embryonen, das klare Verbot des therapeutischen Klonens. Die österreichische Bischofskonferenz ersucht, bei der Novellierung des Gentechnikgesetzes nicht durch Einführung der PID den Wert des menschlichen Lebens „pränatal zu selektieren“.

3. Im November 2005 verabschiedete die Bischofskonferenz das Dokument „Leben in Fülle. Leitlinien für die katholische Einrichtungen im Dienst der Gesundheitsfürsorge.“

Darüber hat *IMAGO HOMINIS* in der Ausgabe 3/2006 berichtet. **Zur PID wird in den Leitlinien folgendes festgehalten:**

In Zusammenhang mit den Methoden künstlicher Befruchtung steht die Präimplantationsdiagnostik. Außer den in 2.1.4 (medizinische assistierte Fortpflanzung) genannten Gründen, die zu ihrer Ablehnung durch die Kirche führen müssen, wird dabei fast zwangsläufig die Selektion menschlichen Lebens nach den Kriterien von „lebenswert“ und „nicht lebenswert“ betrieben, was in keinem Fall annehmbar ist. Auf diese Weise wird der Wunsch zum Kind nach Maß hervorgerufen und gefördert, während schwache, kranke und behinderte Menschen vom Leben ausgeschlossen werden.

Referenzen:

- 1 vgl. z.B. http://www.oeggg.at/fileadmin/user_upload/downloads/Kongresse/2006/OEGRM.pdf; <http://www.ivf-gesellschaft.at/index.php?pid=tagung>; http://www.ivf.at/pid_pid.htm
- 2 AUNER N., *Soll PID in Österreich zugelassen werden?*, Imago Hominis (2005); 11: S 10-11
TROMPISCH H., *Argumente zur Präimplantationsdiagnostik*, Imago Hominis (2005); 12: 129-132
IMABE-ETHIK-KOMMISSION, *Erklärung zur Durchführung der Präimplantationsdiagnostik in Österreich*, Imago Hominis (2005); 12: 145-146
IMABE-INSTITUT, *Stellungnahme zum Entwurf der Gesetzesnovelle des Gentechnikgesetzes*, Imago Hominis (2005); 12: 179-180
- 3 vgl. IMABE-Newsletter September 2006

Dr. Cornelia MARTENS, IMABE-Institut
Landstraßer Hauptstraße 4/13
A-1030 Wien

Der Fall Salzburg weckt das Euthanasiegespenst: was lernen wir daraus?

Susanne KUMMER

Prinzipiell ist man gegen Euthanasie. In Österreich haben sich alle politischen Parteien dagegen ausgesprochen. Und auch die Menschen in diesem Lande lehnen ein Töten auf Verlangen ab. Aber wenn es um ganz konkrete Fälle geht, sieht es mitunter anders aus.

Vor wenigen Monaten wurde im Land Salzburg eine depressive, lebensmüde Patientin auf ihr ausdrückliches Verlangen hin von ihrem Arzt mit einer Überdosis Morphinum getötet. Er gibt an, er habe aus Überzeugung gehandelt und stehe zu der von ihm geleisteten aktiven Sterbehilfe.

Nach Bekanntwerden dieses Ereignisses gab eine Salzburger Regionalzeitung im September 2006 eine repräsentative Umfrage in Stadt und Land Salzburg unter 400 Personen in Auftrag. Das Resultat: 63 Prozent der Befragten stimmten folgender Suggestiv-Frage zu: „Wenn jemand, der aussichtslos im Endstadium an einer unheilbaren Krankheit leidet, eindringlich darum bittet, sterben zu dürfen: Soll ihm das gewährt werden und ärztlich überwachte Sterbehilfe erlaubt sein?“ Nur 22% sagten nein zur „Sterbehilfe/Euthanasie“, in welcher Form auch immer, 16% zeigten sich unentschieden (vgl. Salzburger Fenster 30/06). Angemerkt werden muss, dass nicht klar ist, was sich jeder unter „Endstadium“ vorstellt und dieser Punkt genauer analysiert gehörte.

Dennoch gibt das Ergebnis zu denken. Der Befragung war eine Periode der intensiven Berichterstattung in diversen audiovisuellen Medien vorausgegangen, wobei der Standpunkt des Arztes wiederholt zitiert wurde, wenngleich verbunden mit der Frage, ob und weswegen wohl Anklage gegen den Arzt erhoben werden würde: War es Tötung auf Verlangen? Oder Mord? Im Lichte der geltenden Rechtsprechung in unserem Land ist dieser hohe Anteil der Zustimmung zu einer

wie immer gearteten Sterbehilfe alarmierend. Viele Menschen registrieren – ob bewusst oder am Rande –, was sich in anderen Ländern (Holland, Belgien) hinsichtlich Straffreiheit bei aktiver Sterbehilfe geändert hat bzw. ändern könnte, ermessen aber nicht die Strittigkeit der ethischen Argumentation, die an plausiblen anthropologischen Gegebenheiten vorbeigeht und – trotz aller Beteuerungen – einen großen Spielraum für die Willkür einräumt. Die Verantwortung der Medien, die um eine differenzierte Berichterstattung bemüht sein muss, ist dabei nicht hoch genug einzuschätzen.

Euthanasie ist auch in den anderen europäischen Länder, in denen sie nicht erlaubt ist, ein in der Öffentlichkeit oft wiederkehrendes Thema: in den letzten Monaten in Deutschland, Italien, Frankreich, Spanien usw. Warum? Weil es in Europa ein ganz konkretes soziales Problem gibt, das mit der Überalterung der europäischen Bevölkerung, deren Spitze noch nicht erreicht ist, zusammenhängt. Dazu kommen die rasche Zunahme der Pflegefälle und die erhöhte Lebenserwartung. Das alles wäre noch kein großes soziales Problem, wenn der Zusammenhalt der Generationen so stark wäre, dass niemand befürchten müsste, allein gelassen seinen Lebensabend verbringen zu müssen – bis zum bitteren Ende. Wer will schon einsam sterben? In diesen Punkten lauert der soziale Druck in Richtung Euthanasie, wie der Salzburger Fall und die Befragung deutlich zeigen. Als der schwedische Autor Carl-Henning WILKMARK 1978 sein Büchlein *Der moderne Tod. Vom Ende der Humanität* (Gemini-Verlag, 2005) publizierte, nahm er prophetisch vorweg, was heute Realität scheint. Euthanasie ist zwar die falsche, aber einfachste Lösung des Problems der Überalterung. In der literarischen Versuchsanordnung WILKMARKS diskutieren schwedische Experten in

einem behaglichen schwedischen Seminarhotel, wie das ökonomische Problem der Überalterung auf möglichst „humane Weise“ zu lösen sei. Messerscharf durchdringt WIJCKMARK dabei die Logik des Geldes: „Die Experten sind sich darüber einig, dass man die Bevölkerung vor allem davon überzeugen muss, wie schädlich sich das egoistische Festhalten am eigenen Leben auswirkt, und wie sehr es die ökonomische Zukunft des Landes gefährdet“, resümiert Hans Magnus ENZENSBERGER das Büchlein aus den Siebzigerjahren und fährt fort: „Der Mord an den Alten erscheint in dieser Perspektive als eine Form der Betreuung durch die Sozialbürokratie und als humanitäres Projekt (...).“ Inzwischen sind derlei Überlegungen Praxis, allen voran in den Niederlanden, wo sich ältere Menschen schon in Pflegeheime nach Deutschland bringen lassen aus Angst vor unerwünschtem Tod. Aus dem Recht aufs Sterben wurde eine Pflicht zum Tod.

Allerdings kann man das Phänomen der Überalterung der Gesellschaft und die zunehmende Isolation der älteren Generationen nicht naiv verdrängen. Was ist schief

gelaufen in den letzten Jahrzehnten, was wir den kommenden Generationen erleichtern müssen, damit sie nicht die gleichen Fehler begehen? Frank Schirrmacher, Herausgeber der *Frankfurter Allgemeinen Zeitung* hat in seinem Buch „Minimum“ (vgl. Rezension im *IMAGO HOMINIS* 2/2006) einen wichtigen Hinweis dazu gegeben. Schirrmacher zeigt auf, dass in allen Zeiten jene Menschen Katastrophen signifikant überlebten, die in einen Familienverband eingebunden waren. Das größere Risiko trugen die Alleinstehenden. Daraus lässt sich folgern, was beinahe wie eine Plattitüde anmutet, und doch keine ist: Wo jemand in eine Familie eingebunden ist, gibt es signifikant weniger Wunsch, umgebracht zu werden. Die Familie schafft wie keine andere Institution einen Zusammenhalt zwischen den Generationen. Wer also Familie stärkt, wendet auch den Druck auf eine drohende Euthanasie-Gesellschaft ab.

Mag. Susanne KUMMER, IMABE-Institut
Landstraßer Hauptstraße 4/13, A-1030 Wien
skummer@imabe.org

SCHWERPUNKT

Therapiereduktion und Therapieverzicht der Artificial Nutrition Hydration bei onkologischen Patienten

Herbert WATZKE

Zusammenfassung

Die Ernährungstherapie gewinnt bei onkologischen Patienten in den letzten Jahren zunehmend an Bedeutung. Ihre Indikationen und Kontraindikationen sind zum Teil durch Studien belegt, zum Teil aber auch nur durch Empfehlungen abgedeckt. Dies trifft vor allem auf die Situation des Abbruchs einer Ernährungstherapie zu, wie sie vor allem im Bereich der Palliativmedizin häufig notwendig wird. Hier wird ein schrittweises Vorgehen empfohlen, das den Wunsch des Patienten, die möglichen Nebenwirkungen und Beeinträchtigungen der Lebensqualität, die Schwere der Erkrankung auf die Einschätzung der verbleibenden Lebenszeit berücksichtigt. Letztere muss dabei immer in Relation zu einem potentiellen Verlust an Lebenszeit durch einen Therapieabbruch gesetzt werden.

Schlüsselwörter: Künstliche Ernährung, Onkologie, Palliativmedizin, Indikation

Abstract

Artificial nutrition hydration (ANH) is an important measure in the therapeutic concept of cancer care. Its indications and contraindications have been established by many studies and are covered by guidelines. Evidence is rather poor when withdrawal of ANH seems necessary. A stepwise procedure has been recommended for patients in palliative care. It takes into account patients' priorities and expectations, negative effects on quality of life, severity of disease and estimation of life expectancy. The latter has to be seen in context with the possibility of a shortening of the life span when ANH is withdrawn.

Keywords: Artificial nutrition hydration, oncology, palliative care, indications

Anschrift des Autors: Univ.-Prof. Dr. Herbert WATZKE, Professor für Palliativmedizin
Klinik für Innere Medizin I, Medizinische Universität Wien
Währinger Gürtel 18-20, A-1090 Wien

Die Ernährungstherapie unterliegt wie jede andere ärztliche Maßnahme auch den Bedingungen und Einschränkungen von Indikation und Kontraindikation.¹ Es muss deshalb für jede klinische Gesamtsituation – und bei jeder ihrer Änderungen – auch immer eine Nutzen Risiko Analyse durchgeführt werden. Dies kann dann auch zu einem Abbruch oder zu einem Verzicht einer künstlichen Ernährung führen. Onkologische Erkrankungen unterscheiden sich dahingehend nicht von anderen Erkrankungen. Dennoch wird die Sinnhaftigkeit einer Ernährungstherapie bei diesen Patienten, häufig mit dem Hinweis auf die begrenzte Lebenserwartung, traditionell stärker hinterfragt als bei anderen Erkrankungen.

Es werden deshalb im Folgenden die Indikationen und Kontraindikationen der künstlichen Ernährung und ihrer verschiedenen Formen (enteral, parenteral) bei onkologischen Patienten dargestellt und auf die Situation des Therapieabbruchs bzw. Therapieverzichts in der terminalen Lebensphase dieser Patienten eingegangen.

Möglicher Vorteil der Artificial Nutrition Hydration bei Tumorpatienten

Artificial Nutrition Hydration (ANH) ist ein zentraler Bestandteil des onkologischen Behandlungsplans. Die Wirksamkeit dieser therapeutischen Maßnahme bei Patienten mit Krebserkrankungen kann am Endpunkt des Überlebens (Lebensverlängerung) und am Endpunkt der Lebensqualität (Verbesserung der Lebensqualität) evaluiert werden. Insgesamt deuten gerade rezent publizierte und methodisch hochwertige Studien auf einen positiven Effekt der ANH bei Patienten mit fortgeschrittenen Krebserkrankungen hin, sowohl was die Lebensverlängerung (bei einzelnen Tumorarten und Behandlungsprotokollen) als auch was die Verbesserung der Lebensqualität betrifft (bei Patienten mit fortgeschrittenen Krebserkrankungen ganz allgemein). Umstritten ist weiterhin, ob die ANH

in Form einer enteralen oder parenteralen Therapie gegeben werden soll. Das American College of Physicians rät von parenteraler Ernährung der Tumorpatienten ab.² Es beruft sich dabei auf ältere Studien^{3,4}, die sowohl eine signifikant erhöhte Komplikationsrate (OR 4,1) als auch ein kürzeres Überleben und schlechteres Ansprechen auf Chemotherapie (beides nicht signifikant) bei parenteraler Ernährung zeigen. Ähnliche Empfehlungen spricht auch die American Gastroenterologic Society aus.⁵ In einem rezenten Review wird aber darauf hingewiesen, dass auch Patienten, die aus welchen Gründen auch immer eine enterale Ernährung nicht tolerieren, von einer parenteralen Ernährung profitieren könnten.⁶ Außerdem ist eine parenterale Ernährung natürlich bei Patienten mit einem dysfunktionalen Verdauungstrakt indiziert.^{7,8}

Überleben

Schon früh konnte für Tumorpatienten mit proximaler intestinaler Obstruktion gezeigt werden, dass ANH das Überleben dieser Patienten signifikant verbessert.⁹ Dies gilt in gleicher Weise für Patienten mit fortgeschrittenen Tumoren, die einer intensiven strahlentherapeutischen Behandlung zugeführt werden.^{10,11} Die Daten hinsichtlich der Lebensverlängerung durch ANH bei Patienten, die ganz generell eine Chemotherapie erhalten sind widersprüchlich: Es gibt Studien die darauf hinweisen,¹² andere wiederum finden keinen Effekt.^{13,14} Eine rezente, prospektive randomisierte Studie an 152 Patienten mit weit fortgeschrittener Krebserkrankung zeigt nun allerdings doch einen signifikanten Überlebensvorteil bei frühzeitigem Beginn einer ANH bei Patienten mit fortgeschrittenen Tumoren.¹⁵

Lebensqualität

Die Mehrzahl der Krebspatienten ist zum Zeitpunkt ihrer Diagnosestellung bereits in einem inkurablen Stadium. Für diese Patienten stellt die

Verbesserung der Lebensqualität den Hauptzielparameter des Behandlungsplanes dar.^{16,17}

ANH bewirkt bei diesen Patienten in den meisten Studien eine signifikante Verbesserung der Lebensqualität. So konnte bei Patienten mit Kopf/Halstumoren, die eine Strahlentherapie benötigen, gezeigt werden, dass sich schon alleine durch eine intensivierete Ernährungstherapie alle erhobenen Anorexieparameter signifikant verbessern und auch die Lebensqualität eine hochsignifikante Zunahme zeigt.¹⁸ Darüber hinaus kann bei optimal enteral versorgten Patienten mit einer fortgeschrittenen Tumorerkrankung durch eine parenterale Ernährung noch eine zusätzliche signifikante Verbesserung der Anorexieparameter und der Lebensqualität im Vergleich zu einer intensivierten enteralen Ernährungstherapie erzielt werden.¹⁵

Aus dem oben Gesagten ergibt sich, dass eine Krebserkrankung auch in einem fortgeschrittenen Stadium keinen Abbruch, sondern eine Indikation für eine ANH darstellt. Da das fortgeschrittene Stadium einer Krebserkrankung auch die Patienten mit palliativmedizinischem Betreuungsbedarf definitionsgemäß kennzeichnet, ist somit auch und gerade für diese Patienten eine ANH indiziert.

Mögliche Risiken der Artificial Nutrition Hydration bei Tumorpatienten

Bei den Risiken der künstlichen Ernährung können zwei Phasen unterschieden werden: die Phasen der Implantation des venösen oder gastrointestinalen Zugangs und die Phase der Applikation der künstlichen Ernährung.

Hinsichtlich der Komplikationen bei Implantation ist die nasogastrische Sonde mit den geringsten Risiko behaftet (selten: tracheale Fehllage) und ist einfach durchzuführen. Der venöse Zugang dem gegenüber birgt die Gefahr von Fehlpunktionen mit der Folge von Blutungen und Pneumothorax, die Gastrostomie oder Jejunostomie ebenfalls von Fehlpunktionen und Peritonitis. In der Phase

der Applikation unterscheiden sich die Systeme dahingehend, dass der venöse Zugang vor allem unter den Bedingungen der Heimparenteralen Ernährung die häufigsten und schwersten Komplikationen aufweist. Dennoch setzt sie sich, da sie von den Patienten als am wenigsten behindernd und belästigend eingestuft wird, als Therapiekonzept bei Krebspatienten zunehmend durch.

Katheter-bezogene Komplikationen

Katheter-bezogene Infektionen stellen die schwerste Komplikationsform dar HPN dar. In einer älteren Studie wurden 9% Todesfälle an Sepsis bei Patienten unterschiedlichster Grunderkrankungen berichtet.¹⁹ Neuere Studien hingegen finden Katheter-bezogene Bakteriämien von 0,48%/Jahr. Katheter-bezogene Thrombosen treten mit einer Inzidenz von 0,02% vergleichsweise deutlich seltener auf, Todesfälle wurden aber auch hier berichtet. Die Katheter bezogene Mortalität liegt dabei bei 0,1%/Jahr.²⁰ In einem rezenten Review wird deshalb auch der enteralen Ernährung der Vorzug gegenüber der parenteralen Ernährung gegeben.^{21,6}

Systemische Komplikationen

Metabolische Entgleisungen und Leberversagen stellen Komplikationen der parenteralen Ernährung dar, liegen aber in ihrer Inzidenz weit hinter den Katheter-assoziierten Komplikationen.^{4,5}

Artificial Nutrition Hydration des terminalen onkologischen Patienten

Während die Datenlage eine Ernährungstherapie auch bei fortgeschrittenen onkologischen Erkrankungen unterstützt, fehlen systematisiert erhobene Daten in der terminalen Phase onkologischer Patienten weitgehend. In dieser letzten Lebensphase,

die in ihrer zeitlichen Ausdehnung schlecht definiert ist, nehmen auf Grund der erhöhten körperlichen und psychischen Vulnerabilität die Kontraindikationen zu. So steigt die Gefahr der Volumsüberlastung bei parenteraler Ernährung in dieser Phase, was eine Rücknahme der infundierten Flüssigkeits- und damit Kalorienmenge bzw. einen völligen Verzicht darauf notwendig machen kann. Es werden die Belastungen und Belästigungen des Patienten durch die mechanischen Irritationen des Katheters – ob nun Venenkatheter, nasogastrische Sonde oder Gastrostomie – verstärkt empfunden. Letztlich ist auch denkbar, dass die an sich sehr mechanistische Ernährungstherapie in ihrer Eigenschaft als letzte verbliebene medizinische Maßnahme den Patienten das Abschiednehmen erschwert und ihn dadurch zusätzlich psychisch belastet.

Auch hinsichtlich der Indikation ergeben sich in dieser Lebensphase der onkologischen Patienten Änderungen. So gibt die European Association of Palliative Care (EAPC) in ihrem Consensus Statement¹⁷ von 1996 zu bedenken, dass bei einer sehr kurzen Lebenserwartung (wenige Tage bis wenige Wochen) der Vorteil einer künstlichen Ernährung sehr limitiert ist, vor allem dann, wenn sie in dieser Phase erst begonnen wird.

Für bereits laufende Therapien wiederum wird festgestellt, dass die durch Absetzen der künstlichen Ernährung entstehende Mangelsituation auf Grund der tumorbezogenen geringen Lebenserwartung nicht zu einer verkürzten Lebenserwartung führen wird und somit keine indirekte Euthanasie darstellt. Auch eine Verbesserung der Lebensqualität wird durch ANH in dieser Phasen nicht erreicht: die häufigen Symptome von Hunger, Durst und Mundtrockenheit können alleine durch konservative Maßnahmen gemildert werden.²¹

Prinzipiell empfiehlt die EAPC¹⁷ ein schrittweises Vorgehen im Entscheidungsprozess der ANH bei terminalen Patienten (Tabelle I). Im ersten Schritt werden 8 Kriterien zur Einschätzung des Patienten erhoben, im zweiten

Schritt wird die Entscheidung gefällt und im dritten Schritt werden die Maßnahmen hinsichtlich ihrer Wirkung re-evaluiert.

Der erste Schritt dient zur Einschätzung des Gesundheitszustandes, der Symptome, der Prognose und des Bedarfs an Ernährungstherapie. Hinsichtlich der Symptome ist auffällig, dass weniger als 50% terminaler Krebspatienten Hunger oder Durst tatsächlich verspüren.²² Es ist im Sinn der Priorität der Symptomenkontrolle in der Palliativmedizin, dass eine ANH bei diesen Patienten ohne Hunger und Durst unterbleiben kann, wenn die Lebenserwartung karzinombedingt kürzer ist als mit dem Auftreten von unterernährungsbedingten Symptomen zu rechnen ist. Gleiches gilt auch für die Flüssigkeitstherapie, allerdings mit hier naturgemäß deutlich kürzeren Zeitspannen. Bei Änderung der Prognose im Verlauf der Behandlung kann durch den notwendigen Schritt der Reevaluierung (Schritt 3) die Entscheidung bezüglich ANH den neuen Gegebenheiten angepasst werden. Hinsichtlich der angenommenen Lebenserwartung empfiehlt die EAPC die Patienten in drei Gruppen einzuteilen: mehrere Monate, wenige Wochen bis wenige Monate und wenige Tage bis wenige Wochen. Vor diesem Hintergrund muss der Benefit einer ANH beurteilt werden

Schritt I: Einschätzung der Situation des Patienten

1. Onkologische Situation
2. Symptome
3. Lebenserwartung
4. Ernährungszustand
5. Ausmaß der spontanen Nahrungsaufnahme
6. Psychologische Einstellung zur ANH
7. Gastrointestinale Funktion
8. Soziales Umfeld

Schritt II: Durchführung der Entscheidung

Schritt III: Reevaluierung

Tabelle I: Schritte in der Evaluierung zur ANH¹⁷

und auch die Abstufung in Ernährung und Hydratation getroffen werden. Schließlich ist die Entscheidung auch davon abhängig, ob der Patient in den Entscheidungsprozess miteinbezogen werden kann. Dies ist bei Tumorpatienten in der Regel bis zum Beginn der Sterbephase möglich.

Schlussfolgerungen

ANH ist bei onkologischen Patienten auch in fortgeschrittenen Stadien indiziert und verliert diese Indikation auch nicht in der Phase der palliativmedizinischen Betreuung. Die optimale Art der ANH richtet sich nach dem Krankheitsbild des Patienten, wobei der enteralen Ernährung, wenn möglich, der Vorzug gegeben werden sollte.

Ein Therapieverzicht hinsichtlich ANH ergibt sich zumeist nur in der terminalen Phase der Erkrankung, wenn die Lebenserwartung wenige Tage bis wenige Wochen beträgt. Publierte Richtlinien, wie der der European Association of Palliative Care¹⁷ können die Entscheidungsfindung in dieser Situation erleichtern.

Referenzen:

- 1 CASARETT D. et al., *Appropriate Use of Artificial Nutrition and Hydration – Fundamental Principles and Recommendations, Nutrition* (2005); 353: 2067-2612
- 2 AMERICAN COLLEGE OF PHYSICIANS, *Parenteral nutrition in patients receiving cancer chemotherapy, Ann Intern Med* (1989); 110: 734-736
- 3 McGEER A. J. et al., *Parenteral nutrition in patients in patients undergoing chemotherapy: a meta-analysis, Nutrition* (1990); 6: 233-240
- 4 KLEIN S. et al., *Total parenteral nutrition and cancer clinical trials, Cancer* (1986); 58: 1378-1386
- 5 AMERICAN GASTROENTEROLOGICAL ASSOCIATION CLINICAL PRACTICE AND

- PRACTICE ECONOMICS COMMITTEE, *AGA technical review on parenteral nutrition, Gastroenterology* (2001); 121: 970-1001
- 6 ZALAGA G. P., *Parenteral nutrition in adult inpatients with functional gastrointestinal tracts: assessment of outcome, Lancet* (2006); 367: 1101-1111
- 7 DECHICCO R. S., STEIGER E., *Parenteral nutrition in medical/surgical oncology.* in: McCALLUM P. D., POLISENA C. G. (Eds.), *The Clinical Guide to Oncology Nutrition*, The American Dietetic Association, Chicago (2000), S. 119-125
- 8 SHILS M. E. et al. (Eds.), *Modern Nutrition in Health and Disease (9th ed.)*, Williams & Wilkins, Baltimore (1999)
- 9 SENKAL M. et al., *Outcome and cost-effectiveness of perioperative enteral immunonutrition in patients undergoing elective upper gastrointestinal tract surgery, Arch Surg* (1999); 134: 1309-1316
- 10 LEE J. H. et al., *Prophylactic gastrostomy tubes in patients undergoing intensive irradiation for cancer of the head and neck, Arch Otolaryngol Head Neck Surg* (1998); 124: 871-875
- 11 DALY J. M. et al., *Nutritional rehabilitation in patients with advanced head and neck cancer receiving radiation therapy, Am J Surg* (1984); 148: 514-520
- 12 YAMADA N. et al., *Effect of postoperative total parenteral nutrition (TPN) as an adjunct to gastrectomy for advanced gastric carcinoma, Br J Surg* (1983); 70: 267-274
- 13 SHAMBERGER R. C. et al., *A prospective, randomized study of adjuvant parenteral nutrition in the treatment of sarcomas: results of metabolic and survival studies, Surgery* (1984); 96: 1-13
- 14 POPP M. B. et al., *A prospective randomized study of adjuvant parenteral nutrition in the treatment of advanced diffuse lymphoma: influence on survival, Surgery* (1981); 90: 195-203
- 15 SHANG E. et al., *The influence of early supplementation of parenteral nutrition on quality of life and body composition in patients with advanced cancer, J Parenter Enteral Nutr* (2006); 30: 222-230
- 16 AMERICAN CANCER SOCIETY, *Nutrition for the Person with Cancer: A Guide for Patients and Families*, American Cancer Society, Atlanta (2000)
- 17 BOZETTI F., *Guidelines on artificial nutrition versus hydration in terminal cancer patients, Nutrition* (1996); 12: 163-167
- 18 RAVASCO P. et al., *Impact of nutrition on outcome: a prospective randomized controlled trial in patients with head and neck cancer undergoing radiotherapy, Head Neck* (2005); 27: 659-668
- 19 UGUR A. et al., *Home parenteral nutrition in Denmark in the period from 1996 to 2001, Scand J Gastroenterol* (2006); 41: 401-407
- 20 SCOLAPIO J. S. et al., *Survival of home parenteral nutrition-treated patients: 20 years of experience at the Mayo Clinic, Mayo Clin Proc* (1999); 74: 217-222
- 21 MESSING B. et al., *Home parenteral nutrition in adults: a multicenter survey in Europe, Clin Nutr* (1989); 8: 3-7
- 22 REUBEN D. et al., *Clinical symptoms and length of survival in patients with terminal cancer, Arch Int Med* (1988); 148: 1586

Stellenwert der Antiinfektiva in der palliativen Pflege

Oskar JANATA

Zusammenfassung

Der Einsatz von Antiinfektiva kann auch beim terminal Kranken helfen, Beschwerden zu mindern, ohne dadurch das Leiden zu verlängern. Voraussetzung ist ein gezielter Einsatz bei klarer Diagnose, das Vermeiden unnötiger Diagnostik und eine kritische Prüfung erhobener Befunde. Da für fast alle relevanten Diagnosen heute schon gut verträgliche, orale Antiinfektiva verfügbar sind, bedeutet deren Einsatz auch keine zusätzliche Belastung des Patienten. Ist dies alles gewährleistet, stimmen bei Befragung Betroffene und deren Umgebung mehrheitlich auch einer Gabe zu.

Schlüsselwörter: Antiinfektiva, Palliation, kritischer Einsatz, orale Darreichung, Erwartungshaltung

Abstract

Even in the terminal phase of disease, antiinfective treatment can be of help in reducing the symptoms of patients without unnessessary prolongation of suffering, provided that the indication is based on a clear diagnosis and critical evaluation of findings, avoiding irrelevant diagnostic measures. Nowadays, for almost all intercurrent infectious disorders even in critically or terminally ill patients, well tolerable, oral antiinfective agents are available, whose application is not accompanied with an additional burden to the patient. When specifically asked, a majority of the involved patients and/or their relatives support such a treatment.

Keywords: Anti-infective therapy, palliation, critical indication, oral application, expectance

Anschrift des Autors: Dr. Oskar JANATA, Hygieneteam
Donauspital im SMZ Ost
Langobardenstr. 122, A-1220 Wien
Oskar.Janata@wienkav.at

Einleitung

Terminal kranke bzw. sterbende Menschen sind besonders infektanfällig. Antiinfektiva spielen daher im Management dieser Patienten eine besondere Rolle und werden auch häufig eingesetzt. Zwischen 30% und 90% dieser Patienten erhalten Antibiotika.¹ In Untersuchungen an Patienten an Palliativ-Zentren wurden bei 36% bis 55% der Aufnahmen Infekte, darunter ca. 40% Harnwegsinfekte, 20% bis 40% Infekte der Atemwege und ca. 10% bis 15% Haut- und Weichteilinfektionen diagnostiziert. In 60% bis 70% der Episoden wurden Antibiotika verabreicht.^{2,3,4}

Wann Antibiotika?

