

## Persistent vegetative state

# Verdursten lassen oder sterben dürfen?

Der Beitrag geht der Frage nach, ob es gerechtfertigt ist, bei Wachkoma die Sondenernährung einzustellen.

Matthis Synofzik<sup>1,2</sup>, Georg Marckmann<sup>1</sup>

Das Schicksal von Terri Schiavo hat wochenlang die Welt bewegt. Worin liegt das Besondere dieses Falles? Warum bleibt das Schicksal der vielen Wachkomapatienten in Deutschland von der Öffentlichkeit weitgehend unbeachtet, während dieser eine Fall weltweite Aufmerksamkeit erregt? Waren nicht viele der zugrunde liegenden ethischen Fragen in den letzten Jahrzehnten bereits ausgiebig erörtert worden? Das Besondere bei Terri Schiavo lag weniger in dem Fall an sich – sie befand sich seit 1990 in einem persistent vegetative state (PVS) – als vielmehr in dem Umgang mit ihm: Seit ihr Ehemann 1994 erstmals versucht hatte, eine antibiotische Therapie bei seiner Frau zu verweigern, begann eine Serie von Auseinandersetzungen, die zunächst vor Gerichten, dann aber immer mehr in der Öffentlichkeit stattfanden. Religiös motivierte Interessengruppen, ein Medienrummel, der vor manipulativem Einsatz von Videoaufnahmen und unsachlicher Rhetorik nicht Halt machte, und nicht zuletzt grotesk anmutende politische Interventionen ließen Terri Schiavo zu einem Symbol für fundamentalistische Grundüberzeugungen werden. Dass es sich dabei um einen einzigartigen, individuellen Menschen handelte, der eine eigene Lebensgeschichte und einen eigenen Willen hatte, geriet immer mehr in den Hintergrund (1). Nach der dreimaligen (!) Entfernung der Sonde fand dieser unwürdige Umgang mit Terri Schiavo schließlich durch ihren Tod ein Ende.

Im Zuge des politisch-medialen Spektakels wurden nicht nur viele bereits geklärte juristische Aspekte ignoriert (Präsident Bush gab am 20. März

sogar einen Erlass heraus, demzufolge bei einer erneuten Gerichtsentscheidung alle bisherigen Urteile zu diesem Fall explizit nicht berücksichtigt werden sollten [2]). Auch die argumentative Auseinandersetzung mit der ethischen Grundfrage trat in den Hintergrund: Ist es gerechtfertigt, bei Terri Schiavo die Sondenernährung zu beenden?

## Medizinische Hintergründe

1990 erlitt Schiavo einen Herzstillstand, aller Wahrscheinlichkeit nach ausgelöst durch eine extreme Hypokaliämie, die sich im Rahmen einer Bulimie entwickelt hatte. Die globale ischämische Hypoxie des Gehirns führte zu irreversiblen Schäden in den kortikalen Integrationszentren. In den folgenden Monaten zeigte sie keinen Hinweis auf höhere, kortikale Gehirnfunktionen, die neurologischen Untersuchungen ließen auf einen persistent vegetative state schließen (3). Die Diagnose PVS ist dadurch definiert, dass Patienten ihre bewusste Wahrnehmungs- und Empfindungsfähigkeit irreversibel verloren haben, während der Schlaf-Wach-Rhythmus erhalten bleibt, ebenso wie viele hormonelle beziehungsweise autonome Funktionen des Hypothalamus und Gehirnstamms. Die Patienten sind „awake but unaware“, wach, aber ohne Bewusstsein (4, 5). Im Deutschen spricht man deshalb auch von einem Wachkoma, ein Begriff, der terminologisch aber oft unscharf gebraucht wird.

