

Ende einer Heimbeatmung

Rechtliche, ethische und palliativmedizinische Aspekte

Von M. Thöns, G. Marckmann, K. Kutzer, M. Zenz

Der medizinische Fortschritt 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. Immer mehr Menschen sterben nicht plötzlich und unerwartet, sondern nach einer längeren Behandlungsphase aufgrund einer Entscheidung über das Beenden lebensverlängernder Maßnahmen [6]. Das Beenden einer Beatmung bei einem beatmungspflichtigen Patienten ist in der Regel nicht lange zu überleben, daher resultiert insbesondere hier bei Fragen um einen Therapieabbruch eine teils sehr emotional geführte Diskussion.

Wir berichten von der Begleitung eines Patienten nach jahrelanger Heimbeatmung und diskutieren die palliativmedizinischen, ethischen und rechtlichen Probleme im Umgang mit vorausverfügten Wünschen am Lebensende.

Demenz vom Alzheimerstyp, daneben unter einer schweren Kohlestaublunge mit fortschreitender respiratorischer Insuffizienz. Im Rahmen einer stationären Behandlung vor 21 Monaten wegen zunehmender Atemschwierigkeiten wurde er reanimationspflichtig. Hier wurde bereits eine zentrale Atemstörung bei Demenz diskutiert. Nach der Reanimation gelang es nicht mehr, den Patienten vom Respirator zu entwöhnen, er wurde nach zwei Monaten in eine heimambulante Beatmungssituation entlassen.

Es liegt eine Vorsorgevollmacht für die Ehefrau von 1997 vor, jedoch keine schriftliche Patientenverfügung. Der Patient hatte allerdings bereits vor etwa fünf Jahren vor der Familie etwa bei Fernsehberichten über Pflegeheime geäußert: „Ich möchte nie so krank im Bett liegen. Ich möchte nicht künstlich ernährt, auf keinen Fall beatmet werden. ... Ich möchte nicht mehr leben, wenn ich das alles ertragen müsste. Dann erschieße ich mich.“

Entgegen der Prognose der Ärzte von der Intensivstation lebte der Patient 15 Monate später immer noch. Zu dieser Zeit baten die Angehörigen um anästhesiologische Mitbetreuung, da die Respiratoreinstellung immer wieder zu qualvollen „Beatmungskonflikten“ führte.

Es gelang zunächst durch eine medikamentöse Behandlung, eine zufriedenstellende Symptomkontrolle zu erreichen. Bei fehlender Kommunikationsfähigkeit wurden Zeichen wie Unruhe, Schwitzen, Tränenlaufen oder Hyperventilation als Stresszeichen bewertet. In mehreren Gesprächen mit der Familie und dem betreuenden Pflegepersonal stellten sich stark divergierende Einstellungen über das weitere Vorgehen heraus. Die Meinungen gingen von „Beatmungsmaschine sofort ausstellen“ bis hin zu Maximaltherapie und ggf. notärztlicher Versorgung. Innerhalb der Familie bestand allerdings Einigkeit darüber, dass der Patient selbst ein Leben am Beatmungsgerät

FALLBERICHT

Der 61-jährige Steiger, litt seit etwa vier Jahren an einer fortschreitenden

Dr. med. Matthias Thöns, Praxis für Palliativmedizin, Bochum; Prof. Dr. med. Georg Marckmann, Institut für Ethik und Geschichte der Medizin, Tübingen; Klaus Kutzer, Vorsitzender Richter am Bundesgerichtshof a. D. und Leiter der Arbeitsgruppe „Patientenautonomie am Lebensende“ des BMJ; Prof. Dr. med. Michael Zenz, Klinik für Anästhesiologie, Intensiv-, Palliativ- und Schmerzmedizin, BG-Kliniken Bergmannsheil, Bochum

ZUSAMMENFASSUNG

Wir berichten über die palliativmedizinische Begleitung eines langzeitbeatmeten Patienten in häuslicher Umgebung und die schwierige Entscheidungsfindung zur Therapiereduktion und Einstellung lebensverlängernder Maßnahmen. Die sich hier ergebenden umfangreichen Pro-

bleme werden aus ethischer, rechtlicher und palliativmedizinischer Sicht diskutiert.

