

### Reduktion von Therapie und Ernährung bei Terminalpatienten

In Pflegeinstitutionen, aber auch in allgemein-öffentlichen Krankenanstalten sind besonders auf den Abteilungen der Fachrichtungen Innere Medizin und Neurologie Patienten anzutreffen, deren Krankheit so weit fortgeschritten ist, dass sich die therapeutischen Maßnahmen praktisch auf die künstliche Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr konzentrieren. Die Therapie bleibt im Wesentlichen auf eine künstliche Lebenserhaltung beschränkt bzw. geht in eine Sterbensverlängerung über. Durch den Wandel der Familienstruktur fühlen sich die Angehörigen einer terminalen Pflege immer öfter nicht gewachsen, können sich aber auf die Verfügbarkeit eines Spitalsbettes stützen, wo auch terminale Krankheitsbilder behandelt werden.

#### Intensivstation versus Normalstation

Bei schweren Fällen einer akuten Erkrankung erfolgt die Einweisung ohne große Umwege auf eine Intensivstation (Intensive Care Unit, ICU). Gemäß dem Grundsatz *in dubio pro vitam* darf hier keine Zeit zu Ungunsten der Chance auf Lebenserhaltung vergeudet werden, wenn der Patientenwille nicht (ausreichend) bekannt ist. Dort wird (medikamentös, operativ) die Funktion von versagenden Organen gestützt oder temporär ersetzt (Schockbehandlung, Beatmung, Dialyse). Hier wird obligat zu hinterfragen sein, ob der große Aufwand (bei marginalen Erfolgsaussichten) gerechtfertigt ist, zumal ein Tag ICU zwischen 2.000 und 4.000 Euro pro Patient kostet. Diesem Problem haben sich die österreichischen Intensivmediziner gestellt und in vorbildlicher Weise Richtlinien zu Therapiereduktion, bzw. Therapieabbruch auf der ICU herausgegeben, wobei die Kriterien für Therapieabbruch („Abschalten“) dem

Therapieverzicht („Nicht-Anfangen“) gleichgesetzt werden.

Dies gilt im Prinzip auch für die medizinische Betreuung außerhalb der ICU, also auf der sog. „Normalstation“, allerdings mit dem Unterschied, dass hier nicht über hochsensible Apparaturen, sondern letztlich über so „Triviale“ wie die Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr befunden werden muss.

Bei genauer Betrachtung ist der Unterschied gar nicht so groß: Auf der ICU wird beispielsweise die insuffiziente Atmung durch die Maschine ersetzt, auf der Normalstation der unzureichende Schluckakt durch künstliche Ernährung über eine Sonde. Woran liegt es aber, dass wir die maschinelle Beatmung als eine Methode ansehen, die am Lebensende eher verzichtbar ist als die künstliche Ernährung, die uns wegen des geringeren Aufwandes weniger problematisch erscheint? Ist die Beatmung „künstlicher“ als die Ernährungssonde?

Es war also folgerichtig, sich auch über Richtlinien für die Anwendung außerhalb von ICUs Gedanken zu machen, die dem ärztlichen und Pflegepersonal das Handeln in jenen Grenzsituationen erleichtern sollen, besonders wenn der irreversible Sterbeprozess offensichtlich begonnen hat, dieser aber auch durch einen gut gemeinten therapeutischen Aktionismus behindert werden kann.

#### Ermittlung des Patientenwillens

Solange ein Mensch im Besitz seiner persönlichen Entscheidungsfreiheit ist, muss seine Zustimmung für oder gegen eine medizinisch indizierte, das heißt sinnvolle und angemessene Behandlung eingeholt werden, und zwar nach gediegener Aufklärung bezüglich Nutzen und Risiken derselben.