Haben PVS-Patienten tatsächlich jegliche Fähigkeit zur bewussten Wahrnehmung verloren? Neuere funktionell-bildgebende Studien zeigen, dass bei PVS-Patienten – im Gegensatz zu Patienten im minimal conscious state (6) – zwar noch einzelne, isolierte kortikale Areale durch kognitive Stimuli erregt werden können, die jedoch völlig diskonnektiert voneinander arbeiten, sodass ein bewusstes Erleben selbst von basalen sensorischen Ereignissen als sehr unwahrscheinlich gilt (5). Das Verhalten von PVS-Patienten, einschließlich Mimik und emotional anmutenden Äußerungen wie Schreien, Lächeln oder Weinen, die auch in den Filmaufnahmen von Terri Schiavo zu beobachten waren, ist demnach wohl kaum Ausdruck eines korrespondierenden subjektiven Erlebens, sondern vielmehr eine subkortikale, instinktive Reflexantwort auf eine externe Stimulation (7). Legt man diese Befunde zugrunde, hatte Terri Schiavo die Fähigkeit zu einer bewussten Wahrnehmung verloren.

Zwei Einwände sind allerdings denkbar: Erstens könnte die Diagnose PVS falsch gestellt worden sein und es sich um eine Patientin mit einem erhaltenen minimalen Bewusstsein gehandelt haben. Insofern es ein Kontinuum unterschiedlich stark ausgeprägter, über die Zeit variabler Bewusstseinsbeschränkungen gibt, das von einer leichten Amnesie im Rahmen einer Gehirnerschütterung bis zum völligen Bewusstseinsverlust im Hirntod reicht, kann die Diagnosestellung im Einzelfall schwierig sein. Insbesondere gegenüber dem minimal conscious state lässt sich der PVS zuweilen nicht leicht abgrenzen. Aus diesem Grund wird nach dem Urteil vieler Neurologen die Diagnose PVS oft falsch gestellt (8–10). Auch bei Terri Schiavo kann ein diagnostischer Irrtum nicht mit letzter Sicherheit ausgeschlossen werden. Bis auf die zwei von den Eltern bestellten Gutachter bestätigten jedoch alle mit dem Fall befassten Neurologen die Diagnose PVS, auch die angerufenen Gerichte hatten hieran offenbar keine Zweifel (3). Insofern kann man wohl mit relativ großer Sicherheit davon ausgehen, dass sich die Patientin tatsächlich in einem PVS befand.

Zweitens könnte man skeptisch darauf verweisen, dass man aus prinzipiell

<sup>1</sup> Institut für Ethik in der Medizin, Universität Tübingen

<sup>2</sup> Abteilung Kognitive Neurologie, Hertie-Institut für Klinische Hirnforschung, Universität Tübingen

len erkenntnistheoretischen Gründen nie mit letzter Sicherheit wissen kann, ob ein PVS-Patient noch zu einem bewussten Erleben fähig ist (11). Trotz erheblicher Fortschritte in der neuronalen Bildgebung wird der direkte Zugang zu den subjektiv wahrgenommenen Bewusstseinsinhalten wohl immer verschlossen bleiben (12). Die verfügbaren wissenschaftlichen Erkenntnisse geben keinen Anhalt dafür, dass Patienten im PVS noch über eine bewusste Wahrnehmungsfähigkeit verfügen. Dabei ist in ethischer Hinsicht nicht die diagnostische Kategorie per se (zum Beispiel PVS) relevant, sondern vielmehr die konkreten Hinweise auf eine noch erhaltene bewusste oder wieder erreichbare Wahrnehmung. Den Befunden zufolge verfügte Schiavo nicht einmal über die Bedingung der Möglichkeit bewussten Erlebens: Neben der ausgeprägten Atrophie beider Gehirnhälften im CT wies vor allem das „flache“ EEG auf eine fehlende funktionale Aktivität der Großhirnrinde hin (3). Insofern bewusstes Erleben notwendig eine intakte kortikale Verarbeitung voraussetzt, muss davon ausgegangen werden, dass Terri Schiavo nicht mehr zu einer bewussten Wahrnehmung fähig war.