Infektionen gehören zu den vielen Morbiditäten terminal kranker Menschen. Sie verursachen Missempfinden und Stress und vergrößern die Beschwerdelast oder das Beschwerdespektrum dieser Patienten. Das Ziel einer antiinfektiven Therapie ist nicht eine „Heilung“ oder Lebensverlängerung, sondern die Linderung von Symptomen, und dies kann man bei bis zu 40% der Patienten bei denen sie eingesetzt werden, erreichen.³ Bei onkologischen Patienten, die im Hospiz betreut werden, liegt die Ansprechrate bei Harnwegsinfekten bei 80%, bei Atemwegsinfektionen und Infektionen der Mundhöhle oder Haut- und Weichteilinfektionen bei 40%.⁵

Nennt W. OSLER die bakterielle Pneumonie in der ersten Ausgabe seines Lehrbuchs „The Principles and Practice of Medicine“ noch den „enemy of the old“ (Seite 511, 1889), so findet man in der 4. Auflage das bekannte Zitat von der Pneumonie als den „friend of the aged“ (Seite 109, 1901). Gemeint ist eine rasche und meist wenig schmerzhaft Erlösung. Tragischerweise verstarb OSLER selbst qualvoll an einer protrahiert verlaufenden Hämophilus-Pneumonie. Untersuchungen bei Demenzpatienten zeigen, dass die terminale Pneumonie von einem erheblichen Dyskomfort begleitet ist und Patienten, die antiinfektiv behandelt werden, weniger Beschwerden aufweisen.^{6,7} Das Ansprechen auf eine antiinfektive Therapie ist typischerweise bei Patienten mit Harnwegsinfekten gegeben, weniger häufig bei anderen Infektlokalisationen.⁵

Ziel der palliativen Therapie ist Freisein von Schmerz und Dyskomfort. Infektionen, die Schmerzen oder erhebliches Missempfinden verursachen (siehe Tabelle I) und sich durch Antiinfektiva vermeiden oder behandeln lassen, stellen daher eine mögliche Indikation für eine antiinfektive Therapie dar.

Dies gilt auch für Infekte an Implantaten, die zu einem Funktionsverlust derselben führen könnten. Die Gabe eines Antibiotikums kann helfen, lokale Komplikationen bei infizierten epiduralen Schmerzkathetern zu vermeiden bzw. die Infektion soweit zu unterdrücken, dass ein Katheterwechsel vermieden werden kann.^{8,9}

- Pneumonie
- Akute Sinusitis
- Schmerzhaftes Zahngranulom
- Parotitis
- Schluckstörungen bei Soorösophagitis
- Infizierte Implantate (epiduraler Schmerzkatheter, belastete Gelenkimplantate)
- Zystitis mit Blasenentemesmen
- Rezidivierender Herpes – Zoster
- infektiöse Diarrhöe

Tabelle I: mögliche Indikationen für palliative antiinfektive Therapie

Verlängern Antiinfektiva das Leben?

Ein möglicher Vorbehalt gegen den Einsatz von Antiinfektiva beim Sterbenden könnte eine, auch vom Patienten nicht erwünschte Lebensverlängerung sein. Unabhängig von der Intention der Behandlung (palliativ oder kurativ) zeigen die Studien, dass die Sterblichkeit im wesentlichen von der Schwere der Grunderkrankung abhängt und nicht von der Art oder Aggressivität der antiinfektiven Therapie.^{10,11,5} Je näher also ein Patient dem Tod ist, desto weniger beeinflussen Antibiotika den Verlauf.¹²

Infektdiagnostik

Da eine invasive Infektdiagnostik dem Patient nicht zugemutet werden kann, erfolgt die Therapie nach der klinischen Diagnose. Positive Kulturen sind gar nicht so selten, meist aus dem Harn gewonnen.^{2,3} Wichtig bei der Interpretation der Daten ist die Art der Gewinnung, d. h. wie hoch die Wahrscheinlichkeit einer Kontamination durch die Standortflora ist (Tabelle II) und die Art des nachgewiesenen Erregers (Tabelle III). Abstriche von Dekubitalgeschwüren z. B. gelten generell als nicht brauchbar für eine Therapieentscheidung.¹³

- Harnkulturen aus Dauerkatheter
- oberflächliche Abstriche von Hautdefekten
- diverse Atemwegssekrete, Rachenabstriche

Tabelle II: meist wenig hilfreiche mikrobiologische Befunde

- Staphylokokken-Spezies (ausgenommen *S. aureus*)
- Keime der Hautflora (z. B. *Corynebakterien*)
- Keime der Mundflora (z. B. vergrünende *Streptokokken*)
- Enterokokken
- Nonfermenter (*Acinetobacter*, *Burkholderia*, *Stenotrophomonas*, meist auch *Pseudomonas aeruginosa*)
- *Candida* (ausgenommen bei klinischem Soor)

Tabelle III: Erreger die meist keiner Therapie bedürfen

Unerwünschte Folgen einer antiinfektiven Therapie

Moderne Antiinfektiva sind üblicherweise gut verträglich, können oral verabreicht werden und stellen eigentlich keinen relevanten Kostenfaktor dar. Selbst eine parenterale Verabreichung wird in der Mehrzahl der Fälle als adäquat beurteilt.¹⁴

Die Befürchtung, dass ein Zuviel an Antiinfektiva für den einen Patienten, den nachfolgenden mit einer selektionierten Problemflora konfrontiert, lässt sich durch die Methoden der Krankenhaushygiene zerstreuen. Unter der Annahme, dass der Palliativpatient nicht mehr mit dem Milieu des Akutspitals konfrontiert wird (kritisch Kranke mit vielen Eintrittspforten, die durch Hygienefehler des Personals und multiresistente Erreger gefährdet sind), sollte auch das Auftreten von multiresistenten Erregern in der Nase-Rachenflora (MRSA) oder der Stuhlkultur (VRE, ESBL) bei diesen Patienten keine Rolle spielen. Auch die Angehörigen, die sich um den Patienten kümmern, werden durch diese Erreger nicht gefährdet.

Im Zusammenhang mit der Resistenzproblematik stellt sich die nicht uninteressante Frage, ob bei diesen Patienten nicht Antiinfektiva, die heute nicht mehr in der Routine

verwendet werden, zum Einsatz kommen könnten. Zu denken wäre an Chloramphenicol wegen der exzellenten Bioverfügbarkeit dieser Substanz oder Nitrofurantoin als Harnwegstherapeutikum.

Sehr wohl aber können typische Komplikationen einer Antibiotikatherapie wie Soor oder Antibiotika-assoziierte-Durchfallserkrankungen die Befindlichkeit der Betroffenen beeinträchtigen. Für diese Möglichkeiten kann nur eine Risiko-Nutzen-Abwägung empfohlen werden.

Therapieindikation Tuberkulose?

Ein recht spezielles Problem ergibt sich im Umgang mit terminal Kranken, die im Rahmen einer Abwehrschwäche (z. B. AIDS) an offener Lungentuberkulose mit multiresistenten Mykobakterien (MDR) leiden. Grundsätzlich sind in diesen Fällen die entsprechenden Hygienemaßnahmen einzuhalten (CDC-Richtlinien). Ob man diesen Patienten auch Antiinfektiva verabreicht, um die Umgebung vor Ansteckung zu schützen, hängt von mehreren Faktoren ab.

Bei sensiblen Mykobakterien rechnet man, dass die Infektiosität 2 – 3 Wochen nach Therapiebeginn nicht mehr gegeben ist. In diesem Bereich liegt aber auch die durchschnittliche Liegedauer an vielen Palliativstationen. Selbst bei sofortigem Therapiebeginn würden Patient und Mitarbeiter den Therapieeffekt meist nicht erleben. Bei MDR-Tuberkulose dauert es meist erheblich länger, bis im Sputum keine Mykobakterien mehr nachweisbar sind. Die Entscheidung zur Therapie ist daher nur dann sinnvoll, wenn eine entsprechende Lebenserwartung gegeben ist. Entscheidet man sich für eine Therapie, wird man in die Kombination die modernen Alternativtherapeutika für Mykobakterien integrieren, von denen man neben guter Wirksamkeit auch eine bessere Verträglichkeit erwarten kann (Linezolid, Moxifloxacin).

Ist dies alles nicht gegeben, wird man sich auf Separierung von den anderen Patienten

und Schutzkleidung für betreuendes Personal (Atemschutz) beschränken. Mitarbeiter, die im Hauttest negativ reagieren und MDR-Mykobakterien exponiert sind, wird von der US-Behörde Center of Disease Control and Prevention die BCG-Impfung empfohlen. Die protektive Wirksamkeit soll beim Erwachsenen zwischen 60% und 80% liegen. Als letzte Konsequenz wäre für Hauttest-negative Mitarbeiter, die unbeabsichtigt MDR-TBC exponiert waren, eine Prophylaxe für 6 – 12 Monate anzubieten.

Erwartungshaltung der Patienten und deren Umgebung

In einer Vielzahl von Studien wurde die Erwartungshaltung von Patienten, Angehörigen und Betreuungspersonen (Ärzte, Pflegepersonen) bezüglich Maßnahmen in der Situation einer terminalen Erkrankung abgefragt. Interessanterweise gehören Antiinfektiva zu den am wenigsten abgelehnten Substanzen.^{1,15} Patienten und Angehörige akzeptieren Antibiotika, wenn sie zum „Komfort“ beitragen und nicht intravenös verabreicht werden müssen. Eine parenterale Verabreichung ist aber grundsätzlich auch nicht auszuschließen.

Recht ähnlich ist die Sicht von Ärzten und Pflegepersonen.¹ Als typische Indikationen für eine Antibiotikabgabe werden rezidivierende Pneumonie und Zystitis genannt.⁵

Damit soll aber keinesfalls eine unkritische „antibiotische Abschirmung“ empfohlen werden. Zurecht wird in einer Untersuchung an Demenzpatienten kritisiert, dass zwar zwischen 40% und 60% der Patienten antibiotisch behandelt wurden, aber im Schnitt nur 14% eine adäquate Schmerzmedikation erhielten.¹⁶ Als Ursachen dafür werden mangelnde Erfahrung der behandelnden Ärzte, Unsicherheit bezüglich der Prognose der Grunderkrankung, aber auch das Fehlen von klaren Direktiven genannt.¹⁶⁻¹⁸ Typischerweise würden ältere und erfahrene Ärzte seltener Antibiotika verordnen.¹⁹

key messages

- Die Grundkrankheit bestimmt die Prognose bei akuten Infektionskrankheiten terminal kranker Menschen.
- Antiinfektiva führen beim Sterbenden zu keiner ungewollten Lebensverlängerung.
- Antiinfektiva sind in gewissen Situationen palliativ.
- Wenn Antibiotika die Beschwerden lindern können, gibt es keinen Einwand gegen deren Anwendung.
- Bakteriologische Befunde sind üblicherweise keine Therapieindikation.
- Ängste vor resistenten Erregern sind in der Palliativmedizin nicht angezeigt.
- Antiinfektiva dürfen die Situation des Patienten nicht verschlechtern (Nebenwirkungen).
- Orale Darreichung, wann immer möglich.

Referenzen:

- 1 MARCUS E. L. et al., *Ethical issues relating to the use of antimicrobial therapy in older adults*, Clin Infect Dis (2001); 33: 1697-1705
- 2 PEREIRA J. et al., *A retrospective review of the frequency of infections and patterns of antibiotic utilization on a palliative care unit*, J Pain Symptom Manage (1998); 16: 374-381
- 3 VITETTA L. et al., *Bacterial infection in terminally ill hospice patients*, J Pain Symptom Manage (2000); 20: 326-334
- 4 NAGY-AGREN S. et al., *Management of infections in palliative care patients with advanced cancer*, J Pain Symptom Manage (2002); 24: 64-70
- 5 REINBOLT R. E. et al., *Symptomatic treatment of infections in patients with advanced cancer receiving hospice care*, J Pain Symptom Manage (2005); 30: 175-182
- 6 VAN DER STEHEN J. T. et al., *Pneumonia: the demented patient's best friend?*, J Am Geriatr Soc (2002); 50: 1681-1688
- 7 VAN DER STEHEN J. T. et al., *Withholding antibiotic treatment in pneumonia patients with dementia*, Arch Intern Med (2002); 162: 1753-1760
- 8 DU PEN S. L. et al., *Infection during chronic epidural catheterization*, Anesthesiology (1990); 73: 905-909
- 9 BYERS K. et al., *Infections complicating tunneled intraspinal catheter systems used to treat chronic pain*, Clin Infect Dis (1995); 21: 403-408
- 10 FABISZEWSKI K. L. et al., *Effect of antibiotic treatment on the outcome of fevers in the institutionalized Alzheimer patient*, JAMA (1990); 23: 3168-3172
- 11 KRUSE R. L. et al., *Antibiotic treatment and survival of nursing home patients*, Ann Fam Med (2005); 5: 422-429
- 12 HALLENBECK J. L., *Palliative Care Perspectives*, Kapitel 6, Oxford University Press, Oxford (2003)
- 13 SOPATA M. et al., *Effect of bacteriological status on pressure ulcer healing*, J Wound Care (2002); 11: 107-110
- 14 CLAYTON J. et al., *Parenteral antibiotics in an palliative care unit*, Palliat Med (2003); 17: 44-48
- 15 SAHM S. et al., *What are cancer patients' preferences about treatment at the end of life, and who should start talking about it? A comparison with healthy people and medical staff*, Support Care Cancer (2005); 13: 206-214
- 16 EVERS M. M. et al., *Palliative and aggressive end-of-life care for patients with dementia*, Psychiatric Services (2002); 53: 609-613
- 17 HINKKA H. et al., *Factors affecting physicians' decisions to forgo life-sustaining treatments in terminal care*, J Med Ethics (2002); 28: 109-114
- 18 LLOYD-WILLIAMS M. et al., *Can multidisciplinary guidelines improve the palliation of symptoms in the terminal phase of dementia?*, Int J Palliat Nurs (2002); 8: 370-375
- 19 MARIN P. P., *Attitudes of hospital doctors to use of intravenous fluids and antibiotics in the terminally ill*, Postgrad Med J (1989); 65: 650-652

Weiterführende Literatur:

Empfehlungen zur Tuberkuloseprävention: <http://www.cdc.gov/>

Therapierückzug, Therapieverzicht bei schweren zerebrovaskulären Erkrankungen (Ischämie, Blutung)

Bernhard VOLLER und Eduard AUFF

Zusammenfassung

Bei schweren neurologischen Erkrankungen bleibt trotz zahlreicher technisch apparativer Möglichkeiten die wiederholte klinisch-neurologische Untersuchung die zuverlässigste Informationsquelle in Bezug auf die Prognoseerstellung. Über Grenzen des medizinischen Aufwandes muss spätestens dann nachgedacht werden, wenn zum Zeitpunkt der Intensivbehandlung eine neu aufgetretene, schwerwiegende neurologische Komplikation eine ungünstige Entwicklung wahrscheinlich macht. Zumindest beim schweren Schlaganfall liegen einige wenige Stellungnahmen zur frühzeitigen Ernährung und zum Therapierückzug vor.

Schlüsselwörter: Prognose, Therapierückzug, Palliation, Schlaganfall, enterale Ernährung

Abstract

Although many new techniques (e.g. functional neuroimaging) have been developed to improve both diagnostic and prognostic accuracy in patients with serious neurological conditions, repeated clinical assessment by a trained neurologist remains best practice. Occurrence of a severe neurological complication during intensive care inevitably leads to consideration of withholding treatment. At least in severe stroke a few statements exist about the use of measures to employ early tube feeding or to even limit care in some other patients.

Keywords: prognosis, withholding treatment, palliative therapy, stroke, tube feeding

Anschrift der Autoren: Priv.-Doz. ao. Univ.-Prof. Dr. Bernhard VOLLER
Prim. Univ.-Prof. Dr. Eduard AUFF
Universitätsklinik für Neurologie, Allgemeines Krankenhaus Wien
Währinger Gürtel 18-10, A-1090 Wien
Bernhard.Voller@meduniwien.ac.at; Eduard.Auff@meduniwien.ac.at

Allgemeines zum Therapierückzug bei schweren neurologischen Erkrankungen

Neurologische Diagnose und Prognoseerstellung

Bei schweren neurologischen Erkrankungen, die einer intensivmedizinischen Behandlung bedürfen, ist für die Angehörigen wegen der oft fehlenden äußeren, körperlichen Zeichen die Tragweite der Schädigung des Nervensystems oft schwieriger zu erfassen als bei anderen Erkrankungen.¹ Beispiele, die beim medizinischen Laien besondere Verwirrung hervorrufen, sind klinische Zustandsbilder wie Hirntod, Koma und komaähnliche Syndrome, wie apallisches Syndrom („Wachkoma“) und Locked-in-Syndrom. Selbst Mediziner sind bei der diagnostischen Zuordnung oft überfordert.

Das hohe Vertrauen in die moderne Medizin, die Klarheit und Einfachheit in der Diagnosestellung in vielen nicht neurologischen Disziplinen lassen irrtümlicher Weise auch die gleiche Einfachheit der Diagnosestellung bei Patienten mit Bewusstseinsstörungen erwarten. Zusätzlich werden durch zahlreiche populärwissenschaftliche Beiträge, mit besonders ansprechenden Bildern über funktionelle Vorgänge im Gehirn, auch unbegrenzte Möglichkeiten in der Diagnostik und Therapie bei Patienten mit Bewusstseinsstörungen suggeriert. Gerade das Gegenteil ist jedoch der Fall. Aufgrund der Komplexität des Gegenstands ist die Diagnose in der Neurologie weniger weit entwickelt als in vielen anderen Gebieten in der Medizin.² Familienangehörige, die nun Entscheidungen für einen schwer neurologisch erkrankten Patienten treffen sollen, der sein Selbstbestimmungsrecht nicht wahrnehmen kann, erwarten sich jedoch die diagnostische Klarheit, die sie von anderen Disziplinen gewöhnt sind. Sie erwarten Präzision, welche das Behandlungsteam in solchen Fällen selten bieten kann. Ein dem Auge des Laien vorgehaltenes MRT-Bild kann

daher z. B. die Erwartungen der Angehörigen in völlig falscher Weise erfüllen.

Aus dem bisherigen Stand des Wissens ergibt sich auch, dass trotz der technischen Möglichkeiten, vor allem die wiederholte klinisch-neurologische Untersuchung durch den erfahrenen Neurologen als die zuverlässigste Informationsquelle übrig bleibt. Ergebnisse aus der apparativen Zusatzdiagnostik können jedoch die Ergebnisse aus der klinischen Untersuchung stützen. Die Unsicherheiten in der Diagnosestellung, die nach wie vor bestehen, führen unweigerlich auch zu Unsicherheiten in der Prognoseerstellung. Die Prognose ist jedoch wiederum ein bestimmender Faktor für den weiteren Behandlungsplan.

Grenzen des medizinischen Aufwandes

In der Notfallmedizin hat das Prinzip der Lebensbewahrung Vorrang. In den ersten Stunden bis Tagen einer schweren neurologischen Erkrankung, die der Patient zumeist an der Intensivstation verbringt, werden wesentliche Erkenntnisse aus der wiederholt durchgeführten klinisch-neurologischen Untersuchung, der apparativen Zusatzdiagnostik und der neurologischen Anamnese, die auch Information von den Angehörigen mit einschließt, gewonnen. Diese Erkenntnisse können durchaus hilfreich sein, eine aussichtsreiche Therapie zu gestalten, oder aber in entsprechenden Fällen zu einer wirksamen Palliation beitragen.

Eine angemessene Pflege und eine palliative Behandlung ist bei folgenden schweren neurologischen Erkrankungen zu erwägen:³ Komasyndrome:

- Akutes anoxisches Koma
- Komplettes postanoxisches apallisches Syndrom
- Alpha-Koma
- Komplettes Locked-in-Syndrom
- Schwerste septische, metabolische Enzephalopathie
- Perakute hämorrhagische Enzephalitis

- Definitiv dekompensierter Hirndruck
- Schwerste intrazerebrale Blutungen mit Ventrikeleinbruch
- Schwerste pontine Blutungen
- Therapierefraktäre raumfordernde Hirninfarkte

Neurologische Komplikationen bei Patienten mit fortgeschrittener Demenz

Fortgeschrittene nicht behandelbare neuromuskuläre Erkrankungen:

- Motoneuronenerkrankung
- Muskeldystrophie, wenn trotz intermittierender Heimbeatmung keine Chance auf Remission besteht

Über Grenzen des intensivmedizinischen Aufwandes muss spätestens dann nachgedacht werden, wenn zum Zeitpunkt der Intensivbehandlung eine neu aufgetretene schwerwiegende neurologische Komplikation eine ungünstige Entwicklung wahrscheinlich macht. Diese Grenzen können zumindest in drei Stufen unterteilt werden:⁴

1. Vorliegen einer schriftlichen Verfügung Wiederbelebensmaßnahmen nicht durchzuführen (do not resuscitate = DNR).
2. Erweiterte Form: Der intensivmedizinische Aufwand wird beibehalten, aber nicht gesteigert. Damit ist die Chance auf eine Besserung aufrecht erhalten. Bei einer klinischen Verschlechterung würde jedoch eine Steigerung des intensivmedizinischen Aufwandes zwecklos erscheinen.
3. Rückzug auf rein palliative Maßnahmen.

Eine frühzeitige Information der Angehörigen ist bei allen Formen des Therapierückzuges ratsam. Das Bemühen um eine einheitliche Haltung des gesamten Behandlungsteams ist ebenso erforderlich, um eine uneinheitliche Kommunikation mit den Angehörigen zu vermeiden.

Therapierückzug bei ischämischem oder hämorrhagischem Hirninfarkt

In der medizinisch wissenschaftlichen Literatur gibt es nur wenige allgemein gültige

Regeln in Hinblick auf eine Entscheidung für einen Therapierückzug oder Therapieverzicht bei diversen neurologischen Erkrankungen. Immerhin liegen einige wenige Stellungnahmen zum Therapierückzug zumindest beim schweren Schlaganfall vor, weshalb diese Thematik hier als eigener Abschnitt behandelt wird.

Damit ist meistens sowohl der ischämische als auch hämorrhagische Hirninfarkt gemeint.

Der Schlaganfall ist die neurologische Erkrankung, die am häufigsten zum Tod führt. Häufig hinterlässt er auch eine schwere Behinderung, welche die Lebensqualität schwer einschränken kann. Die Unvorhersehbarkeit bei Schlaganfällen, der zumeist unklare prognostische Wert der apparativen Zusatzdiagnostik (Bildgebung mittels CT oder MRT, Elektrophysiologische Untersuchungen wie EEG und evozierte Potentiale) und andere Schwierigkeiten bei der Prognoseerstellung erschweren häufig eine Entscheidung zum Therapierückzug.

Eine kardiopulmonale Reanimation verbessert nachweislich nicht den neurologischen Behandlungserfolg nach einem Schlaganfall.^{5,6} Obwohl die Prognose bei künstlicher Beatmung bei schwerem Schlaganfall generell als schlecht angesehen wird, gibt es doch eine Minderheit von Patienten, die ohne schwere Behinderung überleben.⁷ Die Mortalitätsrate im Frühstadium des Schlaganfalls wird hauptsächlich durch die Hirnschwellung und Herniation (Einklemmung) während der ersten Woche, sowie von anderen folgenden Komplikationen bestimmt.⁸ Im Gegensatz zu vielen anderen Erkrankungen kann der Patient auch gelegentlich für einige Tage nach Eintreten der Hemiplegie wach und voll orientiert sein, bevor er komatös wird. Vorzeichen des Schlaganfalls sind Schlaganfälle selbst, daher ist es ratsam, bereits nach dem ersten Ereignis über den etwaigen Einsatz lebensverlängernder Maßnahmen mit dem Patienten zu sprechen.

Seit einigen Jahren wird auch beim schweren Schlaganfall über die Grenzen des medizinischen Aufwandes nachgedacht. In einer repräsentativen Umfrage bei Schlaganfall-Experten

in Kanada und den USA wurde ein Konsens für eine DNR in den ersten 2 Wochen des schweren Schlaganfalls gesucht. Folgende drei Hauptkriterien für eine Verfügung einer DNR beim Schlaganfall wurden hierbei erarbeitet:⁹

1) Definition schwerer Schlaganfall

Ein schwerer Schlaganfall ist mit dem Fortbestand schwerer klinisch neurologischer Defizite über 24 h, manchmal mit Progredienz der Symptome, oft mit früher Eintrübung des Bewusstseins verbunden. Insgesamt führt er zu einer totalen Abhängigkeit des Patienten im Alltag. Der Patient darf keine oder fast keine Motorik an zumindest einer Körperseite zeigen und muss zusätzlich entweder eine Vigilanzstörung, ein Fehlen einer sinnvollen Reaktion oder eine globale Aphasie aufweisen.

2) Lebensbedrohlicher Hirnschaden

Die Hirnstammkompression führt zu einem lebensbedrohlichen Hirnschaden. Diese kommt zustande a) durch eine große intracerebrale Blutung (ICB), die üblicherweise mit Ventrikeleinbruch einhergeht, b) durch einen großen hemisphärischen ischämischen Infarkt mit Mittellinienverlagerung, c) durch infratentorielle Infarkte in mehreren Höhenlokalisationen im Hirnstamm und im Kleinhirn.

3) Erhebliche Komorbidität

Folgende nicht neurologische Zustände werden als bedeutsame Risikofaktoren für einen Tod im ersten Monat nach einem Schlaganfall angesehen: Pneumonie, Pulmonalembolie, Sepsis, rezenter Myokardinfarkt, Kardiomyopathie und lebensbedrohliche Arrhythmien. Diese Komorbiditäten sollten immer als häufige Komplikationen eines schweren Schlaganfalls zu sehen sein, die auch auf eine erhöhte Sterbewahrscheinlichkeit in der subakuten Phase hinweisen.

Bei ungefähr 8% sind keine Angehörigen

vor und zum Zeitpunkt der Entscheidung einer DNR vorhanden. Bei diesen Patienten muss eine einseitige Entscheidung des Arztes besonders gut fundiert sein.⁸ Eine Reanimation und mechanische Beatmung sollte bei Patienten mit schwerem Insult nicht automatisch als Behandlungsoption empfohlen werden, außer sie wird ausdrücklich gewünscht. Die Reanimation kann passend sein für Patienten mit kleineren Schlaganfällen oder bei Hirnstamminfarkten mit massivem klinisch neurologischem Befund, jedoch bei geringer Komorbidität. Grundvoraussetzung für eine DNR sollte sein, dass das Pflegepersonal über Prognose, Patienteninteressen und Standpunkt der Angehörigen informiert ist. Es wurde auch angemerkt, dass eine medizinische Weiterbildung über den Umgang mit Aussichtslosigkeit in der Therapie und DNR Vorschriften unbedingt notwendig sei.

Die Prognose wird am besten nach der klinischen Präsentation und dem prämorbidem Status des Patienten beurteilt, wobei die apparativen Zusatzuntersuchungen bei der Prognosestellung hilfreich sein können.⁷ Die derzeitige Datenlage aus Studien ist unzureichend, um aus der Zusatzdiagnostik präzise einen unausweichlich zum Tode führenden Hirnschaden nach einem Schlaganfall vorzusehen. Weitere Studien, besonders im Hinblick auf prognostische Faktoren, sind erforderlich, um unnötige Interventionen an Patienten mit akutem Schlaganfall im Terminalstadium zu verhindern.

Frühzeitige Ernährung bei Schlaganfallpatienten

Bei bis zu der Hälfte der Schlaganfallpatienten besteht zumindest in der Akutphase eine relevante Schluckstörung.¹⁰ Bei Patienten mit schwerem Schlaganfall, bei denen über einen Therapierückzug nachgedacht wird, spielt auch die Frage nach der Art der Ernährung eine wesentliche Rolle.

In einer kürzlich erschienenen Publikation über eine groß angelegte, in 83 Zentren durchgeführten Dreifachstudie wurde unterschiedlichen, bisher offenen Fragen zum Einfluss der Ernährung beim akuten Schlaganfall in Hinblick auf die Mortalität und Morbidität nachgegangen (feed or ordinary diet = FOOD trials).¹¹ In einem Teil der Studien wurde erörtert, ob eine frühzeitige Ernährung, innerhalb der ersten Woche, über eine Sonde (PEG-Sonde oder Nasogastralsonde) das neurologische Behandlungsergebnis verbessert. Es wurde letztendlich gezeigt, dass eine frühe künstliche Ernährung über eine Sonde die Mortalität reduzierte bei einer leichten Zunahme des Behinderungsgrades bei den überlebenden Patienten. Obwohl die Meinungen zu dieser Frage unterschiedlich sind^{12,13} und in den FOOD trials keine klar statistisch signifikanten Unterschiede gefunden wurden, wird dennoch allgemein empfohlen: Eine nasogastrale Ernährung sollte frühzeitig erfolgen, wobei einige Tage damit zugewartet werden kann.¹⁴ Dem Anlegen einer PEG-Sonde gleich in den ersten Tagen sollte man eher zurückhaltend gegenüberstehen. Diese Form der Ernährung sollte nur Patienten vorbehalten sein, die eine Nasensonde nicht tolerieren oder bei welchen eine Wiedererlangung der Schluckfunktion in den darauf folgenden Wochen nicht zu erwarten ist.

Referenzen:

- 1 VINCENT J. L., *Outcome and ethics in severe brain damage*, Prog Brain Res (2005); 150: 555-563
- 2 FINS J. J., *Clinical pragmatism and the care of brain damaged patients: toward a palliative neuroethics for disorders of consciousness*, Prog Brain Res (2005); 150: 565-582
- 3 SCHNEIDER D. et al., *Therapieende, Hirntod*, in: SCHWAB S. et al. (Hrsg.), *Neurologische Intensivmedizin*, Springer-Verlag, Berlin, Heidelberg (1999)
- 4 DIRINGER M. N. JANZEN R. W. C., *Decisions to implement and withdraw therapy in the neurologic intensive care unit*, in: HACKE W. (Hrsg.), *Neurocritical Care*, Springer-Verlag, Berlin, Heidelberg (1999)
- 5 BEDELL S. E. et al., *Survival after cardiopulmonary resuscitation in the hospital*, N Engl J Med (1983); 309: 569-576
- 6 ALEXANDROV A. V. et al., *Do-not-resuscitate orders in acute stroke*, Neurology (1995); 45: 634-640
- 7 HOLLOWAY R. G. et al., *Prognosis and decision making in severe stroke*, JAMA (2005); 294: 725-733
- 8 SILVER F. L. et al., *Early mortality following stroke: a prospective review*, Stroke (1984); 15: 492-496
- 9 ALEXANDROV A. V. et al., *Agreement on disease-specific criteria for do-not-resuscitate orders in acute stroke*, Stroke (1996); 27: 232-237
- 10 MANN G. et al., *Swallowing disorders following acute stroke: prevalence and diagnostic accuracy*, Cerebrovasc Dis (2000); 10: 380-386
- 11 DENNIS M. S. et al. (FOOD TRIAL COLLABORATION), *Effect of timing and method of enteral tube feeding for dysphagic stroke patients (FOOD): a multicentre randomised controlled trial*, Lancet (2005); 365: 764-772
- 12 NORTON B. et al., *A randomised prospective comparison of percutaneous endoscopic gastrostomy and nasogastric tube feeding after acute dysphagic stroke*, Br Med J (1996); 312: 13-16
- 13 OCKENGA J. et al., *Food for stroke: why don't the studies give clear answers?*, Lancet (2005); 365: 2005; author reply 2005-2006
- 14 DONNAN G. A., DEWEY H. M., *Stroke and nutrition: FOOD for thought*, Lancet (2005); 365: 729-730

Künstliche Ernährung/Hydratation: Reduktion/Verzicht in der Endphase schwerer Demenzen

Wolfgang KRISTOFERITSCH

Zusammenfassung

Bei Patienten, bei denen in der Endphase schwerer Demenzen die Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr eingestellt wurde, ist zu erwarten, dass sie nicht unter Hunger und Durst leiden. Die Entscheidung für eine Begrenzung von oder einem Verzicht auf künstliche Ernährung und Hydratation ist und bleibt jedoch eine ärztliche, die aber einvernehmlich mit den Angehörigen und/oder der Sachwalterschaft erfolgt. In jedem Fall muss erwogen werden, in wie weit die Behandlungsziele wie funktioneller Status, Lebensqualität, Vermeidung zusätzlicher Co-Morbiditäten etc. weggefallen sind. Die Behandlungspflicht des Arztes umfasst die Abwägung des Nutzens gegenüber den unerwünschten Nebeneffekten sowie jene der Palliation gegenüber Tendenzen zur reinen Überlebensverlängerung, wobei auch der Verzicht auf jegliche Form der künstlichen Ernährung am Lebensende schwer dementieller Patienten nicht ausgeschlossen werden kann.

