

Behandlungsabbruch bei Anorexie?

Online publiziert: 27. April 2010
© Springer-Verlag 2010

Die 18-jährige Frau W. ist seit zwei Monaten Patientin in der Universitätsklinik. Sie leidet an schwerer Anorexia nervosa. Der BMI lag bei Aufnahme bei $9,5 \text{ kg/m}^2$ (24 kg Körpergewicht). Bei sehr guter Adaptation des Körpers besteht zwar keine akute Lebensgefahr durch das Untergewicht, aber eine deutliche Gewichtszunahme und Stabilisierung des Allgemeinzustandes sind bisher nicht eingetreten. Sie wünscht nun die Verlegung in eine palliative Einrichtung. Aufgrund einer ebenfalls bestehenden Depression und einer Zwangsstörung bestehen Zweifel an ihrer Urteilsfähigkeit. Zudem ist die Patientin noch sehr kindlich und abhängig von ihren Eltern, die ihrerseits aber eine palliative Versorgung ablehnen.

Zur Vorgeschichte: Die Patientin erkrankte mit 11 Jahren an Anorexie. Ihre Eltern haben rasch für die ambulante und stationäre Behandlung ihres einzigen Kindes gesorgt. Bis zur jetzigen Einweisung hat Frau W. mehr als 10 Klinikaufenthalte hinter sich gebracht. Drei davon fanden in Spezialkliniken statt, wo sie wegen akuter Lebensgefahr zwangsernährt wurde. Teilweise wurde sie auch mit ihrer Einwilligung sediert und künstlich ernährt. Bei verschiedensten Therapieansätzen ist keine dauerhafte Besserung eingetreten. Trotz ihrer herausragenden Intelligenz schied die Patientin nach der 11. Klasse aus der Schule aus, weil sie den Stoff nicht mehr aufholen konnte. Einen Freundeskreis oder Hobbys hat sie nicht. Ihrer eigenen Aussage nach dreht sich ihr Leben seit Jahren nur noch um die Überwindung der Anorexie. Der Vater ist einflussreicher Politiker und sehr besorgt um die Tochter. Die Mutter hat ihren Beruf aufgegeben, um sich ganz ihrer Tochter widmen zu können. Frau W. gibt an, zu intelligent für die Therapeuten zu sein, keiner habe es bisher geschafft, sie zu durchschauen. Vor dem derzeitigen Aufenthalt war sie 8 Monate in einer Klinik, welche über einen Langzeitpflegebereich für psychiatrische Patienten verfügte. Ihr Gewicht stieg dort von 21 auf 24 kg. Dennoch war es zu einem Behandlungsstillstand gekommen, weil die Patientin die meisten therapeutischen Maßnahmen verweigerte. Nach wochenlangen Therapieversuchen wurde die Patientin zunehmend schwierig. Sie verhielt sich dem Klinikpersonal gegenüber aggressiv und ausfallend, so dass die Verlegung stattfand. In der Universitätsklinik wurde ein Ernährungsprogramm aufgestellt, zudem wurde die Behandlung der Zwangserkrankung und Depression versucht. Die Compliance der Patientin war schlecht, auch trickste sie, um höhere Werte auf der Waage zu erzielen. Frau W. willigte nach langen Gesprächen mit ihren Eltern in eine Sondenernährung ein. Nach 10 Tagen entschied die Patientin sich gegen die Fortführung. Es wurde überlegt, die Patientin zu sedieren