Eine weitere Frage ist für die ethische Bewertung relevant: War der Zustand von Schiavo irreversibel? Experimentelle Therapien mit hyperbarem Sauerstoff oder Vasodilatoren, wie sie von Schiavos Eltern gefordert wurden, blieben bislang einen wissenschaftlich über-

zeugenden Nachweis schuldig, dass sie den Zustand von PVS-Patienten verbessern können (3). Trotz einzelner Berichte in der Literatur und in den Medien ist selbst eine geringgradige Erholung von kognitiven und motorischen Funktionen nach einem Zeitraum von mehr als drei Monaten im hypoxisch-ischämischen PVS extrem selten (7). Aufgrund der ausgeprägten kortikalen Schädigung und dem seit 15 Jahren praktisch unveränderten Zustand erschienen bei Schiavo selbst Hoffnungen auf eine minimale Besserung unrealistisch.

Als normativer Ausgangspunkt für die ethische Bewertung des Abbruchs der Sondenernährung bei Terri Schiavo sollen die weithin akzeptierten Grundprinzipien ärztlichen Handelns dienen (13): Ärzte sollen den Patienten nutzen, ihnen keinen Schaden zufügen und ihren Willen respektieren. Demnach entfällt die ethische Verpflichtung zur Durchführung einer medizinischen Maßnahme, wenn diese dem Patienten keinen Nutzen oder mehr Schaden als Nutzen bietet und/oder wenn der Patient seine Einwilligung verweigert. Inzwischen setzt sich immer mehr die Auffassung durch, dass es sich bei der künstlichen Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr auch um eine medizinische Maßnahme handelt, die grundsätzlich legitimationsbedürftig ist. Wie die Grundsätze der Bundesärztekammer zur Sterbebegleitung betonen, gehört zwar das Stillen von Hunger und Durst zur jederzeit gebotenen Basisbetreu-

ung, aber „nicht immer“ die Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr (14). Es besteht folglich keine absolute Verpflichtung, das Leben eines Patienten mittels Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr unter allen Umständen aufrechtzuerhalten.

## Hätte Terri Schiavo einen Nutzen von der Fortsetzung der Ernährung gehabt?

Eine Maßnahme ist dann wirksam, wenn sie einen physiologischen Effekt erzielt. Einen Nutzen hat sie jedoch nur dann, wenn dadurch ein für den Patienten erstrebenswertes Ziel erreicht wird. Die Wirksamkeit ist also – vom Placebo abgesehen – eine notwendige, aber nicht hinreichende Bedingung für die Durchführung einer medizinischen Maßnahme. Bei Terri Schiavo steht die Wirksamkeit der Sondenernährung außer Frage, da sie über 15 Jahre hinweg einen ausreichenden Ernährungszustand und damit das Überleben der Patientin sicherstellte. Im Unterschied zu anderen neurologischen Erkrankungen, wie einer fortgeschrittenen Demenz (15–17), kann beim PVS durch dauerhafte Sondenernährung das Leben über längere Zeit erhalten werden, sofern keine Komplikationen wie Pneumonien oder Embolien eintreten (18).

Aber hätte die fortgesetzte Ernährung über die Wirksamkeit hinaus Terri Schiavo auch genützt? Diese Frage besitzt eine besondere ethische Brisanz und ist auch in Deutschland umstritten. Bei Patienten im PVS könnte man sehr grundlegend fragen, ob ein irreversibel bewusstloser Mensch überhaupt einen Nutzen von der Lebensverlängerung haben kann. Denn mit dem Bewusstsein verlieren die Betroffenen die Möglichkeit, sich in irgendeiner Weise zu ihrem Leben zu verhalten, sei es in positiver oder negativer Weise. Damit entfielen die Bedingung der Möglichkeit, überhaupt einen Nutzen aus der lebensverlängernden Behandlung ziehen zu können, und damit auch die Verpflichtung, diese Maßnahmen durchzuführen. Dabei ist aber die empirische Annahme vorausgesetzt, dass die PVS-Patienten tatsächlich zu keiner bewussten Wahrnehmung mehr fähig sind und dass an der Irreversibilität ihres Zustandes kein



Der Fall Schiavo gerät zum Medienereignis: Demonstranten fordern vor einem Hospiz in Pinellas Park in Florida, dass die 41-Jährige weiterleben darf.