Schlüsselwörter: Schwere Demenz, Endstadium, Hunger und Durst, künstliche Ernährung und Hydratation, Therapieverzicht, Lebensende

Abstract

In the terminal stage of severe demential disorders, when patients have already refused to eat or drink, it can be assumed, that hunger and thirst do not cause additional suffering. Yet, the decision on forgoing or reduction of artificial nutrition and hydration (ANH) has to be based on the consent between physician and relatives resp.their surrogates, when the target of treatment (improvement of physical performance, prevention of infectious or other comorbidity, quality of life) is no longer present. Prolongation of survival alone cannot justify extensive attempts of ANH (caval catheter, PEG-tube). The discussion of the balanced efficacy of ANH vs. palliation in end-of-life care is mandatory in each individual case.

Keywords: Severe dementia, hunger and thirst, artificial nutrition/hydration, forgoing in end-of-life care

Anschrift des Autors: Prim. Univ.-Doz. Dr. Wolfgang KRISTOFERITSCH
Neurologische Abteilung, SMZ Ost, Donauespital
Langobardenstraße 122, A-1220 Wien
Wolfgang.Kristoferitsch@wienkav.at

Bei der senilen Demenz handelt es sich um eine irreversibel progredient verlaufende, unheilbare Erkrankung. Bedingt durch den progredienten zerebralen Abbau nehmen die Betroffenen im fortgeschrittenen Krankheitsstadium Hunger- und Durstgefühle nicht mehr wahr, die Nahrung wird als solche nicht mehr erkannt, Schluckstörungen treten auf, es kommt zu einem Nachlassen des Lebenswillens und letztendlich zu einem Anorexie-Kachexie Syndrom, das oft auch durch eine künstliche Ernährung nicht mehr beeinflussbar ist.¹ In diesem Krankheitsstadium stellen etwa 80% der Patienten die Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme ein.^{2,3} Bevor man die Nahrungsverweigerung auf das Fortschreiten der Demenz zurückführt, sollten andere korrigierbare Ursachen für Probleme der Nahrungsaufnahme ausgeschlossen werden. Dazu zählen Medikamentennebenwirkungen, Entzündungen im Mund- und Halsbereich, Zahnprobleme, Unruhe, nicht berücksichtigte Lebensgewohnheiten, Depressionen, Paranoia, Zeitmangel der Pflegenden.

Die Entscheidung für oder gegen eine künstliche Ernährung kann vom hochgradig dementen Patienten nicht mehr eigenverantwortlich, sondern nur von seinem Sachwalter getroffen werden. Die Indikation für oder gegen eine künstliche Ernährung soll vom behandelnden Arzt immer individuell und unter Berücksichtigung der Meinungen der Angehörigen und Pflegepersonen gestellt werden. Da die künstliche Ernährung in den allermeisten Fällen über einen Zeitraum von mehr als vier Wochen, ja wahrscheinlich bis zum Lebensende erforderlich sein wird, ist eine perkutane endoskopische Gastrostomie (PEG-Sonde) einer nasogastralen Sonde vorzuziehen.⁴ Sollte eine Entscheidung gegen eine künstliche Ernährung und somit für einen Behandlungsverzicht getroffen werden, ist diese ethisch nur dann gerechtfertigt, wenn die Absicht des Handelnden nicht in der Tötung des Patienten liegt und die Handlung an sich nicht unmittelbar zu einer Tötung führt.

Folgende Aspekte müssen vor Indikationsstellung einer Sondenernährung überlegt werden:

- Warum soll künstlich ernährt werden?
- Hat die „artificial nutrition and hydration“ (ANH) für die vorliegende Krankheit medizinisch nachgewiesene Effekte?
- Welchen Komplikationen und Beeinträchtigungen ist der Patient ausgesetzt?
- In welchem Stadium der Erkrankung befindet sich der Patient und wie ist seine Lebenserwartung?
- Entspricht die ANH dem präsumptiven Patientenwillen?

Die Rolle der Sondenernährung

Die Anlage einer Ernährungssonde hat stets einem medizinisch begründeten Ziel zu folgen. Sie darf nicht ohne medizinische Indikation allein zum Zweck der Reduktion des Pflegeaufwandes oder aus Gründen von Zeit-, Personal- und Kostenersparnis durchgeführt werden. Ziel der Sondenernährung ist die Prävention der Folgen eines Nahrungs- und Flüssigkeitsmangels wie Infektanfälligkeit, Dekubitalgeschwüre, Stürze, Verwirrheitszustände, ihr Zweck die Besserung des funktionellen Status und somit der Lebensqualität sowie die Verlängerung der Überlebenszeit. Auch bei Ernährung über eine Sonde soll, falls dies noch möglich und medizinisch vertretbar ist, zusätzlich oral ernährt werden. Oft stellt die orale Nahrungszufuhr für den dementen Patienten einen der letzten Sozialkontakte und eine Quelle mitmenschlicher Zuwendung dar.

Unter Ärzten ist die Meinung weit verbreitet, dass auch bei kachektisch-anorektischen Patienten im fortgeschrittenen oder finalen Stadium einer Demenz durch eine Sondenernährung der Ernährungsstatus und funktionelle Status verbessert werden kann, Aspirationspneumonien und Dekubitalulzera vermieden werden beziehungsweise rascher ausheilen und sich Lebensqualität und Überlebenszeit

bessern.⁵ Leider kann sich diese Annahme nicht auf die Mehrzahl der klinischen Untersuchungen stützen. Aus einer Analyse von Publikationen konnten FINUNACE et al. 1999 nicht den Nachweis ableiten, dass eine Sondenernährung hochgradig dementer Patienten die Folgen einer Malnutrition verhindert.⁶ Die Autoren konnten aus den ihnen vorliegenden Arbeiten weder einen positiven Einfluss der Sondenernährung auf die Entwicklung oder Heilung von Dekubitalgeschwüren, noch auf Aspirationspneumonien nachweisen. Auch war aus den Daten keine Verlängerung der Lebenszeit ableitbar. In rezenten Publikationen konnte ebenfalls kein Effekt einer Sondenernährung auf den funktionellen Status^{7,8} oder auf die Überlebenszeit^{8,9,10} dementer Patienten nachgewiesen werden. Lediglich in einer Untersuchung war der Anteil unter denjenigen Patienten, die über eine PEG-Sonde ernährt wurden und die noch nach einem Jahr am Leben waren, höher (50%) als derjenigen, die auf natürlichem Weg ernährt wurden (39%).¹¹

Ähnlich wie von FINUNACE et al.⁶ wird auch in neueren Übersichtsartikeln die Meinung vertreten, dass eine Sondenernährung bei Patienten mit fortgeschrittener Demenz nicht indiziert sei.¹²⁻¹⁶ Nur eine Minderheit befürwortet eine Sondenernährung bei Patienten mit fortgeschrittener Demenz.¹⁷ Einschränkend muss angemerkt werden, dass sich aus der Datenanalyse von FINUNACE et al. und auch aus den späteren Untersuchungsreihen lediglich das Fehlen einer Evidenz für den Nutzen einer Sondenernährung ableiten lässt. Ein „positiver“ Beweis für die Ineffizienz dieser Maßnahme fehlt nach wie vor, da kontrollierte randomisierte prospektive Untersuchungen nicht vorliegen.¹⁸ Dies gilt auch für die evidenzbasierten Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Ernährungsmedizin (DGEM) und der European Society for Clinical Nutrition and Metabolism (ESPEN), die eine Sondenernährung für Patienten im Endstadium einer Demenz nicht empfehlen (Evidenzklasse C).^{19,20} Diese fehlende Empfeh-

lung bezieht sich allerdings nicht auf Patienten mit leichter oder mittelschwerer Demenz.

Rolle von Hunger und Durst

Die häufig diskutierte Frage, ob Patienten, die im Endstadium einer Demenz ihre Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme eingestellt haben, Hunger oder Durst erleiden, kann verneint werden. Dies lässt sich von Aussagen bewusstseinsklarer kachektisch-anorektischer Krebspatienten im Terminalstadium, von Hospizpatienten, die eine weitere Ernährung und Flüssigkeitszufuhr ablehnten, und von Menschen, die sich freiwillig einem Fasten unterzogen haben, ableiten.²¹⁻²⁴ Das fehlende Hungergefühl wird in diesen Fällen auf die durch den Nahrungsentzug hervorgerufene Ketose zurückgeführt.²⁵ Hunger- und Durstgefühl fehlen also in der Regel bei Erkrankungen im Terminalstadium. Sollten sie dennoch vorhanden sein, reichen bereits kleinste Mengen von Nahrung und Flüssigkeit oder das Befeuchten des Mundes, um sie zu stillen.²¹ Mögliches Leid durch Hunger und Durst ist bei Patienten, die im Terminalstadium einer Demenz ihre Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme eingestellt haben, somit nicht zu erwarten. Dies entbindet allerdings Arzt und Pflegepersonen nicht von der Pflicht einer genauen Beobachtung dieser Patienten, um ein im Ausnahmefall doch bestehendes Hunger- oder Durstgefühl nicht zu übersehen und zu behandeln.

Komplikationen der PEG-Sonde

Bei Indikationsstellung zur PEG-Sonde sind auch Nebenwirkungen und Komplikationen zu beachten. Literaturangaben zur Häufigkeit von Komplikationen der Sondenernährung zeigen unterschiedliche Resultate. Dies ist durch Unterschiede in der Definition von Komplikationen, unterschiedliche Patientenkollektive und unterschiedliche Begleitmorbidität erklärbar.

Approximativ kann mit leichten Komplikationen (lokale Schmerzen und Entzündung, Wundinfektion, Hypergranulation, Druckulzera, Leckage, Sondendefekt, Sondendislokation) bei 10%, mit schweren Komplikationen (Darmperforation, innere Blutung, Peritonitis, Einwachsen der inneren Halteplatte in die Magenwand, Fistelbildung, Aspiration von Mageninhalt) bei 3% der Sonden-Patienten gerechnet werden.¹² Um eine Eigenentfernung der PEG-Sonde zu verhindern, kann manchmal die Fixierung dementer Patienten erforderlich sein, eine Situation, die sicherlich negative Auswirkungen auf die Lebensqualität hat. Im Terminalstadium der Demenz, wie im Terminalstadium aller anderen Krankheiten, wird die Sicherung von Lebensqualität zum wesentlichen Behandlungsziel. Lebensdauer und Überleben treten als therapeutisches Ziel in den Hintergrund.²⁶

Berücksichtigung der Patienten-Autonomie

Die Sondenernährung wird allgemein als medizinische Behandlung angesehen und bedarf daher der Zustimmung des Patienten. Ein Patient ist einwilligungsfähig, wenn er in der Lage ist, Nutzen und Risiken, die Tragweite einer Maßnahme sowie deren Unterlassung zu erkennen und eine selbstbestimmte Entscheidung zu treffen. Diese Situation ist bei Patienten mit fortgeschrittener Demenz nicht mehr gegeben. Somit ist bei nicht dringlicher Indikation die Zustimmung eines Sachwalters einzuholen. Bei der Indikationsstellung wird eine Patientenverfügung, wenn diese nicht vorhanden die präsumptive Meinung des Patienten, weiters die Meinung der Angehörigen und der Betreuungspersonen sowie des Pflegeteams vom behandelnden Arzt mitberücksichtigt werden.²⁶ Wenn ein Patient, der seinen Willen nicht klar artikulieren kann, einen durchgängig aufrechterhaltenen deutlichen Widerstand gegen die Ernährungstherapie zeigt, ist auf diese Behandlungsoption zu verzichten.²⁶

Schlussfolgerung

In der überwiegenden Mehrzahl der klinischen Untersuchungen konnte ein positiver Effekt einer künstlichen Ernährung auf Folgen einer Mangelernährung, auf den funktionellen Status und auf die Überlebenszeit hochgradig dementer Patienten nicht nachgewiesen werden. Unter Berücksichtigung der publizierten Daten ist daher der Einsatz von Maßnahmen zur ANH in der Endphase schwerer Demenzen mit Zurückhaltung zu betrachten. Allerdings muss jede Entscheidung für oder gegen eine Sondenernährung selbst bei schwersten Demenzen immer eine Einzelfallentscheidung bleiben.^{19,20} Sollte die Indikation für eine Sondenernährung bestehen und für eine PEG-Sonde entschieden werden, muss das Fortbestehen der Indikation regelmäßig neu überdacht werden. Ändert sich die Situation und entfällt die Indikation zur Sondenernährung oder treten gravierende Nebenwirkungen auf, ist ein Therapieabbruch zu erwägen. Zwischen Therapievermeidung und Therapieabbruch besteht ethisch kein Unterschied, solange in beiden Fällen die Absicht des Handelnden nicht in der Tötung des Patienten liegt beziehungsweise die Handlung an sich nicht unmittelbar zur Tötung führt. Trotz Abbruch einer künstlichen Ernährung bleibt für den Arzt die Behandlungspflicht bestehen, die sich dann aber auf palliative Maßnahmen beschränken wird.

Referenzen:

- 1 RABENECK L. et al., *Ethically justified, clinically comprehensive guidelines for percutaneous endoscopic gastrostomy tube placement*, Lancet (1997); 349: 496-498
- 2 MICHAELSSON E. et al., *Feeding methods for demented patients in end stage of life*, Geriatr Nurs (1987); 8: 69-73
- 3 VOLICER L. et al., *Progression of Alzheimer's type dementia in institutionalised patients: a cross sectional study*, J Appl Geront (1987); 6: 83-94
- 4 FOOD TRIAL COLLABORATION, *Effect of timing and method of enteral tube feeding for dysphagic stroke patients (FOOD): a multicenter controlled trial*, Lancet (2005); 365: 764-772
- 5 SHEGA J. W. et al., *Barriers to limiting the practice feeding tube placement in advanced dementia*, J Palliat Med (2003); 6: 885-893

- 6 FINUNACE T. E. et al., *Tube feeding in patients with advanced dementia. Review of the evidence*, JAMA (1999); 282: 1365-1370
- 7 CALLAHAN C. M. et al., *Outcomes of percutaneous endoscopic gastrostomy among older adults in a community setting*, J Am Geriatr Soc (2000); 48: 1048-1054
- 8 NAIR S. et al., *Hypalbuminemia is a poor predictor of survival after percutaneous endoscopic gastrostomy in elderly patients with dementia*, Am J Gastroenterol (2000); 95: 1195-1198
- 9 MEIER D. E. et al., *High short-term mortality in hospitalized patients with advanced dementia: lack of benefit of tube feeding*, Arch Intern Med (2001); 161: 594-599
- 10 MURPHY L. M., LIPMAN T. O., *Percutaneous endoscopic gastrostomy does not prolong survival in patients with dementia*, Arch Int Med (2003); 163: 1351-1353
- 11 RUDBERG M. A. et al., *Effectiveness of feeding tubes in nursing home residents with swallowing difficulties*, J Parenter Enteral Nutr (2000); 24: 97-102
- 12 McMAHON M. M. et al., *Medical and ethical aspects of long-term enteral tube feeding*, Mayo Clin Proc (2005); 80: 1461-1476
- 13 GILLICK M. R., *Rethinking the role of tube feeding in patients with advanced dementia*, N Engl J Med (2000); 342: 206-210
- 14 DHARMARAJAN T. S. et al., *Percutaneous endoscopic gastrostomy and outcome in dementia*, Am J Gastroenterol (2001); 96: 2556-2563
- 15 SKELLY R. H., *Are we using percutaneous endoscopic gastrostomy appropriate in the elderly?*, Curr Opin Clin Nutr Care (2002); 5: 35-42
- 16 SANDERS D. S. et al., *Percutaneous endoscopic gastrostomy: an effective strategy for gastrostomy feeding in patients with dementia*, Clin Med (2004); 4: 235-241
- 17 PORTNOI V., *Tube feeding in patients with advanced dementia*, JAMA (2000); 283: 1563-1564
- 18 ROBINSON B. E., *Tube feeding in patients with advanced dementia*, JAMA (2000); 283: 1563
- 19 VOLKERT D. et al., *Leitlinie Enterale Ernährung der DGEM und DGG. Enterale Ernährung (Trink- und Sondennahrung) in der Geriatrie und geriatrisch-neurologischen Rehabilitation*, Aktual Ernähr Med (2004); 29: 198-225
- 20 VOLKERT D. et al., *ESPEN Guidelines on enteral nutrition: Geriatrics*, Clin Nutr (2006); 25: 330-360
- 21 McCANN R. M. et al., *Comfortcare for terminally ill patients: the appropriate use of nutrition and hydration*, JAMA (1994); 272: 1263-1266
- 22 GANZINI L. et al., *Nurses' experience with hospice patients who refuse food and fluids to hasten death*, N Engl J Med (2003); 349: 359-365
- 23 STEWART W. K., FLEMING L. W., *Features of a successful therapeutic fast over 382 days' duration*, Postgrad Med J (1982); 49: 203-209
- 24 KERNDT P. R. et al., *Fasting: the history, pathophysiology and complications*, West J Med (1982); 137: 379-399
- 25 OWEN O. E. et al., *Ketosis of starvation: a revisit and new perspectives*, Clin Endocrinol Metabol (1983); 12: 359-379
- 26 KÖRNER U. et al., *Leitlinie Enterale Ernährung der DGEM und DGG. Ethische und rechtliche Gesichtspunkte*, Aktual Ernähr Med (2004); 29: 226-230

Projekt Therapiereduktion bei Schwerstkranken Verwendung von Blutprodukten

Thomas WAGNER

Zusammenfassung

Die Versorgung der Patienten mit Blut und Blutprodukten ist in Österreich durch eine Vielzahl von Menschen sichergestellt, die ihr Blut unentgeltlich und freiwillig bei einer der zahlreichen Blutspendeaktionen zur Verfügung stellen. Die Sicherheit der verfügbaren Blutprodukte ist sehr hoch, wenn auch ein gewisses Restrisiko bestehen bleibt. Insbesondere eine Verwechslung im ABO-System kann zu einer vital bedrohenden Reaktion beim Patienten führen. Trotzdem sollte eine Bluttransfusion dann in Betracht gezogen werden, wenn eine Verbesserung im Sinne eines gesteigerten subjektiven Wohlbefindens bei dem hier betrachteten Patientenkollektiv zu erwarten ist. Letztlich ist auch wichtig, auf welche Art und Weise die Entscheidung, Transfusionen abzusetzen, mit den Angehörigen kommuniziert wird.

Schlüsselwörter: Bluttransfusion, Restrisiko, ABO-System, akute Transfusionsreaktion

Abstract

The supply with blood and blood products in Austria is guaranteed by a vast number of people, who give their blood on an unpaid and voluntary basis. The security of the available blood products is very high, although a residual risk remains. Especially a mistake in the ABO-system may cause serious reactions in the patient. Nevertheless, a blood transfusion should be considered, if a clear benefit in terms of an increase in the patient's subjective wellbeing could be achieved. Finally, it is of utmost importance how the decision not to further transfuse is communicated to the patient's dependants.

Keywords: blood transfusion, residual risk, ABO-system, acute transfusion reactions

Anschrift des Autors: ao. Univ.-Prof. Dr. Thomas WAGNER, MSc (Telemedizin), MSc (Gesundheitsmanagement), Universitätsklinik für Blutgruppenserologie und Transfusionsmedizin, Medizinische Universität Graz
Auenbruggerplatz 3, A-8036 Graz
Thomas.Wagner@meduni-graz.ac.at

Die Versorgung mit Blutprodukten ist in Österreich zum gegenwärtigen Zeitpunkt kein Problem der Ressourcenknappheit, wenn auch zunehmend die Kostenfrage intensiver diskutiert wird. Die Standardblutprodukte, die in Österreichs Spitälern angewendet werden, sind das gefilterte (Leukozyten-depletierte) Erythrozytenkonzentrat (EK) und das gefilterte Thrombozytenkonzentrat (TK), sowie das gefrorene Frischplasma (FFP). Die Lagerung des EK erfolgt bei $4\text{ °C} \pm 2\text{ °C}$ für 42 Tage, es enthält $> 42\text{ g/Hb}$ pro Einheit und als therapeutischer Erfolg gilt eine Erhöhung um 1 g Hb oder 3% Hkt. Das TK wird bei $22\text{ °C} \pm 2\text{ °C}$ für 5 Tage gelagert, enthält $2\text{-}4 \times 10^{11}$ Thrombozyten pro Einheit und als therapeutischer Erfolg gilt eine Thrombozytenerhöhung um $> 10.000/\mu\text{l}$. Das FFP wird bei -30 °C für 6-12 Monate gelagert, es enthält alle pro- und antikoagulatorischen Gerinnungsfaktoren und als therapeutischer Erfolg gilt eine Erhöhung eines beliebigen Faktors um ca. 1% nach Transfusion von 1 ml/kg KG .¹

Das Granulozytenkonzentrat ist sicher kein Standardprodukt, sollte aber trotzdem Erwähnung finden, weil sein Einsatzgebiet in der Beherrschung von Antibiotika-resistenten Infektionen gesehen wird, die gerade beim alten Menschen gehäuft auftreten können. Es wird bei $22\text{ °C} \pm 2\text{ °C}$ für max. 24 Stunden gelagert, muss in jedem Fall bestrahlt werden und soll mind. $10E10$ Granulozyten pro kg KG des Empfängers enthalten. Als therapeutischer Erfolg gilt eine messbare Erhöhung der Granulozyten beim Empfänger.

Die Palette an Blutprodukten wird durch die verschiedenen, meist industriell hergestellten Gerinnungspräparate vervollständigt, auf die ich aber im Folgenden nicht näher eingehen werde.

Die Preise für Blutprodukte variieren in Europa sehr stark und reichen von $65,-$ Euro für ein EK in Deutschland bis zu $171.50,-$ Euro in Frankreich. Österreich liegt im Mittelfeld mit einem gemittelten Preis von $109.34,-$ Euro pro EK. Bei den TK sind die Preisunterschiede noch deutlicher, wobei die Art der Herstellung

auch einen Einfluss hat. In Finnland kostet ein TK $73.83,-$ Euro und in Österreich bis zu $663.87,-$ Euro. Für ein FFP zahlt man in Dänemark $28,-$ Euro und in der Schweiz $98.10,-$. Diese Preise zeigen die globale Differenz, ohne auf weitere Details einzugehen.²

Nebenwirkungen und infektiöses Restrisiko durch Transfusion von Blutprodukten

Bei der Transfusion von Blutprodukten sind insbesondere die Nebenwirkungen gegen einen entsprechenden therapeutischen Nutzen abzuwägen.³ Die Übertragung von Viren⁴ wird mit einem Restrisiko nach Einführung der PCR⁵ wie folgt angegeben:

HCV von $1:4,4$ Millionen⁶ bis $< 1:26$ Mio.⁷

HIV von $1:5,54$ Millionen⁶ bis $< 1:24$ Mio.⁷

HBV von $1:620.000$ ⁶ bis $< 1:1$ Mio.⁷

Dagegen ist die mögliche Übertragung von Bakterien, besonders in Thrombozytenkonzentraten, mit einem vergleichsweise relativ hohen Restrisiko von dzt. $1:2.500 - 1:4.000$ angegeben, ein letaler Ausgang mit $1:50.000$.^{8,9}

Eine gefährliche, weil vital bedrohende Nebenwirkung ist die akute hämolytische Transfusionsreaktion durch eine Inkompatibilität im ABO-System. Mit der korrekten Durchführung des Bed-Side Tests und der Vermeidung von Verwechslungen ist dieses Risiko aber äußerst gering, wenn auch Jahr für Jahr tödliche Reaktionen auch in Österreich gemeldet werden.^{10,11}

Alle anderen bekannten Nebenwirkungen sind zum einen verzögerte hämolytische Transfusionsreaktionen, sowie allergische Reaktionen und febrile nicht-hämolytische Transfusionsreaktionen (FNHTR).¹²

Diskussionspunkte für die Zurückhaltung bei der Transfusion von Blutprodukten

Die Ressourcenknappheit ist, wie oben bereits ausgeführt, in Österreich noch kein The-

ma, wenn auch bei einzelnen Blutgruppen, insbes. den Rhesus negativen Blutkonserven, durchaus Engpässe auftreten können. Eine Umstellung auf Rhesus positiv ist aber bei Patienten im letzten Lebensabschnitt unbedenklich, weil eine mögliche Antikörperbildung keine negativen Auswirkungen haben wird. Letztlich kann nur bei einer Massivtransfusion die Ressourcenknappheit ein mögliches Argument sein, sicher nicht bei der Transfusion einzelner EK. Aber die Frage ist ja nicht nur die Verfügbarkeit, sondern eben auch die Kostenfrage, die zunehmend im Raum steht.

Wesentlich ist, dass keine Blutbildkosmetik beim Patienten betrieben wird, denn eine Transfusion ohne erkennbaren Nutzen für den Patienten ist sicher nicht gerechtfertigt. Wobei gerade bei dem hier betrachteten Patientenkollektiv eine Verbesserung im Sinne eines gesteigerten subjektiven Wohlbefindens einen klaren Nutzen darstellt. Bei sehr ausgeprägter Anämie kann die Transfusion von Erythrozyten zu einer subjektiven Verbesserung des Allgemeinzustandes (resp. der Müdigkeit) führen, vorausgesetzt der Patient ist zu solchen subjektiven Wahrnehmungen noch fähig.

TKs sind bei dem hier diskutierten Patientenkollektiv nur bei vitaler Indikation zu verabreichen und nicht zur Prophylaxe. Die meisten TKs werden Patienten mit hämatologischen Erkrankungen verabreicht, die nach Blutbild-Kontrolle < 20.000 Thrombozyten pro μl haben. In den meisten Fällen wird keine aktive Blutung beobachtet, die Transfusion ist daher rein prophylaktisch und forensisch indiziert. Bei Schwerstkranken scheint daher eine prophylaktische Therapie mit TK sicher nicht indiziert, bei einer aktiven schweren thrombozytopenischen Blutung muss man diese Therapieoption aber in Betracht ziehen.

FFP in der notwendigen Dosierung ist für einen Schwerstkranken wahrscheinlich nicht zu tolerieren. Geringe Mengen (200 ml für einen Erwachsenen) sind aus transfusionsmedizinischer Sicht aber eine homöopathische Dosis.

Granulozytenkonzentrate sind aufgrund

der unklaren Indikationsstellungen sicher nicht indiziert.

Ein wichtiger Punkt ist auch die Art und Weise, wie die Entscheidung, Transfusionen abzusetzen, mit den Angehörigen kommuniziert wird:

Wie weit ist der Patient noch ansprechbar oder bei sehr alten oder dementen Patienten noch in der Lage, um seinen Willen kundzutun?

Fallberichte

I) Bei einem knapp 30jährigen Patienten nach langdauerndem Ethanolabusus und mehrmaliger Wiederbelebung besteht eine unstillbare Blutung mit großem Blutbedarf über Tage. Nachdem der Patient nicht ansprechbar war, wurde mit den Angehörigen das weitere Vorgehen besprochen und folgende Entscheidung getroffen: Die Transfusionen wurden abgesetzt, weil kein therapeutischer Benefit durch die Behandlung zu erwarten war, sog. *futile state*. Der Patient ist ausgeblutet und daran verstorben (aus: *Ethical Issues in Transfusion Medicine*, AABB press, 2001)

II) Bei einer 40jährigen Patientin kommt es post partum zu einer atonen Uterusblutung, die nach medikamentöser Therapie über eine Herzrhythmusstörung zum Herzstillstand führt. Es folgt eine cardio-pulmonale Reanimation über 2 Stunden und durch die Schädigung der Lunge wird eine Versorgung mit der extracorporalen Membranoxygenierung (ECMO), neben der Routineversorgung auf der Intensivstation, notwendig. Die Patientin wird mit einer Vielzahl an EK, TK, FFP und weiteren Gerinnungsfaktoren über mehrere Wochen versorgt. Ein Jahr später ist die Patientin wohllauf und ohne cerebrale Defizite (eigene Beobachtung).

