

## „Künstliche Ernährung“

Es handelt sich um einen 78-jährigen Patienten, der wegen Verdachts auf cerebrale Durchblutungsstörung auf eine interne Abteilung eingewiesen wird. Die Verwandten hatten eine gewisse Verwirrtheit in den letzten Wochen beobachtet. Der Patient hatte z.B. nicht mehr vom Einkaufen nach Hause gefunden. Manchmal sprach er unzusammenhängende Dinge. Er konnte jedoch noch selbst essen und trinken.

Bei der Aufnahme ist der Patient zeitlich und örtlich desorientiert, spricht nur verwirrt und unzusammenhängende Worte. Beim Status fällt lediglich eine gewisse Dehydratation auf. Außerdem bestehen subfebrile Temperaturen. Im Thoraxröntgen finden sich pneumonische Infiltrate in der linken Lunge. Es wird eine antibiotische Therapie sowie eine Infusionsbehandlung zur Rehydratation eingeleitet. Außerdem bekommt der Patient durchblutungsfördernde Medikamente.

Während die Pneumonie in wenigen Tagen beherrscht werden konnte, kommt es zu einer rapiden Verschlechterung der zerebralen Situation. Der Patient erkennt nicht einmal mehr seine eigenen Verwandten, muß gefüttert werden, uriniert neben das Bett und beginnt zunehmend aggressiv zu werden. Auf sedierende Medikamente spricht der Patient nicht mehr an.

Da das nicht beherrschbare Demenz-Syndrom weit im Vordergrund steht, wird der Patient nach 2-wöchigem Aufenthalt in ein psychiatrisches Krankenhaus verlegt. Dort kommt es in den folgenden Tagen zu einer weiteren Eintrübung des Bewußtseins, und es tritt ein fraglicher Meningismus auf. Der Patient wird daraufhin auf eine neurologische Abteilung überstellt.

Bei der Aufnahme dort ist der Patient somnolent und reagiert auf Schmerz nur mehr mit un-

gerichteten Bewegungen. Es erfolgt eine intensive neurologische Durchuntersuchung mit Liquorpunktion, EEG, mehrmaligen CT's u.s.w.

Letztendlich wird die Diagnose vaskuläre Demenz gestellt und der Patient wird nach 2-wöchigem Aufenthalt zur weiteren Therapie wieder auf die psychiatrische Klinik zurücktransferiert. Bei der Rückübernahme ist der Patient großteils somnolent, bettlägrig und rund um die Uhr pflegebedürftig. Der Patient kann kaum mehr schlucken und wird daher nach wenigen Tagen auf die interne Abteilung zur weiteren „Therapie“ (künstliche Ernährung) rücktransferiert.

Dort angekommen hält der Patient zwar zeitweise die Augen geöffnet, ist jedoch nicht ansprechbar und reagiert auch kaum auf Schmerzreize. Man beginnt mit einer parenteralen Flüssigkeitstherapie und mit einer Intensivpflege des beginnenden Dekubitus.

Die Verwandtschaft ist beruhigt, da nun für den Vater „alles geschieht“, was möglich ist.

Bei der Chefvisite stellt der Primarius die Sinnhaftigkeit einer Infusionstherapie bei einem sterbenden Patienten in Frage und empfiehlt, die Infusion auslaufen zu lassen, damit der Patient in Ruhe sterben kann. Hier werde unnötig Sterbensverlängerung betrieben!

