

# ETHISCHE ÜBERLEGUNGEN ZUR KÜNSTLICHEN ERNÄHRUNG DES STERBENDEN

**Dr. Giuliano Piccoliori**

## **Vorwort:**

Palliativmedizin beschäftigt sich ausschließlich mit Patienten, die auf spezifische medizinische Behandlungsmethoden nicht mehr reagieren und deren Krankheit zum Tode führt. Hauptziel palliativ-medizinischer Maßnahmen ist die Symptomkontrolle durch Behandlungsmethoden, die den Patienten unterstützen, ihn aber nicht heilen können. Palliativmedizin beschäftigt sich also zuerst mit dem Menschen, dann mit der Krankheit selbst. Im Vordergrund steht somit nicht das Überleben, sondern die Lebenserwartung des Kranken. Sie betrachtet das Sterben als einen natürlichen Prozess, der keinesfalls durch Übertherapien behindert werden sollte. Palliativmedizin gibt dem Patienten den erforderlichen Mut für die Selbstbestimmung, sowie die Entscheidungsfähigkeit, bringt psychologische und spirituelle Überlegungen in die Krankenpflege mit ein, unterstützt die Familienmitglieder des Patienten und gibt ihnen schrittweise Aufgaben in der Pflege desselben. Auf diese Weise nehmen Familienmitglieder allein schon durch ihre Anwesenheit eine wichtige Rolle neben dem Patienten ein und entwickeln so eine Art „Schutznetz“ rund um ihn herum. Öffentliche, private, soziale und familiäre Ressourcen werden so zu Gunsten des Patienten aktiviert.

Gemäß eines aus dem Jahr 1999 stammenden Dokumentes der italienischen Sonderkommission des Ministeriums, ist die Palliativmedizin durch folgende Merkmale gekennzeichnet:

- ◆ Die **Globalität** des therapeutischen Eingriffs: Der therapeutische Eingriff zielt auf die Steigerung der Lebensqualität des Restlebens ab, beschränkt sich nicht allein auf die Kontrolle der physischen Symptome, sondern lässt auch die psychologische, zwischenmenschliche, soziale und spirituelle Seite in die Therapie mit einfließen.
- ◆ Die **Aufwertung der Ressourcen** des Patienten und seiner Familie sowie des sozialen Umfeldes, in dem sie sich bewegen;
- ◆ Die **Vielfältigkeit** der professionellen und nicht-professionellen Personen, die mit der Pflege des Patienten beauftragt sind;
- ◆ Die Achtung der **Autonomie** und der **Werte** des Kranken;
- ◆ Die bestmögliche **Integration** sowie die volle **Einbindung** in das Netzwerk sanitärer und sozialer Dienstleistungen;
- ◆ Die **Intensität** der Behandlungen und der Pflege des Patienten, die prompt und wirksam auf die veränderten Bedürfnisse des Patienten reagieren müssen;

- ◆ Die **kontinuierliche Pflege** des Patienten bis zum Lebensende;
- ◆ Die **Qualität** der erbrachten Leistungen;

Die Tatsache, dass der Lebenserwartung des Patienten erste Priorität eingeräumt werden soll, bedeutet die Anerkennung der zentralen Rolle des Kranken im Rahmen der Behandlung und der Pflege. Keineswegs darf ein Urteil über die Lebenserwartung des Patienten „von außen“ kommen, sondern es geht ausschließlich darum, sich nur auf das zu stützen, was der Kranke fühlt und mitteilt.

### **Künstliche Ernährung des Sterbenden:**

Allen voran sei erwähnt, dass zur **künstlichen Ernährung** (Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr) unterschiedlichste Anschauungen bestehen:

Zum einen gibt es die *ontologische* Sichtweise, die die künstliche Ernährung als **Basisversorgung** bzw. als **verpflichtende Unterstützung** zugunsten des Patienten ansieht. Ausgehend von dieser Anschauung muss die künstliche Ernährung bis zum Lebensende des Sterbenden gewährleistet werden, unabhängig davon, ob er Hunger oder Durst empfindet, unabhängig von seiner Lebenserwartung, von den Auswirkungen auf seine Lebensqualität, vom Willen, den er kundtut bzw. in der Vergangenheit kundgetan hat (Patientenverfügung) oder der auf andere Weise nachvollziehbar ist. Dies ist die sogenannte *Sanctify-of-Life-Position* (SoL), die das Leben als ein unantastbares Gut betrachtet, das über allen Werten steht, etwas Heiliges ist. Mit anderen Worten, das menschliche Leben ist nicht als Wert in sich zu verstehen, sondern als ein von Gott oder von der Natur gegebener.

