

Lebensverlängerung um jeden Preis?

Ethische Entscheidungskonflikte bei der passiven Sterbehilfe

Georg Marckmann

Der medizinische Fortschritt, vor allem im Bereich der Intensivmedizin, erlaubt es in zunehmendem Maße, den Tod schwer kranker und leidender Menschen hinauszuschieben. Dabei herrscht weitgehende Einigkeit darüber, dass am Lebensende nicht alles, was die Medizin *kann*, auch tatsächlich durchgeführt werden *soll*. Das ethisch Richtige ergibt sich nicht aus dem technisch Möglichen. Damit stellt sich aber die Frage: Wann soll eine Behandlung, die das Leben noch weiter verlängern kann, abgebrochen werden? Erschwerend kommt hinzu, dass die betroffenen Patienten häufig nicht mehr äußerungsfähig sind und damit nicht für sich selbst entscheiden können. Überdies ist unsere Gesellschaft von einer zunehmenden Pluralität von Wertüberzeugungen und Lebensstilen geprägt, sodass wir bei der Bewertung lebenserhaltender Maßnahmen nicht mehr auf einen allgemein verbindlichen Konsens zurückgreifen können. Bei der Frage der Therapiebegrenzung am Lebensende, die der passiven Sterbehilfe zuzurechnen ist, handelt es sich um eine der häufigsten ethischen Problemkonstellationen, mit denen Ärztinnen und Ärzte in ihrem klinischen Alltag konfrontiert werden. Immer mehr Menschen sterben nicht plötzlich und unerwartet, sondern nach einer längeren Behandlungsphase aufgrund einer Entscheidung über den Abbruch lebensverlängernder Maßnahmen [1]. Der vorliegende Beitrag erörtert die ethischen Aspekte dieser Entscheidungen am Lebensende und versucht eine strukturierte Entscheidungsfindung aufzuzeigen. Es geht hier – und dies sei ausdrücklich betont – um den Abbruch einzelner, konkreter lebensverlängernder Maßnahmen (z. B. assistierte Beatmung, Chemotherapie, Antibiotikatherapie) und keinesfalls um den Abbruch *aller* ärztlichen Bemühungen. Im Gegenteil: Palliativmedizinische und pflegerische Maßnahmen, die neben der Linderung von belastenden Symptomen wie Schmerzen, Atemnot oder Erbrechen vor allem auch die menschliche Begleitung im Sterben umfassen, sollten selbstverständlich immer fortgesetzt werden, sofern die Patienten sie nicht ausdrücklich

ablehnen. Da die Differenzierung von aktiver und passiver Sterbehilfe immer wieder für Unklarheiten sorgt, seien zunächst die unterschiedlichen Formen der Sterbehilfe erläutert.

Formen der Sterbehilfe

Obwohl die moralische Relevanz der Unterscheidung zwischen aktiver und passiver Sterbehilfe philosophisch umstritten ist, prägt sie nach wie vor die öffentliche Diskussion und ist vor allem in Deutschland auch für die rechtliche Beurteilung maßgeblich. Unter einer *passiven* Sterbehilfe versteht man das Unterlassen oder Abbrechen von lebensverlängernden Behandlungsmaßnahmen bei einem schwer kranken und aussichtslos leidenden Menschen. Dieses „passive“ Geschehenlassen des Sterbens kann auch in einem „aktiven“ Abstellen eines Beatmungsgerätes bestehen. Von einer *aktiven* Sterbehilfe spricht man hingegen, wenn durch ein (aktives) Eingreifen in den Sterbeprozess der Todeseintritt beschleunigt wird, z. B. durch die Gabe eines hoch dosierten Medikamentes. In Abhängigkeit von der Handlungsintention kann man darüber hinaus zwischen direkter und indirekter (aktiver) Sterbehilfe unterscheiden. Bei der *direkten* Sterbehilfe wird die Lebensverkürzung als primäres Ziel einer Intervention angestrebt, während bei der *indirekten* Sterbehilfe die Lebensverkürzung als unvermeidbare Nebenfolge einer medizinisch notwendigen Behandlungsmaßnahme lediglich in Kauf genommen wird. In Verbindung beider Dimensionen, aktiv-passiv und direkt-indirekt, unterscheidet man üblicherweise drei Formen der Sterbehilfe: Die (direkte) *aktive* Sterbehilfe, die *indirekte* (aktive) Sterbehilfe und die *passive* Sterbehilfe, wobei die Bezeichnungen in Klammern meist weggelassen werden. Die aktive Sterbehilfe (Tötung auf Verlangen) ist in Deutschland strafrechtlich verboten, die indirekte und passive Sterbehilfe hingegen erlaubt. Die Mitwirkung des Arztes bei der Selbsttötung widerspricht nach den Grundsätzen der Bundesärztekammer dem ärztlichen Ethos und kann strafbar sein [2]. Der vorliegende Beitrag verfolgt die Kontroverse um die moralische – und auch