und auf der Überwachungsstation zu ernähren, bis ein stabiler Allgemeinzustand erreicht wäre. Die Patientin gab zunächst ihre Einwilligung, zog sie dann aber wieder zurück. Von einer Zwangssedierung wurde abgesehen, weil die behandelnden Ärztinnen und Ärzte der Überwachungsstation entschieden, die Patientin sei ohnehin nicht in einem körperlichen Zustand, der eine Lagerung unter Sedation zugelassen hätte. Die Patientin hielt keine der stets konsequent formulierten Absprachen der Ernährungstherapeuten und der Ärztinnen und Ärzte ein. Sie äußerte, lieber sterben zu wollen als sich weiterhin den Therapien zu unterziehen. Sie wolle unter keinen Umständen mehr zum Essen gezwungen werden, sondern sie wolle endlich mal ihre Ruhe haben, selbst wenn sie dafür den Tod in Kauf nehmen müsse. Die Eltern äußerten den Gegenwunsch, dass alles für die Tochter getan werden solle, um zumindest ein stabiles Gewicht zu erlangen. Sie berichteten, die Patientin sei bei höherem Gewicht weniger depressiv und zeige weit bessere Compliance. Sie baten das Behandlungsteam inständig darum, der Tochter zum höheren Gewicht zu verhelfen, damit überhaupt wieder eine therapeutische Beziehung möglich sei – notfalls mit Zwangsernährung. Bisweilen wurde vom Vater mit juristischen Schritten gedroht, sollte die Behandlung nicht fortgeführt werden. Die zuständigen Psychiaterinnen und Psychiater hielten die Patientin hinsichtlich der Entscheidung, die Behandlung abbrechen zu wollen und womöglich dabei zu sterben, für urteilsfähig. Ein externer Psychiater bestätigte diese Einschätzung. Die Pflegekräfte berichteten, die Patientin sei Meisterin der Manipulation. Der Wunsch, die Behandlung abzubrechen, sei schlicht die Auswirkung der Magersucht, und es wäre nicht richtig, diesem Wunsch nachzugeben. Allerdings sei die Patientin sehr anstrengend, und eine baldige Verlegung wäre zur Entlastung des Behandlungsteams wünschenswert. Die Patientin binde extrem viel Zeit und Energie, die anderen Patientinnen und Patienten verloren gingen. Unter Ausschluss der Eltern fanden drei „runde Tische“ mit den beteiligten Behandelnden, einem Ethischen Berater und der Rechtsabteilung des Klinikums statt. Während der Gespräche stellte sich heraus, dass die Patientin verschiedenen Personen unterschiedliche Dinge erzählte, und es kam innerhalb der diskutierenden Gruppe mehrfach zu heftigen Disputen.

Soll dem Wunsch der Patientin entsprochen werden, und soll sie in eine palliative Einrichtung verlegt werden?

Kommentar I zum Fall: „Behandlungsabbruch bei Anorexie?“

Verina Wild · Tanja Krones

Online publiziert: 31. März 2010
© Springer-Verlag 2010

Der Fall der jungen Patientin mit Anorexia nervosa demonstriert in eindrucksvoller Weise, was es bedeutet, einem moralischen Dilemma gegenüberzustehen.

Das *Fürsorgeprinzip* scheint nahezuiegen, die Patientin – ggf. auch unter Sedierung – zwangszuernähren. Die Anorexia nervosa weist insgesamt eine hohe Mortalität auf. Der BMI der Patientin ist extrem niedrig, vielfache Therapieversuche sind fehlgeschlagen. Die Wahrscheinlichkeit, dass die Patientin mittelfristig an ihrer Erkrankung stirbt, ist sicher als hoch einzuschätzen, wobei gemäß der Schilderung des Falles nicht unbedingt davon auszugehen ist, dass eine akute Gefahr für das Leben der Patientin besteht.

Die *Achtung vor der Autonomie* der Patientin, die sich mehrfach dafür ausspricht, „ihre Ruhe haben“ zu wollen, und daher „palliativ“ behandelt zu werden, spricht gegen die Fortführung einer Behandlung, die auf Normalisierung des Essverhaltens und Gewichtszunahme zielt.