Dies löst eine emotionsgeladene Debatte unter Ärzten und Pflegepersonal aus. Die behandelnden Stationsärzte sind strikte gegen ein Absetzen der Flüssigkeitsbehandlung. Sie geben zwar zu, daß diese Art der Therapie sinnlos sei, weil keine Hoffnung auf Besserung besteht, führen aber 2 Argumente für die Gabe von Flüssigkeit als Infusion an: Erstens seien die Angehörigen beruhigt, andererseits weiß man nie, ob der Patient nicht Durst leidet. Vom Primarius wird eingewendet, daß letzteres sehr unwahrscheinlich sei und daß man dann ja

auch den möglichen Hunger stillen und daher konsequenterweise künstlich ernähren sollte. Die Meinung des Pflegepersonals ist ebenfalls geteilt. Einige sind für die Beendigung der Infusionstherapie, einige wehren sich dagegen mit dem Argument, sie könnten es emotional nicht verkraften, einen Sterbenden zu pflegen, bei dem von ärztlicher Seite überhaupt nichts mehr getan wird. Die Ärzte schließen sich größtenteils dieser Argumentation an, und der Patient bekommt weiter Flüssigkeit, nachdem der Primarius die Abteilung wieder verlassen hat.

Am Wochenende bekommt der Patient Fieber. Der diensthabende Arzt (sonst auf einer anderen Station tätig) nimmt eine Pneumonie als Folge des schlechten Allgemeinzustandes

des Patienten an und verordnet parenteral Antibiotika. Der Patient überlebt und wird fieberfrei. In den folgenden Tagen stabilisiert sich der Zustand. Der Patient reagiert sogar mit unkoordinierten Worten, wenn er angesprochen wird. Er bekommt weiter Flüssigkeit, aber keine ausreichenden Kalorien.

Bei der darauf folgenden Chefvisite nach einer Woche einigt man sich schließlich doch, die Infusionen abzusetzen und dem Patienten Flüssigkeit zum Trinken zu geben, soweit er das toleriert. Der Patient wird auf ein „Sterbezimmer“ gebracht, wo ihn die Angehörigen auch Tag und Nacht besuchen können. Man hat sie darüber aufgeklärt, daß die Prognose infaust sei. Innerhalb weniger Tage stirbt der Patient.

## Kommentar zum Fall

*Rupert KLÖTZL*

**E**in Fall dieser Art ist Routine, ja tägliches Brot der in den erwähnten Bereichen tätigen Ärzte und Pflegepersonen. Da die erwähnten Vorgänge keine Seltenheit sind, mag es etwas verwundern, daß doch einiges an Spannungen dabei zutage tritt. Vielleicht erfordern es also gerade solche „Routinefälle“, immer wieder reflektiert zu werden, um allen Beteiligten auch Lernprozesse zu ermöglichen, wie sie Änderungen der Vorgehensweise gegenüber altergebrachten Üblichkeiten erfordern. Sehen wir also genauer auf die einzelnen Stationen des Ablaufs hin und auf die ethische Bewertung der dabei getroffenen Entscheidungen.

Bei der Erstaufnahme an der Internen Abteilung könnte man bereits das erste Fragezeichen anbringen. Denn man muß sich fragen, ob jemand, der zu Hause beginnt, Zeichen der Verwirrtheit zu zeigen, sofort einer stationären Behandlung zugeführt werden muß. Daß ein Ortswechsel, insbesondere in ein Spitalsmilieu,

für einen verwirrten Patienten mit hoher Wahrscheinlichkeit zu einer Verschlechterung der Gesamtsituation führt, wäre unbedingt zu berücksichtigen.

Der Hausarzt hat in dieser Situation abzuwägen, was für den Patienten das Beste ist. Dabei muß er insbesondere abschätzen, ob es sich um ein akutes Geschehen handelt, das eine unmittelbare diagnostische Abklärung erfordert, oder ob es lediglich zu einer im Ausmaß nicht näher bestimmbar Verschlechterung eines chronischen organischen Psychosyndroms gekommen ist. Detailliertere Informationen über die Art der Störung und den Zeitraum des Bestehens vor der stationären Aufnahme erfahren wir hier nicht und müssen diese Frage daher offen lassen.