Wenn der Patient jedoch seine Einwilligungsfähigkeit eingebüßt hat, ist sein mutmaßlicher (prä-

sumptiver) Wille zu ergründen. Hier ist das Vorliegen einer Patientenverfügung hilfreich, wie sie in Österreich 2006 in einem Bundesgesetz geregelt worden ist. Sodann sind es die Aussagen der engsten Vertrauten des Patienten und schließlich indirekte Zeichen und Hinweise auf Nicht-mehr-leben-Wollen und reflektorische Abwehr von Pflege und Nahrungsaufnahme. In solchen Situationen sind große Erfahrung in der Begleitung dieser Menschen und Klugheit gefragt, die auf Basis von Information, Beratung (Literatur, medizinischem und ethischem Diskurs) und fachlicher Erfahrung zu einer Handlung befähigt, die zum Wohle des Patienten (beneficere), nicht zu seinem Schaden (nil nocere) führt und der Güterabwägung gerecht wird (Verteilungsgerechtigkeit).

### **Wissenschaftliche Basis als Entscheidungshilfe**

Information und Beratung können und müssen im Gespräch zwischen Ärzten, Pflegepersonen und Vertrauenspersonen der Patienten stattfinden. Darüber hinaus sollte aber der Zugriff auf informative, wissenschaftliche Literatur gegeben sein. Mit diesem Ziel wurde von IMABE eine Projektgruppe von Experten aus verschiedenen einschlägigen Fachrichtungen gebildet. Die einzelnen Beiträge wurden in der Fachzeitschrift *Imago Hominis* 4/2006 zusammen mit einem bioethischen Beitrag publiziert. Schließlich wurde aus diesen Beiträgen ein Konsensus erstellt, der zugleich als Basisinformation und praktische Handhabe in einschlägigen Fällen dienen soll.

### **Therapiereduktion und künstliche Ernährung**

Die Indikation zur „Artificial Nutrition-Hydration“ (ANH) ist eine ärztlich-therapeutische Handlung (Technik, Applikation der Sonden, Zusammenstellung der zugeführten Nutritiva, Monitoring etc. obliegen dem Arzt), wiewohl die Grenze zur Pflege (Praxis der Verabreichung) nicht streng zu ziehen ist. Bei jeder Therapie (auch bei ANH) ist das Therapieziel zu erwägen. Gibt es zumindest auf Linderung (Palliation) noch eine reelle Chance oder dienen alle ärztlichen Bemühungen inkl. ANH nur der Lebens- oder Sterbensverlängerung?

Der **Neurologe** stützt seine Prognose bei Patienten nach schweren Schlaganfällen und Hirnblutungen auf die wiederholte klinische Untersuchung und erst in zweiter Linie auf bildgebende Verfahren (CT, MRI), wenn aufgrund der einge-

schränkten Bewusstseinslage und Schluckfähigkeit eine auf Langzeit ausgerichtete ANH indiziert erscheint. Eine solche wird zunächst befristet installiert. Stets muss nach regelmäßiger Reevaluation erwogen werden, ob das gesetzte Therapieziel weiter anzustreben ist. Bei chronisch-progressiven demenziellen Krankheitsbildern ist sehr häufig mit einem Stadium zu rechnen, bei dem neben kognitiven Fähigkeiten auch Hunger und Durst erloschen sind. Die Neurologen weisen anhand der Literatur auf die Möglichkeit hin, in einem solchen Fall den Verzicht auf die ANH zu überlegen zumal bei demenziellen Erkrankung kein medizinischer Vorteil einer ANH gegenüber einem mühsamen Anreichen von Essen und Trinken besteht. Überdies hat bei Demenz die ANH potenzielle und zugleich häufige Risiken und Nebenwirkungen.

Auf **onkologischen und Palliativstationen** ist bei den Patienten in aller Regel die Gehirnfunktion bis knapp vor dem Tode so weit erhalten, dass selbst Komplikationen (wie Lungenembolie, Herzinsuffizienz etc.) und schwerste belastende Symptome (wie Atemnot, Schmerzen, Nausea) mit den geeigneten Methoden behandelt werden müssen. Hier ist die auf kurzfristige Erfolge zielende Therapie zweifellos ein Teil der Palliation. Für die schrittweise Reduktion oder gar den Verzicht auf ANH bei Krebspatienten fehlen schlüssige Untersuchungen. Es existieren aber Empfehlungen, wie die individuelle Situation des Patienten evaluiert und der Nutzen gegenüber der Belästigung durch ANH am Lebensende abgeschätzt werden kann. Diese Empfehlungen sagen z. B. in der deutschen „Leitlinie zur Palliativmedizin bei Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung“ (2015) eindeutig aus, dass nach sorgfältiger Abwägung künstliche Ernährung und Flüssigkeitszufuhr bei Sterbenden *nicht* gegeben werden.