Zweifel besteht. Die Infragestellung des individuellen Nutzens widerspricht nicht der Tatsache, dass viele Angehörige und Betreuende die Pflege von Wachkoma-Patienten als gewinnbringend und sinnvoll erleben und häufig eine intensive Beziehung zu den Betroffenen aufbauen.

Solange es aber keinen gesellschaftlichen Konsens darüber gibt, ob Patienten im PVS einen Nutzen aus ihrem Leben ziehen, sollten sich Entscheidungen über lebensverlängernde Maßnahmen nach Möglichkeit an den Präferenzen der Betroffenen orientieren. Damit verweist die Frage nach dem Nutzen einer Sondenernährung im PVS auf die Frage nach dem erklärten oder mutmaßlichen Patientenwillen. Auch die Grundsätze der Bundesärztekammer zur Sterbebegleitung fordern bei der Durchführung lebensverlängernder Maßnahmen bei Patienten im Wachkoma die „Beachtung ihres geäußerten Willens oder mutmaßlichen Willens“ (14). Der Bundesgerichtshof entschied in einem Urteil vom 13. September 1994 (1 StR 357/94, LG Kempten), dass der Abbruch der Sondenernährung bei einer Patientin im Wachkoma auf der Basis ihres mutmaßlichen Willens zulässig sei.

Käme man zu dem Schluss, Terri Schiavo hätte von der Lebensverlängerung mittels Sondenernährung keinen Nutzen gehabt, bliebe dennoch zu prüfen, ob der Ernährungsabbruch selbst, das heißt das Sterben durch den Entzug von Nahrung und vor allem Flüssigkeit, der Patientin geschadet hätte. Dies wäre dann der Fall gewesen, „wenn Hunger und Durst als subjektive Empfindungen“ nicht „gestillt“ worden wären (14), also wenn Schiavo strictu sensu verhungert oder verdurstet wäre, wie viele US-Politiker und Medien verkündeten. Die entscheidende Frage lautet deshalb: Leiden PVS-Patienten bei einer unzureichenden Nahrungszufuhr an Hunger- und Durstgefühlen? Dies erscheint sehr unwahrscheinlich, wenn man davon ausgeht, dass die Fähigkeit zu einer bewussten Wahrnehmung, die eine notwendige Voraussetzung für das Erleiden von Hunger und Durst darstellt, irreversibel erloschen ist. Damit würde Terri Schiavo durch die Beendigung der Sondenernährung keinen Schaden erleiden. Sofern man dennoch

eine vielleicht eher intuitiv motivierte Befürchtung hegt, den bildgebenden Verfahren könne der – indirekte – Nachweis einer noch erhaltenen minimalen Wahrnehmungsleistung entgangen sein, könnte man zum Beispiel durch die Gabe von Morphinen sicherstellen, dass die Patientin unter dem Nahrungs- und Flüssigkeitsentzug nicht leiden muss. Diese zugeführten Morphine würden die endogenen Morphine, die mit zunehmender Dehydratation freigesetzt werden (17), in der Linderung des postulierten Leidens ergänzen. Entgegen verbreiteter Intuitionen kann auch ein Sterben, das sich durch eine Dehydratation vollzieht, ein humaner Prozess sein (19, 20). Unabhängig davon bleibt jedoch zu prüfen, ob die Beendigung der Ernährung dem Willen von Terri Schiavo entsprach.