rechtliche – Zulässigkeit der aktiven Sterbehilfe nicht weiter (zur Übersicht vgl. [3], Kapitel 8), sondern widmet sich den ethischen Entscheidungsproblemen, die sich im Rahmen der passiven Sterbehilfe ergeben. Besondere Berücksichtigung soll dabei auch die Frage der künstlichen Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr finden.

Ethische Voraussetzungen ärztlichen Handelns

Bevor man sich der Frage des Abbruchs lebensverlängernder Maßnahmen zuwendet, erscheint es sinnvoll, zunächst allgemein zu klären, unter welchen Bedingungen es überhaupt ethisch – wie übrigens auch rechtlich – legitim ist, eine diagnostische oder therapeutische Maßnahme durchzuführen: Was sind die notwendigen ethischen Voraussetzungen ärztlichen Handelns? Drei Bedingungen sind hier zu nennen, die sich von den ethischen Grundprinzipien ärztlichen Handelns ableiten [4, 5]:

- (1) Die Maßnahme muss medizinisch indiziert sein, d. h. sie sollte einen Nutzen bzw. insgesamt mehr Nutzen als Schaden für den Patienten erwarten lassen.
- (2) Der Patient muss, nach entsprechender Aufklärung, in die Durchführung der Maßnahme eingewilligt haben – von den bekannten Ausnahmen abgesehen, wie die Notfallbehandlung bewusstloser Patienten oder Zwangseinweisungen in der Psychiatrie.
- (3) Als weitere Bedingung ist erforderlich, dass die Maßnahme „*lege artis*“, also nach den Regeln der ärztlichen Kunst bzw. nach dem aktuellen Wissensstand ausgeführt wird.

Wann soll nun eine lebensverlängernde Maßnahme abgebrochen oder gar nicht erst aufgenommen werden? Die Antwort lässt sich aus den ethischen Grundbedingungen ärztlichen Handelns ableiten: Genau dann, wenn zumindest eine der ersten beiden Voraussetzungen *nicht* erfüllt ist, d. h. wenn (a) die Maßnahme keinen Nutzen oder insgesamt mehr Schaden als Nutzen für den Patienten erwarten lässt – damit wäre die erste Bedingung nicht erfüllt –, oder wenn (b) der Patient eine Weiterbehandlung ablehnt, womit die zweite Bedingung nicht erfüllt wäre.

Redaktion:
Prof. Dr. med. Dr. phil. Urban Wiesing,
PD Dr. med. Georg Marckmann,
Universität Tübingen,
Institut für Ethik und Geschichte der Medizin,
Schleichstraße 8,
72076 Tübingen

Ist damit das Entscheidungsproblem gelöst? In allgemeiner Form sicher schon, aber die Schwierigkeiten ergeben sich – wie so oft – bei der konkreten Anwendung im Einzelfall. Drei Problemstellungen möchte ich erwähnen: (1) Es ist häufig eben gerade ungewiss oder umstritten, ob der Patient von einer weiteren Lebensverlängerung noch einen Nutzen hat (*Problem der Nutzlosigkeit*). (2) In vielen Fällen kann der Patient sich nicht mehr selbst äußern, sodass unklar bleibt, welche Vorgehensweise seinem Willen entspricht (*Problem der stellvertretenden Entscheidung*). (3) Darüber hinaus kann es Konflikte geben zwischen der Selbstbestimmung und dem Wohl des Patienten, wenn der Patient eine nach ärztlichem Ermessen nützliche Maßnahme ablehnt (*Problem der Therapieverweigerung*). Im dritten Fall ist – vor allem auch durch die Rechtsprechung – eine klare Abwägung vorgegeben: Der Wille des Patienten hat Vorrang vor seinem Wohl. Der Patient hat also das Recht, eine für ihn nützliche oder lebensverlängernde Behandlung abzulehnen. Allerdings umfasst das Selbstbestimmungsrecht keinen Anspruch auf die Durchführung nutzloser medizinischer Maßnahmen. Dies verweist wieder auf die erste Problemstellung, also die Frage, *wann* eine Maßnahme als nutzlos anzusehen ist. Das Problem der Nutzlosigkeit und das Problem der stellvertretenden Entscheidung seien im Folgenden näher erläutert.