Der Einsatz von Sonden (enteral, parenteral) ist nicht nebenwirkungsfrei und kann die Morbidität auch steigern.

Im Endstadium des Lebens ist das Grundbedürfnis zu essen und zu trinken häufig erloschen. Im allgemein-klinischen Alltag kommt es vor, dass hochbetagten Menschen trotz deren Weigerung künstlich Flüssigkeit und Nahrung aufgezungen werden, basierend auf der Tradition, dass dies ein integrierender Bestandteil des Pfl-

geauftrags sei, auch wenn keine Aussicht auf Besserung besteht. Noch problematischer ist bei Ausfall lebenswichtiger metabolischer Funktionen eine ANF über Sonde oder intravenös (ohne Nutzen, aber mit der Gefahr der Überwässerung).

Eine **Therapie mit antibakteriellen Medikamenten** (*Antiinfektiva*) steht auch für Patienten am Lebensende außer Streit, solange sie auf Basis nachvollziehbarer Kriterien erfolgt. Die wirksame Behandlung einer Infektion in der Endphase des Lebens kann als palliative Maßnahme gelten, wenn sie konkretes Leiden (Sepsis, Hyperthermie) lindern kann. Dies gilt besonders für enteral (also oral oder über Sonde) applizierbare Antibiotika. Alleine zur Lebensverlängerung sind Antibiotika nur bedingt geeignet. **Intensivmedizin** hat – wie eingangs erwähnt – bereits für ihren Bereich Richtlinien erarbeitet. Die Experten betonen auch hier, dass der primäre Verzicht wie auch der nachträgliche Entzug einer solchen Behandlung bei aussichtslosen Fällen nichts mit intendierter Tötung oder Beschleunigung des Sterbens zu tun habe, wohl aber mit Verzicht auf eine Hinderung des natürlichen Sterbeprozesses. Auch die Intensivmediziner sprechen hier von der Nutzlosigkeit (futility) einer „Zwangsernährung“ durch ANH, wenn das Therapieziel auf die reine Lebensverlängerung eingengt erscheint. Es ist zu bedenken, dass Intubation, Zentralvenenkatheter, künstliche Niere, perkutane Magensonde etc. mehr Belastungen und potentielle Nebenwirkungen hervorrufen können, als durch einen Benefit der Aktion aufgehoben werden kann.

Auch besonders aufwändige Therapien mit **Blutderivaten** unterliegen Einschränkungen bei aussichtslosen Fällen. So günstig die palliative Wirkung von Erythrozytenkonserven bei Anämie für die Kreislaufstabilisierung und den Sauerstofftransport im Blut des Patienten ist, so erscheint die Indikation kurzlebiger Produkte aus dem Zellseparator strittig (Thrombozyten, andere Zellelemente, Plasma). Hier muss unter anderem der Preis für eine länger dauernde Behandlung an der Nachhaltigkeit ihres Effektes bemessen werden. So kosten in Österreich eine Erythrozytenkonserve etwa 100 Euro eine Thrombozytenkonserve bis zu 660 Euro und eine Plasmakonserve etwa 100 Euro, wobei die effektive Dosis und die Frequenz der

Gabe hoch sind. Granulozytenkonzentrate unterliegen einer so strengen Indikation, dass sie kaum je in Frage kommen. Ähnliches gilt auch für die Gabe von Wachstumshormonen für Blutzellen wie Erythropoetin und Granulozytenstimulierung (Kosten: Tausende Euro pro Monat).

### Therapiereduktion aus ethischer Sicht

Wenn der Arzt aber bei einem Patienten im Terminalstadium von weiteren „lebensverlängernden Maßnahmen“ absieht, weil diese seiner Meinung nach keine medizinische Indikation mehr haben, entscheidet er sich keineswegs für den Tod des Patienten, sondern sieht ein, dass er den Sterbeprozess nicht wirksam unterbrechen und den Tod nicht mehr abwenden kann. Diese Entscheidung ist ethisch einwandfrei. Das Problem liegt darin, dass die Grenze zwischen gebotener und abzulehnender Therapie nicht als klares Entweder-Oder verläuft. Daher kann es niemals eindeutige Regeln für das Verhalten im individuellen Fall geben.