Schlüsselwörter: Langzeitbeatmung – Therapieabbruch – Passive Sterbehilfe – Therapien am Lebensende

Eingereicht 25.9.2007 – Revision akzeptiert 21.2.2008

nicht gewollt hätte. Man konnte sich aber nicht dazu durchringen, die Beatmungssituation grundsätzlich zu ändern.

Es erschien allen Beteiligten angemessen, zunächst auf eine Therapieausweitung zu verzichten (z. B. kein Notarzt, keine Antibiose). Da es Hinweise auf Schmerzen und Stress gab, wurde eine Opiattherapie begonnen.

Weitere sechs Monate später – immer wieder fanden Gespräche und Diskussionen um das Prozedere statt – häuften sich erneut die Beatmungsprobleme (Hustenattacken, Hyperventilationen), die trotz deutlich gesteigerter Morphindosis (540 mg/die) nur unzureichend beherrschbar waren. Auch nahmen die Gelenkkontraktionen erheblich zu, Dekubitalgeschwüre traten hinzu.

Nach Einholung einer rechtlichen Beratung beim zuständigen Vormundschaftsgericht und Durchführung einer ethischen Fallkonferenz wurde ein Konsens aller Beteiligten erzielt: Der Patient hätte unter den aktuellen Bedingungen eine Beendigung der Beatmung gewünscht.

Die vorsorgebevollmächtigte Ehefrau beantragte beim zuständigen Amtsgericht die Betreuung explizit auch für Maßnahmen nach § 1904 Abs. 2 BGB. Sie legte dem Schreiben die entsprechend lautende rechtliche und ethische Stellungnahme bei. Rasch erreichte sie eine sehr persönlich gefasste Antwort vom zuständigen Vormundschaftsrichter; dieser sah eine „formale Entscheidung über eine einzurichtende Betreuung“ für nicht erforderlich an. In der darauffolgenden Nacht kam es zu einem schweren Beatmungsproblem, beide Kinder waren hinzugekommen, offensichtlich war der Patient aufgrund starker Atemwegssekretion erheblich verschleimt. Diese Situation schätzten alle als unerträglich ein, neben den üblichen Maßnahmen der Atemwegspflege wurde eine sedierende Medikation zur Symptomkontrolle verabreicht.



Abb. 1: Maximaltherapie oder Beatmung einstellen: Wer entscheidet, wenn der Patient selbst nicht mehr dazu in der Lage ist?

Nun bestand bei der gesamten Familie Konsens, die Beatmung entsprechend dem Patientenwillen einzustellen. Unter symptomkontrollierender Gabe von Analgetika und Sedativa verstarb der Patient nach Beatmungseinstellung im Rahmen der zunehmenden respiratorischen Insuffizienz.

RECHTLICHE BEWERTUNG

Steht der Arzt vor der Frage, ob er bei seinem todkranken Patienten eine lebenserhaltende oder lebensverlängernde ärztliche Maßnahme – z. B. die künstliche Ernährung, die künstliche Beatmung, die antibiotische Behandlung einer Lungenentzündung – beginnen, fortsetzen oder beenden soll, so ist rechtlich danach zu unterscheiden, ob der Patient noch einwilligungsfähig ist oder nicht.