### Widerspricht die Beendigung der Ernährung dem Willen von Terri Schiavo?

Wenn, wie bei Schiavo, keine vorab erklärte Willensbekundung vorliegt, muss auf den mutmaßlichen Willen zurückgegriffen werden (14, 21). Dabei kommt den Angehörigen und engen Bezugspersonen eine wesentliche Rolle zu, weil sie Auskunft über frühere Äußerungen des Patienten und seine persönlichen Wertvorstellungen geben können. Der Fall Schiavo unterscheidet sich von den zwei spektakulären, juristisch und ethisch in extenso diskutierten PVS-Fällen Karen Quinlan (1976) und Nancy Cruzan (1990) darin, dass sich die Angehörigen über das weitere Vorgehen uneinig waren. Nachdem man drei Jahre lang mit etablierten und experimentellen Therapien vergeblich versucht hatte, Schiavos Zustand zu verbessern, akzeptierte ihr Ehemann schließlich die Diagnose PVS. Überzeugt davon, dass seine Frau nicht in einem solchen Zustand hätte leben wollen, setzte er sich in den folgenden Jahren – als ihr gesetzlicher Vertreter – für eine Beendigung der Sondenernährung ein. Terri Schiavos Eltern hingegen konnten dies offenbar nicht akzeptieren und gingen gerichtlich gegen die Entfernung der Ernährungssonde vor. Sie argumentierten dabei jedoch nicht mit einem anders lautenden mut-

maßlichen Willen, sondern bezweifelten die Richtigkeit der Diagnose PVS und behaupteten, es gäbe neue rehabilitative Therapieansätze, um Terris Zustand zu verbessern (2, 3). Ihr Bemühen war offenbar primär motiviert durch die Hoffnung, die Tochter nicht aufgeben zu müssen, und den dadurch begründeten Wunsch, alles Erdenkliche für sie zu tun. Angesichts der neurologischen Befunde und des 15-jährigen Verlaufs ohne Besserung muss man wohl annehmen, dass sich Terri Schiavo tatsächlich in einem irreversiblen PVS befand. Vor diesem Hintergrund erscheint die Hoffnung der Eltern auf Besserung eher unrealistisch, sodass sie kein hinreichender Grund sein kann, den mutmaßlichen Willen der Patientin nicht zu respektieren.

Die Rekonstruktion eines mutmaßlichen Willens bleibt allerdings immer spekulativ, vor allem bei Patienten, die in einem sehr jungen Alter ohne Vorankündigung in den Zustand einer irreversiblen Bewusstlosigkeit fallen. Alle Gerichte, die sich seit 1998, als der Ehemann erstmals die Beendigung der Sondenernährung beantragte, mit dem Fall Schiavo beschäftigten, kamen jedoch nach sorgfältiger Prüfung zu dem Schluss, dass der mutmaßliche Wille Terri Schiavos hinreichend sicher sei, um einen Abbruch der Sondenernährung zu rechtfertigen (2, 3). Im Vordergrund stand dabei nicht die Frage, ob das Leben für Terri Schiavo unter den Bedingungen eines PVS lebenswert ist oder nicht, sondern allein die Verpflichtung, den (mutmaßlichen) Willen der Patientin zu respektieren.

Der Fall Schiavo zeigt, wie wichtig es für ein würdevolles Sterben ist, die persönlichen Entscheidungen über die Fortsetzung lebenserhaltender Maßnahmen vor dem Zugriff durch eine breitere Öffentlichkeit und einer Instrumentalisierung durch gesellschaftliche Gruppen zu schützen. Geht man von der wissenschaftlich sehr wahrscheinlichen Annahme aus, dass Patienten im PVS zu keiner bewussten Wahrnehmung mehr fähig sind, stellt sich die Frage, ob eine Lebensverlängerung mittels Ernährungssonde für die Betroffenen noch einen Nutzen bietet. Eine hundertprozentige Sicherheit ist aus erkenntnistheoretischen Gründen jedoch nicht zu erreichen. Angesichts dieser Restunsicherheit und