Im letzteren Fall einer lediglichen Verschlechterung hätte man sicher zunächst zu versuchen, alle Möglichkeiten einer Betreuung zu Hause auszuschöpfen. Dazu gehören neben der adäquaten medizinischen und pflegerischen

schen Betreuung sicher auch motivierende Gespräche mit den Angehörigen über deren persönliche Möglichkeiten und ihre Bereitschaft zur Betreuung. Auch müßte man ihnen klarmachen, daß es in der Natur chronischer Krankheiten liegt, sich zu verschlechtern. Dies mag banal klingen, aber es zeigt sich in der Praxis, daß gerade anläßlich eines Schubes der Verschlechterung der Wunsch nach intensiver Diagnostik laut wird. Die Angehörigen können oder wollen die neue Situation nicht akzeptieren. In einer Art Reflex verlangen sie die Wiederherstellung der zuvor bestehenden, gewohnten Situation. Es ist oft sehr schwierig, den Angehörigen ein Verständnis des Gesamtzusammenhanges zu vermitteln und sie aus ihrer fixierten Erwartungshaltung an die Medizin nach einer „Heilung“ der von ihnen als „Krankheit“ interpretierten momentanen Situation zu lösen. Dabei müssen die Angehörigen verstehen lernen, daß die vermeintliche „Krankheit“ ein Fortschreiten im Rahmen des Alterns ist und es so gesehen kein Versäumnis der Ärzte, wenn es „nie mehr wieder so wird, wie es einmal war.“

In diesem Fall jedoch meine ich, daß die Aufnahme durchaus zurecht erfolgt ist. Die Untersuchung ergab nämlich ein pneumonisches Infiltrat der linken Lunge. Ob diese Pneumonie eine bestehende cerebrovaskuläre Insuffizienz verschlechtert hat, oder ob die Pneumonie bereits Zeichen einer präfinalen Gesamtsituation ist, wäre zu bedenken und zu berücksichtigen. Dies läßt sich natürlich nur in der Situation selbst abschätzen. Die weitere stationäre Vorgangswiese entspricht nun durchaus der gestellten Diagnose. Die Pneumonie wird zwar sicher beherrscht, die Demenz gerät jedoch außer Kontrolle. Die Belastung für die Interne Abteilung ist geradezu greifbar.

In der Tat ist es so, daß ein solch aggressiver, agitierter und zudem verwirrter Patient die Möglichkeiten auf einer Normalstation überfordern kann. Abgesehen von der möglicherweise mangelnden Erfahrung des Teams im

Umgang damit, ist sicherlich auch zu berücksichtigen, ob die Mitpatienten dadurch in unzumutbarer Weise belastet werden. Es fragt sich also, ob die Transferierung an die Psychiatrie primär zum Wohl des Patienten geschieht, um ihn adäquater behandeln zu können, oder ob es sich um eine Art Abschiebung zur Entlastung der Abteilung handelt, die man sich vielleicht gar nicht so direkt eingesteht. Tatsache ist, daß sich nach der Weitertransferierung das Bewußtsein weiter eintrübt und ein fraglicher Meningismus festgestellt wird. So gesehen scheint sich die Notwendigkeit der Diagnostik zu bestätigen.

Die Weitertransferierung von der Psychiatrie an die Neurologie wird jedenfalls mit der diagnostischen Notwendigkeit begründet, obwohl man sich fragen muß, ob die weiteren Schritte wie Liquorpunktion, EEG und CT nicht auch an der Psychiatrie, oder von dort aus hätten durchgeführt werden können. Man hätte dem Patienten dadurch einen weiteren Ortswechsel ersparen können.

Das Ergebnis der Untersuchungen lautet schließlich vaskuläre Demenz, ist also kein akuter Prozeß.

Die Rücktransferierung von Neurologie über Psychiatrie an die Interne Abteilung, die neuerlich veranlaßt wird, schließt den „diagnostischen Kreislauf“.