Eine ethisch vertretbare Therapiereduktion kann in der Regel nur aufgrund dreier Befunde erfolgen, für die nur der Arzt kompetent ist: (a) Der Krankheitsprozess ist irreversibel und weit fortgeschritten (die Sterbephase hat begonnen). (b) Es existiert keine erprobte therapeutische Maßnahme, die noch eine wissenschaftlich halbwegs gesicherte Aussicht auf Erfolg hat. (c) Es sind unerwünschte (gefährliche) Nebenwirkungen zu erwarten, sodass ein Schaden wahrscheinlicher ist als ein Nutzen. Die Abwägung dieser drei Befunde erfolgt vor dem Hintergrund der Verpflichtung des Arztes, das Leben zu schützen und zu erhalten. Daraus resultiert ein Urteil, das für den Arzt eine sehr ernste Gewissensentscheidung darstellt, von der das Überleben eines Menschen weitgehend abhängt. Zur Erstellung dieses Urteiles muss er sein medizinisches Wissen, sein allgemeines und berufliches Ethos und sein partikuläres Wissen über den Patienten ins Spiel bringen.

### Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr bei Terminalpatienten aus ethischer Sicht

Eine wichtige Frage der medizinischen Ethik ist, wie weit die Verpflichtung der Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr bei Terminalpatienten geht, und ob es diesbezüglich einen ethisch relevanten

Unterschied zwischen natürlicher und künstlicher Ernährung und Flüssigkeitszufuhr gibt.

Es gehört zur Natur des Menschen, sich zu ernähren. Aufgrund des Wohlbefindlichkeits- und Selbsterhaltungstriebes hat der Mensch Hunger und Durst als Ausdruck eines vorvernünftigen, natürlichen Verlangens nach der für sein Überleben und sein Wohlbefinden notwendigen Nahrung und Flüssigkeit. Ernährung ist also nicht nur an sich eine natürliche Tätigkeit oder daseinsbedingte Funktion, sondern auch eine Vorbedingung dafür, dass sich der Mensch als Mensch auch entfaltet. Die Ernährung entspricht also auch der Natur des Menschen als vernünftigem Wesen. Es besteht daher die moralische Verpflichtung, sich zu ernähren oder ernähren zu lassen, bzw. einen Dritten zu ernähren, der sich nicht selbst ernähren kann (z. B. ein Säugling). Bei der künstlich verabreichten Flüssigkeit und Nahrung muss eine Grundfunktion des Menschen technisch unterstützt werden. Ernährung an sich ist also eine naturhafte Tätigkeit, und zwar unabhängig von einer allfälligen medizinischen Unterstützung.

Die Verpflichtung zur Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr erlischt, wenn die Nahrung bzw. die Flüssigkeit ihre eigene Zielsetzung nicht erreicht, nämlich dem Menschen Ernährung und Linderung der Leiden zu verschaffen. Die ärztliche Lehre und Praxis zeigt, dass Situationen am Ende des Lebens gar nicht so selten sind, in denen die Nahrung und Flüssigkeit keine Ernährung und Linderung mehr darstellen. So ist die Nahrungszufuhr begrenzt sinnvoll, wenn der Abbau von Gewebe (Katabolismus) gegenüber dem Aufbau (Anabolismus) überwiegt.

## Zusammenfassung

Eine Projektgruppe hat auf Initiative von IMABE folgenden Konsensus für die Reduktion der Therapie inklusive der künstlichen Ernährung und Flüssigkeitszufuhr formuliert:

1. Wenn alle Befunde dafür sprechen, dass bei einem schwerstkranken Patienten die Lebensverlängerung nur mehr Leidensverlängerung bedeutet, und alle anderen Therapieziele weggefallen sind, so ist die Reduktion und/oder Nichtfortführung einer Therapie zu diskutieren, wobei ein Rückzug aus einer laufenden Therapie als gleich-

wertig dem primären Verzicht auf eine Therapie zu setzen ist.