Nutzlosigkeit medizinischer Maßnahmen

Zunächst ist zwischen Nutzen und Wirksamkeit zu unterscheiden. Eine Behandlung, wie zum Beispiel eine assistierte Beatmung, kann sehr wohl physiologisch wirksam sein, indem sie das Blut des Patienten ausreichend oxigeniert, hat aber möglicherweise für den Patienten keinen Nutzen mehr, wenn dieser das Bewusstsein irreversibel verloren hat oder wenn die Beatmung einen leidvollen Sterbeprozess nur verlängert. Relevant für die Frage des Behandlungsabbruchs ist der Nutzen und nicht die Wirksamkeit: Das Ziel ärztlichen Handelns ist es, dem Patienten zu nützen und nicht irgend einen physiologischen Effekt in dessen Körper zu erzielen. Bei der Abschätzung des Nutzens sind die verfügbare Evidenz aus klinischen Studien – im Sinne einer evidenzbasierten Medizin – oder evtl. einschlägige Leitlinien zu berücksichtigen. Dennoch bleibt in vielen Fällen eine erhebliche prognostische Unsicherheit bestehen, die die Entscheidungsfindung erschweren kann. Lässt sich der Nutzen einer Behandlung prospektiv nicht

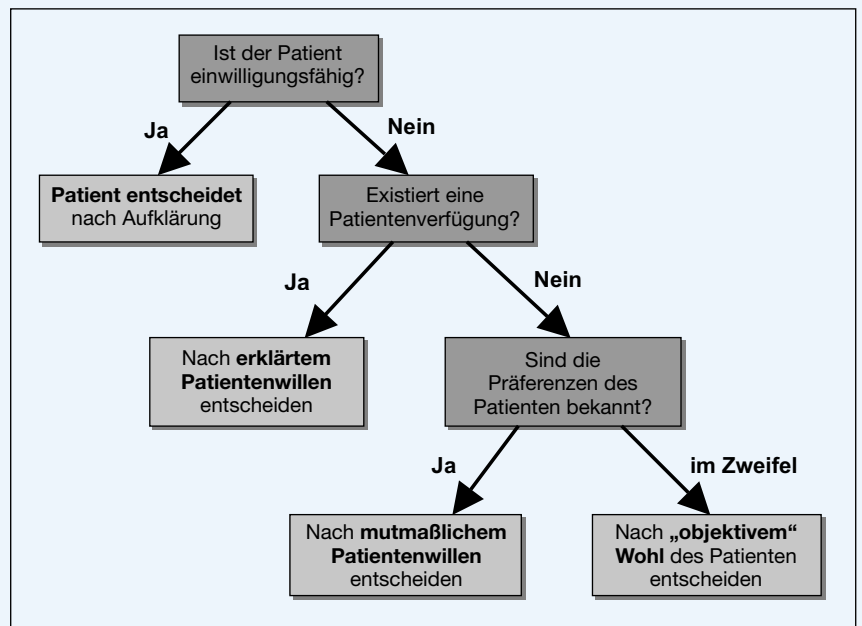


Abbildung 1: Mehrstufiges Vorgehen bei fehlender Einwilligungsfähigkeit

abschätzen, so erscheint es sinnvoll, die Behandlung zunächst zu beginnen, nach einer gewissen Beobachtungszeit den Nutzen erneut zu überprüfen und je nach Ergebnis die Behandlung dann abzubrechen oder fortzuführen. Ohne Zweifel ist der Abbruch einer lebenserhaltenden Therapie in vielen Fällen emotional belastender als der primäre Verzicht, da der dann einsetzende Sterbeprozess kausal enger mit dem eigenen Handeln in Verbindung gebracht wird. Moralisch erscheint der Abbruch gegenüber der Unterlassung hingegen mindestens gleichwertig, da die Entscheidung hinsichtlich der prognostischen Nutzenabschätzung im ersten Fall auf sichereren Füßen steht.