dem fehlenden gesellschaftlichen Konsens über die Bewertung eines Lebens im PVS sollten sich Entscheidungen über die Fortsetzung lebensverlängernder Maßnahmen nach Möglichkeit an den Präferenzen der Patienten orientieren. Der vorab erklärte Wille, zum Beispiel im Rahmen einer Patientenverfügung, ist daher sehr wichtig. Möglicherweise hätte eine Patientenverfügung die Serie von Gerichtsprozessen im Fall Schiavo verkürzen können. Ob man damit auch die politischen und medialen Interventionen hätte verhindern können, bleibt unklar, da sich in ihnen ein fundamentaler gesellschaftlicher Dissens über die Frage der Lebensverlängerung bei PVS-Patienten manifestiert.

Aber auch im Einzelfall stoßen Voraussetzungen an ihre Grenzen: Nur wenige Menschen werden bereits in frühen Lebensjahren eine entsprechende Verfügung verfassen. Selbst wenn eine Vorausverfügung vorliegt, kann ihre Anwendung bei Entscheidungen zur Therapiebegrenzung dennoch problematisch sein. Denn es ist kaum möglich, die subjektiven Präferenzen für einen unbestimmten künftigen Zeitpunkt mit nur schwer einschätzbaren gesundheitlichen Einschränkungen und medizinischen Therapiemodalitäten so klar zu bestimmen und in einer Patientenverfügung schriftlich zu fixieren, dass Interpretationsprobleme bei der Anwendung durch stellvertretende Entscheidungsträger verlässlich vermieden werden (22). Offenheiten – und damit ethische Kontroversen – werden also bleiben. Hierfür sollten diesseits gerichtlicher Entscheide Institutionen wie zum Beispiel ein klinisches Ethik-Komitee vorhanden sein, um eine fallnahe Konfliktlösung zu erarbeiten, die das Wohlergehen und den (erklärten oder mutmaßlichen) Willen der betroffenen Patienten in angemessener Weise respektiert.

■ Zitierweise dieses Beitrags:  
Dtsch Arztebl 2005; 102: A 2079–2082 [Heft 30]



Die Zahlen in Klammern beziehen sich auf das Literaturverzeichnis, das beim Verfasser erhältlich oder im Internet unter [www.aerzteblatt.de/lit3005](http://www.aerzteblatt.de/lit3005) abrufbar ist.

Anschrift für die Verfasser:  
**Matthis Synofzik**  
Institut für Ethik und Geschichte in der Medizin  
Schleichstraße 8, 72076 Tübingen  
E-Mail: [M.Synofzik@gmx.de](mailto:M.Synofzik@gmx.de)

## Brisantes Forschungsprojekt

# Sterbehilfe bei Menschen im Wachkoma?

Spätestens seitdem das Schicksal von Terri Schiavo weltweit öffentliches Interesse erregt hat, wird auch in Deutschland verstärkt über den Umgang mit Menschen im Wachkoma debattiert. In der deutschen Bevölkerung wird die aktive Sterbehilfe mit deutlicher Mehrheit befürwortet (1). Für die Gesundheitsberufe liegen vergleichbare Einstellungsuntersuchungen kaum vor (2). Im Rahmen eines Forschungsprojektes an der Universität Witten/Herdecke wurde mit einem Fragebogen die Einstellung von Ärztinnen und Ärzten, von Krankenschwestern und -pflegern und von Altenpflegerinnen und Altenpflegern zur aktiven Sterbehilfe bei Menschen im Wachkoma untersucht (3). Die Fragebögen wurden im Oktober 2002 an sämtliche Krankenhäuser und Reha-Abteilungen versandt, die mehr als 15 intensivmedizinische Betten vorhielten oder eine Abteilung für Unfallchirurgie, Neurologie, Neurochirurgie oder Neuropädiatrie hatten. Überdies wurde der Fragebogen an alle deutschen Rehabilitationseinrichtungen für Wachkomapatienten verschickt.