- **Einwilligungsfähig** ist der Patient, wenn er nach ärztlicher Aufklärung Bedeutung, Umfang und Tragweite der infrage stehenden Maßnahme oder deren Unterbleiben in den wesentlichen Grundzügen selbst beurteilen kann. Ist er in diesem Sinn in der konkreten Entscheidungssituation noch einwilligungsfähig, entscheidet er allein darüber, ob er den ärztlichen Vorschlag annimmt oder nicht.
- Ist der Patient dagegen **nicht mehr entscheidungsfähig**, entscheidet

für ihn sein Vertreter. Vertreter ist in der Regel der vom Vormundschaftsgericht bestellte Betreuer oder der vom Patienten mit einer schriftlichen Vorsorgevollmacht versehene Bevollmächtigte.

Der Vertreter des Patienten ist an den – z. B. in einer Patientenverfügung – erklärten Willen des Vertretenen oder bei fehlender oder ungenauer Willenserklärung an den mutmaßlichen Willen des Vertretenen oder, wenn auch dieser nicht festgestellt werden kann, allein an dessen Wohl gebunden.

Die Entscheidungsbefugnis des Vertreters ist nach der Rechtsprechung des Bundesgerichtshofs nicht deckungsgleich mit der des Patienten selbst. Verzichtet der Betreuer oder Bevollmächtigte auf medizinisch indizierte lebenserhaltende Maßnahmen, so ist dies nach der umstrittenen Rechtsprechung des Bundesgerichtshofs nur wirksam, wenn das Grundleiden des Patienten einen irreversiblen und tödlichen Verlauf angenommen hat. Dies bedeutet jedoch nicht, dass der Tod unmittelbar bevorstehen, also die Sterbephase schon begonnen haben muss. Schon 1991 hat der Bundesgerichtshof folgenden Leitsatz aufgestellt (Amtliche Sammlung BGHSt Bd. 37 S. 376): „Auch bei aussichtsloser Prognose darf Sterbehilfe nicht durch gezieltes Töten, sondern nur entsprechend

dem erklärten oder mutmaßlichen Patientenwillen durch die Nichteinleitung oder den Abbruch lebensverlängernder Maßnahmen geleistet werden, um dem Sterben – ggf. unter wirksamer Schmerzmedikation – seinen natürlichen, der Würde des Menschen gemäßen Verlauf zu lassen.“

Die Bundesärztekammer und deren zentrale Ethikkommission [14] weisen zutreffend darauf hin, dass weder die Autonomie noch die Gewissensfreiheit des Arztes zu Eingriffen in die körperliche Integrität des Patienten oder deren Fortsetzung berechtigen, die von dessen erklärter oder mutmaßlicher Einwilligung nicht mehr getragen sind.

Gerichtliche Genehmigungspflicht

In dem dargestellten Fall war der Patient offensichtlich nicht mehr einwilligungsfähig. Die Ehefrau hatte eine rechtswirksame Vorsorgevollmacht, die auch die Gesundheitsbetreuung umfasste. Deshalb war an sich die Einrichtung einer Betreuung überflüssig. Denn nach § 1896 Abs. 2 Satz 2 BGB ist eine Betreuung nicht erforderlich, soweit die Angelegenheiten des Volljährigen durch einen Bevollmächtigten ... ebenso gut wie durch einen Betreuer besorgt werden können.

Davon gibt es jedoch eine Ausnahme: Nach § 1904 Abs. 2 in Verbindung mit Abs. 1 BGB bedarf die Einwilligung des Bevollmächtigten in eine Heilbehandlung der Genehmigung des Vormundschaftsgerichts, wenn die begründete Gefahr besteht, dass der Patient aufgrund der Maßnahme stirbt oder einen schweren und länger andauernden gesundheitlichen Schaden erleidet [9].

Von der vormundschaftsgerichtlichen Genehmigungspflicht hat der Bundesgerichtshof aufgrund der ihm übertragenen Befugnis zur Fortbildung des Rechts eine Ausnahme eingeführt (Beschluss vom 17. März 2003, Amtliche Sammlung BGHZ Bd. 154 S. 205): Einer gerichtlichen Genehmigung

bedarf es danach dann nicht, wenn die Krankheit einen irreversiblen und tödlichen Verlauf angenommen hat und sich der behandelnde Arzt und der Betreuer bzw. der Gesundheitsbevollmächtigte darüber einig sind, dass die Einstellung der lebenserhaltenden Maßnahmen dem Willen des Patienten entspricht und unter Berücksichtigung dessen auch nicht mehr medizinisch indiziert ist.