2. Es wird ausschließlich auf solche Therapien Bezug genommen, die an eine ärztliche Indikation und Durchführung gebunden sind.

3. Unter die ärztlichen Handlungen fallen auch künstliche Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr beim schluckunfähigen Patienten.

4. Körperhygiene, Temperaturkontrolle, Linderung von Schmerzen, Atemnot und anderen belastenden Symptomen, allgemeine Palliation und menschliche Zuwendung sind für Ärzte und Pflegepersonen gleich wichtige Interessen und Verpflichtungen gegenüber dem Patienten und haben bis zu dessen Tode ungeschmälerte Bedeutung.

5. Entscheidungen über Therapieverzicht bzw. -reduktion werden in der Regel gemeinsam im Team (ärztlicher Dienst und Pflegepersonen) in Absprache mit den Angehörigen getroffen, doch liegt die Letztverantwortlichkeit beim jeweiligen leitenden Arzt.

6. Ein Therapieverzicht in solchen Situationen intendiert nicht die Beschleunigung des Sterbeprozesses, der allein von der Natur des Krankheitsprozesses selbst bestimmt wird. Jedes Motiv, das auch nur eine Nähe zur aktiven Sterbehilfe (Tötung mit oder ohne Verlangen des Patienten) als Ziel hat, ist strikt abzulehnen.

Insbesondere wird bei sehr eingeschränkter Lebenserwartung speziell der Verzicht auf Beatmung, Dialyse, aber auch ANH zu prüfen sein. Blutkonserven sind für Palliation statthaft, kurzlebige und teure Blut- und Plasmaprodukte müssen überdacht werden. Antiinfektiva können neben einem kurativen auch einen palliativen Ansatz haben und bis zum Lebensende indiziert sein. Die neurologische Beurteilung des Ist-Zustandes und der Prognose stützt sich auf gediegene klinische Diagnostik, während eine aufwändige apparativ-technische Diagnostik und Therapie dem Einzelfall vorbehalten bleibt.

Die individuelle Situation eines Patienten nahe dem Lebensende kann umschrieben werden durch:

- subjektive Beurteilung (Beobachtungen, Hinweise auf Nicht-mehr-Wollen)
  - objektive Befunde (Neurologie, Organdysfunktionen)
- sowie jenen Faktoren

- die aus dem (letztwillig verfügbaren oder präsumptiven) Willen des Patienten sowie
- der Intentionalität (Verhältnismäßigkeit, Nachhaltigkeit) in der Erreichung eines minimalen Therapieziele und damit der Abwägung von gebotenen gegenüber sinnlosen Maßnahmen entspringen.

Die ethisch fundierte Entscheidungsfindung muss immer auf der Klugheit basieren, welche die sachkompetente Benevolenz mit dem Nicht-Schadens-Prinzip (*nil nocere*) zu verbinden weiß.

#### Referenzen

1. Diese IMABE-INFO basiert auf der Ausgabe von IMAGO HOMINIS 4/2006 mit dem Schwerpunktthema „Künstliche Ernährung und Therapiereduktion“. Die Beiträge dieser Publikation stehen [kostenlos zum Download](#) bereit.
2. *Empfehlungen zum Thema Therapiebegrenzung und -beendigung an Intensivstationen. Konsensuspapier der Intensivmedizinischen Gesellschaften Österreichs*, Wk Klin Wochr (2004); 116: 763-767)
3. [Deutsche Leitlinie zur Palliativmedizin bei Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung](#), Stand: 1.5.2015

#### Impressum:

Herausgeber, Verleger, Hersteller: IMABE

Redaktion: F. Kummer

Landstraßer Hauptstraße 4/13, A-1030 Wien

Tel. +43-1-7153592, Fax: +43-1-7153592-4

E-Mail: [postbox@imabe.org](mailto:postbox@imabe.org)

Web: [www.imabe.org](http://www.imabe.org)

Alle bis jetzt erschienenen IMABE-Infos sind auf unserer Homepage kostenlos abrufbar.