Es beteiligten sich 2 652 Ärztinnen und Ärzte, 5 785 Krankenschwestern und -pfleger sowie 397 Altenpflegerinnen und Altenpfleger an der Untersuchung. Es zeigte sich, dass die meisten Befragten (54,88 Prozent) für eine Veränderung der Gesetzeslage in Deutschland nach niederländischem Vorbild und damit für die Legalisierung der aktiven Sterbehilfe votierten. Die Mehrheit (64,79 Prozent) war der Überzeugung, dass es unter bestimmten Umständen gerechtfertigt sei, das Leben eines Menschen im Wachkoma aktiv zu beenden. Die aktive Sterbehilfe an Menschen im Wachkoma wird häufiger von den pflegerischen Berufsgruppen befürwortet. 70,38 Prozent der Krankenschwestern und -pfleger sind der Überzeugung, dass es unter bestimmten Umständen gerechtfertigt ist, das Leben eines Menschen im Wachkoma aktiv zu beenden; bei den Ärztinnen und Ärzten ist diese Überzeugung mit 51,53 Prozent weniger ausgeprägt. Die Befürwortung ist signifikant häufiger bei Untersuchungsteilnehmern, die jung, konfessionslos, mit ihrer beruflichen Situation unzufrieden und erst seit kurzem im Beruf sind. Befragte aus den neuen Bundesländern, solche, die getrennt leben oder geschieden sind, plädierten häufiger für die aktive Sterbehilfe bei Menschen im Wachkoma als jene, die ein höheres Alter haben, konfessionell

gebunden, mit ihrer beruflichen Situation zufrieden sind und über eine längere Berufserfahrung verfügen. Die Befürwortung der aktiven Sterbehilfe fällt in den alten Bundesländern und bei verheirateten oder verwitweten Untersuchungsteilnehmern weniger deutlich aus.

Die Untersuchung liefert Belege dafür, dass die Einstellung zur aktiven Sterbehilfe in hohem Maße von patientenbezogenen und persönlichen Faktoren beeinflusst wird. Es lässt sich leicht erkennen, wie abhängig die individuelle Einstellung von „Umgebungseinflüssen“ ist, zum Beispiel von offen geführten Diskussionen über die „fortschrittliche Regelung in Holland“, über „Soziallasten“, die „Kostenexplosion im Gesundheitswesen“, „sinnloses Leiden“ oder das „uneingeschränkte Selbstbestimmungsrecht“ des Menschen. Und so bedarf es mit einiger Wahrscheinlichkeit auch in Deutschland nicht mehr allzu vieler Entwicklungsschritte zur Kürzung von Mitteln, Entwertung von alten und kranken Menschen, Verabsolutierung des Selbstbestimmungsrechtes – bis man zu der Überzeugung gelangt ist, dass es „human“ und „würdig“ ist, menschliches Leiden mit den Mitteln der Medizin „schnell und schmerzlos“ zu beenden. Dabei wird außer Acht gelassen, dass die Hospizbewegung und die Palliativmedizin längst den Beweis dafür erbracht haben, dass der Wunsch nach aktiver Sterbehilfe so gut wie gar nicht vorkommt bei Menschen, deren Schmerzen erträglich sind, die kompetent und menschlich therapiert und gepflegt werden und die in tragfähigen Beziehungen leben.

## Literatur

1. Helou A, Wende A, Hecke T, Rohmann S, Buser M, Dierks ML: Das öffentliche Meinungsbild zur aktiven Sterbehilfe. Dtsch med Wochenschr 2000; 125: 308–315.
2. Beine K: Sehen Hören Schweigen. Patiententötungen und aktive Sterbehilfe. Freiburg: Lambertus Verlag 1998.
3. Böttger-Kessler G: Die Einstellung von Ärzten und Pflegepersonen zur aktiven Sterbehilfe bei Menschen im Wachkoma. Inaugural Dissertation. Private Universität Witten/Herdecke 2004.

