

Reduktion von Therapie und Ernährung bei Terminalpatienten

Auf Spitalsabteilungen der Fachrichtungen Innere Medizin und Neurologie sind Patienten anzutreffen, deren Krankheit so weit fortgeschritten ist, dass sich die therapeutischen Maßnahmen praktisch auf die künstliche Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr konzentrieren. Durch den Wandel der Familienstruktur fühlen sich die Angehörigen einer terminalen Pflege nicht gewachsen und können sich immer auf die Verfügbarkeit eines Spitalsbettes stützen, wo 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). Dort wird (medikamentös, operativ) die Funktion von versagenden Organen gestützt oder temporär ersetzt (Beatmung, Dialyse). Auch dort wird obligat zu hinterfragen sein, ob der große Aufwand gerechtfertigt ist, zumal ein Tag ICU zwischen €2.000,- und €4.000,- pro Patient kostet. Diesem Problem haben sich vor einiger Zeit die österreichischen Intensivmediziner gestellt und in vorbildlicher Weise Richtlinien zu Therapiereduktion bzw. Therapieabbruch auf der ICU herausgegeben,¹ 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 wird.

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 defek-

te Schluckakt durch künstliche Ernährung. 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, wenn offensichtlich der irreversible Sterbeprozess begonnen hat, der 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 die Behandlung eingeholt werden, und zwar nach gediegener Aufklärung bezüglich Nutzen und Risiken derselben.

Wenn der Patient jedoch seine Einwilligungsfähigkeit eingebüßt hat, ist sein mutmaßlicher (präsumptiver) Wille zu ergründen. Hier ist das Vorliegen einer Patientenverfügung hilfreich, wie sie 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 ist Klugheit gefragt, die aus Information, Beratung (Literatur, Diskurs) und Erfahrung gespeist 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 Angehörigen 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 Lebensverlängerung?

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 eingeschränkten Bewusstseinslage und Schluckfähigkeit eine auf Langzeit ausgerichtete ANH indiziert erscheint. Eine solche wird zunächst befristet installiert und nach Re-evaluation erwogen, 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 rezenten Literatur auf die Möglichkeit hin, in einem solchen Fall den Verzicht auf die ANH zu überlegen.

Auf *onkologischen und Palliativstationen* ist bei den Patienten in aller Regel die Gehirnfunktion bis knapp vor dem Tode so weit erhalten, dass selbst schwere Komplikationen (wie Lungenembolie, Herzinsuffizienz etc.) mit den ge-

eigneten 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. Schließlich ist immer zu bedenken, dass der Einsatz von Sonden (enteral, parenteral) nicht nebenwirkungsfrei ist und die Morbidität auch steigern kann.

Eine Therapie mit anti-bakteriellen 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 ist mit Palliation vereinbar, auch wenn sie nicht lebensverlängernd wirkt. Dies gilt besonders für enteral (also oral oder über Sonde) applizierbare Antibiotika.

Die *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 eingeengt 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 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 Ös-

terreich eine Erythrozytenkonserve etwa €100,-, eine Thrombozytenkonserve bis zu €660,- und eine Plasmakonserve etwa €100,-, 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 keinen Sinn 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 weit fortgeschritten. (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. 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.

Eine ganz wichtige Frage der medizinischen Ethik ist, wieweit 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 vernünftigen 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 wird eine Grundfunktion des Menschen technisch unterstützt. Ernährung 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 nur mehr die Lebensverlängerung angestrebt werden kann, während alle anderen Therapieziele weggefallen sind, so ist die Reduktion und/oder Absetzung einer Therapie zu diskutieren, wobei ein Rückzug aus einer laufenden Therapie als gleichwertig 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, Schmerzlinderung, 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 oder -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 oder passiven Sterbehilfe erkennen lässt, 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. Antinfektiva haben neben einem kurativen auch einen palliativen Ansatz und sind praktisch bis zum Lebensende indiziert. Die neurologische Beurteilung des Ist-Zustandes und der Prognose stützt sich auf gediegene klinische Diagnostik, während eine aufwändige apparativ-technische Diagnostik dem Einzelfall vorbehalten bleibt. Die individuelle Situation eines Patienten nahe dem Lebensende kann durch subjektive Beurteilung (Beobachtungen, Hinweise auf Nichtmehr-Wollen), objektive Befunde (Neurologie, Organdysfunktionen) und jene Faktoren umschrieben werden, die aus dem (letztwillig verfügbaren oder präsumptiven) Willen des Patienten, 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 „*nil nocere*“ zu verbinden weiß.

¹ *Empfehlungen zum Thema Therapiebegrenzung und -beendigung an Intensivstationen. Konsensuspapier der Intensivmedizinischen Gesellschaften Österreichs*, Wr Klin Wochr (2004); 116: 763-767

In dieser IMABE-Info wurden die Beiträge zusammengefasst, die im *Imago Hominis* 4/2006 zu diesem Thema veröffentlicht wurden. Die Beiträge im Einzelnen sind: WATZKE H., *Therapiereduktion und Therapieverzicht der Artificial Nutrition Hydration*, *Imago Hominis* (2006); 13: 277-281

JANATA O., *Stellenwert der Antiinfektiva in der palliativen Pflege*, *Imago Hominis* (2006); 13: 283-287

VOLLER B., AUFF E., *Therapierückzug, Therapieverzicht bei schweren zerebrovaskulären Erkrankungen (Ischämie, Blutung)*, *Imago Hominis* (2006); 13: 289-293

KRISTOFERITSCH W., *Künstliche Ernährung/Hydratation: Reduktion/Verzicht in der Endphase schwerer Demenzen*, *Imago Hominis* (2006); 13: 295-299

WAGNER T., *Projekt Therapiereduktion bei Schwerstkranken. Verwendung von Blutprodukten*, *Imago Hominis* (2006); 13: 301-304

CLODI M., LENZ K., LOCKER G. J., *Therapievorenthalt und Therapiereduktion bei invasiven Maßnahmen und künstliche Ernährung bei schwerstkranken Patienten*, *Imago Hominis* (2006); 13: 305-309

PRAT E. H., *Therapiereduktion aus ethischer Sicht. Der besondere Fall der künstlichen Ernährung und Flüssigkeitszufuhr*, *Imago Hominis* (2006); 13: 311-317

PROJEKTGRUPPE IMABE 2004 – 2006, *Konsens. Therapiereduktion und Therapieverzicht außerhalb der Intensivstation bei Patienten mit Verlust der Autonomie*, *Imago Hominis* (2006); 13: 318-321

BONELLI J., *Leben und Sterben. Zur Problematik der ärztlichen Sterbens- und Leidensverlängerung durch künstliche Ernährung*, *Imago Hominis* (2006); 13: 322-327

Impressum:
Herausgeber, Verleger, Hersteller: IMABE-Institut
Redaktion: F. KUMMER

Landstraßer Hauptstraße 4/13, A-1030 Wien
Tel. +43-1-7153592, Fax: +43-1-7153592-4
E-Mail: postbox@imabe.org
Web: <http://www.imabe.org/>

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