Referenzen:

- 1 MÜLLER-ECKHARDT C., KIEFEL V., *Transfusionsmedizin*, Springer-Verlag, Berlin (2004, 3. Auflage)
- 2 SCHÖNITZER D., *General data on blood organisations and ac-*

- activities, in: ROUGER P. (Ed.), *Blood Transfusion in Europe. The White Book 2005 (1st ed.)*, S. 109-124
- 3 LUBAN N. L., *Transfusion Safety: where are we today?*, Ann N Y Acad Sci (2005); 1054: 325-341
 - 4 LUBAN N. L., JUBRAN R. F., *The transfusion-transmitted viruses in blood transfusion*, Adv Exp Med Biol (2001); 489: 1-12
 - 5 STRAMER S. L. et al., *National Heart, Lung and Blood Institute Nucleic Acid Test Study Group*, N Engl J Med (2004); 351: 760-768
 - 6 OFFERGELD R. et al., *Human immunodeficiency virus, hepatitis C and hepatitis B infections among blood donors in Germany 2000-2002: risk of transmission and the impact of nucleic acid amplification testing*, Euro Surveill (2005); 10: 8-11
 - 7 ROTH W. K., *Virus-NAT in der Transfusionsmedizin*, Blut.at (2005); 26: 4-5
 - 8 SILVA M. A. et al., *Summary of the AABB Intraorganizational Task Force on Bacterial Contamination of Platelets: Fall 2004 impact survey*, Transfusion (2006); 46: 636-641
 - 9 BLAJCHMAN M. A. et al., *Bacterial detection of platelets: current problems and possible resolutions*, Transfus Med Rev (2005); 19: 259-272
 - 10 STAINSBY D., *ABO incompatible transfusions – experience from the UK Serious Hazards of Transfusion (SHOT) scheme*, Transfus Clin Biol (2005); 12: 385-388
 - 11 WILLIAMSON L. M. et al., *Serious hazards of transfusion (SHOT) initiative: analysis of the first two annual reports*, Br Med J (1999); 319: 16-19
 - 12 VAMVAKAS E. C., PINEDA A. A., *Allergic and anaphylactic reactions*, in: POPOVSKY M. A. (Ed.), *Transfusion reactions. (2nd ed.)*, AABB press, Bethesda, MD (2001), S. 83-128

Therapievorenthalt und Therapiereduktion bei invasiven Maßnahmen und künstliche Ernährung bei schwerstkranken Patienten

Martin CLODI, Kurt LENZ und Gottfried J. LOCKER

Zusammenfassung

Bei der Indikationstellung zu Reduktion bzw. Verzicht auf invasive(n) Therapiemethoden ist die „Zustimmung nach Aufklärung“ (informed consent) seitens der Angehörigen eines Patienten zwar prinzipiell zu fordern, kann aber im klinischen Alltag nur eingeschränkt erreicht werden. Der Therapeut hat sich der Frage zu stellen, wie sinnvoll der Einsatz von invasiven Maßnahmen im Einzelfall sei. Dies betrifft die Intubation, Hämodialyse und Hämofiltration, aber auch die künstliche Ernährung und Flüssigkeitszufuhr mittels Cava-Katheter und PEG-Sonde. Die extrakorporalen Methoden der Intensivmedizin können lebensbedrohliche Organdysfunktionen überbrücken, die zugrunde liegende Erkrankung aber nicht heilen. Selbst die künstliche Ernährung verliert in Todesnähe ihre Zielsetzung. Alle Entscheidungen über Therapiereduktion oder -abbruch müssen auf einem Konsens zwischen den Angehörigen des nicht mehr entscheidungsfähigen Patienten, dem Intensivpflege-Team und den behandelnden Ärzten basieren.

Schlüsselwörter: Intubation, Hämodialyse, Künstliche Ernährung und Hydratation, Therapieverzicht, Lebensende

Abstract

In principle, the indication for use of or forgoing invasive therapies is dependent on an informed consent of the patient or his proxy. However, such a consent cannot always be obtained in clinical everyday life. On the other side, the physician in charge is confronted with the burden of questioning the therapeutic target of methods of critical care as there are intubation and controlled ventilation, hemodialysis and hemofiltration, as well as artificial nutrition and hydration (ANH) by means of semi-invasive tools like caval catheterization and PEG-tube. We emphasize the fact that any extracorporeal method of critical care can only support the function of a failing organ for a certain period of time, but is unable to restore normal function itself. Even ANH should be seen in this context in end-of-life care. Yet, all measures and decisions in such situations require an unanimous consent of the patient's relatives or proxy, the nursing staff, and the responsible physicians.

Keywords: Intubation/ventilation, hemodialysis, artificial nutrition and hydration, forgoing/futility of treatment, end-of-life care

Anschrift der Autoren: Prim. Univ.-Prof. Dr. Kurt LENZ, Konventhospital der Barmherzigen Brüder Seilerstätte 2, A-4020 Linz, Kurt.Lenz@bblinz.at

ao. Univ.-Prof. Dr. Martin CLODI, Univ.-Klinik für Innere Medizin III

ao. Univ.-Prof. Dr. Gottfried LOCKER, Univ.-Klinik für Innere Medizin I

Allg. Krankenhaus Wien, Währinger Gürtel 18-10, A-1090 Wien

Martin.Clodi@meduniwien.ac.at; Gottfried.Locker@meduniwien.ac.at

Einleitung

Die Entscheidung zur Durchführung aufwändiger und eingreifender diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen wird auch bei kritischen Erkrankungen durch den betroffenen Patienten nach einer entsprechenden Beratung durch seinen Arzt getroffen. (Bemerkung: Die Verwendung der männlichen Form ist hier und in der Folge als geschlechtsneutral aufzufassen.) Ungeschmälert bestehen auch hier Rechte und Pflichten des Patienten sowie Pflichten und Rechte des Arztes. Die Rechte des Patienten decken sich mit den Pflichten des Arztes bezüglich einer ausreichenden Aufklärung über die Schwere und Prognose der Erkrankung, der möglichen diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten, einschließlich deren Belastungen für den Patienten, sowie deren Dringlichkeit, aber auch möglichen Komplikationen. Dies alles soll dem jeweilig letzten Stand der medizinischen Wissenschaft entsprechen und in einer verständlichen Art und Weise übermittelt werden. Daraus resultiert eine zwischen Patient und Arzt getroffene Vereinbarung, die in entsprechenden Situationen sehr konkret Handlungen in sehr naher Zukunft festlegen kann.

Oft können jedoch bei diesen Vereinbarungen nicht alle Eventualitäten berücksichtigt werden, vor allem wenn es sich um Vorausschau über einen größeren Zeitraum und um chronische Erkrankungen handelt. Sehr oft wird auch von Patienten bewusst für derartige Situationen dem behandelnden Arzt ein Freiraum eingeräumt, in dem dieser nach seinem besten Wissen in Abschätzung von Nutzen zu Schaden für den Patienten entscheiden soll.¹

Allgemein gilt natürlich auch bei invasiven Therapien, dass nicht mehr begründbare Therapien nicht vertretbar sind. Nicht begründbar heißt, dass diese Maßnahmen den irreversiblen Sterbeprozess lediglich verlängern würden und nicht mehr durch die Aussicht auf die Wiederherstellung autonomer Lebensfunktionen gerechtfertigt werden können.²

Intubation und Beatmung

Durch eine invasive Beatmung wird die Atemarbeit vom Beatmungsgerät übernommen. Es ist hierbei ein orotracheale, nasotracheale Intubation oder eine Tracheotomie notwendig. Die Intubation und die danach anschließende Beatmung stellt zwar die für das Überleben notwendige Sauerstoffzufuhr wieder her, führt aber für den Patienten zu erheblichen anderen physischen Belastungen wie Schmerzen, aber auch psychischen Belastungen wie Angst. Bei schwerer Vorschädigung der Lunge (chronisch obstruktive Lungenerkrankung, interstitielle Lungenerkrankung) oder neuromuskulösen Erkrankungen kann daraus eine irreversible Abhängigkeit von der Beatmungsmaschine resultieren. In jenen Fällen, bei denen eine Progredienz der Grunderkrankung befürchtet werden muss, sollten diese Maßnahmen unbedingt noch zu einem frühen Zeitpunkt bzw. in einer stabilen Krankheitsphase mit dem Patienten besprochen werden, mit dem Hinweis darauf, dass die Entscheidung nicht unbedingt und unverändert über mehrere Jahre aufrecht erhalten bleiben muss.³ Ist all dies im Falle einer akuten Notfallsweisung nicht bekannt, so gibt es, abgesehen von terminal kranken Patienten, bei denen sich eine Intubation aus oben genannten Gründen verbietet, keine allgemein gültige Richtlinie. Oft kann durch eine nichtinvasive Beatmung die Zeit bis zur Beschaffung von früher geäußerten Wünschen des Patienten überbrückt werden. Scores können eine gewisse Hilfe geben, sollten jedoch für die Entscheidungsfindung im Einzelfall nicht herangezogen werden.

Ein spezielles Problem stellen Schlaganfallpatienten mit respiratorischer Insuffizienz dar. Ist diese durch eine pulmonale Komplikation bedingt (z. B. Pneumonie), so ist eine Reversibilität prinzipiell gegeben. Bei zentral durch den Insult bedingter respiratorischer Insuffizienz ist jedoch die Wahrscheinlichkeit einer schweren irreversiblen Hirnschädigung sehr groß, sodass die Intubation und Beatmung nur bei effektiver Behandlungsmöglichkeit

(Lyse, Hemikraniektomie) bzw. relativ hohem Glasgow Coma Score sinnvoll erscheint.⁴

Hämodialyse bzw. Hämofiltration

Dies sind Standardverfahren bei Patienten mit akutem oder chronischem Nierenversagen. Diese Therapie wird entweder bis zur Erholung der Niere oder bis zur Nierentransplantation durchgeführt. Daneben wird dieses Verfahren jedoch auch bei Nichtdurchführbarkeit einer Transplantation bei Patienten mit chronischem Nierenversagen bis zu deren Lebensende durchgeführt. Auch dieses Verfahren ist mit etlichen physischen Belastungen (Schmerzen durch Einrichtung des Gefäßzugangs, Übelkeit und Schmerzen während der Therapie) und psychischer Belastung (Abhängigkeit) verbunden.

Ein Nierenversagen kann nicht nur durch eine Nierenerkrankung per se, sondern auch im Rahmen von Erkrankungen anderer Organsysteme, v. a. Herz und Leber, auftreten. Bei isolierter Nierenerkrankung ohne schwere Erkrankung anderer Organsysteme liegt der Benefit durch diese Therapie auf der Hand und wiegt die Belastungen bei weitem auf. Bei Niereninsuffizienz im Rahmen einer schweren Herzinsuffizienz ergeben sich jedoch weit größere Schwierigkeiten in der Indikation zur Durchführung, falls die Patientenwünsche nicht klar sind. Ist durch das extrakorporale Verfahren eine Linderung der Beschwerden (Atemnot u. ä.) möglich, so ist deren Einsatz zu überlegen, da durch den Zeitgewinn auch eine Besserung der Herzfunktion angestrebt werden kann. Bei Patienten mit schwerer Leberinsuffizienz kann es zum Nierenversagen im Rahmen eines hepatorenalen Syndroms (HRS) kommen. Beim sich langsam entwickelnden HRS Typ 2 ist eine extrakorporale Therapie nicht indiziert, da der Verlauf der Erkrankung damit nicht beeinflusst werden kann. Bei Patienten mit HRS Typ 1 mit rascher Entwicklung einer Niereninsuffizienz ist bei Nichtansprechen auf medikamentöse Maßnahmen (Albumin

mit Terlipressin) die Prognose ebenfalls so schlecht, dass eine extrakorporale Therapie nur bei Möglichkeit einer Lebertransplantation ins Auge gefasst werden sollte.⁵ Unklar ist hier die Rolle der Albumindialyse bei Patienten mit noch guter Leberfunktion (CHILD A oder B) vor der akuten Erkrankung.⁶

Ernährung und Flüssigkeit

Ernährungsmedizinische Maßnahmen und Flüssigkeitssubstitution in der letzten Lebensphase von unheilbar Kranken werden extrem kontroversiell diskutiert, da de facto nur wenig wissenschaftliche Literatur zu diesem Thema existiert.

Der Energiebedarf ist unter anderem durch die Art und Schwere der Erkrankung bedingt. Eine voll bilanzierte enterale oder parenterale Nutrition dient therapeutischen Zwecken, ist somit prinzipiell eine ärztliche Entscheidung. Eine ausgewogene Ernährung muss zudem berechnet werden⁷ nach Alter, Körpergewicht, Größe, und Begleiterkrankungen (z. B. Sepsis-Faktor), und übersteigt somit das pflegerische Fachwissen.

Der tägliche Kalorienbedarf eines Patienten kann relativ aufwändig durch das exakte Messverfahren der indirekten Kalorimetrie oder näherungsweise mittels Berechnungen ermittelt werden. Sollten die Ernährungsrichtlinien nicht eingehalten werden, kommt es unausweichlich zu einem Ernährungsdefizit.

Die Entscheidung, ob enteral oder parenteral, muss sich nach der zu erwartenden Dauer der künstlichen Ernährung richten. Bei absehbar längerer Notwendigkeit der Nahrungszufuhr ist prinzipiell einer enteralen Ernährung der Vorzug zu geben, da es bei langfristiger Parenteralisierung zu einer Atrophie der Darmzotten mit konsekutiver Permeation und Translokation von Bakterien kommen kann.⁸

Der Flüssigkeitsbedarf eines Erwachsenen liegt altersabhängig zwischen 30 bis 40 ml/kg KG/Tag. Bei Diarrhö, Obstipation, Fieber, Erbrechen sowie schweren Verbrennungen

sollte entsprechend dem erhöhten Bedarf mehr Flüssigkeit zugeführt werden. Bei Patienten mit Leber-, Nieren-, Herzinsuffizienz ist entsprechend dem Krankheitsbild eine Flüssigkeitsrestriktion erforderlich.

Die Entscheidungsfindung für oder gegen die Fortführung der künstlichen Ernährung oder Volumenapplikation kann daher nur mit der Beantwortung folgender Fragen getroffen werden: Wo steht der Patient? Befindet er sich bereits in der Sterbephase oder gibt es andere Ursachen für die Verschlechterung des Allgemeinzustandes? Welche Wünsche hat der Betroffene selbst? Was kann der Arzt für die Lebensqualität des Betroffenen in dieser letzten Phase tun?

In einer Studie von MUSGRAVE et al.⁹ zeigte sich, dass trotz parenteraler Flüssigkeitszufuhr de facto alle Patienten über Durst klagten, und die Quantität dieser Flüssigkeitszufuhr keinerlei Auswirkungen auf die subjektiven Symptome zeigte! Trotzdem sterben in Spitälern 75% der terminal erkrankten Patienten bei laufender Infusion.¹⁰ Im Allgemeinen kann angenommen werden, dass bei Sterbeprozessen wegen der veränderten physiologischen Zustände oft selbst die Gefühle von Hunger und Durst nicht mehr gegeben sind.¹¹ Hier muss insbesondere beachtet werden, dass auch chronische Krankheiten (z. B. Dialysepflicht wegen diabetischer Nephropathie und schwere pAVK, Kardiomyopathien, etc.) eine schlechtere Prognose als maligne Erkrankungen haben können. Bei entscheidungsfähigen Patienten sollten diese Maßnahmen daher nur mit deren Zustimmung erfolgen, bei nicht mehr entscheidungsfähigen Menschen muss eine ärztliche Entscheidung nach ethischen Gesichtspunkten unter Berücksichtigung der putativen Lebenserwartung getroffen werden. Vorrangig sollte – wie in all diesen Grenzsituationen – die optimale Symptomkontrolle sein, ohne das Leiden zu verlängern.

PEG-Sonde

Das Legen einer PEG-Sonde bedarf einer klaren medizinischen Indikation, denn die

PEG-Sonde ist sowohl beim Legen als auch bei ihrer Anwendung mit Risiken verbunden, und sollte nur als ultima ratio erwogen werden.¹² Im Falle der Unfähigkeit oder Unwilligkeit der oralen Nahrungsaufnahme müssen die möglichen physischen und psychischen Gründe vor dem invasiven Eingriff genauestens abgeklärt werden, niemals darf eine PEG-Sonde bloß aus Gründen der Zeit-, Personal- oder Kostenersparnis gelegt werden.

In der Palliativmedizin und auch in der Geriatrie/Gerontopsychiatrie kann das Anlegen einer PEG-Sonde eine notwendige palliative Maßnahme sein. Bei nicht-sterbenden Patienten ist diese lebenserhaltende und palliative Maßnahme dann angezeigt, wenn ihr Leben nur auf diese Weise bewahrt werden kann, und die Patienten diesem Eingriff zustimmen (z. B. HNO-Tumore, neurologische Erkrankungen mit Schluckbeschwerden)! Das Koma per se stellt keine Indikation zur PEG-Legung, da durch eine nasogastrale Sonde mit einem verhältnismäßig geringeren Eingriff auch über lange Zeit derselbe Effekt erzielt werden kann.

Zentralvenöser Katheter (ZVK)

Wie auch bereits bei den PEG-Sonden dargestellt, ist das Anlegen eines zentralvenösen Katheters ein risikobehafteter invasiver Eingriff, und daher in seiner Sinnhaftigkeit von der Grundprognose der Erkrankung abhängig. In diesem Zusammenhang existiert eine interessante Publikation über „Entscheidungen am Lebensende in Deutschland“¹³, die zwischen einer „Sterbephase im engeren Sinn“ (Unumkehrbarkeit des Grundleidens & unmittelbare Todesnähe) und einer „Sterbephase im weiteren Sinn“ (Unumkehrbarkeit des Grundleidens, jedoch [noch] nicht unmittelbare Todesnähe) unterscheidet. Das beschreibt unserer Meinung nach sehr gut die gesamte Problematik, und muss in die Entscheidungsfindung bei jedem invasiven Prozess miteinbezogen werden.

Wenn einmal die Entscheidung zur Durchführung einer parenteralen Ernährung ge-

troffen ist, so ist prinzipiell auch ein ZVK indiziert, während bei alleiniger Volums- bzw. Schmerztherapie diese Indikation nicht besteht. Volumstherapie kann durchaus (wie vielerorts in geriatrischen Pflegeeinrichtungen) über einen subkutanen Zugangsweg erfolgen, Analgetika (Opiate) können transdermal/transmukös appliziert werden. Finanzielle Aspekte dürfen hier nicht als Grundlage für oder gegen einen invasiven Eingriff dienen.

Konklusion

Extrakorporale Therapien und Beatmung können die Organfunktionen von Niere und Lunge soweit ersetzen, dass ein Überleben für einen bestimmten Zeitraum ermöglicht wird. Allerdings wird die Erkrankung des Organs nicht per se beeinflusst, in Einzelfällen kann es durch die Therapiemaßnahmen (z. B. invasive Beatmung) sogar zu einer weiteren Organschädigung kommen. Die invasiven Maßnahmen sind mit beträchtlichen physischen und psychischen Belastungen verbunden und erfordern auch beträchtliche Ressourcen, einerseits in Form einer entsprechend ausgerüsteten Krankenhauseinheit (Intensivstation), andererseits in Form einer rund-um-die-Uhr-Versorgung durch ein speziell ausgebildetes Pflege- und ärztliches Personal. Durch frühzeitige und ausreichende Aufklärung über den Nutzen und die möglichen Nebenwirkungen können für den Patienten schwerwiegende Belastungen vermieden und Ressourcen für andere Patienten besser genutzt werden. Bei nicht mehr entscheidungsfähigen Patienten sollten prinzipiell diese Verfahren nur in jenen Situationen eingesetzt werden, bei denen eine Wiedererlangung der Unabhängigkeit von solch invasiven Maßnahmen (wie maschinelle Beatmung) möglich ist. Extrakorporale Nierenersatzverfahren (Dialysen) sind nur bei isoliertem Organversagen der Niere sinnvoll. In diesen Fällen allerdings

handelt es sich in der Regel um Patienten, die noch entscheidungsfähig sind.

Der Verzicht auf oder die Fortführung von künstlicher Ernährung und Flüssigkeitssubstitution ist unserer Meinung nach von der Lebenserwartung und vor allem von der subjektiven Symptomatik des Patienten abhängig. Sollte die Entscheidung zugunsten einer Therapiefortführung gefallen sein, so stellen PEG-Sonden und zentralvenöse Katheter eine potentielle, wenngleich risikobehaftete Option dar, die so restriktiv wie möglich gehandhabt werden sollte, getreu dem alten Prinzip der Intensivmedizin: „So invasiv wie notwendig, jedoch so zurückhaltend wie möglich“.

Referenzen:

- 1 SHGAL A. et al., *How strictly do dialysis patients want their advance directives followed?*, JAMA (1992); 267: 59-63
- 2 *Konsensuspapier der Intensivmedizinischen Gesellschaften Österreichs*, Wien Klin Wochenschr (2004); 116: 763-767
- 3 DALES R. E. et al., *Intubation and mechanical ventilation for COPD. Developments of an Instrument to elicit patient preferences*, Chest (1999); 116: 792-800
- 4 GROTTA J. et al., *Elective intubation for neurological deterioration after stroke*, Neurology (1995); 45: 640-644
- 5 ORTEGA F. et al., *Terlipressin therapy with and without albumin for patients with hepatorenal syndrome: Results of a prospective, nonrandomized study*, Hepatology (2002); 36: 941-948
- 6 MITZNER S. R. et al., *Improvement of hepatorenal syndrome with extracorporeal albumin dialysis MARS: results of a prospective, randomized, controlled clinical trial*, Liver Transpl (2000) 6: 277-286
- 7 HARRIS J., BENEDICT F., *A biometric study of basal metabolism in man*, Carnegie Institute of Washington, Washington, D. C. (1919)
- 8 GUARNER F., MALAGELADA J. R., *Gut flora in health and disease*, Lancet (2003); 361: 512-519
- 9 MUSGRAVE C. F. et al., *The sensation of thirst in dying patients receiving i.v. hydration*, J Palliat Care (1995); 11: 17-21
- 10 WERNI M. et al., *Ernährung und Flüssigkeitssubstitution in der Palliativmedizin*, J Ernährungsmed (2001); 3: 12-15
- 11 EIBACH U., ZWIRNER K., *Künstliche Ernährung: um welchen Preis?*, Medizinische Klinik (2002); 9: 558-563
- 12 GILLYCK M. R., *Rethinking the Role of Tube Feeding in Patients with Advanced Dementia*, N Engl J Med (2000); 342: 206-210
- 13 STRÄTLING M. et al., *Entscheidungen am Lebensende in Deutschland: Zivilrechtliche Rahmenbedingungen, disziplinübergreifende Operationalisierung und transparente Umsetzung*, BtPrax (2003); 12 (Sonderveröffentlichung zu Heft 5-2003, 44 Seiten)

Therapiereduktion aus ethischer Sicht Der besondere Fall der künstlichen Ernährung und Flüssigkeitszufuhr

Enrique H. PRAT

Zusammenfassung

Eine der schwierigsten Entscheidungen in der medizinischen Praxis ist zweifelsohne jene der Therapiereduktion, wenn das Lebensende zum Greifen nahe ist. Sie sind fachlich deshalb so schwierig, weil es in der Medizin schwer ist, mit Gewissheit vorauszusagen, dass eine Therapie, die oft geholfen hat, ab einem gewissen Stadium nicht mehr helfen wird. Die Entscheidung ist aber auch deshalb so schwierig, weil die Frage, um die es hier geht, oft ethisch falsch gestellt wird. Die Grenze zwischen dem, was zu tun ist, und dem, was nicht getan werden darf, läuft nicht entlang einer scharfen Trennlinie. Deswegen wird es keine Formel und keine eindeutige Regel für das zu Tuende geben, um uns aus unserer Verantwortung bei der Entscheidung zu entlassen. Es ist für den Arzt eine sehr ernste Gewissensentscheidung, weil hier das Überleben eines Menschen weitgehend von diesen Abwägungen abhängen wird. Diese Entscheidungen setzen eine hohe ethische Kompetenz voraus, d.h. eine Kultivierung des Gewissens. Diese ist gleichbedeutend mit der Pflege der Kardinaltugenden, an deren erster Stelle die Tugend der Klugheit steht.

Schlüsselwörter: Lebensende, Therapiereduktion, Ethik, Gewissen, Klugheit

Abstract

Reduction of therapy in the terminal phase of disease represents one of the most difficult tasks in medicine. One reason for this is the difficulty to predict whether an up to then effective therapy will still be effective or would be futile from now on. Another point is that the way of questioning of medical decisions in this stage is often ethically incorrect. There is no sharp border between what has to be done and what has to be omitted. Hence, no unequivocal rule can be formulated, which would lighten the burden of the physician's responsibility. Such decisions in favour or against survival pose a serious matter of conscience on the physician and are dependent on a high level of ethical competency and – more precisely – on the cultivation of conscience. This, in turn, requires an effort to foster the cardinal virtues, whose leader is the virtue of prudence.

Keywords: reduction of therapy, end-of-life decisions, ethics, prudence

Anschrift des Autors: Prof. Dr. Enrique H. PRAT, IMABE-Institut
Landstraßer Hauptstraße 4/13, A-1030 Wien
ehprat@imabe.org

Eines der schwersten Probleme in der medizinischen Praxis ist zweifelsohne jenes der Therapiereduktion, wenn das Lebensende zum Greifen nahe ist. Es geht dabei natürlich nicht um den Verzicht auf Maßnahmen mit palliativer Wirkung, wie etwa schmerzlindernde Therapien, sondern nur um die Rücknahme jener anderen, die ihrer Natur nach darauf gerichtet sind, lebensverlängernde Wirkung zu haben.

Heilen, Lindern, Trösten sind die drei klassischen Zielsetzungen ärztlicher Kunst. Entscheidungen für den Tod sind keine ärztlichen Entscheidungen und dürfen auch keine werden. Deshalb kann und darf die Entscheidung über Therapiereduktion niemals zur Entscheidung für den Tod werden. Dies wäre ein Missbrauch des ärztlichen Könnens. Das Selbstbestimmungsrecht des Menschen umfasst nicht die Verfügung über sein Leben: Kein Mensch darf sich anmaßen, seine „Abberufung“ aus dem Dasein selber zu bestimmen, und viel weniger über das Ableben anderer zu entscheiden, ebenso wenig wie er das Ins-Dasein-Berufen-Werden in keiner Weise beeinflusst hat. Die Begründung dieser im ärztlichen Ethos schon immer enthaltenen Haltung ist aber nicht jetzt unser Thema.¹

Es ist eine Tatsache, dass in Terminalsituationen oft ein „Tun“ vor einem „Nichts-tun“ bevorzugt wird: Ein Nichts-Tun wird als Eingeständnis von Ohnmacht gedeutet, während ein Tun immer noch Hoffnung signalisiert. Während das Tun keine besondere Rechtfertigung bedarf, solange es sich in jenem Spektrum der Handlungen bewegt, die lege artis gesetzt werden können, ist ein Nichts-Tun immer rechtfertigungsbedürftig: „Warum tun Sie nichts, Herr Doktor?“ Dies erklärt, warum mit der Therapiereduktion lange gezögert wird, vor allem so lange der Patient, seine Angehörigen und der behandelnde Arzt den nicht mehr abzuwendenden Tod nicht angenommen haben. Aber dieses Zögern darf keineswegs leichtfertig als eine oberflächige Unschlüssigkeit angesehen werden, sondern es ist viel mehr ein kluges und verantwortungs-

volles Abwägen der Umstände einer verhängnisvollen Situation, die sich dem Betroffenen wie dem Arzt mit vielen Ungewissheiten und Fragezeichen erschließt.

Die Entscheidungen, um die es hier geht, sind fachlich deshalb so schwierig, weil es in der Medizin schwer ist, mit Gewissheit zu sagen, dass eine Therapie, die oft geholfen hat, ab einem gewissen Stadium nicht mehr helfen wird, und man auch nicht sicher sein kann, dass das, was drei oder vier Mal vergeblich versucht worden ist, beim fünften oder sechsten Mal nicht doch noch wirken würde. Die Parameter zur Bestimmung des „point of no return“ im Sterbeprozess sind meistens schwer erkennbar.

Die Entscheidungen über Therapiereduktion bei Terminalpatienten sind aber auch deshalb so schwierig, weil die Frage, um die es hier geht, häufig falsch gestellt wird. In der Literatur findet man nicht selten Beschreibungen von ärztlichen Handlungen, die darauf hinauslaufen, dass der Arzt über Leben und Tod entscheidet, z. B. dass er den Eintritt des Todes beschleunigt oder verzögert, oder dass seine Handlung eine Intention enthält, den Tod herbeizuführen.² Meistens sind diese Handlungsbeschreibungen ethisch nicht korrekt.³ Damit ist nicht gemeint, dass auszuschließen ist, dass nicht auch ein Arzt leider die Intention haben kann, zu töten. Wenn er aber bei einem Patienten im Terminalstadium von weiteren „lebensverlängernden Maßnahmen“ absieht, weil diese seiner Meinung nach keinen Sinn⁴ mehr haben, entscheidet er sich keineswegs für den Tod des Patienten, sondern sieht ein, dass er den Sterbeprozess nicht wirksam unterbrechen und den Tod nicht mehr abwenden kann. Im Englischen gibt es für wirkungslose Handlungen den Terminus „futile“. Solche Handlungen zu setzen wäre „futility“, ein reiner Aktivismus, der schwer zu rechtfertigen ist.

Natürlich ist die Entscheidung zu Therapiereduktion für den Arzt und das Pflegepersonal belastend und sogar abschreckend, wenn sie den Eindruck gewinnen, damit ursächlich den Tod des Patienten herbeizuführen. Hier liegt das Problem darin, dass oft weder Arzt noch Pflege-

personal in die Sprache der Ethik ausreichend eingübt sind, um die Handlung ethisch korrekt benennen zu können. Tatsache ist, dass ein kategorial ethischer Unterschied liegt zwischen einer Handlung, die den Tod eines anderen Menschen intendiert, und einer, die diesen Tod lediglich als mögliche Nebenfolge in Kauf nimmt. Erstere kann niemals gerechtfertigt werden, letztere kann aber unter Umständen zulässig sein. Beim Therapierückzug kann es mitunter um diese zweite Handlungsart gehen (z. B. wenn ein Morphinderivat den Eintritt des Todes zur Folge hat). Meistens ist aber der nicht mehr abwendbare Tod keine kausale Folge irgendeines ärztlichen Tuns oder Unterlassens, sondern nur ein mit dem Tun oder Unterlassen assoziiertes (zeitlich zusammenfallendes) Ereignis und nichts weiter.

Die Grenze zwischen dem, was zu tun ist, und dem, was getan werden darf, oder zwischen dem, was zu tun ist, und dem, was nicht getan werden darf, läuft nicht entlang einer scharfen Trennlinie. Deswegen wird es keine Formel und keine eindeutige Regel für das zu Tuende geben, um uns aus unserer Verantwortung bei der Entscheidung zu entlasten.

Eine ethisch vertretbare Therapiereduktion kann in der Regel nur aufgrund dreier Befunde erfolgen, für die nur der Arzt kompetent ist:

- (a) Der Krankheitsprozess ist weit fortgeschritten.
- (b) Es existiert keine erprobte therapeutische Maßnahme, die noch eine wissenschaftlich halbwegs gesicherte Aussicht auf Erfolg hat.
- (c) Es sind unerwünschte (gefährliche) Nebenwirkungen zu erwarten.