Wann ist nun eine Maßnahme nutzlos? Zwei verschieden weite Definitionen von Nutzlosigkeit sind zu differenzieren. Nach der *engen* Definition ist eine Maßnahme nutzlos, wenn sie keine physiologische Wirksamkeit besitzt, wenn der Patient auch mit Maximaltherapie nicht weiter am Leben erhalten werden kann, wenn die Therapiemaßnahme versagt hat oder wenn das angestrebte Therapieziel, z. B. die Heilung, mit der Maßnahme nicht mehr erreicht werden kann. In einem *weiteren* Sinne ist eine Maßnahme hingegen nutzlos, wenn nur geringe Erfolgsaussichten bestehen, wenn keine erstrebenswerten Behandlungsziele mehr erreichbar sind, wenn die Lebensqualität inakzeptabel ist oder wenn die Maßnahme voraussichtlich mehr Schaden als Nutzen für den Patienten bietet. Während es sich bei der Nutzlosigkeit im engeren Sinne um rein medizinisch-fachliche Urteile handelt, erfordert die Nutzlosigkeit im weiteren Sinne Bewertungen: Was ist

eine *geringe* Erfolgsaussicht? Wann ist die Lebensqualität als inakzeptabel zu bewerten? Und auch Nutzen und Schaden sind evaluative, d. h. wertende Begriffe.

Welche Konsequenzen ergeben sich nun für die Frage des Behandlungsabbruchs? Liegt eine Nutzlosigkeit im engeren Sinne vor, ist eine *einseitige* ärztliche Entscheidung zum Behandlungsabbruch gerechtfertigt, ja eigentlich sogar geboten. Die Entscheidung, ob eine Nutzlosigkeit im weiteren Sinne vorliegt, sollte man hingegen nach Möglichkeit dem Patienten selbst überlassen, da seine eigenen Präferenzen für die erforderlichen Bewertungen ausschlaggebend sein sollten. Damit sind wir bei der zweiten ethischen Problemstellung angelangt: Wie kann man entscheiden, wenn der Patient sich nicht mehr selbst äußern kann?

Stellvertretende Entscheidung

Sofern der Patient einwilligungsfähig ist – dies sei der Vollständigkeit halber noch einmal wiederholt –, sollte dieser selbst nach entsprechender Aufklärung über die medizinischen Maßnahmen entscheiden. Aber auch wenn der Patient sich nicht mehr äußern kann, bleibt sein Selbstbestimmungsrecht grundsätzlich erhalten. Man sollte also versuchen, auch den Willen eines nicht äußerungsfähigen Patienten so weit wie möglich zu berücksichtigen. Hier bietet sich ein mehrstufiges Entscheidungsverfahren an (vgl. Abbildung 1).

Nach Möglichkeit sollte zunächst auf den vorausverfügbaren, noch im einwilligungsfähigen Zustand *erklärten* Willen des Patienten zurückgegriffen werden. Dabei bestehen grundsätzlich

lich drei verschiedene Möglichkeiten einer vorsorglichen Willensbekundung [6]: In einer *Patientenverfügung* können Patienten für den Fall des Verlusts der Einwilligungsfähigkeit festlegen, ob und in welchem Umfang sie in einer bestimmten Krankheits-situation behandelt werden möchten. Mit einer *Vorsorgevollmacht* können sie eine oder mehrere Personen bevollmächtigen, Entscheidungen mit bindender Wirkung für sie zu treffen. Eine *Betreuungsverfügung* unterbreitet dem Vormundschaftsgericht Vorschläge zur Person des Betreuers und zur inhaltlichen Ausgestaltung der Betreuung. Die Verbindlichkeit von Patientenverfügungen hat der Bundesgerichtshof (BGH) in seiner Entscheidung vom 17. 03. 2003 bekräftigt (AZ XII ZB 2/03): Eine im einwilligungsfähigen Zustand getroffene Willensäußerung darf nicht durch Rückgriff auf den mutmaßlichen Willen „korrigiert“ werden, es sei denn, der Betroffene hat sich erkennbar von seiner früheren Verfügung distanziert oder die Sachlage hat sich nachträglich so erheblich verändert, dass sie von der früheren Erklärung nicht mehr abgedeckt ist. Allgemein sollte die Vorausverfügung eines Patienten umso größere Verbindlichkeit haben, je kürzer sie zurückliegt, je genauer der Patient die aktuelle oder eine vergleichbare Situation im Auge hatte und je gründlicher er sich mit der fraglichen Maßnahme auseinandergesetzt hatte.