Auch das *Prinzip der Gerechtigkeit* im Sinne einer Weiterbehandlung im Universitätsklinikum ist für die Frage, welcher therapeutische Weg eingeschlagen wird, von Bedeutung. Die Patientin bindet viele Ressourcen des Akutkrankenhauses, die anderen Patienten fehlen.

Nach zweimonatiger Behandlung zeigt sich kein richtungsweisender Behandlungserfolg, sondern eher eine Verschlechterung der Situation, so dass eine Verlegung der Patientin angedacht wird. Nur – wohin? Die Aufnahme in das Universitätsklinikum schien bereits eine Maßnahme „of last resort“ gewesen zu sein.

Die spezifische Fallkonstellation ist zudem mit einer hohen emotionalen Betroffenheit der Beteiligten und mit komplexen Beziehungskonstellationen verbunden, die auch vom Leser erspürt werden können: die Verzweiflung der Eltern, die emotionalen Konflikte im

V. Wild (✉)
Institut für Biomedizinische Ethik, Universität Zürich,
Pestalozzistr. 24, 8032 Zürich, Schweiz
E-Mail: wild@ethik.uzh.ch

T. Krones
Klinische Ethik, Universitätsspital und Universität Zürich, Zürich, Schweiz

Behandlungsteam, die extreme Belastung der Therapie für die Patientin. Alle Beteiligten kreisen um das Leben der Patientin, greifen ein, misstrauen sich teilweise gegenseitig – der Vater droht bereits mit juristischen Schritten – während die Patientin nur noch eines will: „in Ruhe gelassen zu werden“.

Ein Ausweg aus der Situation erscheint schwierig. Im Rahmen einer prinzipienethischen Abwägung wäre zu überlegen, wie die Konflikte zwischen den Prinzipien so abgewogen werden können, dass deren jeweilige Bedeutung in dem Fall genauer spezifiziert wird. Ziel wäre ein Konsens bezüglich einer bestmöglichen Realisierung der Prinzipien, der von der Patientin mitgetragen werden kann.

Bezüglich der Spezifikation des Prinzips der Autonomie ergibt sich die Schwierigkeit, wie dieses bei einer schwer anorektischen Patientin mit Depressionen und Zwangsstörungen zu verstehen ist. Die Literatur kommt hier zu keinem einheitlichen Schluss. Einige gehen davon aus, dass die freie Willensbildung aufgrund der Angst der Patientinnen vor dem Essen und dem von der Norm abweichenden Körperschema eingeschränkt ist. Die Ablehnung der – potentiell heilenden – Behandlung sei also am ehesten als ein Symptom der Erkrankung einzuschätzen, eine Zwangsbehandlung sei daher in Einzelfällen geboten.

Doch auch psychosomatisch-psychiatrische Erkrankungen wie die Anorexia nervosa können unheilbar und mit einer dauerhaft schlechten Lebensqualität verbunden sein. Verläuft trotz vieler Behandlungsversuche die Erkrankung chronisch, mehrfache Therapieebemühungen schlagen fehl, die Lebensqualität ist zunehmend schlecht, und die Patientinnen äußern sich immer wieder dahingehend, lebensverlängernde, potentiell kurative Therapien nicht mehr weiter fortführen zu wollen, so kann dies auch als eine wohlabgewogene Entscheidung im Hinblick auf eine Therapiezieländerung gelten. Eine solche Einschätzung liegt durch die behandelnden Psychiater in dem geschilderten Fall vor. Die Patientin wird dabei nicht als suizidal eingeschätzt, es ist nicht ihr Wunsch zu sterben, sondern ihr Ziel ist es „in Ruhe gelassen zu werden“, sie nimmt die Möglichkeit zu sterben jedoch als Nebenfolge in Kauf.