Im medizinischen Bereich besteht eine grundlegende Übereinstimmung darüber, dass künstliche Ernährung als ein **medizinischer Akt** bzw. ein **medizinischer Eingriff** anzusehen ist, der abgelehnt oder unterbrochen werden kann. Unterstützend zu dieser Aussage sei hervorgehoben, dass bei der künstlichen Ernährung Nahrung in Form einer chemischen Verbindung (eine Mischung aus Stoffen, die für das Überleben notwendig sind) verabreicht wird, die ausschließlich von Ärzten verschrieben und ausschließlich von Ärzten mittels einer Nasen-Magen-Sonde oder auf andere Weise (PEG oder Gastrostomie) in den Körper eingeflößt, und deren Konsequenzen im Verlauf ausschließlich von Ärzten kontrolliert werden können. Dort, wo Ernährung und Flüssigkeit auf diese Art und Weise verabreicht werden, geht es nicht mehr um verpflichtende Unterstützung, sondern um ärztliche Behandlung im weitesten Sinne.

Um nur einige von vielen Beispielen zu nennen: Hält man einen Blinden am Arm, ist dies ein Akt der Hilfeleistung und der Solidarität; behandelt man hingegen seine Sehorgane, handelt es sich um einen medizinischen Akt. Hilft man einem

Menschen mit motorischen Schwierigkeiten über die Straße, ist das ein Akt der Hilfeleistung und der Solidarität; setzt man hingegen eine Prothese an die Stelle seiner fehlenden Gliedmaßen, ist dies ein medizinischer Akt. Und genauso ist es bei der künstlichen Ernährung: Hilft man einem Menschen, der nicht mehr alleine essen und trinken kann, handelt es sich um einen Akt der Hilfeleistung; hilft man dagegen einem Menschen, der nicht mehr über den Mund Nahrung und Flüssigkeit aufnehmen kann, mittels einer Nasen-Magen-Sonde oder mittels anderer technischer Hilfsmittel seinen Nahrungs- und Flüssigkeitsbedarf zu decken, handelt es sich um medizinische Behandlung.

Diese These schreibt sich die *Quality-of-Life-Position* (QoL) auf die Fahne; es handelt sich um eine *aktualistische* Position, die einerseits versucht, das Leben umfassend zu schützen, sich andererseits aber dafür einsetzt, das absolute Verbot der Lebensunterbrechung zu umgehen. Daher unterscheidet sie menschenwürdiges und menschenunwürdiges Leben, aktives und dahinvegetierendes Leben und beruft sich dabei auf Kriterien wie Rationalität, Fähigkeit zu kommunizieren und zu interagieren; Kriterien also, die dem Menschen Würde verleihen. Das menschliche Leben hat einen umso größeren Wert, je stärker Funktionen wie Kommunikation, Bewusstsein über sich selbst und die eigene Persönlichkeit vorhanden sind.

Eine Variante dieser Position stellt den Sterbenden mit seinem Selbstbestimmungsrecht in den Mittelpunkt der ethischen Bewertung medizinischen Handelns. Dies ist die einzige Möglichkeit, eine einheitliche Moral für Menschen unterschiedlicher ethischer Visionen zu bilden. Ziel ist es, die Zustimmung aller Mitbeteiligten zu finden: vom Patienten, Arzt, den Familienmitgliedern und dem Pflegepersonal.

Beide Positionen setzen sich für den Schutz des Lebens ein, versuchen jedoch unannehmbares Leid zu vermeiden. Die SoL-Ethik befürchtet ein vorzeitiges Verkürzen des Lebens, die QoL-Ethik eine übertriebene Verlängerung des Lebens.