*Bei der ethischen Beurteilung des bisherigen Ablaufes* hat man zunächst den unbestimmten Eindruck, daß dieser für den Patienten nicht der beste war. Trotzdem ist nicht zu sehen, daß man im Einzelfall der jeweiligen Entscheidungen wirklich hätte anders handeln müssen. Individualethisch wurde also richtig gehandelt. Das dennoch unbefriedigende Ergebnis zeigt, daß sozialetisch gesehen dem Gesamtsystem Mängel immanent sind. So kommt es zu Maßnahmen, die teilweise auf Absicherung abzielen, ohne daß sich der Einzelne diesem Mechanismus wirklich entziehen kann.

Das weitere Vorgehen an der Internen Abteilung wird bestimmt durch die inzwischen ein-

getretene allseitige Pflegebedürftigkeit. Dabei stellt sich als Kernfrage die Handhabung der parenteralen Flüssigkeitszufuhr in der präterminalen Phase. Ist nun parenterale Ernährung bzw. Flüssigkeitszufuhr zur ärztlichen Therapie oder zur Pflege zu zählen? Der Katechismus der katholischen Kirche hält nämlich fest: *„Selbst wenn voraussichtlich der Tod unmittelbar bevorsteht, darf die Pflege, die man für gewöhnlich einem kranken Menschen schuldet, nicht abgebrochen werden.“* (KKK Nr. 2279)

Essen und Trinken sind nun sicher menschliche Grundbedürfnisse, also müßten demnach die Infusionen weitergehen. Das scheint zunächst auch die „Charta der im Gesundheitsdienst tätigen Personen“, hrsg. vom Päpstlichen Rat für die Seelsorge im Krankendienst, zu bestätigen: *„Die Versorgung mit Nahrung und Flüssigkeit gehört, auch wenn sie künstlich erfolgt, zur normalen Fürsorge, die man dem Kranken immer schuldet, solange sie sich nicht als unerträglich für ihn erweist: ihre unrechtmäßige Aussetzung kann tatsächlich eine Euthanasie bedeuten.“* (ebd. S. 109)

So hätten aufs erste gesehen die Stationsärzte recht, der Chef mit dem Abbruch der Infusionen unrecht. Nun ist es aber wichtig zu bedenken, daß die neuesten Lehrmeinungen rein medizinisch gesehen ein wichtiges Faktum ins Treffen führen. In der unmittelbaren Sterbephase bewirkt der Flüssigkeitsmangel einen narkoseähnlichen Zustand, der ein ruhiges Sterben ermöglicht, wobei auch Endorphine eine Rolle spielen. Diesen natürlichen Ablauf würden Infusionen verhindern. Der Patient wird durch sie in unterschiedlichem Ausmaß wieder wacher und kann dann für eine oft längere Zeit nicht sterben. Da er aber auch nicht mehr gesünder werden kann, hat dies zur Folge, daß das Sterben selbst unnötigerweise qualitativ verlängert wird. Wie lassen sich nun beide Positionen auf einen Nenner bringen? Wir müssen dazu auf den Zusatz in der „Charta“ rekurrieren, wo es heißt: *„...Fürsorge, ... solange sie sich nicht als unerträglich erweist.“* Genau

dies erlaubt das Absetzen, weil die Infusionen nach den neuesten Erkenntnissen präterminal den natürlichen Sterbeablauf unterbrechen und das Leiden für den Patienten verlängern, es also für ihn „unerträglich“ machen.

Daher ist es zunächst wichtig, sich über das Stadium des Krankheitsverlaufes klarzuwerden. Anders gesagt: es muß mit Sicherheit geklärt werden, ob der Patient bereits ein Sterbender ist, oder, ob ein nicht absehbares Ende der Erkrankung die Fortführung einer intravenösen Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr erfordert. Offenbar ist die einhellige Einschätzung aller Beteiligten, daß in diesem Fall der Patient präterminal ist.

Umso mehr verwundert folglich das Ansinnen der Stationsärzte, wider ihr besseres medizinisches Wissen weiterhin Infusionen zu verabreichen, nur um die Angehörigen und letztlich auch sich selbst hinsichtlich eines möglichen Durstgefühls zu beruhigen. Diese Begründungen sind nämlich unzureichend. Wären sie der Meinung, was nie mit letzter Sicherheit auszuschließen ist, es wäre doch noch Besserung möglich, es gehe noch nicht ans Sterben, so müßten sie mit dieser Begründung ihrem Gewissen folgen.