In der Mehrzahl der Fälle wird man jedoch nicht auf eine Patientenverfügung zurückgreifen können. In diesem Fall lautet die Frage: Ist etwas über die individuellen Präferenzen, Wertüberzeugungen und Lebenseinstellungen des Patienten bekannt? Wenn ja, kann man versuchen, aus diesen den *mutmaßlichen Willen* des Patienten zu rekonstruieren. Hierbei können Gespräche mit den Angehörigen und engen Bezugspersonen hilfreich sein. Allerdings darf man die Schwierigkeiten dabei nicht unterschätzen: Mutmaßungen über den Patientenwillen bleiben immer spekulativ und folglich mit einer gewissen Irrtumswahrscheinlichkeit behaftet [7].

Im Zweifelsfall oder wenn Hinweise auf den mutmaßlichen Willen des Patienten vollkommen fehlen, kann sich die Entscheidung nur an allgemeinen Wertvorstellungen, d. h. am „objektiven Wohl“ des Patienten orientieren. Auf der Grundlage einer sorgfältigen Abschätzung von Nutzen und Risiken für den Patienten gilt es abzuwägen, ob die Fortsetzung der lebensverlängernden Maßnahmen als legitimationsbedürftiger Eingriff die Interessen des Betroffenen fördert – im Sinne ei-

ner „objektiven Interessenabwägung“ [8]. Vor allem in Grenzfällen kann dies jedoch schwierig sein, da man in der heutigen pluralistischen Gesellschaft nicht mehr ohne weiteres auf einen allgemein verbindlichen Wertekonsens zurückgreifen kann. Es erscheint deshalb sinnvoll, mehrere Personen in den Entscheidungsprozess einzubeziehen, um eine möglichst breite Vielfalt unterschiedlicher Perspektiven berücksichtigen zu können. Vor allem in Konfliktfällen kann es sinnvoll sein, ein klinisches Ethikkomitee

Der Autor

Priv.-Doz. Dr. med. Georg Marckmann, MPH, studierte Medizin und Philosophie an der Universität Tübingen und Public-Health



an der Harvard Universität in Boston/USA.

Er war Stipendiat im Tübinger Graduiertenkolleg „Ethik in den Wissenschaften.“ Seit 1998 lehrt und forscht er am Institut für Ethik und Geschichte der Medizin der Universität Tübingen, 2003 erfolgte die Habilitation für das Fach „Ethik in der Medizin“. Zu seinen Forschungsschwerpunkten gehören u. a. philosophische Grundlagen der Medizinethik, Verteilungsgerechtigkeit im Gesundheitswesen, ethische Entscheidungskonflikte am Lebensende und ethische Aspekte computerbasierter Entscheidungsunterstützung in der Medizin.

(KEK) beratend hinzuzuziehen [9]. Sofern der Patientenwille durch einen gerichtlich bestellten Betreuer vertreten wird und sich gegen eine *ärztlich gebotene* Maßnahme richtet, muss nach dem bereits erwähnten Urteil des BGH ein Vormundschaftsgericht überprüfen, ob der Behandlungsverzicht tatsächlich dem mutmaßlichen Willen des Patienten entspricht. Die Einwilligung des Betreuers entfällt von vornherein, wenn die Behandlung von ärztlicher Seite nicht (mehr) angeboten wird, da sie nicht (mehr) indiziert bzw. sinnlos geworden ist. Betrachtet man die verschiedenen Stufen der Entscheidungsfindung, so fällt auf, dass die Selbstbestimmung des Patienten „von oben nach unten“ immer weiter verblasst. Die letzte Stufe, die Entscheidungsfigur der objektiven Interessenabwägung, erinnert

stark an das traditionelle paternalistische Modell der Arzt-Patient-Beziehung, in der der Arzt fürsorglich für seinen Patienten entscheidet, welche Behandlung am besten ist. Hier wird deutlich, dass auch in einer Zeit, in der die Patientenautonomie zur obersten Richtschnur ärztlichen Handelns geworden ist, die ärztliche Fürsorge in Ausnahmefällen immer noch eine nicht unerhebliche Rolle spielt.