Die Abwägung dieser drei Befunde erfolgt vor dem Hintergrund der Verpflichtung des Arztes, das Leben zu schützen und zu erhalten. Daraus resultiert ein Urteil der Vernunft, das deshalb eine Gewissensentscheidung ist, weil es nur im Gewissen gefällt werden kann.⁵ Es ist also für den Arzt eine sehr ernste Gewissensentscheidung, weil hier das Überleben eines Menschen weitgehend von diesen Abwägungen abhängen wird. Zur Erstellung dieses Ur-

teiles muss er sein medizinisches Wissen, sein allgemeines und berufliches Ethos und sein partikuläres Wissen über den Patienten ins Spiel bringen. Dieses Urteil wird auch als Klugheitsentscheidung bezeichnet, weil die Klugheit jene Tugend ist, die für Richtigkeit des Urteils der praktischen Vernunft maßgeblich ist.⁶

Klugheitsentscheidungen sind nicht emotional („aus dem Bauch heraus“) oder rein intuitiv, sondern die gewissenhaftesten aller Entscheidungen. Wie Thomas v. AQUIN ausge- arbeitet hat⁷, wird die richtige kluge Entscheidung in drei Akten getroffen und setzt weitere acht Elementartugenden voraus.

Die der Akte der Klugheit sind:

- Beratung (consilium)
- Urteil (iudicium)
- Befehl (imperium)

Die Klugheit verlangt, dass man sich mit einer Sachlage ernsthaft beschäftigt, die Probleme in allen ihren Aspekten beleuchtet und studiert und gegebenenfalls um Rat fragt, weil in den meisten komplexen Fragen nicht jeder ein Experte sein kann. Auch wenn man ein Ziel hat, darf man erst handeln, wenn man sich von der Realität ein richtiges Bild gemacht hat. Die Beratung wird so zur Erkenntnis dessen führen (Urteil), was zu tun ist und welche Mittel dafür eingesetzt werden sollen.

Zusammen mit diesen drei Akten werden folgende Elementartugenden eingesetzt: Erfahrung, Wissenseinsicht, Lernfähigkeit, Sachlichkeit, Vernunft, Voraussicht, Umsicht, Vorsicht⁸. Diese acht Elemente der Beratung führen zum Urteil der praktischen Vernunft, das auch eine Anleitung (einen Befehl) über das, was zu tun ist, beinhaltet.

Die ethische Kompetenz hat für den Arzt immer einen hohen Stellenwert gehabt. Kein anderer Berufsstand hat sich seit der Antike so intensiv mit seinem eigenen Ethos beschäftigt. Für den Arzt war schon immer die *Kultivierung des Gewissens* neben der ständigen *Kultivierung des Wissens und Könnens* ein ernstes Anliegen. Die ethischen Anforderungen an den ärztlichen Beruf sind in der modernen Me-

dizin nicht kleiner, sondern größer geworden. Die Entscheidungen, die hier angesprochen werden, setzen eine hohe ethische Kompetenz voraus, d. h. eine Kultivierung des Gewissens. Diese ist gleichbedeutend mit der Pflege der Kardinaltugenden, an deren erster Stelle die Tugend der Klugheit steht.⁹

Natürlich können Leitlinien, Regeln und Maximen eine Unterstützung für diese Entscheidungen sein. Vor einiger Zeit habe ich 10 grundlegende Maximen für die Entscheidung der Therapiereduktion aufgestellt und versucht, sie zu begründen¹⁰. Diese Maximen können die Klugheitsentscheidung, d. h. die Abwägung der verschiedenen Faktoren erleichtern, aber nicht ersetzen. Eine ethische Entscheidung, d. h. eine Entscheidung über das richtige Verhalten in einer ganz konkreten Situation, kann niemals ohne eine Abwägung der spezifischen Umstände der Situation erfolgen, aus welchen sich ableiten lässt, in welchem Ausmaß eine Regel oder eine Maxime anwendbar ist, bzw. welche andere Regel oder Maxime zur Anwendung kommen soll.

Zum besonderen Fall der Reduktion von bzw. des Verzichtes auf Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr

In der medizinischen Ethik gilt als kontroversiell, wie weit die Verpflichtung der Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr bei Terminalpatienten gehen darf, und ob diesbezüglich eine Unterscheidung zwischen natürlicher und künstlicher Ernährung und Flüssigkeitszufuhr gerechtfertigt ist.¹¹

2004 hat JOHANNES PAUL II. in einer Rede an die Teilnehmer eines neurologischen Fachkongresses dazu Stellung genommen. Seine Aussage hat im ärztlichen Kreisen Unbehagen und Verwunderung hervorgerufen¹²:

„Insbesondere möchte ich unterstreichen, dass die Verabreichung von Wasser und Nahrung, auch wenn sie auf künstlichen Wegen geschieht, immer ein natürliches Mittel der Le-

benserhaltung und keine medizinische Handlung ist. Ihre Anwendung ist deshalb prinzipiell als normal und angemessen und damit als moralisch verpflichtend zu betrachten, in dem Maß, in dem und bis zu dem sie ihre eigene Zielsetzung erreicht, die im vorliegenden Fall darin besteht, dem Patienten Ernährung und Linderung der Leiden zu verschaffen.“¹³

Prinzipiell können weder katholische noch nicht-katholische Ärzte nachvollziehen, dass die künstliche Ernährung „keine medizinische Handlung“ sei. Wenn aber die päpstliche Aussage als eine Absage zur Möglichkeit des Rückzuges oder des Verzichtes auf künstliche Ernährung und Flüssigkeitszufuhr gedeutet würde (wobei der Hl. Vater wohl mehr den „vegetativen Zustand“ im Blick hatte), dann würde dies aber auch heißen, dass es katholische Lehre wäre, dass der ausdrückliche Verzicht eines Patienten (mündlich oder aufgrund einer schriftlichen Vorausverfügung) gleichbedeutend mit Selbstmord wäre. Kann also diese Deutung stimmen?

Um dem Gewicht dieser Frage gerecht zu werden, ist eine genauere Analyse notwendig.

Nehmen wir den ersten Teil der Aussage: Insbesondere möchte ich unterstreichen, dass die Verabreichung von Wasser und Nahrung, auch wenn sie auf künstlichen Wegen geschieht, immer ein natürliches Mittel der Lebenserhaltung und keine medizinische Handlung ist.

Besteht hier nicht ein Widerspruch zwischen dem „natürlichen Mittel der Lebenserhaltung“ und den „künstlichen Wegen“ der Verabreichung? Kann etwas gleichzeitig „künstlich“ und auch „natürlich“ sein? Tatsächlich ist der Widerspruch auflösbar, wenn man zwischen dem „Was“ und dem „Wie“ der Handlung, d. h. zwischen „was“ man tut und der Art, „wie“ man es tut (d. i. zwischen dem eigentlichen Gegenstand der Handlung und dem Ausführungsmodus), unterscheidet.

Zum Gegenstand der Ernährungshandlung: Es gehört zur Natur des Menschen sich zu ernähren bzw. die Nahrung zu suchen und diese zu sich zu nehmen. Aus dem Wohlbe-

findlichkeitstrieb und aus dem Selbsterhaltungstrieb sucht der Mensch von Natur aus Nahrung und Flüssigkeit. Hunger und Durst sind natürliche Regungen des Menschen, die ein vorvernünftiges, natürliches Verlangen nach der für sein Überleben und sein Wohlbefinden notwendigen Nahrung und Flüssigkeit entstehen lassen. Ernährung ist also nicht nur an sich eine natürliche Tätigkeit oder daseinsbedingte Funktion, sondern eine Funktion, die als Vorbedingung anzusehen ist, damit sich der Mensch als Mensch auch entfalte. Das heißt, die Ernährung entspricht auch der Natur des Menschen als vernünftiges Wesen. Es besteht daher die moralische Verpflichtung, sich zu ernähren oder ernähren zu lassen, bzw. eines Dritten, der zu ernähren ist, weil er sich selbst nicht ernähren kann (z. B. ein Säugling). Der Mensch braucht Nahrung von Natur aus, unabhängig von der Art und Weise wie die Nahrung verabreicht wird. Mit einem Wort, die Handlung des sich Ernährens ist eine natürliche, weil der Mensch ein vernünftiges und gleichzeitig natürliches Verlangen zu essen und zu trinken hat. Es gehört daher zur Natur des Menschen sich zu ernähren und zu trinken.

Zum Ausführungsmodus der Ernährung: Die Ernährungshandlung erfolgt in drei

Etappen: die Nahrungszubereitung, die Nahrungsaufnahme und die Nahrungsverwertung. Tabelle I zeigt verschiedene Gestaltungsmodi in den drei Etappen. Die Ernährung kann auf drei verschiedene Arten erfolgen: natürlich (1.1., 2.1.1., 2.1.2., 3.1.) oder künstlich (1.2., 2.1.3., 2.2.1., 2.2.2. und 3.2.), wobei man in der Medizin von künstlicher Ernährung nur ab 2.2.1. spricht, nicht aber bei 1.2. und 2.1.3. Damit wird deutlich, dass die medizinisch unterstützte Ernährung nicht die einzige ist, die als künstlich zu bezeichnen ist. Es gibt also auch einen natürlichen Ernährungsmodus, der künstlich (z. B. die adaptierte Form der Nahrungsaufnahme durch entsprechende Zubereitung), ja sogar medizinisch gestützt sein kann und sich dennoch grundsätzlich von der künstlichen Ernährung im strengen medizinischen Sinn unterscheidet.

Bei der natürlich eingenommenen oder verabreichten Nahrung muss hinsichtlich der Naturhaftigkeit zwischen „was“ und „wie“ nicht unterschieden werden. Eine biologische Funktion, die in der Natur des Menschen liegt, wird mit natürlichen Mitteln vollzogen.

Bei der künstlich verabreichten Flüssigkeit und Nahrung wird eine Grundfunktion des Menschen technisch unterstützt. Bei der me-

1. Nahrungszubereitung	1. ohne Zubereitung	natürlich	
	2. zubereitet (gekocht, gebraten, tiefgekühlt, konzentriert etc.)		künstlich
2. Nahrungsaufnahme	1. bei erhaltenem Schluckakt: 1.1. Selbsteinnahme 1.2. durch fremde Hilfe: Stillen, Tränken, Füttern 1.3. mit medizinisch indizierten Zusätzen	natürlich natürlich	künstlich
	2. bei fehlendem Schluckakt: 2.1. enterale Sonden 2.2. parenterale Sonden		künstlich künstlich
3. Nahrungsverwertung	1. Resorption	natürlich	
	2. Medizinisch unterstützte Resorption		künstlich

Tabelle I: Natürlichkeit und Künstlichkeit der Ernährung, nach Ernährungsphasen

dizinisch unterstützten Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr setzt die Handlung des Ernährens grundsätzlich zwei medizinische Handlungen voraus. Die erste ist die Einsetzung des künstlichen Ernährungsinstrumentes (nasogastrale Sonde, PEG- Sonde und dgl.), die zweite besteht in der laufenden Beobachtung (Monitoring) des Patienten, damit die Dosisanpassung von Kalorien und Flüssigkeit für den jeweiligen Zustand erfolgen kann. Es steht außer Frage, dass die Verabreichung von Nahrung und Flüssigkeit durchaus auch von einem Nichtmediziner, z. B. einer Pflegeperson, ja sogar von einem entsprechend eingeschulten Verwandten des Patienten erledigt werden kann, auch wenn die Indikationsstellung und das Monitoring als rein ärztliche Handlungen zu verstehen sind. Diese ärztlichen Interventionen bilden nachgerade einen integrierenden Bestandteil der gesamten Ernährungshandlung.

Die Unterscheidung zwischen Gegenstand und Modus und die Auflistung von Modi zeigen also auch, dass eine medizinisch unterstützte Ernährung nicht auf eine rein medizinische Handlung reduziert werden kann, und dass durch die Künstlichkeit der Aufnahme bei der Ernährung des Menschen nicht das Naturhafte verloren geht. Der Bedarf an Nahrung und die Verwertung sind naturhafte Funktionen, die technisch unterstützt werden können, ebenso wie die Sinne des Gehörs oder des Sehens, die auch dann naturhafte Funktionen bleiben, wenn sie durch Hörgeräte oder Brillen medizinisch unterstützt werden.

Die erste Aussage des Hl. Vaters will also unterstreichen, dass Ernährung eine prinzipiell naturhafte Tätigkeit ist, und zwar unabhängig von einer allfälligen medizinischen Unterstützung. Die obige Argumentation hat gezeigt, dass diese Aussage nicht widersprüchlich, sondern durchaus nachvollziehbar ist und klar machen will, dass die Künstlichkeit des Ernährungsmodus keine besondere ethische Relevanz besitzt.

Der zweite Teil der Aussage zeigt die Grenzen der moralischen Verpflichtung, jemandem Flüssigkeit oder Nahrung zuzuführen:

„Ihre Anwendung ist deshalb prinzipiell als normal und angemessen und damit als moralisch verpflichtend zu betrachten, in dem Maß, in dem und bis zu dem sie ihre eigene Zielsetzung erreicht, die im vorliegenden Fall darin besteht, dem Patienten Ernährung und Linderung der Leiden zu verschaffen“.

Es geht aber dabei um jede Handlung der Einnahme oder Verabreichung von Nahrung und Flüssigkeit und nicht nur die künstlich unterstützte Nahrungsverabreichung. Sie sollen prinzipiell geboten sein. Wirft das Fragen auf? Sich der Ernährung zu verweigern, wäre im Normalfall eine Handlung der Selbsttötung, und jemandem, der sich selbst nicht ernähren kann (z. B. einem Säugling), die Nahrung zu verweigern, wäre prinzipiell eine Tötungshandlung.

Die Botschaft des päpstlichen Textes ist, dass die Aufnahme bzw. Verabreichung von Nahrung oder Flüssigkeit nicht mehr geboten sind, wenn sie beim konkreten Patienten weder zur Ernährung noch zur Linderung beitragen. Dann macht wieder die Unterscheidung in „künstlich“ oder „natürlich“ wenig aus. Damit wird auch irrelevant, ob es sich im medizinischen Sinn um künstliche Ernährung handelt oder nicht.

Medizinisch gesehen gibt es am Ende des Lebens so manche Situationen, in denen Ernährung und Flüssigkeitszufuhr ihren Sinn verloren haben. So ist die Nahrungszufuhr begrenzt sinnvoll, wenn der Abbau von Gewebe (Katabolismus) gegenüber dem Aufbau (Anabolismus) überwiegt. Eine Intensivierung der Ernährung würde wegen der gestörten Resorption und/oder Proteinsynthese nichts bringen, wie dies z. B. bei der Tumorkachexie und anderen konsumierenden Erkrankungen wie kardiopulmonale Kachexie, Multiorganversagen und Polyneuropathie gefunden wird.

Die ärztliche Lehre und Praxis zeigt, dass diese Situationen am Ende des Lebens gar nicht so selten sind, in denen die Nahrung und Flüssigkeit ihre eigene Zielsetzung nicht mehr erreicht. So schreibt WALDHÄUSL: „Versuchen wir, die Situation eines solchen alltäglichen Schicksals zu verstehen, tritt die Frage, ob und

in welchem Ausmaß es unsere Pflicht ist, sich in den natürlichen Prozess des Sterbens einzumischen, deutlich hervor. Klar erkennbar wird aber auch der natürliche Sterbeprozess. Hier verweigert der Mensch in der letzten Phase des Lebens die Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme. Die damit verbundene langsame Austrocknung der Zellen wirkt betäubend, das Leben verlischt in einer Agonie. Der Prozess des natürlichen Sterbens schreitet somit unter dem Einfluss des Flüssigkeitsmangels, der die Wahrnehmung trübt und eine natürliche Anästhesie bedingt, langsam voran. Bei zu unrecht so genannten „primitiven“ indigenen Gesellschaften, wie z. B. den Aymara-Indianern in Bolivien, bittet der Sterbende, so der Tod langsam kommt, unter Umständen um Hilfe. Diese besteht im Verzicht, Speise und Trank aufzudrängen, während die Familie Totenwache hält, bis der Patient das Bewusstsein verliert und stirbt.¹⁴ Hier akzeptieren der Sterbende und die Familie den Tod und erleben ihn gemeinsam, menschenwürdig; nicht jedoch einsam und steril in einem Krankenzimmer einer unserer Institutionen ohne Kontakt zu Familie und Freunden¹⁵.

Wenn der entscheidungsfähige Patient sein Sterben bewusst annimmt und in der Nähe des Todes sich weigert zu essen und zu trinken, weil diese Nahrungsaufnahme nicht mehr ihre eigene Zielsetzung erreicht, handelt er sicher richtig. Schwieriger ist diese Frage, wenn der Patient nicht mehr selbst entscheiden kann. Dann sind wir zu den oben erwähnten Klugheitsentscheidungen herausgefordert. Und nur der Arzt kann dann entscheiden, ob der Punkt gekommen ist, wo Nahrung und Flüssigkeit ihre Zielsetzung nicht mehr erreichen, so dass auf sie verzichtet werden kann.

Herrn Prof. BONELLI und Herrn Prof. KUMMER danke ich zahlreiche Anregungen bezüglich medizinischer Aspekte dieser Thematik.

Referenzen:

- 1 EIBACH U., *Aktive Sterbehilfe – Recht auf Selbsttötung? Eine Stellungnahme aus christlicher Sicht und aus Sicht der Krankenhauseseelsorge*, Zschr med Ethik (2006); 52: 249-267
- 2 BOSSHARD G. et al., *Forgoing Treatment and the End of Life in 6 European Countries*, Arch Intern Med (2005); 165: 401-407
- 3 VAN DER HEIDE A. et al., *End of life decision making in six European Countries: descriptive study*, Lancet (2003); 361: 345-350
- 4 DELIENS L., *End-of-life decisions in medical practice in Flanders, Belgium: a nationwide survey*, Lancet (2005); 356: 1806-1811
- 5 Vgl. dazu VALENTIN A., *Therapiebegrenzung oder -abbruch: Das Prinzip des „primum nihil nocere“*, Wr Klin Wschr (2006); 118: 309-311
- 6 HÜNTELMANN R., *Philosophische Anmerkungen zur Intentionalität menschlichen Verhaltens*, Imago Hominis (1999); 6: 43-52
- 7 PRAT E. H., *Die Verhältnismäßigkeit als Kriterium für die Entscheidung über einen Behandlungsabbruch*, Imago Hominis (1999); 6: 11-31
- 8 PRAT E. H., *Die Verhältnismäßigkeit als Kriterium für die Entscheidung über einen Behandlungsabbruch*, Imago Hominis (1999); 6: 15-19
- 9 ARISTOTELES, *Nikomachische Ethik IV*, 1144b u. ff
- 10 V. AQUIN T., *Summa Theologiae II-II*, q. 47, a. 8
- 11 V. AQUIN T., *Summa Theologiae II-II*, q. 49
- 12 PRAT E. H., *Kardinaltugenden und Kultivierung des Gewissens*, Imago Hominis (2001); 8: 265-274
- 13 AUNER N., *Tugend der Klugheit und ärztliche Praxis*, Imago Hominis (2001); 8: 275-281
- 14 KLÖTZL R., *Die Tugend der Gerechtigkeit*, Imago Hominis (2001); 8: 215-220
- 15 JAHN O., *Tapferkeit als ärztliche Tugend*, Imago Hominis (2001); 8: 291-295
- 16 KUMMER F., *Temperantia – Tugend des Maßhaltens*, Imago Hominis (2001); 8: 297-302
- 17 PRAT E. H., *Qualitätssicherung und Tugenden im Gesundheitswesen*, Imago Hominis (2000); 7: 205-208
- 18 PRAT E. H., *Die Verhältnismäßigkeit als Kriterium für die Entscheidung über einen Behandlungsabbruch*, Imago Hominis (1999); 6: 28-30
- 19 Auf das apallische Syndrom wurde hier nicht eingegangen, weil dieser Zustand nicht im Fokus dieses Heftes steht. Jedoch gilt die hier vorgelegte Argumentation auch für das apallische Syndrom, wenn sich eine weitere, lebensbedrohliche Erkrankung hinzugesellt.
- 20 SCHANNON T. A., WALTER J. J., *Implications of the Papal Allocution on Feeding Tubes*, Hastings Center Report (2004); 34(4): 18-20
- 21 Ansprache von JOHANNES PAUL II. am 20. März 2004, *Ein Mensch ist und bleibt immer ein Mensch*, Audienz für die Teilnehmer am Internationalen Fachkongress zum Thema „Lebenserhaltende Behandlung und vegetativer Zustand: Wissenschaftliche Fortschritte und ethische Dilemmata“ Deutsche Wochenausgabe des L'Osservatore Romano, 9. April 2004
- 22 RITZ R., *Medizinische Betrachtungen zur Definition des Todes*, Wr Klin Wschr (1999); 111: 121-125
- 23 WALDHÄUSL W., *Natürliches Sterben, künstliche Lebensverlängerung und Euthanasie*, in: BONELLI J., PRAT E. H. (Hrsg.), *Leben – Sterben – Euthanasie?*, Springer Verlag, Wien (2000), S. 118 (S. 113-123)

Konsens

Therapiereduktion und Therapieverzicht außerhalb der Intensivstation bei Patienten mit Verlust der Autonomie

Projektgruppe IMABE 2004 – 2006

Zielgruppen

1. Patienten auf Normalstationen (d. h. außerhalb der Intensivstation, ICU), die aufgrund einer chronischen, nicht besserungsfähigen Erkrankung aufgenommen wurden und/oder nicht entlassbar erscheinen, sodass als Behandlungsziel weder Restitution, noch Lebensverlängerung und auch keine nachhaltige Stabilisierung des Zustandes, sondern ausschließlich eine Palliation gelten kann.

2. Die Patienten sind aufgrund ihrer weit fortgeschrittenen Erkrankung nicht selbst entscheidungsfähig, sodass über invasive und aufwändige Behandlungen nur unter Einbeziehung der Angehörigen, Vertrauten und/oder Sachwalter entschieden werden kann.

3. Hilfreich, mitunter entscheidend sind frühere Willenskundgebungen des Patienten, welche in einer letztwilligen Verfügung (Patientenverfügungsgesetz, PatVG, vom 8. Mai 2006, BGBl I 55/2006), einer dezidierten Absichtserklärung oder in dem geäußerten Wunsch bestehen können, „so nicht weiterleben zu wollen“.

4. Die Patienten sind nicht zur oralen Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme fähig und müssen künstlich ernährt werden, sei es durch konventionelle Magensonde, perkutane endogastrale (PEG-)Sonde oder über Cava-Katheter.

5. Wachkomapatienten sind von dieser Evaluation ausgeschlossen, weil bei ihnen eine spezielle, noch komplexere Problematik besteht.

Methoden und Definitionen

Experten auf dem Gebiet der Neurologie, Intensivmedizin, Hämatologie, Onkologie,

Infektiologie und Palliativmedizin überdenken die ihnen geläufigen Therapiemöglichkeiten unter folgenden Gesichtspunkten:

1. Die Reduktion und/oder Absetzung einer Therapie gilt gleichwertig dem primären Therapieverzicht.

2. Es wird ausschließlich auf solche Therapien Bezug genommen, die an eine ärztliche Indikation und Durchführung gebunden sind.

3. Unter die ärztlichen Handlungen fallen auch künstliche Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr (Artificial Nutrition-Hydration, ANH) beim schluckunfähigen Patienten.

4. Körperhygiene, Temperaturkontrolle, Schmerzlinderung, allgemeine Palliation und menschliche Zuwendung sind für Ärzte und Pflegepersonen gleich wichtige Interessen und Verpflichtungen und haben bis zum Tode des Patienten ungeschmälernte Bedeutung.

5. Entscheidungen über Therapieverzicht/-reduktion werden regelhaft gemeinsam im Team in Absprache mit den Angehörigen getroffen, doch liegt die Letztverantwortlichkeit beim jeweiligen leitenden Arzt.

Konkrete Entscheidungsgebiete:

Es wurden speziell Gebiete der Medizin und deren Diagnose- und Therapiemöglichkeiten von den jeweiligen Experten auf die Verhältnismäßigkeit ihres Einsatzes bei Patienten mit einer sehr eingeschränkten Lebenserwartung geprüft:

- Verzicht auf invasive Beatmung, Dialyse und ANH (nasogastrische, Cavakatheter,, PEG-Sonde)
- Einsatz von Blutprodukten
- Einsatz von Antiinfektiva
- Aspekte in der Onkologie respektive Palliativmedizin
- Neurologie: Verzicht auf Durchführung

aufwändiger apparativ-technischer Diagnostik und deren Konsequenzen bei und nach ausgedehnter zerebraler Ischämie und intrazerebraler Blutung sowie bei schweren dementiellen Zustandsbildern

Voraussetzung bei der klinischen Beurteilung der Patienten ist, dass selbst unter Einsatz der üblichen Methoden die Lebenserwartung massiv eingeschränkt ist (Wochen), durch den Einsatz aber weder der Verlauf der Krankheit beeinflusst noch die subjektive Befindlichkeit der Patienten verbessert wird. Es wird speziell darauf Bedacht genommen, dass durch solcherart nutzlose Handlungen für den Patienten mehr Belastungen als Benefit resultieren können. Der Verzicht bzw. die Reduktion von Therapie (inkl. ANH) darf nicht aus einer Intention zu töten oder den Eintritt des Todes zu beschleunigen erwachsen, sondern aus dem alleinigen Streben, den Sterbeprozess nicht weiter zu behindern.

Klinische Empfehlungen, gestützt auf Evidence-based Medicine (EBM)

Die Beiträge der Autoren in der Projektgruppe stützen sich auf einschlägige Literatur, die einer Graduierung nach den Grundsätzen der EBM angelehnt ist. Letztere liefert seit den 1990er-Jahren eine Hierarchie der Sicherheit, mit welcher eine klinische Handlung empfohlen werden kann (in verkürzter Darstellung: A – basierend auf Metaanalysen randomisierter Studien, B – Metaanalysen nichtrandomisierter Studien, C – klinische Beobachtung und retrospektive Studien, D – Expertenmeinung).

Die Neurologie kann heute zwar mit Hilfe von aufwändigen bildgebenden Verfahren und funktionellen Untersuchungen zur Analyse der morphologischen Veränderungen und regionalen Funktion des zentralen Nervensystems beitragen, die hilft jedoch für die prognostische Beurteilung nur bedingt weiter. Vielmehr ist es die umfassende (Außen-)Anamnese und insbesondere die wiederholte Erhebung des neurologischen Befundes zur klinischen Verlaufsbe-

obachtung, die bei der Entscheidungsfindung zur Therapiereduktion weiterhelfen kann: Bei ausgedehnter zerebraler Ischämie und intrazerebraler Blutung ist bei erwiesener Chronizität und Irreversibilität eine temporäre künstliche Ernährung indiziert, deren Effizienz aber nach einer definierten Zeit (nach 2 bis 4 Wochen) re-evaluiert wird, auch im Hinblick auf den Behandlungsabbruch (inkl. ANH). In der Endphase von schweren Demenzen fehlt der Nachweis auf einen objektivierbaren Nutzen einer ANH (Kriterien: Reversibilität einer Mangelernährung, Verbesserung des funktionellen Status, Lebensverlängerung, Versuch der Linderung von Hunger- u./o. Durstgefühl, wenn dieses nicht mehr existiert), sodass auch hier der Therapieabbruch in Frage kommt (Empfehlung B).

Die Vertreter der Intensivmedizin unterziehen die Methoden der extrakorporalen, organstützenden Therapie (invasive Beatmung, Hämodialyse), aber auch die Methoden der künstlichen Ernährung (ANH mittels Magensonde, PEG-Sonde, Cava-Katheter) einer kritischen Prüfung. Sie kommen zu dem Schluss, dass der Verzicht/Abbruch dieser Therapien (inkl. ANH) bei speziell gelagerten Fällen zur reinen Lebensverlängerung diene, subjektive Beschwerden und Belastungen hervorrufe, die den möglichen objektiven Benefit (Stabilisierung von Atmung, Kreislauf und Ernährungszustand) relativieren und den bereits eingeleiteten natürlichen Sterbeprozess lediglich behindern (Empfehlung A/B).

Der Einsatz von Blutprodukten ist differenziert zu betrachten: Erythrocytenkonserven können – falls eine subjektive Wahrnehmung erhalten ist – bei anämischen Patienten zu einer Besserung des Befindens führen, während alle anderen Methoden der Zellsubstitution (Thrombocyten, Granulocyten) und des Plasmas (fresh frozen plasma) keinen Platz in der Therapie am Lebensende haben (Empfehlung A).

Onkologische Patienten werden oft modellhaft zur Situation eines Menschen am Lebensende zitiert, doch unterscheidet sich die Strategie nicht von jener bei anderen Zuständen mit sehr begrenzter Lebenserwartung.

Bei Patienten in der Endphase einer malignen Erkrankung steht auch die Palliativmedizin der ANH sehr kritisch gegenüber (Empfehlung B/C). Zwar hat die frühzeitige parenterale ANH einen Effekt auf die Überlebenszeit und auch Lebensqualität bei Patienten, bei denen durch die Lage des Tumors oder durch die Anorexie eine enterale Ernährung nicht möglich ist. Über die terminale Lebensphase existiert hingegen nur wenig Literatur, wenngleich hier Richtlinien (European Association of Palliative Care) existieren, die eine Übertherapie und zusätzliche Befindensstörung bei todgeweihten Patienten vermeiden helfen (Empfehlung C/D).

Antiinfektiva werden differenziert beurteilt, wenn bei schweren bakteriellen Infekten ihr Einsatz fiebersenkend, damit kreislaufstützend und allgemein lindernd auf das Befinden des Patienten einwirkt (Empfehlung B/C). Deshalb sollten Antiinfektiva/Antibiotika Bestandteil der Behandlung in der Endphase bleiben, sogar wenn die bilanzierte ANH reduziert worden ist.

Der Rückzug aus der ärztlichen Behandlung muss schrittweise erfolgen, wobei jeder Schritt (Reduktion, Abbruch oder primärer Verzicht) unter Einbeziehung aller Beobachtungen und Messungen, unter Wahrung der unverwechselbaren Würde und Person des Patienten getroffen wird. Dieser Rückzug der Therapie macht auch bei ANH nicht halt. Die Entscheidungsfindung muss mit dem Prinzip der Klugheit übereinstimmen, welche die sachkompetente Benevolenz und das *nil nocere* zu verbinden weiß.