**Prof. Dr. med. Karl H. Beine**  
**Grit Böttger-Kessler**  
St. Marien-Hospital Hamm  
Lehrstuhl für Psychiatrie und Psychotherapie  
Universität Witten/Herdecke  
Knappenstraße 19, 59071 Hamm/Westfalen

### Persistent vegetative state

# Verdursten lassen oder sterben dürfen?

Der Beitrag geht der Frage nach, ob es gerechtfertigt ist, bei Wachkoma die Sondenernährung einzustellen.

Matthis Synofzik<sup>12</sup>, PD Dr. med. Georg Marckmann<sup>1</sup>

#### Literatur

- Hibbeler B (2005): Unwürdiges Spektakel. Dtsch Arztebl 2005; 102: A 861 [Heft 13].
- Annas GJ (2005): „Culture of Life“ Politics at the Bedside – The Case of Terri Schiavo. N Engl J Med. (in press; published at www.nejm.org on March 22, 2005)
- Quill TE (2005): Terri Schiavo – A Tragedy Compounded. N Engl J Med. (in press; published at www.nejm.org on March 22, 2005)
- Jennett B (2002): The vegetative state: medical facts, ethical and legal dilemmas. New York: Cambridge University Press.
- Laureys S, Owen AM, Schiff ND (2004): Brain function in coma, vegetative state, and related disorders. Lancet Neurol 3: 537–546.
- Giacino JT, Ashwal S, Childs N, Cranford R, Jennett B, Katz DI, Kelly JP, Rosenberg JH, Whyte J, Zafonte RD, Zasler ND (2002): The minimally conscious state: definition and diagnostic criteria. Neurology 58: 349–353.
- The Multi-Society Task Force on PVS (1994): Medical aspects of the persistent vegetative state (2). N Engl J Med 330: 1572–1579.
- Andrews K, Murphy L, Munday R, Littlewood C (1996): Misdiagnosis of the vegetative state: retrospective study in a rehabilitation unit. Bmj 313: 13–16.
- Childs NL, Mercer WN, Childs HW (1993): Accuracy of diagnosis of persistent vegetative state. Neurology 43: 1465–1467.
- Payne K, Taylor RM, Stocking C, Sachs GA (1996): Physicians' attitudes about the care of patients in the persistent vegetative state: a national survey. Ann Intern Med 125: 104–110.
- Bernat JL (1992): The boundaries of the persistent vegetative state. J Clin Ethics 3: 176–180.
- Synofzik M, Huber L, Wiesing U (2004): Philosophieren über die Rätsel des Gehirns. Eine Übersicht zur Neurophilosophie. Nervenarzt 75: 1147–1152.
- Beauchamp T, Childress J (2001): Principles of Biomedical Ethics, 5th Edition. New York, Oxford: Oxford University Press.
- Bundesärztekammer (2004): Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung. Dtsch Arztebl 2004; 101: A 1298–1299 [Heft 19].
- Finucane TE, Christmas C, Travis K (1999): Tube feeding in patients with advanced dementia: a review of the evidence. Jama 282: 1365–1370.
- Gillick MR (2000): Rethinking the role of tube feeding in patients with advanced dementia. N Engl J Med 342: 206–210.
- Post SG (2001): Tube feeding and advanced progressive dementia. Hastings Cent Rep 31: 36–42.
- Schmidt P, Dettmeyer R, Madea B (2000): Withdrawal of artificial nutrition in the persistent vegetative state: a continuous controversy. Forensic Sci Int 113: 505–509.
- Printz LA (1992): Terminal dehydration, a compassionate treatment. Arch Intern Med 152: 697–700.
- Ganzini L, Goy ER, Miller LL, Harvath TA, Jackson A, Delorit MA (2003): Nurses' experiences with hospice patients who refuse food and fluids to hasten death. N Engl J Med 349: 359–365.
- Marckmann G (2004): Lebensverlängerung um jeden Preis? Ärzteblatt Baden-Württemberg 9.
- Fagerlin A, Schneider CE (2004): Enough. The failure of the living will. Hastings Cent Rep 34: 30–42.