Ergänzende Bestellung eines Bevollmächtigten zum Betreuer

Diese Voraussetzungen liegen in unserem Fall vor, sodass das Vormundschaftsgericht die Einstellung der künstlichen Beatmung nicht zu genehmigen brauchte. Von der gerichtlichen Genehmigungspflicht zu unterscheiden ist die ergänzende Bestellung eines Bevollmächtigten zum Betreuer, die das Amtsgericht hier offensichtlich nicht für erforderlich angesehen hat. Deshalb dürfte die im Konsens getroffene Entscheidung zur Einstellung der künstlichen Beatmung rechtmäßig sein. Denn wenn eine Fortsetzung der künstlichen Beatmung nicht mehr medizinisch indiziert war, darf der Arzt diese lebensverlängernde Behandlung durch ausschließlich palliative Maßnahmen ersetzen (Änderung des Behandlungsziels). Dies entspricht der Begrenzung seines Heilauftrags (vgl. BGHSt Bd. 32 S. 379/380). Auch ist das dem Patientenwillen entsprechende Unterlassen einer lebensverlängernden Behandlungsmaßnahme – sei es ein primärer Verzicht oder ein Abbruch – der passiven Sterbehilfe zuzurechnen und damit rechtlich zulässig.

ETHISCHE BEWERTUNG

Im vorliegenden Fall steht vor allem die Frage im Vordergrund, wann die lebensverlängernde Behandlung, hier die maschinelle Beatmung, bei dem Patienten beendet werden soll. Dabei ist zu berücksichtigen, dass eigent-

lich nicht erst das Beenden, sondern bereits die Durchführung medizinischer Maßnahmen der ethischen Rechtfertigung bedurfte. Allgemein müssen hierfür zwei Bedingungen erfüllt sein [6]:

- (1) Die Behandlungsmaßnahme muss medizinisch indiziert sein, d. h. sie sollte dem Patienten insgesamt mehr Nutzen als Schaden bieten (Indikation).
- (2) Der Patient muss, nach entsprechender Aufklärung, der Durchführung der medizinischen Maßnahme zugestimmt haben (Einwilligung).

Wann sollte eine Behandlungsmaßnahme beendet werden?

Die Antwort lässt sich aus den genannten ethischen Voraussetzungen ärztlichen Handelns ableiten: Genau dann, wenn eine der beiden Legitimationsbedingungen nicht erfüllt ist, d. h. wenn

1. die Maßnahme keinen Nutzen oder insgesamt mehr Schaden als Nutzen für den Patienten bietet oder wenn
2. der Patient eine Weiterbehandlung ablehnt.

Sofern ein Patient sich nicht mehr selbst äußern kann, ist zunächst auf den vorausverfügten Willen im Rahmen einer Patientenverfügung zurückzugreifen. Sofern keine Patientenverfügung vorliegt oder diese nicht auf die vorliegende medizinische Situation zutrifft, muss man versuchen, anhand früherer Äußerungen zu Präferenzen und Lebenseinstellungen zu rekonstruieren, wie der Patient in der vorliegenden Situation wohl selbst entschieden hätte (mutmaßlicher Patientenwille) [7].

Ad (1): Nutzen der Maßnahme

Die Frage nach dem Nutzen einer medizinischen Maßnahme ist zuerst zu beantworten, da bei einer im engeren Sinne nutzlosen Maßnahme (Maßnahme wirkungslos bzw. Behandlungsziel nicht mehr zu erreichen) auch die Notwendigkeit für eine Einwilligung

des Patienten entfällt: Der Patient hat nur einen Anspruch auf Maßnahmen, die medizinisch indiziert sind, d. h. die nach ärztlicher Einschätzung mehr Nutzen als Schaden für den Patienten erwarten lassen.