Die Projektgruppe empfiehlt folgende oblige Handlungen, wenn sich das Problem Therapieverzicht/-reduktion am Lebensende stellt:

1. Subjektive Beurteilung:

- Beobachtungen und Hinweise (mit eingeschränkter Objektivierbarkeit) hinsichtlich Durst, Hunger, Schmerz, Übelkeit
- Hinweise und Zeichen auf abhanden ge-

kommene Grundbedürfnisse („Nicht-mehr-Wollen“)

2. Objektive Beurteilung:

Neurologische Untersuchung, Kreislaufversagen, progredientes Atmungsversagen, irreversibles Nierenversagen bzw. Multiorganversagen. Erschwerend: maligne Erkrankung oder multiple, schwere Comorbidität, Endstadium von Demenzen oder irreversible ausgedehnte zerebrale Ischämie und intrazerebrale Blutung.

3. Zusätzliche Faktoren (fallbezogen):

Marasmus, Decubitus (hochgradig), Kontrakturen, ferner: eigene schriftliche oder bezeugte mündliche Verfügung, Einschätzung des mutmaßlichen Willens des Patienten (frühere Äußerungen, Lebenseinstellung, Religiosität, Temperament etc.) und die Zeugnisse von vertrauten Personen und Verwandten.

Individuelle Evaluierung der Intentionalität und Verhältnismäßigkeit von zu setzenden oder zu unterlassenden Maßnahmen in Bezug auf:

- neurologische Untersuchung, Intensivmedizin und Hämodialyse, Blutderivate, Antibiotika, schließlich ANH (Magensonde, PEG-Sonde, Cava-Katheter, subkutane Flüssigkeit)
- Aussetzung von Reanimation („Do not resuscitate“ DNR), Beatmung („No-ICU“), invasiver Diagnostik (interventionelle Endoskopie oder Radiologie), chirurgischer Therapie (mit oder ohne Eröffnung von Körperhöhlen)
- Evaluierung all dieser Punkte durch Experten, basierend auf relevanter wissenschaftlicher Literatur.

Referenzen:

- 1 WATZKE H., *Therapiereduktion und Therapieverzicht der Artificial Nutrition Hydration bei onkologischen Patienten*, Imago Hominis (2006); 13: 277-281

JANATA O., *Stellenwert der Antiinfektiva in der palliativen Pflege*, Imago Hominis (2006); 13: 283-287

VOLLER B., AUFF E., *Therapierückzug, Therapieverzicht bei schweren zerebrovaskulären Erkrankungen (Ischämie, Blutung)*, Imago Hominis (2006); 13: 289-293

KRISTOFERITSCH W., *Künstliche Ernährung/Hydratation: Reduktion/Verzicht in der Endphase schwerer Demenzen*, Imago Hominis (2006); 13: 295-299

WAGNER T., *Projekt Therapiereduktion bei Schwerstkranken*.

Verwendung von Blutprodukten, Imago Hominis (2006); 13: 301-304

LENZ K., LOCKER G. J., CLODI M., *Therapieverzicht und Therapiereduktion bei invasiven Maßnahmen und künstliche Ernährung bei schwerstkranken Patienten*, Imago Hominis (2006); 13: 305-309

PRAT E. H., *Therapiereduktion aus ethischer Sicht. Der besondere Fall der künstlichen Ernährung und Flüssigkeitszufuhr*, Imago Hominis (2006); 13: 311-317

Univ.-Prof. Dr. Friedrich KUMMER

Prim. Univ.-Prof. Dr. Eduard AUFF

Prim. Univ.-Prof. Dr. Johannes BONELLI

ao. Univ.-Prof. Dr. Martin CLODI

Dr. Oskar JANATA

Prim. Univ.-Doz. Dr. Wolfgang KRISTOFERITSCH

Prim. Univ.-Prof. Dr. Kurt LENZ

ao. Univ.-Prof. Dr. Gottfried LOCKER

Prof. Dr. Enrique H. PRAT

Priv.-Doz. ao. Univ.-Prof. Dr. Bernhard VOLLER

ao. Univ.-Prof. Dr. Thomas WAGNER

Univ.-Prof. Dr. Herbert WATZKE

Leben und Sterben

Zur Problematik der ärztlichen Sterbens- und Leidensverlängerung durch künstliche Ernährung

Johannes BONELLI

Einleitung

Die Medizin hat in den letzten Jahrzehnten ungeheure Fortschritte gemacht. Dieser Fortschritt basiert in erster Linie auf der logischen Nutzbarmachung von modernen Technologien, die zur Heilung von bis dahin unheilbaren Krankheiten und zur Bewältigung von früher absolut tödlichen Krisen geführt hat. Allerdings sind die medizinischen Möglichkeiten so enorm groß geworden, dass die bisher übliche Regel, immer alles zu tun, um das Leben zu erhalten, zunehmend in Frage gestellt werden muss. Die Trennlinien zwischen einer prinzipiell überwindbaren Lebensbedrohung und dem irreversiblen Sterbeprozess werden zunehmend verwischt. Exemplarisch dafür ist die weltweit so kontroversiell geführte Diskussion über den Behandlungsabbruch bei irreversibel bewusstlosen Patienten z. B. im Wachkoma oder persistent vegetative state (PVS).¹

Das heutige Problem im klinischen Alltag ist gar nicht so sehr die oft beschworene Frage, ob der Mensch wirklich alles tun darf, was er tun kann, sondern vielmehr, ob er alles, was er kann, sinnvollerweise überhaupt tun soll. Die immer lauter werdenden Rufe nach einer „menschlichen Medizin“, nach einem „würdigen Sterben“, nach einem gerechtfertigten oder ungerechtfertigten Behandlungsverzicht bzw. über die aktive und passive Euthanasie, die Angst vor der Apparatedizin usw. sind Zeichen für dieses Dilemma. In Amerika wird schon seit einigen Jahren die sog. „futility“-Diskussion geführt, bei der die Frage erörtert wird, wie sinnvoll bzw. unsinnig eine Therapie ist, wenn sie zwar einen messbaren Effekt hat,

den Tod vielleicht hinausschiebt, aber dem Pat. als Ganzes gesehen wenig nützt.²

Allgemeiner Konsens herrscht freilich darüber, dass man den Prozess des Leidens und des Sterbens nicht künstlich verlängern sollte.

Die Schwierigkeit dabei ist freilich, dass die Grenzen zwischen Leben und Sterben fließend sind und es daher keine absoluten Unterscheidungskriterien zwischen Noch-Leben und Schon-Sterben geben kann. Hier werden letztlich die Erfahrung des Arztes und sein Verantwortungsbewusstsein gefordert sein.

Das Ziel der vorliegenden Arbeiten ist es, dazu einen Beitrag zu leisten.

Um Missverständnissen vorzubeugen, sollen vorweg folgende Punkte klargestellt werden:

- 1) Unsere Überlegungen gehen von dem Gedanken aus, dass jedes menschliche Leben ein fundamentales Gut ist, unabhängig von den konkreten Qualitäten, die es aufweist. Dies bedeutet unter anderem, dass es ein Leben, das nicht lebenswert ist, nicht gibt. Auch das Sterben gehört zum Leben und darf nicht willkürlich verkürzt werden.
- 2) Die Medizin hat bei Menschen, die irreversibel im Sterben liegen, nur mehr eine rein palliative Aufgabe, und es ist prinzipiell nicht zu rechtfertigen, dass die Sterbephase unnötig verlängert wird.
- 3) Aufgabe des Arztes ist es, Leiden zu lindern, nicht aber Leiden zu verlängern.
- 4) Eine direkte Tötung, d. h. eine Handlung, die direkt und kausal den Tod verursacht, ist niemals Aufgabe des Arztes. Sie kommt für unsere Diskussion daher nicht in Betracht.
- 5) Es soll auch klargestellt sein, dass lebensbedrohliche Krankheitsprozesse, die durch

medizinische Eingriffe prinzipiell reversibel sind, hier nicht angesprochen sind.

Leben und Sterben

Allen Begriffen des Lebens gemeinsam ist wohl die Vorstellung von einer Integration der Teile zu einer dynamisch koordinierten Einheit, der das Prinzip seiner Einheit und Ordnung selbst innewohnt.

Das Leben besteht aus koordinierten Prozessen und ist kein Zustand. Typische Lebensprozesse sind Stoffwechsel, Regeneration, Wachstum, Vermehrung, aber auch Pulsschlag, Atmung, Fortbewegung usw. (Lebenszeichen). Die Lebensprozesse sind dabei so aufeinander abgestimmt, dass das Zusammenspiel der Teile in einer bestimmten Ordnung im Gleichgewicht gehalten wird. Die innere Wirkkraft dieses Prozesses entspringt dem Leben selbst und wird nicht von außen gesteuert.³

Das Lebewesen ist allerdings kein *Perpetuum mobile*. Seine Dynamik ist in sich nicht von unbegrenzter Dauer, sondern auf Energiezufuhr von außen angewiesen. Andernfalls erschöpft sich seine Kraft im Welken und Absterben.

Deshalb ist das Lebewesen mit einer inneren Triebkraft ausgestattet, die der biologischen Tendenz zur Selbstlimitation entgegenwirkt. Wir nennen diese Tendenz Selbsterhaltungsstreben. Es gibt also zwei prinzipiell unterschiedliche Neigungen, die in einem Lebewesen miteinander konkurrieren: 1. die Tendenz, einen an sich finalen Prozess zu Ende zu führen (Alterung) und 2. die Tendenz, Lebensprozesse auf Dauer zu erhalten (Selbsterhaltungsstreben).

Das Selbsterhaltungsstreben ist ein innerer Antrieb, der einem Individuum wesenhaft eingepflanzt ist. Er manifestiert sich nach außen im Verlangen nach Nahrung und Flüssigkeit im Sinne von Hunger und Durst (Nahrungstrieb). Beim Menschen finden wir darüber hinaus auch eine innere Neigung des Willens,

am Leben zu bleiben (Lebenswillen). Dabei handelt es sich weniger um einen rationalen Willensakt, sondern eher um einen affektiven Antrieb des Willens, sich selbst am Leben zu erhalten. Er ist gleichsam die bewusste Kehrseite einer instinktiven Todesangst. Das Lebenserhaltungsstreben kann von außen niemals ersetzt, sondern höchstens angeregt oder wiedergewonnen werden. Geht dieser Antrieb jedoch endgültig verloren, so ist das Lebewesen gleichsam unwiderruflich auf sein Ende hin programmiert. Es ist ein Prozess mit absehbarer Finalität eingeleitet.

Ab- oder Anwesenheit des Selbsterhaltungsstrebens entscheiden daher letztlich darüber, auf welches Ziel das Lebewesen in seiner Gesamtheit hinsteuert; ob also der Mensch prinzipiell noch auf Lebenserhaltung oder bereits prinzipiell auf ein Ende hin tendiert, d. h. im Sterben liegt.

Fehlen alle drei Kriterien des Selbsterhaltungsstrebens (Hunger, Durst und Lebenswille) unwiederbringlich, so kann angenommen werden, dass der Patient seine Lebenskraft verloren hat und der Sterbeprozess eingeleitet ist. (Selbstverständlich gibt es viele krankhafte Zustände, bei denen das Selbsterhaltungsstreben zwar vorübergehend verloren geht, aber prinzipiell wieder erlangbar ist. Diese Zustände sind hier nicht angesprochen.)

Sterben ist also ein finaler Prozess des Lebens, der unwiderruflich zum Tode führt. Im Gegensatz zu einem ungebrochenen Leben fehlt dem Sterbenden unwiederbringlich der innere Antrieb, seine Lebensfunktionen dauerhaft aufrecht zu erhalten. (Natürlich kann man auch sterben – z. B. an einem Unfall – ohne dass dabei auch das prinzipielle Lebenserhaltungsstreben verloren geht. Das ist aber hier nicht unser Thema.)

Ärztliches Handeln

Ärztliches Handeln kann das Prinzip des Lebens nicht ersetzen. Noch keiner konnte

das Geheimnis des Lebendigen entziffern. Die Naturwissenschaft reicht nicht aus, um die für das Leben charakteristische innere Eigendynamik zu erklären, die das Lebewesen zu einer Ganzheit konstituiert. Der Arzt ist also nicht Herr über Leben und Tod, wie die Volksmeinung heute mehr denn je annimmt, sondern nur Diener des Lebens. Ärztliches Handeln ist immer nur Hilfestellung für den Patienten. Krankheit ist ein Störfaktor, der den Lebensvorgang beeinträchtigt. Der Arzt greift immer nur in diese Störung ein, nicht aber in das Leben selbst. Er kann also Leben höchstens unterstützen, bestenfalls überbrücken, niemals aber ersetzen, wie es dem alten Prinzip entspricht: „*Medicus curat, natura sanat*“. Ärztliche Tätigkeit ist daher auf eine prinzipielle Lebensfähigkeit des Menschen angewiesen, soll sie nicht zweckentfremdend ausgeübt werden.

Auf das Sterben angewendet, bedeutet dies, dass das prinzipielle Eingreifen bei Sterbenden zur Lebensverlängerung sinnwidrig ist, weil ein Prozess, der aus innerer Notwendigkeit (fehlendes Selbsterhaltungsstreben) irreversibel auf ein Ende zusteuert, gewaltsam verlängert wird, indem das Leben von außen in eine Zielrichtung gedrängt wird, die ihm von sich aus nicht mehr gegeben ist. Wie gesagt, der Arzt kann den fehlenden inneren Antrieb zur Selbsterhaltung nicht ersetzen. Er kann höchstens einen auf Finalität endgültig eingestellten Prozess von außen künstlich verlängern. In diesem Sinne muss Sterbensverlängerung als sinnwidriges medizinisches Handeln bezeichnet werden.

Weiters muss festgehalten werden, dass sich ärztliches Handeln als Hilfestellung für den Patienten immer an dessen Bedürfnissen und Wünschen zu orientieren hat. Die primäre Aufgabe des Arztes ist es, wie gesagt, Leiden zu lindern, keinesfalls aber Leiden zu verlängern, wenn dies nicht im Interesse des Patienten steht. Dies bedeutet, dass die Möglichkeit der Lebensverlängerung bei schwerkranken Patienten als solche, ohne

Leidenslinderung, kein hinreichender Grund ist, diese zu betreiben.

Praktische Konsequenzen

Aus dem bisher Gesagten ergibt sich, dass ärztliche Handlungen zur Lebensverlängerung in dem Augenblick nicht mehr angebracht sind, in dem die Tendenz weiterzuleben endgültig in eine Tendenz umschlägt, das Leben zu beenden bzw. wenn Lebensverlängerung nur mehr Leidensverlängerung bewirkt.

Wichtige Unterscheidungskriterien dieser beiden diametral unterschiedlichen Zielrichtungen des Lebens sind entsprechend den obigen Ausführungen u. a. die Neigungen zu essen und zu trinken sowie der affektiv bekundete Wille, am Leben zu bleiben. Das unwiederbringliche Fehlen dieser drei typischen Merkmale des Selbsterhaltungstriebes zeigt an, dass von Natur aus eine prinzipielle Kursänderung des Lebens zu dessen Finalisierung stattgefunden hat, die respektiert werden sollte, wenn keine Aussicht auf Besserung besteht. Diese Kriterien können jedoch nicht als normativ, sondern nur als Hilfsmittel angesehen werden und bedürfen der Integration in die Gesamtsituation des jeweils einzelnen Patienten. In diesem Zusammenhang sei eingeräumt, dass ärztliche Urteilsbildung niemals mit einer absoluten Sicherheit getroffen werden kann, sondern immer mit einem letzten systemimmanenten Unsicherheitsfaktor behaftet ist (siehe oben). Die Forderung nach 100%iger Sicherheit ist unrealistisch und würde außerdem bedeuten, dass jeder moribunde Patient bis zum bitteren Ende mit dem gesamten Arsenal medizinischer Machbarkeit (über Intensivstation bis zur Herztransplantation) versorgt werden müsste, was abgesehen vom ökonomischen Irrsinn eine inhumane Flucht vor der ärztlichen Verantwortung wäre.

Fall A: Ein typisches Beispiel wäre ein unheilbar schwer krebserkrankter Patient, der wegen Appetitlosigkeit, Übelkeit, Brechreiz und

Schmerzen weder essen noch trinken kann und will. Niemand wird einen solchen Patienten als Selbstmörder bezeichnen, auch wenn er eine künstliche Ernährung ablehnen würde. Man wird anerkennen, dass hier ein Patient ein unwiderrufliches Schicksal angenommen hat. Eine aufgezwungene Ernährung wäre (abgesehen von der Rechtsfrage) menschenunwürdig. Sollte ein solcher Patient freilich eine künstliche Ernährung erbitten, weil – aus welchen Gründen auch immer – noch ein gewisser Lebenswille vorhanden ist, wäre selbstverständlich auch diese zu respektieren.

Fall B: Bei einer depressiven Verstimmung sind der Lebenswille sowie das Bedürfnis zu essen und zu trinken nur vorübergehend geschwächt. Es besteht die berechtigte Aussicht, diese wiederzuerlangen. In diesem Falle kann daher nicht von einem Sterbeprozess im oben definierten Sinne gesprochen werden. Dasselbe gilt natürlich auch für alle anderen reversiblen Beeinträchtigungen der Lebensqualität (Nausea, Schmerzen) und für Krankheitsbilder, bei denen der Zustand durch eine entsprechende Therapie wieder behoben werden kann.

Fall C: Bei irreversibel, d. h. unwiederbringlich bewusstlosen Patienten (z. B. nach schwerem haemorrhagischen Schlaganfall) besteht keine Tendenz mehr zu essen oder zu trinken. Sie haben auch keinen affektiven Lebenswillen mehr. Das baldige Ende ist absehbar. Im Allgemeinen besteht Konsens darüber, dass bei solchen Patienten eine lebenserhaltende Behandlung eingestellt werden kann, wenn keine Aussicht auf Besserung mehr besteht.

Aus der Perspektive unserer Analyse ist der Behandlungsabbruch alleine schon deshalb berechtigt, weil ein solcher Patient bereits in seiner Gesamtheit auf die Beendigung seiner Lebensprozesse eingestellt ist. Deshalb muss bei ihm jede therapeutische Maßnahme als Sterbeverlängerung im obigen Sinne angesehen werden und kann zumindest nicht als verpflichtend gelten.

Fall D: Ein weiteres Beispiel sind immo-

bile, oft schon kachektische hochbetagte Menschen, die aufhören zu essen und zu trinken und infolge des zunehmenden Flüssigkeitsdefizits langsam in Agonie fallen. Es ist heute vielfach üblich, diesen natürlichen Sterbeprozess in die Länge zu ziehen, indem man künstlich Flüssigkeit und Nahrung (per Sonde) verabreicht, auch wenn keine Aussicht auf Besserung (d. h. Nahrungsaufnahme durch Schlucken) besteht. Der Grund für ein derartiges Verhalten dürfte weniger auf logische Überlegungen als viel eher auf eine alte medizinische Tradition zurückzuführen sein: Nämlich dem Bemühen, jedem Patienten bis zuletzt die nötige Pflege angedeihen zu lassen, auch wenn sonst nicht mehr geholfen werden kann. Die Verabreichung von Nahrung und Flüssigkeit war dabei immer ein fundamentaler Bestandteil dieser Obsorge.⁴ Allerdings hat sich diese Gepflogenheit aus der Betreuung von Patienten entwickelt, die selbst noch das Grundbedürfnis hatten zu essen und zu trinken, bei denen also noch ein Minimum an Lebenserhaltungstendenz vorhanden war. Die im Zuge der modernen Medizintechnik automatische Übertragung dieser Gepflogenheit auf Sterbende, bei denen dieses Grundbedürfnis bereits fehlt, mit der Konsequenz, sie künstlich zu ernähren, übersieht den fundamentalen Unterschied: nämlich, dass bei letzteren der letzte Rest an Lebenserhaltungstendenz verloren gegangen ist und solche Patienten daher bereits endgültig im Sterben liegen.

Es ist im Übrigen bekannt, dass im hohen Alter Hunger- und Durstgefühl zunehmend verloren gehen und der Lebenswille abnimmt.⁵ Es muss als therapeutischer Übereifer bewertet werden, wenn solchen Menschen am Ende ihres Lebens Flüssigkeit und Nahrung noch künstlich aufgezwungen werden, anstatt sie auf natürliche Weise in Würde sterben zu lassen.⁶

Fall E: Ein Grenzfall wäre ein tief bewusstloser Patient (z. B. nach mehreren Schlaganfällen oder nach einem Unfall), der sich in einem Wachkoma oder persistent vegetative state

(PVS) befindet, und bei dem nach gründlichen Erwägungen keine Hoffnung auf Besserung mehr besteht. Streng gedacht, besteht bei solchen Patienten kein substantieller Unterschied zu Fall C. Auch bei ihnen fehlt jede Tendenz, sich selbst auf Dauer am Leben zu erhalten. Sie haben kein Grundbedürfnis zu essen und zu trinken und keinen Lebenswillen. Trotzdem sträubt sich der gesunde Menschenverstand, solche Patienten als Sterbende zu bezeichnen. Und in der Tat kann schwerlich von einem Sterbenden gesprochen werden, wenn man erlebt, wie PVS-Patienten unter einer gewissenhaften Pflege und einer ausreichenden Ernährung körperlich aufblühen und gedeihen. Kann man hier wirklich von Sterbensverlängerung sozusagen *ad infinitum* sprechen? Hier scheint ein Widerspruch vorzuliegen.

Wenn unter „Sterben“ das endgültige Erlöschen der Lebensfunktionen verstanden wird, so kann Sterbensverlängerung nur ein Hinauszögern dieses Prozesses bedeuten, nicht aber gleichsam eine Prozess-Umkehr (z. B. Gewichtszunahme), wie dies bei PVS-Patienten oft der Fall ist. Das gute Ansprechen auf die künstliche Ernährung bei einem PVS-Patienten könnte sozusagen *ex iuvantibus* ein Zeichen dafür sein, dass ein prinzipielles Bedürfnis nach Nahrung vorhanden ist, aber infolge der Bewusstlosigkeit weder vom Patienten noch vom Arzt im Sinne von Hunger und Durst registriert werden kann. Aus dieser Perspektive wären dann beim PVS-Patienten die oben angeführten Kriterien eines Sterbenden nicht erfüllt, sondern es liegt ein Grenzfall vor. Man kann jedenfalls bei einem PVS-Patienten nicht zweifelsfrei von einem Sterbenden sprechen.

Die Frage, inwieweit in solchen Fällen die künstliche Ernährung ärztlich verpflichtend ist, kann hier nicht erörtert werden. Für eine Behandlung würde der Grundsatz sprechen „*in dubio pro vita*“, d. h. im Falle des Zweifels sollte man sich für das Leben entscheiden. Hier kann eine Patientenverfügung sehr hilfreich sein, um den mutmaßlichen Willen des

Patienten zu ergründen.

Grundsätzlich kann gesagt werden, dass eine Gehirnschädigung mit permanenter Bewusstlosigkeit wohl als die schwerste körperliche Schädigung angesehen werden muss, die ein Mensch erleiden kann. Sie führt ohne Eingriff von außen von sich aus unweigerlich zum Tod. Wenn der Mensch für den Fall einer solchen Situation, in dem der Mensch (nach menschlichem Ermessen) zu keiner sittlichen Tat mehr fähig ist, den Tod annimmt, verletzt er die Selbsterhaltungspflicht nicht, weil sich der Mensch durch den Tod keiner ihm übertragenen Aufgabe mehr entzieht. Ein Gebot, diesen Zustand durch künstliche Ernährung im Sinne einer Selbsterhaltungspflicht aufrechtzuerhalten, ist daher auch aus ethischer Perspektive schwer nachvollziehbar.

Zusammenfassung

Zusammenfassend kann gesagt werden:

1. Sterben ist ein Prozess, der aus dem Leben hervorgeht und mit innerer Notwendigkeit auf ein Ende zusteuert.
2. Wichtige äußere Kriterien des Sterbeprozesses sind die fehlende biologische Triebkraft des Patienten, Nahrung und Flüssigkeit aufzunehmen (Fehlen von Hunger und Durst) sowie fehlender Lebenswille.
3. Die Aufgabe des Arztes besteht darin, die biologischen Lebensvorgänge zu unterstützen. Er kann aber einen fehlenden immanenten Lebensantrieb von außen nicht ersetzen. Die medizinische Behandlung eines offensichtlich Sterbenden ist daher eine Zweckentfremdung im Sinne einer Sterbensverlängerung.
4. Es ist auch nicht Aufgabe des Arztes, ohne den ausdrücklichen Wunsch des Patienten Leben zu verlängern, wenn damit keine Linderung des Leidens verbunden ist. Ausschließliche Lebensverlängerung eines Schwerkranken als Selbstzweck ist Leidensverlängerung ohne Auftrag und daher kaum zu rechtfertigen.
5. Patienten, die keine Tendenz mehr zei-

gen, das Leben dauerhaft zu erhalten und sukzessive ihre Lebensprozesse einstellen, weil ihnen der innere Antrieb zur Lebenserhaltung (Selbsterhaltungstreben) fehlt, müssen als Sterbende angesehen werden. Hilfreiche Anzeichen dafür sind der Verlust von Hunger oder Durst sowie ein fehlender Lebenswille. Die künstliche Ernährung solcher Patienten ist daher, ebenso wie jede andere Art von Therapie, gleichbedeutend mit Sterbensverlängerung und kann daher nicht als ärztliche Verpflichtung gefordert werden.

6. PVS-Patienten stellen einen Sonderfall dar und können nicht mit Sicherheit als Sterbende bezeichnet werden. Künstliche Ernährung bei PVS-Patienten ist aber auch keine Heilbehandlung, weil die Krankheit als solche nicht beeinflusst wird. Lebensverlängerung durch künstliche Ernährung bei PVS-Patienten sollte sich daher verstärkt am mutmaßlichen Willen der Patienten orientieren. Hier wäre eine Patientenverfügung besonders hilfreich.

7. Ärztliche Urteilsbildung ist immer mit einem letzten Unsicherheitsfaktor behaftet. Dieses Risiko kann nur durch Erfahrung und ein geschärftes Verantwortungsbewusstsein des Arztes minimiert werden. Hunger, Durst und Lebenswille sind hilfreiche, aber nicht

absolute Kriterien in diesem Entscheidungsprozess. Eine hundertprozentige Absicherung wäre freilich eine inhumane Flucht vor der ärztlichen Verantwortung. Sie kann auch durch Gesetze und Gerichtsentscheidungen nicht gewährleistet werden.

Referenzen:

- 1 INSTITUTE OF MEDICAL ETHICS WORKING PARTY, *Withdrawal of life – support from patients in a persistent vegetative state*, Lancet (1991); 337: 96-98
- 2 SCHNEIDERMAN L. J., JECKER N. S., JONSEN A. R., *Medical Futility: Its Meaning and Ethical Implications*, Ann Intern Med (1990); 112: 949-954
- 3 vgl. SCHWARZ M., *Biologische Grundphänomene der Lebewesen*, in: BONELLI J. (Hrsg.), *Der Status des Hirntoten, Eine interdisziplinäre Analyse der Grenzen des Lebens*, Springer Verlag, Wien, New York (1995), S. 3-14
- 4 CALLAHAN D., *Setting limits: Medical Goals in an Aging Society*, Georgetown University Press, New York (1995), Touchstone Books, New York (1988)
- 5 BONELLI J., JANCUSKA M., *Exsikkose im Alter*, Wien Med Wochschr (1984); 22: 487-493
- 6 WALDHÄUSL W., *Natürliches Sterben, künstliche Lebensverlängerung und Euthanasie*, in: BONELLI J., PRAT E. H. (Hrsg.), *Leben – Sterben – Euthanasie?*, Springer Verlag, Wien (2000), S. 113-123

Prim. Univ.-Prof. Dr. Johannes BONELLI
 IMABE-Institut
 Landstraßer Hauptstraße 4/13, A-1030 Wien
 bonelli@imabe.org

Forschung: Speichel enthält natürliches, hochwirksames Schmerzmittel

Im menschlichen Speichel stießen Forscher auf ein kleines Protein, das Schmerzen effektiv stillt. Das natürliche Schmerzmittel wirkte bis zu sechs Mal stärker als Morphium. In Versuchen bei Ratten hat das so genannte Opiorphin Schmerzen bei Entzündungen sehr effektiv gelindert, so das Ergebnis einer Studie, die in den *Proceedings of the National Academy of Sciences* veröffentlicht wurde. Als die Forscher eine Schmerz verursachende Chemikalie in die Pfoten von Ratten injizierten, reichte ein Milligramm Opiorphin pro Kilo Körpergewicht aus, um den gleichen schmerzstillenden Effekt wie bei drei Milligramm Morphium zu erreichen. Die Gruppe um Catherine ROUGEOT vom Pariser Institut Pasteur hofft nun, dass Opiorphin zur Entwicklung einer neuen Generation von natürlichen Medikamenten führen wird, die Schmerzen so gut wie Morphium lindern, aber keine süchtig machenden oder psychologischen Nebenwirkungen haben.

Proc Natl Acad Sci (2006); 103(47): 17979-17984

Embryonale Stammzellen: Deutscher Pharmaverband distanziert sich von Forschung

Der Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie (BPI) hat die Forderungen der Deutschen Forschungsgemeinschaft (DFG) nach einer Änderung des Stammzellgesetzes zurückgewiesen. Sie werfen den Forschern vor, aus Eigeninteresse falsche Erwartungen für die Entwicklung neuartiger Medikamente geweckt zu haben. „Man hat die Öffentlichkeit in die Irre geführt“, sagte der BPI-Vorsitzende Bernd WEGENER in einem Interview mit dem Berliner „Tagesspiegel“. „Man sollte nicht so tun, als hänge das Heil der Patienten an der Forschung mit embryonalen Stammzellen.“ Aus

Pharma-Sicht sei die Verarbeitung embryonaler Stammzellen „heute nicht relevant“. Medizinisch sei davon „nur in ganz wenigen Bereichen etwas zu erwarten“ – etwa bei der Unterstützung von Keimbahntherapien, die aber gesellschaftlich bisher nicht akzeptiert seien. Und kurzfristig sei „die Hoffnung auf neuartige Therapien sowieso verfehlt“. Bis ein Arzneimittel alle Genehmigungsprozesse durchlaufen habe, vergingen mindestens zehn Jahre. Anders verhalte es sich mit den ethisch unproblematischeren, adulten Stammzellen, für die keine Embryonen getötet werden müssen. Aus diesem Bereich kämen „die wesentlichen Ansätze für neue Therapien“. Hier hätten sich die Hoffnungen „durchaus erfüllt“, sagte WEGENER und widersprach damit dem DFG-Präsidenten Ernst-Ludwig WINNACKER, der das Gegenteil behauptet hatte. Adulte Stammzellen seien „für die Arzneimittel-Industrie wirklich bedeutsam“. Der Nutzen für Patienten sei zudem viel höher, weil es bei der Behandlung nicht zu „Abstoßungs- und anderen schwerwiegenden Reaktionen“ komme wie bei embryonalen Stammzellen.