Eine dritte These besteht in einem Kompromiss der beiden erwähnten Positionen; diese könnte als „*Ethik der Kommunikation*“ bezeichnet werden. Der medizinische Akt wird mit der Arzt-Patient-Beziehung legitimiert. Beide, sowohl Arzt als auch Patient, befinden sich auf derselben Ebene unter Berücksichtigung der jeweiligen Kompetenzen. Der Patient befindet sich im Zentrum des Entscheidungsprozesses.

Der italienische deontologische Kodex (vom 3. Oktober 1998) zählt die künstliche Ernährung zu den *Pflichten des Arztes*. Unter Art. 3 heißt es „*Es ist die Pflicht des Arztes, menschliches Leben sowie den physischen und psychischen Zustand des Menschen zu schützen und unter Berücksichtigung der Freiheit und der Würde des Menschen Schmerzen zu lindern... Im weitesten Sinne ist die Gesundheit als die*

*Grundlage für physisches und psychisches Wohlbefinden des Menschen zu verstehen.“*

Daraus folgt die ärztliche Verpflichtung, den Patienten zu behandeln.

Unter Art. 14 heißt es *“der Arzt muss davon Abstand nehmen, unter allen Umständen eine medizinische Behandlung vorzunehmen, von der keine Besserung des Gesundheitszustandes des Patienten bzw. keine Erhöhung dessen Lebensqualität zu erwarten ist“*. Art. 32 hebt zudem hervor, dass aufgrund des Selbstbestimmungsprinzips eines jeden Menschen, jede medizinische Behandlung, einschließlich der künstlichen Ernährung, dem „informed consent“ unterliegt, *„da keine medizinische Behandlung ohne den Willen des Patienten vorgenommen werden darf.“* Unter Art. 37 heißt es, dass *„im Falle von unheilbaren terminalen Krankheiten der Arzt sein Wirken auf die moralische Unterstützung sowie auf Therapien zur Linderung der Schmerzen beschränken muss und den Patienten dahingehend behandeln muss, dass seine Lebenserwartung im Rahmen des Möglichen gesteigert wird.*

*Im Falle von Bewusstseinsverlust des Patienten ist der Arzt dazu verpflichtet, die lebensunterstützende Therapie solange fortzuführen, solange sie als vernünftig angesehen wird.“*

Laut Weltgesundheitsorganisation (WHO) heißt es in einem vor kurzem veröffentlichten Dokument mit dem Titel „Kontrolle der Symptome bei terminalen Krankheiten“ unter dem Abschnitt der künstlichen Ernährung: *„Die intravenöse Ernährung ist bei terminalen Patienten nicht geeignet. Sie führt weder zu einer Gewichtszunahme noch verlängert sie das Leben. Die enterale Ernährung mittels Sonde (Nasen-Magen-Sonde, Gastrostomie, Jejunumstomie) spielt bei der terminalen Krankheit eine verschwindend kleine Rolle. Sie sollte ausschließlich bei Patienten angewandt werden, die einen eindeutigen Nutzen davon haben. Die künstliche Ernährung sollte bei Sterbenden nicht herangezogen werden.“*

Es ist wichtig, dass Ärzte und Pflegepersonal in der Indikation von lebensunterstützenden Maßnahmen bei terminalen Patienten besondere Vorsicht walten lassen. Diese Maßnahmen werden in der terminalen Phase nur dann angewandt, wenn der Patient dieser Entscheidung zustimmt. Sollte er dazu jedoch nicht mehr imstande sein, können solche Maßnahmen erst nach reichlicher Überlegung bezüglich einer steigenden Lebenserwartung des Patienten getroffen werden.

Jeder Eingriff, der darauf abzielt, die Qualität der Nahrungsaufnahme beim Kranken zu verbessern bzw. die Nahrungsaufnahme wieder herzustellen, darf Sinn und die Aufgaben der Palliativmedizin nie aus den Augen verlieren. Vor diesem Hintergrund ist es sehr wichtig, die Prioritäten des Kranken in den absoluten Vordergrund zu schieben. So machen invasive Eingriffe bei einem Patienten mit einer guten Lebenserwartung Sinn; bei Patienten, deren Krankheit sich bereits in

der terminalen Phase befindet und deren Zustand sehr schlecht ist, hingegen keinen.