Künstliche Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr

Besonders kontrovers wird die Frage diskutiert, ob und ggf. unter welchen Umständen eine künstliche Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr, z. B. durch eine PEG (Perkutane endoskopische Gastrostomie) abgebrochen werden darf. Inzwischen scheint sich überwiegend die Meinung durchzusetzen, dass auch die künstliche Ernährung als lebenserhaltende Maßnahme und nicht als Basisbetreuung anzusehen ist. Nach den neu gefassten Grundsätzen der Bundesärztekammer zur Sterbegleitung gehört die Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr „nicht immer“ zur Basisbetreuung, „da sie für Sterbende eine schwere Belastung darstellen können“ [2]. Künstliche Ernährung ist damit nicht per se moralisch geboten, sondern bedarf der Rechtfertigung durch einen *Nutzen* für den Patienten – und der Legitimation durch den (mutmaßlichen) Patientenwillen. Häufig stellt sich die Frage der künstlichen Ernährung mittels PEG im Rahmen einer fortgeschrittenen Demenzerkrankung, bei der die Patienten die Nahrung verweigern oder ihr zumindest indifferent gegenüberstehen. In manchen Fällen können sie das Essen im Mund nicht mehr hinunterschlucken, sie leiden an einer sog. „oral phase dysphagia“. Welche Ziele werden mit einer Sondenernährung verfolgt? Sie soll Aspirationspneumonien verhindern, das Leben der Patienten verlängern und ihre Lebensqualität durch eine Leidensminderung verbessern. Lassen sich diese Ziele auch tatsächlich erreichen? Zwei Übersichtsarbeiten von Finucane et al. [10] und von Gillick [11] kommen zu dem Schluss, dass bislang ein überzeugender Wirksamkeitsnachweis für die Sondenernährung fehlt. Aspirationen lassen sich nicht verhindern, die Überlebensrate ist mit Sondenernährung nicht besser als ohne. Offenbar bewirkt eine Sondenernährung auch nicht immer eine Leidensminderung, im Gegenteil, die Autoren beschreiben auch negative Auswirkungen auf die Patienten. Weniger gravierend sind in der Regel lokale Komplikationen am Stoma. Vor allem bei dementen Patienten ist aber

oft auch eine Fixierung erforderlich, um zu verhindern, dass sich die Patienten die Sonde selbst entfernen. Überdies entfällt nicht selten die mit der oralen Ernährung verbundene Zuwendung. Es erscheint deshalb insgesamt fraglich, ob sich die angestrebten Behandlungsziele mit einer Sondenernährung tatsächlich erreichen lassen. Ist dies nicht der Fall, so handelt es sich um eine Nutzlosigkeit im engeren Sinne, die nicht auf einer Bewertung der Lebensqualität der betroffenen Patienten beruht (letzteres wäre Nutzlosigkeit im weiteren Sinne). Auch eine einseitige ärztliche Entscheidung zum Abbruch der Sondenernährung kann damit gerechtfertigt sein. In einer anderen empirischen Untersuchung wünschten nur 33 % entscheidungskompetenter Pflegeheimpatienten eine Sondenernährung, wenn sie an einer dauerhaften Gehirnschädigung leiden würden [12]. Darüber hinaus stellt sich die Frage, ob Patienten im Endstadium ihrer Erkrankung überhaupt noch Durst und Hunger leiden [13]. Mit zunehmender Dehydratation werden körpereigene Morphine freigesetzt, die das Leiden der Betroffenen lindern [14]. Diese Zusammenhänge mahnen insgesamt zu einer sehr sorgfältigen Indikationsstellung zur Sondenernährung. Hingegen sollte den Patienten regelmäßig Flüssigkeit und Nahrung oral *angeboten* werden.