*Berliner Tagespiegel, 23. November 2006
Dt. Ärzteblatt, 22. November 2006*

Klonen: Mehrheit der Australier für Forschungsklonen

Eine Mehrheit von 58 Prozent der Australier spricht sich für das Klonen von Embryonen für Forschungszwecke aus. Das sind mehr als drei Mal so viel wie die strikten Gegner mit 18 Prozent, so das Meinungsforschungsinstitut Crosby Textor in Sydney. Damit befinden sich die Australier laut Umfrage im Einklang mit dem Senat, der zweiten Parlamentskammer. Diese hatte in diesem Monat einer Gesetzesvorlage zugestimmt, nach der Klonen zu Forschungszwecken erlaubt sein soll. Das Repräsentantenhaus berät nun über das von Senatorin Kay PATTERSON eingebrachte Gesetz. Wie im Senat ist für die Abstimmung auch im Repräsentantenhaus der Fraktionszwang aufgehoben.

PATTERSON gehört der Mehrheitsfraktion der regierenden Konservativen an. Unsicher ist noch, wie Ministerpräsident John HOWARD abstimmen wird.

Dt. Ärzteblatt, 23. November 2006

Reproduktive Gesundheit: Studie sieht Lösung in sachgerechter Abtreibung

Die Zahlen sind erschreckend: Rund 80 Millionen Schwangerschaften sind ungewollt, jährlich werden weltweit 45 Millionen Kinder abgetrieben. So lautet das Ergebnis eines jüngst im *Lancet* publizierten Reports, der sich unter dem Titel „Sexuelle und reproduktive Gesundheit“ mit den Sexualverhalten, Krankheiten und den Folgen von Abtreibung bei Frauen befasst. Laut WHO werden rund 19 Millionen Abtreibungen unter schlechten medizinischen Bedingungen durchgeführt, 68.000 Frauen sterben an den Folgen des Eingriffs. Die *Lancet*-Autoren fordern deshalb für alle Frauen freien Zugang zu einer medizinisch sachgerechten Abtreibung als Grundrecht, insbesondere in Entwicklungsländern. Dies wäre der Ausweg aus der Misere. Kritische Stimmen kommen aus den afrikanischen Ländern selbst. Kinderreichtum sei in Uganda in der Kultur positiv verankert, man wolle sich nicht die Bevölkerungsentwicklung in den westlichen Staaten zum Vorbild machen, kritisierte Angelina KAKOOZA-MWESIGE, Ärztin am „Mulago National Referral Hospital“ in Kampala, Uganda. Frauen, die ungewollt schwanger werden, sollten entsprechend gestützt werden, um zu ihrem Kind Ja sagen zu können, Abtreibung sei keine Lösung.

*The Lancet, 4. November 2006
mercator.net, 22. November 2006*

Verhütung: Erhöhtes Thromboserisiko bei „Pflaster“

Nach einer von *i3 Drug Safety* durchgeführten Fall-Kontroll-Studie ist

für Anwenderinnen des Verhütungspflasters Ortho Evra das Risiko für eine venöse Thromboembolie (VTE) mehr als doppelt so hoch wie bei Anwenderinnen der „normalen Pille“ in äquivalenter Dosis. Die oberste US-amerikanische Zulassungsbehörde FDA ordnete an, dass ab nun diese Risiken des Verhütungspflasters angegeben werden müssen. Frauen, die mit Pflaster verhüten, haben bis zu 60 Prozent mehr Östrogen im Blut als jene, die ein orales Kontrazeptivum verwenden. Laut Lawyers & Settlements sind bereits 500 Verfahren gegen die Ortho Evra-Herstellerfirma anhängig, in denen Frauen im Alter zwischen 17 und 40 Jahren thromboembolische Ereignisse wie Lungenembolien, Schlaganfälle und Herzinfarkte nach Verwendung des Verhütungspflasters erlitten hatten. Im Jahre 2004, als 800.000 Frauen das Pflaster verwendeten, sei es laut FDA zu dreimal so vielen Todesfällen aufgrund von Thrombosen wie mit der herkömmlichen Pille gekommen. Allein im Jahr 2005 wurde nach Angaben der IMS Health das transkutane Pflaster 9,4 Millionen Mal von Ärzten verschrieben.

www.fda.gov, 20. September 2006

Menschenwürde: Britische Forscher wollen Chimäre aus Mensch und Tier schaffen

Bioethiker sind entsetzt über ein neues Projekt von Wissenschaftlern der Universität Newcastle. Sie wollen Eizellen von Kühen für ihre Experimente an menschlichen Stammzellen verwenden. Die größte Fraktion im Europäischen Parlament (EVP-ED) hat sich gegen die angekündigte Herstellung von Mischembryonen aus Mensch und Kuh in Großbritannien ausgesprochen. „Die britischen Pläne sind ein Horrorszenario“, meinte der CDU-Europaabgeordnete Peter LIESE. Mit den Experimenten soll der Engpass bei menschlichen Eizellen umgangen werden. Technisch würden die Wissenschaftler eine Chimäre kreieren – ein Wesen mit humanen und bovinen Anteilen, wenn auch nur von der Größe weniger Zellen und von kurzer Lebensdauer. Lyle ARMSTRONG

vom North East England Stem Cell Institute in Newcastle beantragte seine Experimente bei der „Human Fertilisation and Embryology Authority“ (HFEA). Seinem Antrag sei ein gewisser „Ekelfaktor“ nicht abzusprechen, kommentierte Evan HARRIS, ein Unterhausabgeordneter der Liberalen und Mitglied im Commons Science and Technology Select Committee gegenüber der BBC. Man müsse ihn aber überwinden, wenn am Ende eine Therapie herauskäme, die vielen Patienten nutzen könnte. Für Calum MACKELLAR vom „Scottish Council on Human Bioethics“ ist hingegen klar, dass mit diesen Experimenten eine wichtige Grenze überschritten werde, die bisher Menschen und tierische Wesen klar von einander getrennt habe. Das untergrabe letztlich die menschliche Würde und die Menschenrechte. Eine Entscheidung der HFEA wird erst in einigen Monaten erwartet.

Dt. Ärzteblatt, 7. November 2006

Abtreibung: Steigende Zahlen nach Einführung der „Pille danach“ in Großbritannien

Seit der Freigabe der Morning-After-Pille in Großbritannien im Jahr 2000 ist die Abtreibungsrate nicht wie von den Verantwortlichen erhofft gesunken, sondern gestiegen. Hätte man sich die ganze Debatte um die Freigabe des Präparats angesichts dieser Daten nicht sparen können, fragt sich deshalb Anne GLASIER vom Edinburgher Lothian Primary Care NHS Trust jüngst im *British Medical Journal* (2006; 333: 560-561). Eines der Pro-Argumente, die auch in der US-amerikanischen Debatte zur Freigabe des Präparats vorgebracht wurden, lautete, dass das Risiko einer unerwünschten Schwangerschaft und damit die Abtreibungsrate durch das Angebot dieses Präparats gesenkt werden könnten. Doch genau diese Argumentation geht laut GLASIER angesichts der neuesten britischen Zahlen ins Leere. Hatten 1984 in Großbritannien noch 11 von 1000 Frauen abgetrieben, waren es im Jahr 2004 nach offiziellen Zahlen bereits 18 von 1000 Frauen (185.400 Abtreibungen). In Großbritannien stellen damit selbst

Abtreibungsbefürworter den Sinn der Freigabe der Notfallpille in Frage. In Großbritannien, das europaweit die höchste Zahl an Teenager-Schwangerschaften hat, ist das Präparat ab dem 16. Lebensjahr in Drogerien und Apotheken rezeptfrei erhältlich. Glasier hält den Zusammenhang zwischen zu früher sexueller Aktivität ohne Kinderwunsch und einer steigend laxen Einstellung zur Abtreibung für bedauerlich. Die Notfallpille sei keinesfalls ein Mittel, um die Abtreibungsrate zu senken.

Br Med J (2006); 333: 560-561

Haftung: Deutscher Arzt muss bei Verhütungsfehler für ungewolltes Kind zahlen

Ein Frauenarzt aus Südbaden muss wegen eines Behandlungsfehlers die Unterhaltskosten für ein gesund geborenes, aber ungewolltes Kind als Schadenersatz an die ledigen Eltern zahlen. Das hat der Bundesgerichtshof (BGH) in Karlsruhe entschieden. Dem Arzt war im Februar 2002, als er der Frau das Verhütungspräparat „Implanon“, das im einem wenige Zentimeter langen Plastikröhrchen in den Oberarm implantiert wurde, ein Fehler unterlaufen. Wenige Wochen danach kam es bei der damals 21-jährigen Frau zu einer ungewollten Schwangerschaft, das Röhrchen konnte nicht mehr gefunden werden. Die Erzieherin konnte wegen der Schwangerschaft und der Betreuung des Kindes eine zugesagte Arbeitsstelle in der Schweiz nicht antreten. Der BGH argumentierte in seinem Urteil, dass eine Ersatzpflicht des Arztes auch dann bestehe, „wenn die gegenwärtige berufliche und wirtschaftliche Planung einer jungen Frau durchkreuzt wird und die zukünftige Planung noch nicht endgültig absehbar ist“. Die Frage nach dem Wohl des Kindes stelle niemand mehr, hieß es in einem kritischen Kommentar zum dem Fall in der deutschen Tageszeitung *Die Welt*. Das geschichtlich belastete Prädikat „lebensunwert“ habe man durch das politisch korrekte „unerwünscht“ ersetzt. Nun müsse das Kind sein Leben lang mit dem amtlich bestätigten Urteil fertig werden, dass es unerwünscht,

ein Schaden war. *Die Welt* spricht von einem skandalösen Urteil.

Die Welt, 15. November 2006
 Presseerklärung des BGH Karlsruhe,
 14. November 2006

Euthanasie: Umfrage in Österreich weist grobe Lücken auf

In einer veröffentlichten Umfrage des Linzer Meinungsumfrageinstituts IMAS befürwortet angeblich fast die Hälfte aller Österreicher die aktive Sterbehilfe nach dem Modell der Niederlande. Ein genauerer Blick auf die Fragen zeigt jedoch, dass das als seriös geltende Institut in dieser Debatte offenbar selbst Politik machen möchte. Unter dem Titel „Beharrliches Ja zur Sterbehilfe“ (IMAS-Report Nr. 23, November 2006) legt IMAS indirekt nahe, dass der Gesetzgeber dem Mehrheitswillen der Bevölkerung folgen und holländische Sterbehilfepraktiken legalisieren sollte. Auffallend sind jedoch folgende Punkte: 1. In der Befragung wird nicht zwischen Sterbehilfe als illegaler Tötung und legitimen Sterben-Lassen differenziert; 2. Es wird nicht befragt, was denn genau die Österreicher vom holländischen Modell wissen, außer, dass das Leben auf eigenen Wunsch bei starkem Leiden verkürzt werden darf. 81 Prozent hätten von diesem Modell schon einmal „gehört oder gelesen“. Darauf, dass in Holland inzwischen auch Neugeborene euthanasiert werden dürfen (eigener Wunsch?) und Initiativen wie das Tragen einer „Credo-Card“ notwendig geworden sind, um sich gegen fremdbestimmte Tötungsabsichten zu wehren, werden nicht erwähnt. Eine kritische Stellungnahme zur IMAS-Befragung hat En-

rique PRAT, Geschäftsführer von IMABE bereits vor fünf Jahren vorgebracht („Meinungsmache für Euthanasie in Österreich. Meinungsforscher manipulieren Befragung“). Die Befragung wurde nun 1:1 wiederholt.

kath.net 27. November 2006
 „Ethische Erklärungen 2/2001“ auf
www.imabe.org

Euthanasie: Großbritannien diskutiert Tötung von behinderten Neugeborenen

Britischen Medienberichten zufolge hat die Königliche Akademie der Fachärzte für Gynäkologie und Geburtshilfe (Royal College of Obstetricians and Gynecology) vor kurzem die Erlaubnis beantragt, dass Ärzte schwer behinderte Neugeborene töten dürfen. Das *Nuffield Bioethics Council* lehnte diese Forderung jedoch ab. Der Bioethikrat unterstreicht, dass die „aktive Beendigung des Lebens neugeborener Babys nicht zugelassen werden soll, ganz gleich, wie ernst der Zustand, in dem sie sich befinden, auch immer sein möge“. Die katholische und die anglikanische Kirche haben in einer gemeinsamen Erklärung die ausgesprochene Empfehlung begrüßt. Mit diesem Urteil werde „die Gültigkeit der bestehenden gesetzlichen Regelung, die die Euthanasie verbietet“, neuerlich bekräftigt und das „lebenswichtige und grundlegende moralische Prinzip hochgehalten, dass die absichtliche Tötung eines Menschen immer ein schweres Unrecht ist“, so die Bischöfe. Sie weisen darauf hin, dass es einen „klaren Unterschied“ gebe zwischen jener Art von Eingriffen, „die vorsätzlich auf Tötung abzielen, und der Entscheidung, ärztliche Behandlung vorzuenthalten oder einzustellen, wenn

diese als fruchtlos oder übermäßig belastend beurteilt wird“.

Zenit, 16. November 2006
www.nuffieldbioethics.org, 15. November 2006

Gesundheit: Erhöhtes Selbstmordrisiko bei Brustimplantaten

Jacques BRISSON und Louis LATULIPPE von der kanadischen Universität Laval's sammelten Daten von mehr als 24.600 Frauen, die sich aus kosmetischen Gründen zwischen 1974 und 1989 Brustimplantate einpflanzen ließen. Zum Zeitpunkt der Operation waren die Studienteilnehmerinnen im Schnitt 32 Jahre alt. In den 15 Jahren nach der Operation verstarben 480 der Frauen. Die Mortalitätsrate entsprach dem Durchschnitt der Bevölkerung. Ein Blick auf die Todesursache zeigte jedoch, dass die Selbstmordrate unter den Studienteilnehmerinnen um 73 Prozent höher war als in der Gesamtbevölkerung, so das Ergebnis der im *American Journal of Epidemiology* veröffentlichten Studie. Tatsächlich hatten frühere Untersuchungen gezeigt, dass Frauen, die sich die Brust vergrößern lassen, meist ein geringes Selbstwertgefühl haben und häufiger unter seelischen Erkrankungen wie Depressionen leiden. Damit steigt ihr Risiko für einen Suizid. Die Wissenschaftler fordern plastische Chirurgen auf, vor dem Eingriff die Motive der Frauen zu klären und ihnen gegebenenfalls eine psychotherapeutische Behandlung zu empfehlen. In der ästhetischen Chirurgie gehört heute die Brustvergrößerung neben der Fettabsaugung zu den am häufigsten durchgeführten Eingriffen.

Am J Epidemiol (2006); 164(4): 334-341

ZEITSCHRIFT FÜR MEDIZINISCHE ETHIK

Zeitschrift in Deutsch
52/3, 2006

Abhandlungen:

Gian Domenico BORASIO, Matthias VOLKENANDT: Palliativmedizin – weit mehr als nur Schmerztherapie;
Matthias C. SCHMIDT: Schmerz und Leid als Dimension des menschlichen Selbstverständnisses. Philosophische und theologische Aspekte;
Dietrich VON ENGELHARDT: Lebenskunst (ars vivendi): Kunst des Krankseins (ars aegrotandi) und Kunst des Sterbens (ars moriendi);
Ulrich EIBACH: Aktive Sterbehilfe – Recht auf Selbsttötung? Eine Stellungnahme aus christlicher Sicht und aus Sicht der Krankenhauseseelsorge.

ANTHROPOTES. Rivista ufficiale del Pontificio Istituto Giovanni Paolo II per Studi su Matrimonio e Famiglia. Città del Vaticano, Italien.

Halbjährliche Zeitschrift in Italienisch
Anno XXI, n. 2 – 2005

In Memoriam di Giovanni Paolo II
Editoriale

Testimonianze:

Carlo CAFFARRA: Giovanni Paolo II e l'Istituto che porta il suo nome: le ispirazioni originarie;
Angelo SCOLA: Giovanni Paolo II e il disegno di Dio sulla persona, sul matrimonio e sulla famiglia;
Rino FISICHELLA: Lo sguardo sempre paterno;
Livio MELINA: La roccia e la sorgente;
Carl A. ANDERSON: The John Paul II Generation;
Stanislaw GRYGIEL: Un sentiero verso la verità dell'uomo;
Allocuzioni di Giovanni Paolo II al Pontificio Istituto per Studi su Matrimonio e Famiglia.

HASTINGS CENTER REPORT

New York, USA.

Bimestrale Zeitschrift in English.

Volume 36 No. 4, 2006

From the Editor: Two Calls for Papers;
Another Voice: Alex John LONDON:
What Is Social and Global Justice to

Bioethics or Bioethics to Social and Global Justice?;

In Practice: Anna B. REISMAN: Outing the Hidden Curriculum;

At Law: Carl E. SCHNEIDER: Drugged; Policy & Politics: Jonathan D. MORENO: Congress's Hybrid Problem;

Essays: LLainie FRIEDMAN ROSS: What Is Wrong with the Physician Charter on Professionalism;

Jacob M. APPEL: May Doctors Refuse Infertility Treatments to Gay Patients?;

Norman DANIELS: Equity and Population Health: Toward a Broader Bioethics Agenda;

Paul MENZEL, Donald W. LIGHT: A Conservative Case for Universal Access to Health Care;

Reviews: Nancy BERLINGER: "Just Act Normally": How Culture Gives Birth to Policy;

Perspective: Jessica BERG: Smoke-screen.

RdM RECHT DER MEDIZIN:

Wien, Zeitschrift in Deutsch

13. Jahrgang, Heft 5, 2006

Wolfgang MAZAL: Editorial;

Beiträge:

Andreas PSCHIEDL, Georg J. GERSTNER: Die Bedeutung der Geburt im Strafrecht;

Peter STEINER: Bestellung von Primärärzten durch Medizinische Universitäten ohne Mitwirkungsrecht der Krankenanstaltenträger?;

Helmut SCHWAMBERGER: Anmerkungen zur GuKG-Novelle 2005.

RdU RECHT DER UMWELT:

Wien, Zeitschrift in Deutsch

13. Jahrgang, Heft 4, 2006

Ferdinand KERSCHNER, Bernhard RASCHAUER: Editorial;

Sonderbeilage:

Mario MAYERTHALER: Der „nachweislich vollständige“ Genehmigungsantrag bei technisch komplexen Anlagen – die „Guillotine“ der CO₂-Zertifikatserteilung?;

Wilhelm BERGTHALER: Österreichischer Umwelt- und Technikrechtspreis – Preisträger 2006;

Thomas GERHOLD: IPPC-rechtliche

Abgrenzungsfragen der Pharmaindustrie: Entwicklung – Herstellung – Veredelung;

Beiträge:

Volkmar LAUBER: Fördermodelle für Ökostrom: Ökonomie und Politik;

Andreas RIEDLER: Der Handel mit Emissionszertifikaten aus zivilrechtlicher Sicht;

Wolf-Georg SCHÄRF: Diskussion: Österreichisches Recht versus EURATOM.

ETHICA

Innsbruck, Quartalsschrift in Deutsch
14. Jahrgang Heft 3, 2006

Leitartikel:

Kai HAUCKE: Mitgift, Leistung, Anerkennung. Ein philosophischer Vorschlag für ein integrales Verständnis menschlicher Würde;

Gertrud BRÜCHER: Unverfügbarkeit oder Leidverminderung;

Matthias SCHÖNING: Zwischen Technologie und Biopolitik. Zur Rekonstruktion des Begriffs Sozialtechnologie.

ETHIK IN DER MEDIZIN. Berlin, BRD
Bimestrale Zeitschrift in Deutsch

Band 18, Heft 3, 2006

Editorial:

G. BOCKENHEIMER-LUCIUS: Informationen aus der Redaktion;

Originalarbeiten:

H.-J. EHNI, U. WIESING: Placebos in klinischen Versuchsreihen. Eine vergleichende Analyse der internationalen Richtlinien;

M. MATTULAT, A. FREWER: Pathologie, Politik und Moral. Georg B. Gruber als Medizinethiker und die Zustimmung zur Sektion.

MEDICINA E MORALE

Bimestrale Zeitschrift in Italienisch.

2006/4

Editoriale: La votazione del parlamento europeo relativa alla ricerca sugli embrioni umani;

J. SUAUDEAU: Le cellule staminali: dall'applicazione clinica al parere etico. Parte I. Le cellule staminali embrionali;

C. CASINI: VII programma quadro

europeo di ricerca: la questione etico-giuridica delle cellule staminali;
 A. MANCINI, G. GRANDE, R. FESTA, E. T. C. GIACCHI, L. DE MARINIS, M. L. DI PIETRO: Nuovi problemi derivanti dall'impiego delle tecniche di fecondazione artificiale;
 A. MARTURANO: Biologi molecolari: hacker di dati umani? Bioetica e proprietà intellettuale nella ricerca bioinformatica;
 D. SACCHINI, P. REFOLO: Per un rapporto di buon vicinato tra economia sanitaria e bioetica.

ANUARIO FILOSOFICO
 Halbjährliche Zeitschrift in Spanisch XXXIX/2, 2006
 Articles:
 Abelardo LOBATO OP: The Pontifical Academy of St. Thomas Aquinas: History and Misión;
 Enrique MARTÍNEZ: "In dulcedine societatis quaerere veritatem": The Thomas Aquinas International Society (SITA);
 David BERGER: Interpretations of Thomism throughout History;
 Enrique ALARCÓN: Advances in Our Historical Knowledge about Thomas

Aquinas;
 Ángel Luis GONZÁLEZ: Thomistic Metaphysics: Contemporary Interpretations;
 Leo J. ELDERS SVD: The Ethics of St. Thomas Aquinas;
 G. BOLOGNESI (†), L. DADDA, A. DE MAIO, T. GREGORY: The Work of Roberto Busa SJ: Open Spaces between Computation and Hermeneutics;
 John F. BOYLE: Aquinas' Roman Commentary on Peter Lombard;
 Adriano OLIVA OP: The Leonine Commission, 125 Years after Its Founding, Settles in Paris.

EUTHANASIE. BAND 1 – ETHISCHE UND MENSCHLICHE ASPEKTE

Lit Verlag, Münster 2005

200 Seiten

ISBN 3-8258-8159-8

EUTHANASIE. BAND 2 – NATIONALE UND EUROPÄISCHE PERSPEKTIVEN

Lit Verlag, Münster 2005

216 Seiten

ISBN 3-8258-8160-1

Die zwei kleinen roten Bände sind unscheinbar, dennoch von geballter und brisanter Information gefüllt. Sie wurden unter der Ägide des Europarates herausgegeben und widmen sich dem Thema Euthanasie in bemüht nüchterner Weise und Wahrung aller demokratisch-liberalen Symmetrien. Ein solches Unterfangen ist eben nur in schriftlichen Beiträgen realisierbar, die untereinander nicht weiter zur Diskussion gestellt werden.

Der französische Palliativmediziner P. LETELIER (Caen) beleuchtet die Geschichte der Euthanasie und definiert sie eindeutig als absichtliche Herbeiführung des Todes, wobei selbst die Übertragung aus dem Französischen nichts an der Synonymität mit der Sterbehilfe ändert.

Der Ethiker und Konfliktforscher J.-P. HARPES (Luxemburg) sieht eine progressive Auflösung von religiösen, metaphysischen und normativen Barrieren in Europa, welche uns nötigt, die Straffreiheit für Sterbehilfe in verschiedenen europäischen Ländern zu akzeptieren. HARPES würdigt die Position, dass eine Entkriminalisierung der Sterbehilfe auf Verlangen ein „befreiender Schritt“ in einer ethischen Anpassung sei, jedoch auch, dass damit ein „gefährlicher Schritt“ im Sinne einer Infragestellung der Patientenwürde verbunden wäre. Schließlich sei wohl eine dritte Position möglich, die einen Mittelweg im Sinne der „menschlichen Antwort“ darstellt und eine

„unter Qualen getroffene Entscheidung“ zu akzeptieren vermag.

Der schwedische Bioethiker und Philosoph G. HERMERÉN stellt kritisch und gut fundiert fest, dass im Falle ausreichender Schmerzbekämpfung, Eliminierung existenzieller Nöte und flächendeckender Palliativpflege die Sterbehilfe einfach unnötig würde. Wenn ihre Zulassung zu einer Verlangsamung des Ausbaues der Palliativpflege und zu einer Permissivität in der Indikationsstellung führen könne, dann sei die Sterbehilfe sogar gefährlich.

Der Philosoph und Bioethiker N. AUMONIER (Paris) analysiert die Argumente rund um die Sterbehilfe: Kann ich wirklich Leiden lindern, indem ich die leidende Person selbst „ab-schaffe“? Jedenfalls sei – laut französischem Komitee über Ethik in Gesundheit und Biowissenschaften (CCNE) – kein Tribunal irgendeiner Art denkbar, das in extremen Einzelfällen über die Voraussetzungen der Straffreiheit der Sterbehilfe entscheiden könne. Eine Argumentation für die Sterbehilfe würde den Konzepten der Gleichheit vor dem Gesetz, dem Sozialvertrag und den Menschenrechten zuwiderlaufen.

Der Palliativmediziner T. O'BRIEN (Irland) definiert sein Fach nach der WHO als „Ansatz zur Verbesserung der Lebensqualität lebensbedrohlich erkrankter Patienten mit deren Angehörigen durch Behandlung bei Problemen körperlicher, psychosozialer und spiritueller Natur“. Er tritt allerdings für das Recht entscheidungsfähiger älterer Patienten ein, auf lebensverlängernde Maßnahmen verzichten zu dürfen. Bei Patienten, die entscheidungsunfähig sind, müsse man sich von den Prinzipien der guten Absicht (Benevolenz) und der Proportionalität der in Frage stehenden Maßnahmen leiten lassen.

Hier knüpft auch G. MARCKMANN, Arzt und Philosoph aus Tübingen, an, der einen einfachen Algorithmus zu einer strukturierten Ent-

scheidungsfindung bezüglich lebenserhaltender Interventionen anbietet (Entscheidungsfähigkeit? Patientenverfügung? mutmaßlicher Wille?).

Dagegen nehmen sich die „Betrachtungen am Ende des Lebens“ von B. KOUCHNER, Internist und Gründer von „Ärzte ohne Grenzen“, später französischer Gesundheitsminister, eher emotional und wenig reflektiert aus. Er bekennt unter anderem, dass er wiederholt Schwerstverwundeten den Gnadentod gespendet habe, wenn deren Qualen und infauste Prognose den fehlenden medizinischen Hilfsmöglichkeiten entgegenstanden.

Der französische Rechtsethiker C. BYK erläutert am berühmten Fall „Pretty“ (Verweigerung der Sterbehilfe für eine entscheidungsfähige Gelähmte), dass es kein Recht auf die (zukünftige) Sterbehilfe geben darf, wie auch das Recht auf Leben nicht in eine Legitimation der Sterbehilfe umgedeutet werden kann – und dies europaweit.

Auch die Religionen kommen zu Wort: Für D. CHEVASSUT (Arzt in Marseille) widerspricht die Sterbehilfe in jeder Form dem Buddhismus, dem der Autor angehört. Die Bioethikerin G. GAMBINO (Rom) belegt den katholischen, ablehnenden Standpunkt der Sterbehilfe mit einer Fülle von päpstlichen und Konzilsdokumenten von Pius XII. bis zum Dokument „Achtung der Würde Sterbender“ (2000). Auch der Vertreter der orthodoxen Kirche A. M. STAVROPOULOS (Pastoraltheologe, Athen) formuliert die Absage an die Sterbehilfe, indem er sie als dekadentes, menschenverachtendes gesellschaftliches Phänomen bezeichnet. Die deutschen und französischen Protestanten (J.-F. COLLANGE, Straßburg) haben in gemeinsamen Texten (1991 – 2002) ihre eindeutige Haltung gegen die Sterbehilfe niedergelegt, bedauern aber, dass die niederländischen Kirchen die Sterbehilfe an sich billigen, wengleich sie Mängel in der Anwendung der Gesetze beklagen.

Auch der Oberrabbiner von Brüssel (A. GUGLI) kommt zu Wort und zitiert das hebräische Gesetz, das sich gegen jede Form der Entkrimi-

nalierung der Sterbehilfe wendet. Das Leiden darf/muss mit allen Mitteln bekämpft werden. Er zitiert hier MONTESQUIEU: „Wenn es nicht notwendig ist, ein Gesetz zu machen, so ist es notwendig, kein Gesetz zu machen“.

Daran schließt sich ein Anhang mit Texten des Europaparlamentes und des europäischen Ministerrates zum Thema Menschenrechte und Würde von Todkranken.

Im *Band 2* geht es um die Einstellung zur Sterbehilfe in Europa und den USA.

Y. ENGLERT (Gynäkologie in Brüssel, Belgische Bioethikkommission) berichtet von den Nachforschungen, welche belegen, dass belgische Ärzte in 4 bis 5 Prozent aller Todesfälle Sterbehilfe geleistet hatten, ohne bestraft worden zu sein. Die Palliativmedizin sei dabei trotzdem gewachsen. Dennoch würden auch in diesem Bereich 30% der Patienten die Sterbehilfe verlangen. Die daraus erwachsene Gesetzgebung (28. März 2002) ist der niederländischen sehr ähnlich und formuliert strenge Kriterien für Patient und Arzt, einschließlich der Vorlage der Akte bei der staatlichen Evaluierungskommission. ENGLERT gibt zu, dass das belgische Volk über das Gesetz gespalten ist, meint aber, dass durch die Entkriminalisierung „zweifelhafte Praktiken“ jegliche Legitimität entzogen, die Zahl der nicht auf Wunsch der Patienten geleisteten Sterbehilfe zurückgehen würde und „die Menschen bei der Auseinandersetzung mit dem eigenen Tod unterstütze“.

J. VESTERGAARD vom dänischen Ethikrat formuliert gleich eingangs, dass die Tötung auf Verlangen oder die Beihilfe zum Selbstmord eine strafbare Handlung sei. Seine weiteren Ausführungen betreffen Patientenverfügung und Behandlungsverzicht, gestützt auf kluge Formulierungen in relevanten dänischen Gesetzen.