In der Praxis ist es oft sehr schwierig, diesen Empfehlungen nachzukommen. Es gibt nämlich keine sicheren Daten, die darauf hinweisen, wann die künstliche Ernährung Sinn macht, d. h. wann sie für den Sterbenden effektiv Nutzen bringt und seine restliche Lebenserwartung sichtlich verbessert. Zudem ist es oftmals sehr schwierig, eine Prognose zu stellen bzw. die Lebenserwartung des einzelnen Patienten zu bestimmen, auch wenn die künstliche Ernährung die Situation des Patienten verbessern könnte.

Die Entscheidungsfindung kann in drei Phasen unterteilt werden:

### 1. **Analyse der Ist-Situation:**

- 1.1. Bewertung des Krankheitsbildes aufgrund von Alter, allgemeinem Zustand, Begleiterscheinungen (mit auftretenden Krankheiten), Art der Krankheit, Grund des terminalen Stadiums und Schnelligkeit des erwarteten Krankheitsverlaufes
- 1.2. Symptome: sind Symptome erkennbar, die mit der Dehydratation und einem negativen Protein- und Kalorienhaushalt zusammenhängen? Hat der Patient Hunger, hat er Durst?
- 1.3. Wie sieht die Überlebensprognose aus? Wie viele Tage, Wochen, Monate wird der Patient noch leben?
- 1.4. Wie sieht es mit der Nahrungs- und Flüssigkeitszunahme von Seiten des Patienten aus?
- 1.5. Wie groß ist die Fähigkeit des Patienten, auf natürlichem Wege Flüssigkeit und Nahrungsmittel zu sich zu nehmen?
- 1.6. Wie stark ist der Wille des Patienten bezogen auf Maßnahmen, die dem Katabolismus und auch der Gewichtsabnahme entgegenwirken?
- 1.7. Wie ist die Darmfunktion? Die PEG sollte bei einer guten Darmfunktion bevorzugt werden.

### 2. **Entscheidung über die weiteren Schritte**

- 2.1. Was will man mit der künstlichen Ernährung erreichen? Die Prognose „Überleben“ ist das angepeilte Ziel; doch sehr oft stellt dieses Ziel eine Grauzone dar.
- 2.2. Die Vorgehensweise muss mit dem Patienten und den Familienmitgliedern besprochen werden.

### 3. **Die Kontinuierliche Neubewertung** der festgelegten Behandlungsmaßnahmen unter Berücksichtigung der in der Entscheidungsphase festgelegten Ziele ist unabdingbar.

Die Bundesärztekammer hebt in ihren jüngsten “BÄK-Prinzipien für die ärztliche Sterbebegleitung” hervor, dass im Falle von Patienten, die in absehbarer Zeit sterben werden, Hunger und Durst nur bei ausdrücklichem Verlangen gestillt

werden sollen. Wir wissen jedoch auch, dass das Nicht-Vorhandensein von Hunger und Durstgefühlen nicht immer direkt auf die überwiegende Krankheit zurückzuführen ist (Depression, Angst, Medikamente, elektrolytisches Ungleichgewicht, neurologische Dysphagie, Verstopfung, Niereninsuffizienz, Schmerzen, Sepsis, Schmerzen in der Mundhöhle, Husten), und somit auch bei Patienten in terminaler Phase behandelt und korrigiert werden kann. Andererseits nimmt mit heranschreitendem Lebensende auch der Appetit progressiv ab; der Sterbende fordert in dieser Phase weder Nahrung noch Wasser.

Was die Hydratation betrifft, sollten nachstehende Faktoren berücksichtigt werden:

- Die Hyperhydratation im Sterbenden kann von der Atemnot bis zum Lungenödem führen
- Es ist nicht sicher, dass Xerostomie und Rachentrockenheit immer auf Dehydratation zurückzuführen ist; dasselbe gilt für das Risiko von Embolien und Kopfschmerzen
- Im Falle von Dehydratation nimmt die Urinmenge ab, sodass der Patient weniger Harndrang empfindet; andererseits nimmt auch die Ausscheidung von Metaboliten und giftigen Substanzen ab, was neurologische Folgen (mentale Konfusion, Delirium) und iatrogene Auswirkungen haben kann.
- Dehydratation oder Dehydrierung bedeutet keine Phleboklysis, keine technische Abhängigkeit; es bedeutet aber sowohl für den Patienten als auch für die Familienangehörigen und oftmals sogar für das Pflegepersonal den Verzicht auf eine Behandlung, was vom psychologischen Standpunkt her oft sehr schwierig ist und nicht leicht akzeptiert werden kann.
- Zahlreiche Daten beweisen die schmerzlindernde und angsthemmende Auswirkung der Dehydratation mittels Stimulieren der Endorphinproduktion
- Die Dehydratation kann im Falle von Darmverstopfung Übelkeit und Erbrechen reduzieren; andererseits kann sie aber auch direkt oder aufgrund der Ansammlung von giftigen Substanzen ein Mitgrund für zentralbedingte Übelkeit und Erbrechen sein
- Die Verhärtung des Stuhls aufgrund von Dehydratation führt zu Verstopfung, ein Problem, das in der Palliativmedizin sehr oft auftritt
- In den meisten Fällen haben Kranke in der terminalen Phase keinen Durst mehr. Oft beklagen sie sich jedoch über eine trockene Mundhöhle, was jedoch selten mit parenteraler Hydratation verbessert werden kann: daher darf Xerostomie nicht mit Durst verwechselt werden.

Es sei jedoch hervorzuheben, dass die Entscheidung oder allein schon der Vorschlag des Abbruchs der künstlichen Ernährung vom Patienten als die definitive Kapitulation oder aber als ein unwiderrufliches Todesurteil ausgelegt

werden kann; mit anderen Worten, **die Aufgabe jeglicher restlichen Hoffnung**. Wir wissen, dass Kranke in der terminalen Phase sehr oft den Ernst der Lage unterschätzen, obwohl sie ausführlichst über ihren Zustand und ihre Krankheit und somit über ihr unabwendbares Schicksal aufgeklärt wurden. Sie tendieren dazu, ihre Lebenserwartung zu überschätzen und bewahren meist noch ein Quäntchen Hoffnung, was ihnen das unerträgliche Schicksal, das Wissen ob ihres imminents Todes oft erträglicher macht. Würde man diesen Kranken ihre Hoffnung nehmen, hieße das sie in ein tiefes Loch der Verzweiflung zu werfen, was ihre Lebenserwartung in den letzten Tagen ihres Lebens nichtig machen würde. Daher ist es absolut notwendig, mit Vorsicht und Empathie zu agieren und den Willen sowie die Suche nach Wahrheit dieser Kranken wahrzunehmen und zu respektieren.

### **Schlussfolgerung:**

Zusammenfassend können folgende Prinzipien für die künstliche Ernährung eines Sterbenden als Orientierungshilfe dienen:

1. **Weder für die künstliche Nahrungszufuhr noch für die künstliche Flüssigkeitszufuhr gibt es sogenannte „gold standards“**, die auf klinischen Daten beruhen, weshalb es schwierig ist, in den einzelnen Fällen mit Sicherheit die Zweckmäßigkeit und die Nützlichkeit der künstlichen Ernährung einzuschätzen.
2. **Im Mittelpunkt des Entscheidungsprozesses steht der Patient**. Bei der Entscheidungsfindung müssen immer sowohl die Familienmitglieder als auch das Pflegepersonal mit einbezogen werden. Wenn möglich, sollten alle über die Palliativmaßnahmen informiert werden d. h. darüber, dass diese nicht heilen, über die möglichen Vorteile und über die möglichen Nachteile der künstlichen Ernährung. Der Patient allein entscheidet darüber, ob die künstliche Ernährung eingeleitet, weitergeführt oder aber abgebrochen werden soll. Sie wird auf jeden Fall eingeleitet bzw. weitergeführt, wenn das der Patient ausdrücklich wünscht; dabei sollte sie so wenig invasiv wie möglich sein und beschränkt vorgenommen werden (eine Gastrostomie ist der intravenösen Lösung zu bevorzugen; bei der Hydratation ist die subkutane Einspritzung besser als die intravenöse). Sollte der Sterbende aufgrund plötzlicher Unfähigkeit nicht mehr in der Lage sein, seinem Willen diesbezüglich Ausdruck zu verleihen, wird der Wille berücksichtigt, den er zuletzt verbal oder per Verfügung ausgedrückt hat, was wiederum nur als wichtiges Element angesehen wird, nicht aber ausschlaggebend ist für die Bewertung der Situation. Sollte der Wille des Patienten nicht bekannt sein, wird das berücksichtigt was die Familienmitglieder und die Pflegepersonen über ihn und seinen Willen berichten können. Bei der Entscheidungsfindung wird eine allgemeine Zustimmung gesucht.