Fazit

Wann dürfen bzw. sollen lebensverlängernde Behandlungsmaßnahmen abgebrochen werden? Zunächst wenn sie keinen Nutzen mehr für den Patienten bieten, wobei Nutzlosigkeit im engeren und Nutzlosigkeit im weiteren Sinne zu unterscheiden ist: Im ersten Fall handelt es sich um medizinisch-fachliche Urteile, die Ärzte auch einseitig fällen können, im zweiten Fall hingegen um Werturteile, die sich an den individuellen Präferenzen der Patienten orientieren sollten. Sofern der Patient nicht mehr selbst entscheiden kann, bietet sich ein mehrstufiges Vorgehen an. Zunächst ist der vorab erklärte Patientenwillen zu berücksichtigen, dann der mutmaßliche Patientenwillen und wenn sich dieser nicht rekonstruieren lässt, muss eine Entscheidung nach dem „objektiven“ Wohl des Patienten getroffen werden. Abschließend sei noch einmal betont, wie wichtig und für alle Beteiligten hilfreich eine frühzeitige Vorbereitung auf die Entscheidungssituationen am Lebensende ist, etwa durch rechtzeiti-

ge Gespräche mit Patienten und Angehörigen oder durch das Abfassen einer vorsorglichen Willensbekundung (Patientenverfügung)¹. Empirischen Studien zufolge besitzen nur etwa 10 % der Patienten eine Vor-ausverfügung, obwohl das Interesse an den Möglichkeiten grundsätzlich groß ist. Offenbar existiert hier noch ein weitgehend ungenutztes Potenzial, das dringend mobilisiert werden sollte: Nicht nur um der Autonomie der Patienten willen, sondern auch um die ärztlichen Entscheidungen über Abbruch oder Unterlassung lebensverlängernder Maßnahmen zu erleichtern.

Anschrift des Autors

Priv.-Doz. Dr. med. Georg Marckmann, MPH,
Universität Tübingen, Institut für Ethik und Geschichte der Medizin,
Schleichstr. 8,
D-72076 Tübingen,
E-Mail: georg.marckmann@uni-tuebingen.de

Literatur

- 1 van der Heide A, Deliens L, Faisst K, Nilstun T, Norup M, Paci E, et al. End-of-life decision-making in six European countries: descriptive study. *Lancet* 2003; 362 (9381): 345–50.
- 2 Bundesärztekammer. Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung. *Deutsches Ärzteblatt* 2004; 101 (19): A1298–99.
- 3 Wiesing U (Hg.). *Ethik in der Medizin*. Ein Reader. Stuttgart: Philipp Reclam jun.; 2000.
- 4 Marckmann G. Was ist eigentlich prinzipienorientierte Medizinethik? *Ärzteblatt Baden-Württemberg* 2000; 55 (12): 499–502.
- 5 Beauchamp TL, Childress JF. *Principles of Biomedical Ethics*. New York, Oxford: Oxford University Press; 2001.
- 6 Bundesärztekammer. Handreichungen für Ärzte zum Umgang mit Patientenverfügungen. *Deutsches Ärzteblatt* 1999; 96 (43): A-2720–21.
- 7 Emanuel EJ, Emanuel LL. Proxy decision making for incompetent patients. An ethical and empirical analysis [see comments]. *Jama* 1992; 267 (15): 2067–71.
- 8 Taupitz J. Die Situation des nicht äußerungsfähigen Patienten ohne (erreichbaren) Vertreter. In: *Verhandlungen des 63. Juristentages Leipzig 2000*. München: C. H. Beck; 2000. S. A36–51.
- 9 Schneiderman LJ, Gilmer T, Teetzel HD, Dugan DO, Blustein J, Cranford R, et al. Effect of ethics consultations on nonbeneficial life-sustaining treatments in the intensive care setting: a randomized controlled trial. *Jama* 2003; 290 (9): 1166–72.
- 10 Finucane TE, Christmas C, Travis K. Tube feeding in patients with advanced dementia: a review of the evidence. *Jama* 1999; 282 (14): 1365–70.
- 11 Gillick MR. Rethinking the role of tube feeding in patients with advanced dementia. *N Engl J Med* 2000; 342 (3): 206–10.
- 12 O'Brien LA, Grisso JA, Maislin G, LaPann K, Krotki KP, Greco PJ, et al. Nursing home residents' preferences for life-sustaining treatments. *Jama* 1995; 274 (22): 1775–9.
- 13 Printz LA. Terminal dehydration, a compassionate treatment. *Arch Intern Med* 1992; 152 (4): 697–700.
- 14 Post SG. Tube feeding and advanced progressive dementia. *Hastings Cent Rep* 2001; 31 (1): 36–42.

¹ Eine Broschüre mit Empfehlungen und Textbausteinen für die individuelle Abfassung einer Patientenverfügung hat das Bundesministerium der Justiz herausgegeben: <http://www.bmj.de/media/archive/734.pdf>