Der 61-jährige Patient litt seit etwa vier Jahren an einer Demenz vom Alzheimerstyp, einer bislang unheilbaren, chronisch fortschreitenden und letztlich zum Tod führenden Erkrankung. Als der Patient vor 21 Monaten reanimiert werden musste, war die Demenzerkrankung bereits so weit fortgeschritten, dass die behandelnden Ärzte seinerzeit überlegten, ob das Atemversagen nicht möglicherweise infolge einer Demenz im Terminalstadium auftrat. Ohne maschinelle Beatmung wäre der Patient bereits damals verstorben. Im Hinblick auf die erste Legitimationsvoraussetzung medizinischer Maßnahmen wäre damals zu fragen gewesen, ob der Patient von der Beatmung einen Nutzen hat. Nur dann wäre es gerechtfertigt, die lebensverlängernde Behandlungsmaßnahme durchzuführen.

Die physiologische Wirkung der Beatmung in Bezug auf eine Lebensverlängerung steht außer Frage. Der Nutzen der Maßnahme für den konkreten Patienten, der bereits bei Ansicht pflegebedürftiger Senioren im Fernsehen von einer für ihn unerträglichen Situation sprach, darf hier in Zweifel gezogen werden: Ein für diesen Patienten erstrebenswertes Behandlungsziel war bei der unaufhaltsam fortschreitenden Erkrankung nicht mehr zu erreichen.

Ad (2): Mutmaßlicher Wille des Patienten

Wenngleich der konkrete Fall nicht in einer Patientenverfügung beschrieben war, so konnten die Angehörigen des Patienten doch über frühere Äußerungen des Patienten berichten, nach denen er lebensverlängernde Maßnahmen wie eine Beatmung in der vorliegenden Situation abgelehnt hätte. Untersuchungen zeigen, dass vor allem

Präferenzen, die sich auf die Ablehnung lebensverlängernder Behandlungsmaßnahmen in der terminalen Krankheitsphase richten, in der Regel sehr stabil sind [4, 5].

Damit entfällt auch aus der Autonomie-Perspektive die Legitimation für die Durchführung einer maschinellen Beatmung.

Ethische Abwägung

Die Ergebnisse beider Fragestellungen – Nutzen für den Patienten und mutmaßlicher Wille – lassen sich nun wie folgt zusammenfügen: Angesichts der weit fortgeschrittenen Demenz mit Verlust der Kommunikationsfähigkeit und belastender, unzureichend kontrollierbarer Symptome erscheint der Nutzen lebensverlängernder Behandlungsmaßnahmen für den Patienten fraglich. Ein für den Patienten akzeptables Therapieziel war nicht mehr zu erreichen. Nimmt man nun noch den mutmaßlichen Patientenwillen hinzu, der sich nach übereinstimmender Einschätzung der Angehörigen gegen die Durchführung lebensverlängernder Maßnahmen richtet, erscheint ein Verzicht auf die Beatmung ethisch nicht nur vertretbar, sondern eigentlich geboten.

Wann ist der richtige Zeitpunkt?

Es bleibt die schwierige Frage, wann der richtige Zeitpunkt zum Einstellen der lebensverlängernden Behandlungsmaßnahmen gewesen wäre. Eventuell hätte man bereits bei der ersten Reanimation einen Behandlungsverzicht erwägen sollen.