3. **Die künstliche Ernährung sollte bei Sterbenden nicht herangezogen werden**, mit Ausnahme jener Fälle, bei denen die Überlebenschance noch groß ist und Vorteile für die Lebenserwartung des Kranken zu erwarten sind.
4. **Die künstliche Flüssigkeitszufuhr sollte dann angeboten werden, wenn die Vorteile die Nachteile überwiegen.** Dabei sollte das Ziel verfolgt werden, Symptome der Dehydratation, wie Konfusion, Übelkeit, Brechreiz und Erschöpfung zu verbessern bzw. den Symptomen vorzubeugen.

***Bibliographie:***

1. "Kontrolle der Symptome bei Krankheiten in der terminalen Phase" – WHO – Genf 1998
2. "Bioethik – Interdisziplinäres Fachjournal" – anno X, Nr. 2:278-294 – Juni 2002 – Verlag ZADIG – Arbeitskreis Bioethik und Palliativmedizin in der Neurologie: die Absetzung von lebensunterstützenden Maßnahmen
3. "Cancro: curare i bisogni del malato – l'assistenza in fase avanzata di malattia" – von Gabriella Morasso – Il Pensiero Scientifico Verlag – Juni 1998
4. "Il malato di cancro in medicina generale" von Giuseppe Parisi – UTET Verlag
5. "Palliativtherapie - Ernährung und Flüssigkeitszufuhr" – Hans Neuenschwander – APIS anno XII – n. 1: 38-42 - Ottobre 1999
6. "Tod – Tor zum Sinn? Gedanken zur Sinnfrage in der Palliativmedizin" – Hermann Werner Heiss – APIS anno IX n.1: 9-14– 1996
7. „Ärztliches Handeln am Lebensende“ – Stefan Freidel – APIS anno X – n. 1: 76-83 - Oktober 1997
8. "Medizinischer Ehrenkodex" – 1998
9. "Medizinisch-ethische Richtlinien für die ärztliche Betreuung sterbender und zerebral schwerst geschädigter Patienten" – Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften – 1995
10. "Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung" - Dtsch. Ärzteblatt 95.Jg.,1998, A-2365-67
11. "Künstliche Ernährung durch "percutane endoskopische Gastrostomie" (PEG-Sonden)? – Eine ethische Orientierung" – Arbeitskreis für Medizinische Ethik des Konvents der Krankenhauseelsorgerinnen und Krankenhauseelsorger der Evangelischen Kirche im Rheinland"
12. "Bedeutung der Flüssigkeitszufuhr bei Sterbenden und anderen Patienten – Grundsätze der Betreuung Sterbender im Heim" – Albert Wettstein
13. "Zwischen Therapiebegrenzung und Sterbehilfe: ein bioethisches Dilemma in der Intensivmedizin" – Axel W. Bauer – Journal für Anästhesie und Intensivbehandlung (2000), H.1: 9-12
14. "Ethische Aspekte der Sterbehilfe" Prof. Dr. Karl Golser, Cusanus-Akademie, 17.10.2001

15. Arbeitsgruppe über Behandlungswege künstlicher Ernährung bei Personen bei irreversiblen Bewusstseinsverlust (Dekret vom Gesundheitsministerium, Prof. U. Veronesi, vom 20/10/2000) – Bericht (1/6/2001)
16. “Quale etica per le cure palliative?” – Sandro Spinsanti – Arzt und Patient (2000) 7: 45-53
17. “La disidratazione nel paziente neoplastico terminale: trattare o non trattare” – Gruppe über neue Formen der Palliativmaßnahmen – Ital. Magazin für Palliativmedizin, Colume 3, n.4/2001: 229-234
18. “La dolce morte” – Marie de Hennezel – Sonzogno Verlag Februar 2002
19. “La morte di Ivan Il’ic” – Lev Tolstoj – Garzanti Verlag