Eine Zwangsernährung ist in dem vorliegenden Fall nicht ohne Risiko. Die Behandlung muss zudem im Sinne der Freiheitsrechte verhältnismäßig sein, kann daher nur temporär und zur Abwehr einer unmittelbaren Gefahr eingesetzt werden. Der massive Eingriff in die Autonomie der Patientin könnte zudem dazu führen, dass die therapeutische Vertrauensbasis zerstört wird. Dabei könnte die mittelfristige Prognose schlechter werden als bei einer symptomorientierten Behandlung, die der Patientin zumindest vorübergehend überlässt, wann sie wie viel essen möchte. Hierdurch könnte auch der Druck, den die Patientin gemäß der Fallschilderung durch die langjährige Krankheitssituation und die engmaschige Fürsorge, immer wieder gepaart mit Zwangsbehandlungen, erlebt hat, sinken und bestenfalls ein Freiraum entstehen, welcher eigene Entscheidungen zum Leben erst wieder ermöglicht.

Ein aus unserer Sicht bestmöglich tragbares Konzept wäre es, die Patientin auf ihren Wunsch in eine Einrichtung zu verlegen, in welcher sowohl eine längerfristige palliative wie potentiell kurative Behandlung möglich wäre. Der Patientin sollten dort weiterhin verschiedene Behandlungsangebote (medizinisch, psycho-/familientherapeutisch) gemacht werden. Die Eltern sollten soweit mit einbezogen oder ausgeschlossen werden, wie dies von der Patientin selbst toleriert bzw. gewünscht wird und zu einem Therapieerfolg beitragen kann. Wichtig erscheint es, der Patientin deutlich zu machen, dass ihre Entscheidungen bezüglich einer auf Symptome orientierten Behandlung ernst genommen und gegebenenfalls vom Behandlungsteam mitgetragen werden, sie aber auch jederzeit revidiert werden können.

Kommentar II zum Fall: „Behandlungsabbruch bei Anorexie?“

Dagmar Schmitz · Jean-Philippe Ernst

Online publiziert: 20. April 2010
© Springer-Verlag 2010

In dem vorliegenden Fall geht es um den Wunsch einer 18-jährigen Anorexie-Patientin, die therapeutischen Maßnahmen zu beenden und in eine palliative Einrichtung verlegt zu werden. Diesem Wunsch kommt ein großes Gewicht zu. In eine Behandlungsentscheidung sollen sowohl das ärztlich-klinische Urteil als auch das Urteil des betroffenen Patienten über den Sinn einer bestimmten Maßnahme einfließen. Auch das klinische Urteil beruht nicht in seiner Gänze auf „medizinischen Fakten“, sondern hat bedeutende normative Anteile. Werturteile des individuellen Arztes aber dürfen – unter dem Tarnmantel der wissenschaftlichen Objektivität – nicht dazu benutzt werden, die Werturteile des Patienten zu missachten oder zu übergehen. Es erfordert daher eine besondere Vorsicht und Begründung, falls in Einzelfällen erwogen werden sollte, dem erklärten Wunsch einer Patientin nicht nachzukommen und – eventuell sogar mithilfe von Zwang – die medizinische Maßnahme durchzuführen. Das Selbstbestimmungsrecht gilt selbstverständlich auch für Menschen, bei denen eine psychische Krankheit diagnostiziert wurde. Auch eine solche Diagnose darf niemals dazu führen, dass eine Person kategorisch, ohne Bewertung des Einzelfalles als „nicht einwilligungsfähig“ eingestuft wird.

In dem vorliegenden Fall könnte aber einiges dafür sprechen, dem Wunsch der Patientin nicht nachzukommen und eventuell eine Zwangsbehandlung durchzuführen. Zunächst einmal ist im Hinblick auf das *klinische Urteil* anzumerken, dass eine weitere Therapie der Patientin keineswegs als aussichtslos einzustufen ist. Bei ungefähr 20% aller Anorexie-Patient(inn)en nimmt die Erkrankung einen chronischen Verlauf. Die Wahrscheinlichkeit dafür ist schwierig zu beurteilen und hängt von vielfältigen Faktoren ab. Als prognostisch ungünstig müssen im konkreten Fall sicherlich die psychiatrische Komorbidität und der bisherige schwere Krankheitsverlauf bewertet werden. Die Krankheitsdauer von bisher 7