Möglicherweise war es richtig, den Patienten zunächst zu beatmen, da die Ursache der Atemstörung und damit auch die Prognose des Patienten zum damaligen Zeitpunkt noch nicht sicher abzuschätzen war. In der Regel ist es psychologisch weniger belastend, den Patienten gar nicht erst zu intubieren und den „natürlichen“ Sterbeprozess zu begleiten, als eine Beatmung zu beenden. In ethischer Hinsicht ist das

Beenden einer Beatmung bei einem Patienten mit unklarer Prognose aber zu bevorzugen: Wenn man einen Behandlungsversuch unternommen hat, kann man besser beurteilen, ob der Patient von der Behandlung profitiert oder nicht.

Wenn ein Weiterleben dem Wohl und Willen des Patienten klar widerspricht, sollten auch konsequent alle lebensverlängernden Behandlungsmaßnahmen einschließlich Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr über eine PEG beendet werden [8].

PALLIATIVMEDIZINISCHES PROZEDERE

Neben der umfassenden symptomkontrollierenden Behandlung umfasst die palliativmedizinische Begleitung die Unterstützung und Beratung der Familie. Dabei sollte positiv kommuniziert werden. Vennemann zeigte, dass nur durch den Austausch der Worte „do not resuscitate“ gegen „allow natural death“ eine wesentlich höhere Akzeptanz zu erreichen ist [13].

Schmerztherapie

Eine fortgeschrittene Demenz führt zum Verlust der Kommunikationsfähigkeit. Hierdurch steigt das Risiko einer nicht hinreichenden Schmerztherapie oder Symptomkontrolle [3, 10, 12]. Basler empfiehlt als einfach durchzuführende Messmethode den BESD, einen Score unter Beurteilung von Atmung, negativer Lautäußerung, Gesichtsausdruck, Körpersprache und Reaktion auf Trost [1]. So sollte auch ein Demenzkranker bei Schmerzen nach dem WHO-Stufenschema eingestellt werden. Atemnot lässt sich am effektivsten unter Einsatz von Opioiden (für eine langfristige Einstellung) oder Benzodiazepinen (für kurzfristige Krisen) lindern. Das gilt in besonderem Maße für das Beenden einer Beatmung, die unter ausreichend symptomkontrollierender Gabe von Sedativa erfolgen sollte [11].

Begleitung für Behandelnde, Pflegende und Angehörige

Das Beenden einer lebensverlängernden Maßnahme bei einem nicht mehr entscheidungsfähigen Patienten ist für Behandelnde, Pflegende und Angehörige eine erhebliche psychische Belastung, die eine entsprechende Begleitung bzw. Supervision erfordert. Es muss betont werden, dass kein Arzt zur Einstellung oder zur Fortsetzung einer Therapie verpflichtet werden kann. Dies ist ebenso eine Gewissensentscheidung wie die des Patienten. Die Angehörigen sollten Auskünfte über frühere Äußerungen und Werthaltungen des Patienten geben, aus denen sich dann der mutmaßliche Wille des Patienten rekonstruieren lässt. Möglicherweise hätten die Angehörigen auch im vorliegenden Fall von ärztlicher Seite bereits vor Beginn der anästhesiologischen Mitbetreuung auf die Umsetzung des mutmaßlichen Patientenwillens hingeführt werden können. Aufgrund der Belastung für die Angehörigen erscheint es zu bevorzugen zu sein, wenn das Beenden von lebensverlängernden Behandlungsmaßnahmen durch den behandelnden Arzt durchgeführt wird.

Fazit und Ausblick

Der Deutsche Bundestag hat den von über 200 Abgeordneten aus den Reihen der SPD, der FDP, der Grünen und der Linken eingebrachten Entwurf eines