Aus Georgien meldet sich G. JAVASHVILI (Bioethiker beim Europarat) mit dem Bericht über ein Gesetz aus 2002, nach dem jede Art der Sterbehilfe verboten und strafbar ist. Auch er bezieht seine Stellungnahme auf die (ebenso gesetzliche) Regelung für Patientenverfügung

und Behandlungsbeschränkung bzw. -verzicht. Allerdings bedauert man in Georgien ausdrücklich die Ressourcenknappheit für die Palliativmedizin, welche noch Gegenstand massiver Öffentlichkeitsarbeit sein muss.

B. BLASSZAUER (Medizinethikerin aus Becs, Ungarn) legt dar, wie sehr die Terminologie (Euthanasie/Sterbehilfe) seit dem NS-Regime mit Völkermord verquickt wird, wenngleich aus Umfragen (2000 – 2002) unter Ärzten und Pflegepersonal eine klare Befürwortung der Sterbehilfe hervorgeht, beim Personal der Intensivstationen sogar über 80%.

J. J. M. VAN DELDEN (Utrecht, Ethiker in einer staatlichen Kontrollkommission) tritt für die niederländische Rechtsprechung ein, in welcher die Sterbehilfe als letzter Ausweg erlaubt ist, wenngleich die Meinungsvielfalt in der Gesellschaft sehr ausgeprägt sei. Jedenfalls steht die Freiwilligkeit des Patienten ganz oben an. Dabei gibt es bereits Tendenzen zur Überschätzung der Autonomie: Patienten wollen noch vor der Endphase ihres Leidens sterben, damit sie in besserer Erinnerung bleiben können! Diese Entwicklung könne demnach auch nicht mit einer verstärkten Entwicklung einer Palliativmedizin entgegengesteuert werden. Es melden sich daher moralische Bedenken gegen eine solche Fehlinterpretation der Autonomie (welche bereits in manchen Patientenverfügungen für den Fall der zukünftigen Demenz enthalten ist). Die Zahl der gemeldeten Fälle von assistiertem Selbstmord und Tötung auf Verlangen beläuft sich seit 1998 auf etwa 2000 pro Jahr, wobei die tatsächliche Zahl doppelt so hoch geschätzt wird (das sind 3 bis 4 Prozent aller Todesfälle). Ein beträchtlicher Anteil von 1/5 bis 1/4 betrifft Tötung ohne ausdrückliches Verlangen des Patienten, was als Problem gesehen wird (Gnadentötung). In der Praxis der Sterbehilfe orientiere man sich einerseits an der Autonomie, andererseits am Mitleid, wobei sich eine Asymmetrie zugunsten der ersteren herausbildet: Sterbehilfe wird also zu einem Recht, wobei der Arzt zur Erfüllung dieses Patientenwillens gezwungen

wird. Hierin sieht der Autor für sein Land denn doch eine ernste Gefahr.

D. SERRAO (portugiesischer Pathologe und Medizinethiker, Oporto bzw. Europarat) lehnt für sein Land die Sterbehilfe aus ethischer Sicht rundweg ab. Die öffentliche Meinung (Umfrage bei über 1000 Personen) gibt ihm dabei Recht. Eine entsprechende Stellungnahme des nationalen Ethikrates (CNECV, 1995) wird in vollem Umfang zitiert.

Dagegen ist der Schweizer Beitrag von A. BONDOLFI (Philosoph und Ethiker in Lausanne) kompromissbereit, ausgehend von dem Trend, in Patientenverfügungen Therapieeinschränkungen hineinzuformulieren (seit 1970). Aber schon aus den 1930er-Jahren stammen Gesetzesformulierungen, die eine Tötung aus Mitleid praktisch straffrei stellen (StGB 114 und 115). In den letzten Jahren wurde wiederholt von sozialistischen Abgeordneten eine Liberalisierung des Gesetzes in Richtung Tötung auf Verlangen gefordert, massiv unterstützt von „Exit“, einem Verein mit 10.000en Mitgliedern. Nach diesen sollte es möglich sein, dass in Altersheimen „ohne Aufsehererregung bei den anderen Einwohnern“ Beihilfe zu Selbstmord gewährt wird. Endgültige Entscheidungen zur Novellierung der alten Gesetze stehen in der Schweiz jedenfalls noch aus, zumal die „persönliche Autonomie nicht durch gemeinsame gesellschaftliche Werte eingeschränkt werden sollte...“

S. MCLEAN, Professorin für Recht und Ethik in der Medizin (Glasgow), stellt klipp und klar fest, dass die Sterbehilfe (Lebensbeendigung auf ausdrückliches Verlangen) in Großbritannien gesetzeswidrig sei. Die Gesetzeslage sei noch etwas komplizierter als anderswo, da in England und Wales klar zwischen aktiver Sterbehilfe und Beihilfe zum Selbstmord unterschieden werde, in Schottland aber nicht. Der Nahrungs- und Flüssigkeitsentzug bei Terminalpatienten wurde in Großbritannien einige Male exemplarisch „ausjudiziert“ und wurde nicht als aktive Tötung, sondern als eine Art passive Sterbehilfe straffrei gestellt.

Als spezifisch britisch ist zu vermerken, dass sich das Westminster Parlament bemüht, selbst über derartige Grenzfragen entscheiden zu wollen, und dies ungen Äzten überlässt.

L. SNYDER ist Ärztin und Bioethikerin an der Pennsylvania University (USA) und berichtet über die Situation in Nordamerika. Dort ist auf Bundesebene die aktive Sterbehilfe ungesetzlich, im Bundesstaat Oregon jedoch legalisiert, wenngleich daraus keine gesetzliche Verpflichtung (zum Selbstmord, zur Beihilfe dazu, zur Gnadentötung oder zu Mord) abgeleitet werden dürfe (Death with Dignity Act, 1996). Den Erfahrungen in Oregon wird größerer Raum gewidmet, die Autorin bleibt aber nüchtern-distanziert in der moralischen Qualifikation. Unter anderem bedauert sie die unrühmliche Rolle der Medizin bei der Versorgung am Lebensende. So wird die Gefahr diskutiert, dass vor lauter Autonomie alle anderen Werte so sehr relativiert werden, dass sich daraus so mancher eine persönliche Verpflichtung zu sterben ableitet. Dazu kommt, dass in den USA kein explizites Recht auf Gesundheitsversorgung, sehr wohl aber eines auf Behandlungsverweigerung besteht.

Schließlich wird im Anhang der „Empfehlung 1418 des Europarates“ breiter Raum gegeben (D. MARTY, Rechtswissenschaftler im Schweizer Staatsrat; E. GADD, Abgeordnete für Bioethik zum Europarat; P. MIERCEWSKI, Ex-Gesundheitsminister in Polen und Experte für Palliativmedizin im Europarat). In der „Reaktion des Ministerkomitees des Europarates auf die Empfehlung 1418 vom 26. März 2002 findet man dann die entscheidenden Sätze (Absatz 5, I – III):

„Die Mitgliedstaaten des Europarates (sind) dazu anzuhalten, die Würde von Todkranken oder Sterbenden in jeder Hinsicht zu achten und zu schützen ... durch die Bekräftigung des Verbotes der vorsätzlichen Tötung von Todkranken oder Sterbenden bei

I. Anerkennung, dass das Recht auf Leben, insbesondere in Bezug auf todkranke oder sterbende Menschen durch die Mitgliedsstaaten im Einklang mit Artikel 2 der europäischen

Konvention für Menschenrechte, nach der niemand vorsätzlich seines Lebens beraubt werden darf, garantiert wird;

II. Anerkennung, dass der Todeswunsch eines Todkranken oder Sterbenden niemals gesetzliche Rechtfertigung sein kann, von der Hand einer anderen Person zu sterben;

III. Anerkennung, dass der Todeswunsch eines Todkranken oder Sterbenden zu sterben, niemals gesetzliche Rechtfertigung darstellt für Handlungen, deren Ziel die Herbeiführung des Todes ist.“

Aus den dann noch folgenden Formulierungen ist jene des Europäischen Gerichtshofes zu erwähnen, dass „im Allgemeinen eine Maßnahme, für die therapeutische Notwendigkeit besteht, nicht als unmenschlich oder erniedrigend betrachtet werden kann“ (1992).

F. KUMMER

KLINISCHE ETHIK

A. JONSEN, M. SIEGLER und W. J. WINSLADE
Deutscher Ärzteverlag 2006
 244 Seiten
 ISBN 3-7691-0524-9

Ein Arzt kann sich mit ethischen Fragestellungen auf verschiedene Art beschäftigen, er kann anfangen unterschiedliche Theorien zu studieren und diese Theorien auf Einzelfälle – meist besondere Fälle – anzuwenden. Er kann aber auch anfangen, praktische Entscheidungskonflikte auf ihre ethische Dimension hin zu untersuchen. Das Buch „Klinische Ethik“ geht den zweiten Weg. Jeder Mediziner ist im Alltag gefordert, Entscheidungen zu treffen! Dabei fließen immer auch ethische Überlegungen mit ein, intuitiv, aus dem Bauch heraus oder gewollt. Im Buch wird für den medizinischen Alltag ein Konzept zur ethischen Entscheidungsfindung vorgestellt, das von vier grundlegenden Kriterien ausgeht: Was ist die Indikation für medizinische Maßnahmen? Was sind die Patientenpräferenzen? Was

besteht für eine Lebensqualität? Was sind die kontextgebundenen Faktoren (kulturell, sozio-ökonomisch)? Verschiedene Begriffe werden erklärt wie Autonomie, Selbstbestimmung, Informed consent, Entscheidungsfähigkeit, bzw. -unfähigkeit, Verhältnismäßigkeit, Standard des besten Interesses, doppelter Effekt bei der Schmerzlinderung, Loyalität, mutmaßliche Einwilligung, Nutzen/Schadensvermeidung, unangemessene medizinische Maßnahmen, aber auch Problemkreise werden besprochen wie Managed Care, Grenzen der Patientenpräferenzen, knappe Gesundheitsressourcen, medizinische Behandlungsfehler, fehlende Mitarbeit bei der Umsetzung ärztlicher Behandlungspläne, Sterbebegleitung, Sterbehilfe, Euthanasie, Beihilfe zum Suizid, Patientenverfügung, Stellvertretung von Patienten, Verzicht auf lebenserhaltende Maßnahmen und vieles mehr.

Die Autoren gelten als Pioniere der nordamerikanischen Medizin- und Bioethik. Sie trugen Anfang der 70er-Jahre nicht nur in akademischer Hinsicht zur Entwicklung der Bioethik bei, sondern lieferten vor allem wichtige Anstöße für die praktische Handhabung konkreter Fälle. Ihre unterschiedlichen Qualifikationen als Mediziner, Philosophen und Juristen prädestinierten sie geradezu für den interdisziplinären Anspruch, den die Bioethik im Hinblick auf die Auseinandersetzung mit alten und neuen Problemen der ärztlichen Praxis als methodisch unentbehrlich betrachtet. Das Buch ist bereits auf Spanisch, Portugiesisch, Italienisch und Japanisch übersetzt worden, was für seinen praktischen Nutzen spricht. Im Buch kommen auch viele juristische Aspekte zur Sprache. Es gehört zur gesellschaftlichen Entwicklung, dass die Ärzteschaft sich in einem zunehmend auch gesetzlich komplexer werdenden Umfeld befindet. Die Besonderheiten der ethischen Entscheidungsfindung in der Pädiatrie werden in gesonderten Kapiteln besprochen.

Vier Patienten (Patientin „Comfort“ mit einem metastasierenden Mammacarcinom, Patient „Cure“ mit Meningitis, Patientin „Care“

mit Multipler Sklerose und Patient „Cope“ mit einem insulinpflichtigen Diabetes mellitus) begleiten den Leser durch das ganze Buch. Sie stehen stellvertretend für häufige Krankheiten in der alltäglichen Praxis. Daneben werden in jedem Kapitel weitere Fallbeispiele diskutiert. Diese Beispiele sind der große Gewinn dieses Buches.

Wie sieht nun die konkrete Vorgehensweise des medizinischen Alltags aus? Der Arzt stellt eine Diagnose und schlägt eine Behandlung vor, die mehrere oder alle der folgenden Ziele erfüllen sollte:

1. Gesundheitserhaltung und Krankheitsverhütung
2. Linderung der Symptome, der Schmerzen und des Leidens
3. Heilung
4. Verhinderung eines vorzeitigen Todes
5. Verbesserung oder zumindest Vermeidung einer Verschlechterung des funktionalen Zustandes
6. Aufklärung und Beratung des Patienten über seinen gesundheitlichen Zustand, den voraussichtlichen Krankheitsverlauf und die Heilungsaussichten
7. Vermeidung der Schadenszufügung während des Behandlungsverlaufs

Der Nutzen der Medizin liegt in der Erreichung dieser Ziele. Häufig können alle oder zumindest die meisten dieser Ziele gleichzeitig erreicht werden.

Auf ein Fallbeispiel folgen im Buch Erläuterungen und Kommentare durch die Autoren. Hier ein kurzes Beispiel zur Illustration:

Fallbeispiel: Der Patient Cure, der junge Mann mit den starken Kopfschmerzen und dem steifen Nacken, wird mit der Diagnose Meningitis ins Krankenhaus eingeliefert. Eine Therapie mit Antibiotika lehnt er ab. Innerhalb weniger Minuten erleidet er einen Herzstillstand. Der Assistenzarzt, dem bekannt ist, dass der Patient die notwendige Behandlung verweigert, fragt sich, ob eine Reanimation eingeleitet werden soll.

Empfehlung: Obwohl der Patient Cure die Behandlung mit Antibiotika bei einer lebens-

bedrohlichen Krankheit abgelehnt hat, sollte er auf jeden Fall wiederbelebt werden. Der Grund für seine Therapieverweigerung wurde nicht adäquat abgeklärt, und die Verweigerung einer bestimmten Behandlung sollte nicht als generelle Therapieverweigerung verstanden werden. Die Unterlassung der Reanimation wäre hier grobe ärztliche Fahrlässigkeit und zudem eine ethische Fehlentscheidung.

Viele Fallbeispiele sind im Buch komplexer und die Diskussion darüber vermittelt dem Leser das Konzept zur Entscheidungsfindung in der klinischen Praxis. Nach der Lektüre des Buches hat jeder Mediziner, Medizinstudent oder jede Krankenschwester eine Vorstellung über die Anwendung ethischer Überlegungen in der täglichen Praxis. Im Spitalsbereich wird heute eine interdisziplinäre Zusammenarbeit

zwischen Ärzten und Pflegepersonal gefördert, im ambulanten Bereich besteht die gleiche Situation mit vielen ambulanten Pflegediensten. Es ist ein Gewinn und bereichert die Arbeit jedes im medizinischen Bereich Tätigen, wenn er seine Überlegungen und Gedanken dem Patienten und den im Fall involvierten weiteren Personen (Krankenschwester, Arztkollegen, Verwandte des Patienten) kompetent und ethisch fundiert erläutern kann.

Prof. Giovanni MAIO hält in seinem Geleitwort fest: „Mit dieser Übersetzungsarbeit werden viele wertvolle medizinethische Gedanken dorthin getragen, wo sie am meisten fruchten können, nämlich an das Krankenbett zurück. Und das ist eine beträchtliche Leistung.“

G. FANTACCI

Symposium „Das Spiel mit dem schönen Körper“

Medizinische Universität Innsbruck, 11./12. Mai 2007

Der Wunsch nach einem idealen Körper oder aber ein verständlich starker Leidensdruck bringt auch in Österreich immer mehr Menschen dazu, sich dem plastischen oder „Schönheits“-Chirurgien anzuvertrauen. Diese Entwicklungen werfen medizinisch-ethische und sozial-ökonomische Fragen auf. Denn die „Ware Schönheit“ birgt für den Patienten auch Risiken und Gefahren. Woher kommen bestimmte Schönheitsvorstellungen? Wer prägt die Vor-Bilder? Welche chirurgischen

Eingriffe sind ethisch vertretbar? Wo liegen die Grenzen der „Schönheit um jeden Preis“? Namhafte Experten aus der Plastischen Chirurgie, Sozialmedizin, Psychiatrie, Theologie und dem Medienbereich werden diese brisanten Themen am 1. interdisziplinären Symposium über Schönheitsmedizin diskutieren. Da es sich um Fragen von großem Interesse für die Allgemeinheit handelt, sollen dazu Wertorientierungen für die öffentliche Meinung ausgearbeitet werden.

Programm

Freitag, 11. Mai 2007

- 15.30 Begrüßung
- 15.45 Univ.-Prof. Dr. Hildegunde PIZA, Vorstand der Universitätsklinik für Plastische und Wiederherstellungschirurgie, Innsbruck: *Schönheitschirurgie am ethischen Prüfstand*
- 16.15 Univ.-Prof. Dr. Klaus BERGDOLT, Direktor des Instituts für Geschichte und Ethik der Medizin, Universität Köln: *Gesundheitswahn heute: Gesundheitsreligion und/oder Beauty Business?*
- 16.45 Univ.-Prof. Dr. Anita RIEDER, Institut für Sozialmedizin, Medizinische Universität Wien: *Schönheitsmedizin im Vormarsch. Die Public Health Perspektive*
- 17.15 Pause
- 17.45 Mag. Michaela WINKLER, Unilever Österreich: *Manipulation der Schönheitsideale durch die Medien?*
- 18.15 *“Made Over in America“* (2006). Schönheitsoperationen als telegenere Ereignis. Dokumentarfilm über die Kultur der Reality TV Makeover Shows, produziert von Assoc. Prof. Dr. Bernadette WEGENSTEIN, Medientheoretikerin, Johns Hopkins University, USA
- 19.00 Diskussion

Samstag, 12. Mai 2007

- 9.30 Begrüßung
- 9.45 Univ.-Prof. Dr. Roman SIEBENROCK, Institut für systematische Theologie, Universität Innsbruck: *Von der Lust und Last des Leibes*
- 10.15 Univ.-Doz. Dr. Raphael BONELLI, Universitätsklinik für Psychiatrie, Graz: *Die körper dysforme Störung und die Schönheitssucht*
- 10.45 Pause
- 11.00 PODIUMSDISKUSSION
- ETHIK IN DER ÄSTHETISCHEN CHIRURGIE: WUNSCHERFÜLLENDE MEDIZIN?
- Univ.-Doz. Dr. Helmut HOFLEHNER, Schwarz-Tagesklinik, Steiermark: *Schönheitschirurgie in der Praxis.*
- Univ.-Prof. Dr. Gerhard PIERER, Universitätsklinik für Wiederherstellende Chirurgie, Basel: *Wildwuchs und Gegenstrategie: Die Zukunft der Ästhetischen Chirurgie*
- Univ.-Prof. Dr. Kornelia BÖHLER-SOMMEREGGER, Universitätsklinik für Dermatologie, Wien: *Die Ware Schönheit*
- 11.40 Diskussion, Zusammenfassung

Veranstalter: Universitätsklinik für Plastische und Wiederherstellungschirurgie, Medizinische Universität Innsbruck und IMABE-Institut, Wien – Innsbruck

ANKÜNDIGUNG

Interdisziplinärer Kongress „Religiosität in Psychiatrie und Psychotherapie“

Medizinische Universität Graz, 11. – 13. Oktober 2007

Die Seelenwelt des „Homo religiosus“ ist angefüllt mit Bildern religiösen Inhaltes. Auch in säkularisierten Gesellschaften ist die religiöse Symbolsprache allgegenwärtig geblieben. Religiosität als ein anthropologisches Grunddatum ist somit nicht nur für Theologie, sondern auch für Psychiatrie, Psychologie, Psychotherapie und Philosophie von zentralem Interesse. Dennoch begegnen sich jene Disziplinen im alltäglichen Spannungsfeld nicht nur partnerschaftlich, sondern oft auch kritisch und ausschließend.

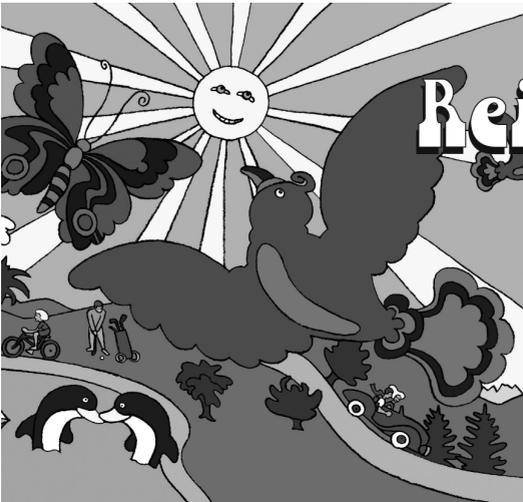
Zahlreiche Fragen sind offen: Wirkt Religiosität therapeutisch? Wo wirkt sie pathogen? Wie gehen Psychiatrie und Psychotherapie mit religiösen Patienten um? Psychotherapie und Seelsorge sind autonome Bereiche mit eigenständigen Verfahrensregeln, die nicht aufeinander reduziert werden können. Dieser Kongress will eine offene Plattform sein, um Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie mit Religionswissenschaft, Philosophie und Theologie in ein konstruktives Gespräch zu bringen.

Vorträge von Hanna-Barbara GERL-FALKOVITZ, Peter HOFMANN, Clemens SEDMAK, Franz LACKNER, Nossrat PESECHKIAN, Reinhard HALLER, Hans-Peter KAPFHAMMER, Walter SCHAUPP, Samuel PFEIFER, Walter PIERINGER, Raphael BONELLI und Manfred LÜTZ sowie wissenschaftliche Kurzvorträge

Workshops von Hartmann HINTERHUBER und Hans-Peter KAMPFHAMMER

Veranstalter: Universitätsklinik für Psychiatrie und Universitätsklinik für medizinische Psychologie und Psychotherapie, Medizinische Universität Graz, in Kooperation u. a. mit dem IMABE-Institut Wien

Nähere Informationen finden Sie auf der Homepage des Kongresses www.rpp2007.org.



Reisethrombose? Nein danke!

www.reisethrombose.at

1. Allgemeine Erläuterungen

Mit der Annahme eines Beitrages überträgt der Autor dem IMABE-Institut das ausschließliche, räumlich und zeitlich uneingeschränkte Recht zur Vervielfältigung durch Druck, Nachdruck und beliebige sonstige Verfahren und das Recht zur Übersetzung in alle Sprachen.

Bei der Abfassung von Manuskripten sind die nachfolgenden Angaben zu berücksichtigen.

Die Beiträge werden von den Autoren im elektronischen Format (MS Word oder RTF) erbeten. Das Manuskript sollte den Umfang von 15 Druckseiten (einschließlich Literatur) nicht überschreiten.

2. Gestaltung der Manuskripte

Die erste Seite soll enthalten:

1. kurzen, klaren Titel der Arbeit
2. Namen aller Autoren
3. Kontaktadresse
4. Eine Zusammenfassung des Beitrages auf Deutsch (ca. 8 – 10 Zeilen)
3 – 5 Schlüsselwörter
5. Englische Übersetzung von Zusammenfassung und Schlüsselwörtern

Die Manuskriptblätter sind einschließlich Literaturverzeichnis durchnummerieren.

Danksagungen sind an das Ende der Arbeit vor die Literatur zu stellen.

Für die Literatur sind die automatisierten Fußnoten des Dateiformats zu verwenden.

Tabellen und Abbildungen sind an den dafür vorgesehenen Stellen im Text einzufügen. Grafiken werden in Druckqualität und mit klar

lesbarer Schrift (2 mm Schrifthöhe) erbeten.

Nach Drucklegung werden dem Autor 3 Belegexemplare zugesandt. Weitere kostenpflichtige Sonderdrucke können bei der Redaktion bestellt werden.

3. Literatur

Zeitschriftenbeiträge werden zitiert nach:

1. Sämtliche Autorennamen oder erster Autorenname und „et al.“ mit nachstehenden Initialen der Vornamen in Großbuchstaben
2. Beitragstitel
3. Nach den internationalen Regeln (Index Medicus) abgekürzter Titel der Zeitschrift
4. Jahreszahl in runden Klammern mit Strichpunkt
5. Bandnummer mit Doppelpunkt
6. Anfangs- und Endseitenzahl der Arbeit

Beispiel: MACKENZIE T. D. et al., Tobacco Industry Strategies for Influencing European Community Tobacco Advertising Legislation, *Lancet* (2002); 359: 1323-1330

Bei Monographien und Büchern sind anzugeben:

1. Sämtliche Autorennamen mit nachgestellten Initialen der Vornamen
2. Buchtitel
3. Verlagsname
4. Verlagsort(e)
5. Jahreszahl in runden Klammern
6. Seitenzahl(en)

Beispiel: RHONHEIMER M., Die Perspektive der Moral, Akademie Verlag, Berlin (2001), S. 78-79

HINWEISE

Publikationen des IMABE-Instituts

Bücher

Der Status des Embryos. Eine interdisziplinäre Auseinandersetzung mit dem Beginn des menschlichen Lebens (1989), Fassbaender Verlag, Wien, ISBN: 3-900538-17-4

Aus der Reihe Medizin und Ethik:

Der Mensch als Mitte und Maßstab der Medizin. (1992) Hrsg. J. BONELLI, Springer Verlag, Wien-New York, ISBN: 3-211-82410-3

Der Status des Hirntoten. Eine interdisziplinäre Analyse der Grenzen des Lebens. (1995) Hrsg. M. SCHWARZ, J. BONELLI, Springer Verlag, Wien-New York. ISBN: 3-211-82688-2

Ärztliche Aufklärungspflicht und Haftung. (1998) Hrsg. T. MAYER-MALY, E. H. PRAT, Springer Verlag, Wien-New York. ISBN: 3-211-83230-0

Leben-Sterben-Euthanasie? (2000) Hrsg. J. BONELLI, E.H. PRAT, Springer Verlag, Wien-New York. ISBN: 3-211-83525-3

Studienreihe

Nr. 1: W. RELLA (1994) Die Wirkungsweise oraler Kontrazeptiva und die Bedeutung ihres nidationshemmenden Effekts. ISBN: 3-900528-48-4

Nr. 2: C. SCHWARZ (1994) Transplantationschirurgie. ISBN: 3-85297-000-8

Nr. 3: M. RHONHEIMER (1995) Sexualität und Verantwortung. ISBN: 3-85297-001-6

Nr. 4: M. RHONHEIMER (1996) Absolute Herrschaft der Geborenen? Anatomie und Kritik der Argumentation von Norbert Hoerster's „Abtreibung im säkularen Staat“. ISBN: 3-85297-002-4

Nr. 5: Sexuaufklärung von Hauptschülern in Abtreibungskliniken (2005). ISBN: 3-85297-003-1

Imabe – Info (Kurzinformationen)

1996: Nr. 1: AIDS, Nr. 2: Hirntod, Nr. 3: Gentechnik, Nr. 4: Organtransplantationen, Nr. 5: Pränataldiagnose

1997: Nr. 1: Solidarität und Missbrauch im Gesundheitswesen, Nr. 2: Lebensqualität in der Medizin,

Nr. 3: Kommunikation und Vertrauen, Nr. 4: Behandlungsabbruch und Behandlungsverzicht

1998: Nr. 1: Ökonomie und Gesundheitswesen, Nr. 2: Euthanasie (1) – Definitionen und Klarstellungen,

Nr. 3: Euthanasie (2) – Stellungnahme der Katholischen Kirche, Nr. 4: Viagra – Medikament oder Lustpille?

1999: Nr. 1: Mifegyne – Die Abtreibungspille RU-486, Nr. 2: Mitleid: Mitleiden und Mitleben, Nr. 3: Drogen

2000: Nr. 1: In-vitro-Fertilisation, Nr. 2: Der Schwangerschaftsabbruch in Österreich,

Nr. 3: Entschlüsselung des Genoms, Nr. 4: Das Post-Abortion-Syndrome (PAS)

2001: Nr. 1: Ethische Qualität im Krankenhaus. Ein Fragenkatalog, Nr. 2: Präimplantationsdiagnostik,

Nr. 3: Stammzellentherapie, Nr. 4: Xenotransplantation

2002: Nr. 1: Therapieabbruch bei neonatologischen Patienten, Nr. 2: Klonierung von Menschen,

Nr. 3: Kardinaltugenden und ärztliche Praxis

2003: Nr. 1: Der Todeswunsch aus psychiatrischer Sicht, Nr. 2: Palliativmedizin

2004: Nr. 1: Zur Frage der Nidationshemmung oraler Kontrazeptiva, Nr. 2: Tabakrauchen,

Nr. 3: Prävention als moralische Tugend des Lebensstils

2005: Nr. 1: Sinnorientierte Medizin, Nr. 2: Risiken der späten Schwangerschaft, Nr. 3: AIDS

VORSCHAU

IMAGO HOMINIS Band 14 • Heft 1/2007

Schwerpunkt Evolution

Inhaltsverzeichnis

EDITORIAL.....	269
AUS AKTUELLEM ANLASS	
C. MARTENS	
„PID – wieder auf die Tagesordnung?“	272
S. KUMMER	
„Der Fall Salzburg weckt das Euthanasiegespenst: was lernen wir daraus?“	275
SCHWERPUNKT: Künstliche Ernährung und Therapiereduktion	
H. WATZKE	
„Therapiereduktion und Therapieverzicht der Artificial Nutrition Hydration bei onkologischen Patienten“	277
O. JANATA	
„Stellenwert der Antiinfektiva in der palliativen Pflege“	283
B. VOLLER, E. AUFF	
„Therapierückzug, Therapieverzicht bei schweren zerebrovaskulären Erkrankungen (Ischämie, Blutung)“ ..	289
W. KRISTOFERITSCH	
„Künstliche Ernährung/Hydratation: Reduktion/Verzicht in der Endphase schwerer Demenzen“	295
T. WAGNER	
„Projekt Therapiereduktion bei Schwerstkranken. Verwendung von Blutprodukten“	301
M. CLODI, K. LENZ, G. J. LOCKER	
„Therapieenthalt und Therapiereduktion bei invasiven Maßnahmen und künstliche Ernährung bei schwerstkranken Patienten“	305
E. H. PRAT	
„Therapiereduktion aus ethischer Sicht. Der besondere Fall der künstlichen Ernährung und Flüssigkeitszufuhr“	311
PROJEKTGRUPPE IMABE 2004 – 2006	
„Konsens. Therapiereduktion und Therapieverzicht außerhalb der Intensivstation bei Patienten mit Verlust der Autonomie“	318
DISKUSSIONSBEITRAG	
J. BONELLI	
„Leben und Sterben. Zur Problematik der ärztlichen Sterbens- und Leidensverlängerung durch künstliche Ernährung“	322
NACHRICHTEN	328
ZEITSCHRIFTENSPIEGEL	331
BUCHBESPRECHUNGEN	333