D. Schmitz (✉)
Klinisches Ethik Komitee, Institut für Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin,
RWTH Aachen, Wendlingweg 2, 52074 Aachen, Deutschland
E-Mail: daschmitz@ukaachen.de

J.-P. Ernst
Institut für Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin, RWTH Aachen, Aachen, Deutschland

Jahren bei der 18-jährigen Patientin aber macht es noch sehr schwer, zu einer fundierten (negativen) Einschätzung der Prognose zu kommen. In der Literatur werden hierfür in der Regel ein 10- bis 15-jähriger Verlauf und ein höheres Lebensalter der Patienten gefordert. Die Situation der 18-jährigen Patientin ist also nicht durch die Abwesenheit jeglicher kurativer Therapieoptionen gekennzeichnet und deshalb nicht mit der von typischerweise palliativ behandelten Patient(inn)en gleich zu setzen.

Eine therapeutische Maßnahme in Richtung einer Zwangsernährung erscheint in Anbetracht des extrem niedrigen BMI der Patientin aus medizinischer Sicht aber nicht nur möglich, sondern auch dringend geboten, um der zumindest subakut lebensbedrohlichen Situation adäquat zu begegnen. Gegen alle medizinische Gebotenheit kann nun aus ethischer Sicht eingewendet werden, dass diese gegenstandslos ist, wenn sie nicht dem *Patientenwillen* entspricht. Niemand darf gegen seinen Willen medizinisch behandelt werden. Findet dies dennoch statt, werden damit grundlegende Rechte des Patienten verletzt, was juristisch als Körperverletzung zu bewerten ist. Lediglich ernsthafte Zweifel an der Fähigkeit der Patientin, ihre Situation und die Tragweite ihrer Entscheidung zu erkennen und ihre Entscheidung auf diesen Erkenntnissen zu begründen, können in Ausnahmefällen von schwerwiegendem Ausmaß eine Missachtung des geäußerten Patientenwillens als zulässig erscheinen lassen. Im Falle von Anorexie-Patient(inn)en werden häufig Zweifel an der Entscheidungskompetenz im Hinblick auf spezifische therapeutische Maßnahmen geäußert, da diese auf eine Gewichtszunahme zielen, welche die Patienten (dies ist das Kardinalsymptom der Erkrankung) unter allen Umständen vermeiden möchten. Zusätzlich gibt es Anhaltspunkte dafür, dass ein direkter (pathophysiologischer) Zusammenhang zwischen einem extrem niedrigen BMI und der Schwere des krankheitssymptomatischen Verhaltens besteht, was die Aussage der Eltern bzgl. der verbesserten Compliance der Tochter bei höherem Körpergewicht bestätigen würde. Weitere Zweifel an der Entscheidungsfähigkeit der 18-jährigen Patientin in dieser Frage „um Leben und Tod“ können durch ihre zusätzlichen psychischen Erkrankungen sowie dadurch geweckt werden, dass sie als „kindlich“ geschildert wird.