3. Gesetzes zur Änderung des Betreuungsrechts (BT-Drs. 16/8442) am 26. Juni 2008 in erster Lesung beraten. Dieser interfraktionelle Gesetzentwurf will die Patientenverfügung als Rechtsinstitut im Bürgerlichen Gesetzbuch verankern, und zwar im Betreuungsrecht. Er schreibt ihr rechtliche Verbindlichkeit zu, wenn sie auf die aktuelle Lebens- und Behandlungssituation zutrifft. Es ist dringend zu wünschen, dass die Beratungen noch in dieser Legislaturperiode zu einem erfolgreichen Ende geführt werden, um Patienten, Ärzten, Gerichten und anderen Beteiligten die notwendige Rechtssicherheit zu verschaffen. Insbesondere muss die Frage, wann das Vormundschaftsgericht eingeschaltet werden muss und wann auf lebenserhaltende Maßnahmen, etwa die künstliche Sondenernährung bei einem Komapatienten, verzichtet werden darf, aus dem Zwielicht unterschiedlicher medizinethischer Positionen genommen und klar gesetzlich geregelt werden.

Termination of respiration of a nursing home resident – judicial, ethical and palliativ medical aspects

Keywords: Long term respiration – Termination of life-sustaining measures – Passive ending of another persons life – Treatment at the end of life

LITERATUR

1. Basler, H. D., Hüger, D., Kunz, R., et al.: Beurteilung von Schmerz bei Demenz (BESD). *Schmerz* 20 (2006), 519–526.
2. Brochet, B., Michel, P., Barberger-Gateau, P., Dartigues, J.: Population-based study of pain in elderly people: a descriptive survey. *Age Ageing* 27 (1998), 279–284.

3. Closs, S., Barr, B., Briggs, M.: Cognitive status and analgesic provision in nursing home residents. *Br. J. Gen. Pract.* 54 (2004), 919–921.
4. Danis, M., Garrett, J., Harris, R., Patrick, D. L.: Stability of choices about life-sustaining treatments. *Ann. Intern. Med.* 120 (1994), 567–573.
5. Emanuel, L. L., Emanuel, E. J., Stoeckle, J. D., Hummel, L. R., Barry, M. J.: Advance directives. Stability of patients' treatment choices. *Arch. Intern. Med.* 154 (1994), 209–217.
6. Marckmann, G.: Lebensverlängerung um jeden Preis? Ethische Entscheidungskonflikte bei der passiven Sterbehilfe. *Ärztblatt Baden-Württemberg* 59 (2004), 379–382.
7. Marckmann, G.: Patientenverfügungen. Vorsorge für das Ende des Lebens. *Ärztblatt Baden-Württemberg* 60 (2005), 332–336.
8. Marckmann, G.: PEG-Sondenernährung: Ethische Grundlagen der Entscheidungsfindung. *Ärztblatt Baden-Württemberg* 62 (2007), 23–27.
9. Meyer, in Jurgeleit (Hrsg.): *Betreuungsrecht, Kommentar* 2006, Rnd-Nr. 39 zu § 1904 BGB.
10. Proctor, W. R., Hirdes J.-P.: Pain and cognitive status among nursing home residents in Canada. *Pain Res. Manag.* 6 (2001), 119–125.
11. Schöch, H., Müller, M.: Juristische Stellungnahme zur Sterbehilfe bei amyotropher Lateralsklerose. *Z. Med. Ethik* 40 (1994), 321–326.
12. Scherder, E.: Low use of analgesics in Alzheimer's disease: possible mechanisms. *Psychiatry* 63 (2000): 1–12.
13. Vennemann, S. S., Narnor-Harris, P., Perish, M., Hamilton, M.: "Allow natural death" versus "do not resuscitate": three words that can change a life. *J. Med. Ethics* 34 (2008), 2–6.
14. Zentrale Ethikkommission der Bundesärztekammer: Selbstbestimmung und Fürsorge am Lebensende. Stellungnahme des Nationalen Ethikrats vom 30.3.2007. *Dtsch. Arztebl.* 104 (2007), A-891–896.

Für die Verfasser:

Dr. med. Matthias Thöns
Praxis für Palliativmedizin
Unterfeldstr. 9
D-44797 Bochum
www.palliativnetz-bochum.de
palliativnetz-bochum@email.de