Vor allem aber sind Zweifel anzumelden, dass dieser vermeintliche Wunsch nach Palliation tatsächlich ein solcher ist. In der Fallbeschreibung erscheint er primär als Ablehnung eines Zwangs zur Kalorienaufnahme, was Symptom einer Magersucht ist. An keiner Stelle wird berichtet, die Patientin habe sich unter Abwägung ihrer schweren Krankheitsgeschichte dagegen entschieden, einen weiteren Behandlungsversuch zu unternehmen. Auch fehlt jeglicher Nachweis, dass dieser Wunsch nach Palliation schon in früheren, „gesünderen“ Phasen geäußert wurde, was ein Hinweis auf eine autonom getroffene, krankheitsunabhängige Entscheidung wäre. Der Wunsch, palliativ behandelt zu werden, kann hier von dem Symptom, nicht zunehmen zu wollen, nicht differenziert werden, es scheint das gleiche zu sein. Darüber hinaus gibt es Momente von Ambivalenz in der Fallbeschreibung der Patientin – nicht nur die Meinungsänderung bzgl. der Sondenernährung, sondern auch die unterschiedlichen Äußerungen gegenüber verschiedenen Angehörigen des Behandlungsteams und die Aussage, bislang habe es noch niemand geschafft, sie zu durchschauen, was auch als Hilferuf interpretiert werden könnte. Die Auswirkungen einer ärztlichen Zustimmung zur Palliativbehandlung sollten in einer solchen Situation nicht unterschätzt werden, könnte sie doch von der Patientin auch als Preisgabe der letzten Hoffnung interpretiert werden.

Dennoch haben nicht nur die aktuell behandelnden Psychiater, sondern auch ein hinzugezogener externer Kollege die Patientin als einwilligungsfähig im Hinblick auf die anstehende Entscheidung beurteilt. Wie ist mit diesem Widerspruch umzugehen? In jedem Fall entbindet auch eine derartige psychiatrische Begutachtung die behandelnden Ärzte nicht von ihrer Pflicht, den bei ihnen selbst vorhandenen Zweifeln an der Urteilsfähigkeit der Patientin nachzugehen. Können nicht alle Zweifel durch die Gutachten entkräftet werden,

ist die verantwortliche Ärztin verpflichtet, hier eine weitere Klärung voranzutreiben. Diese Pflicht wurde auch juristischerseits etwa in dem Urteil des OLG München vom 8.7.2004 bestätigt. Ein Internist wurde zur Zahlung von Schmerzensgeld und Haftung für materielle Schäden verurteilt, nachdem er es versäumt hatte, eine mit 30 kg extrem untergewichtige 19-jährige Anorexie-Patientin gegen ihren Willen intensivstationär überwachen und zwangs-ernähren zu lassen. Bei der Patientin liegt nun ein apallisches Syndrom vor, nachdem sie in der normalstationären Betreuung unbemerkt ins Koma gefallen war. Nach Ansicht des Gerichtes wäre es die Pflicht des Internisten gewesen, auf eine vormundschaftsgerichtliche Maßnahme hinzuwirken, auch wenn zu befürchten gewesen sei, dass die konsiliarisch hinzugezogene Psychiaterin die Situation hinsichtlich der Einwilligungsfähigkeit anders beurteilt hätte. Bei einem BMI unter 13 sei von einer akut lebensbedrohlichen Situation auszugehen, die grundsätzlich therapeutisch angegangen werden müsse.

Aus juristischer Sicht wäre es also in vorliegender Entscheidungssituation angeraten, auf jeden Fall zusätzlich eine vormundschaftsgerichtliche Einschätzung zu erbitten, um der ärztlichen Verpflichtung gegenüber dem Wohl der Patientin ausreichend nachzukommen. Aus ethischer Sicht muss das auch keineswegs als Stärkung des Benefizienzprinzips auf Kosten einer Schwächung des Autonomieprinzips bewertet werden. Der Respekt vor der grundsätzlichen Fähigkeit zur Selbstbestimmung, vor der Handlungsfähigkeit eines Menschen kann in dem vorgestellten Fall eigentlich nur dann voll zum Tragen kommen, wenn man der Patientin dazu verhilft, ein selbstbestimmtes Leben zu führen. Das bedeutet nicht, dass eine palliative Versorgung keine Option für die Zukunft sein kann. Wenn aber zum jetzigen Zeitpunkt Zweifel an der Fähigkeit zu selbstbestimmtem Handeln bestehen, dann muss es das Ziel ärztlichen Handelns sein, die Handlungsfähigkeit der Patientin erst einmal wieder herzustellen.