Hinsichtlich der präterminalen Flüssigkeitszufuhr scheint also ein Umdenken erforderlich. Bis vor kurzem – und an manchen Abteilungen wird das immer noch so gehandhabt – hatte man ja gesagt, man solle in der Endphase einer Erkrankung, wenn sich der Tod abzeichnet, keine sinnlosen Therapien mehr durchführen und den Patienten auch nicht künstlich ernähren, dürfe ihn aber nicht verdursten lassen und gab daher Infusionen. Nunmehr setzt sich zunehmend die oben erwähnte Lehrmeinung durch.

Diese Ansicht wurde auch auf dem Kongreß „Leben. Sterben. Euthanasie?“ im März d. J. von den Klinikern vertreten, und es wurde dort auch für ein präterminales Absetzen der Flüssigkeitszufuhr plädiert. In diesem Sinn ist dem Chef der Abteilung voll zuzustimmen, der solcherart vorgehen will. Daß ein Teil des Pflege-

personals so emotional dagegen reagiert, läßt darauf schließen, daß sie damit erstmals und offenbar ohne die nötige medizinische Erklärung und Vorbereitung konfrontiert wurden. Die Emotionalität der Debatte dürfte davon herühren, daß sie noch überzeugt sind, man dürfe einen Patienten keinesfalls verdursten lassen.

Diese Emotion geht soweit, daß man sogar hinter dem Rücken des Chefs gegen dessen Empfehlung weiterhin infundiert. Diese „Entlastungsstrategie“ zur Beruhigung der Angehörigen und eventueller Zweifel der Ärzte und Pflegenden hinsichtlich des Durstgefühls ist zwar menschlich verständlich, aber hier vor allem deshalb abzulehnen, weil sie mit einer falschen Begründung erfolgt und dem Wohl des Patienten nicht dient, sondern nur allen anderen Beteiligten. Die neuerliche Behandlung einer interkurrenten Fieberzacke mit Antibiotika durch einen stationsfremden diensthabenden Arzt ist dabei noch am ehesten verständlich, da er den Patienten nicht ausreichend kennt, um begründeterweise diese Therapie unterlassen zu können.

Interessant ist, daß in der Zeit bis zur nächsten Chefvisite offenbar doch bei Stationsärzten und Pflegenden ein Lernprozeß stattgefunden hat. Denn nach einer Woche einigt man sich offenbar ohne größere Divergenzen, dem Rat des Chefs zu folgen und in seinem Sinn vorzugehen. Auch die Verwandtschaft akzeptiert dies nach entsprechender Aufklärung, so daß eine weitere entwürdigende Verlängerung des Leidens vermieden werden kann. Der Patient kann ruhig sterben.

*Zusammenfassend läßt sich sagen, daß hinsichtlich des Patientenwohls die Anzahl der*

Transferierungen und das Ausmaß der Diagnostik dem Patienten sicher eine größere Belastung als unbedingt nötig gebracht hat. Die diagnostische Abklärung wäre entweder an der erstaufnehmenden Internen Abteilung oder notfalls an der Psychiatrischen Abteilung durchführbar gewesen.

*Hinsichtlich des Behandlungszieles, das Leiden und Sterben bei fehlender Therapiemöglichkeit nicht unnötig zu verlängern, war das Vorgehen in der Endphase der Erkrankung von Seiten der Stationsärzte fragwürdig, da sie die Infusionen verabreichten, obwohl sie diese medizinisch für sinnlos hielten und so gesehen nicht „nach bestem (med.)Wissen“ gehandelt haben. Gerade dort zeigte sich die Wichtigkeit ausreichender Gespräche, sowohl innerhalb des therapeutischen Teams, als auch mit den Angehörigen. Die nötige Kommunikation fehlte hier zunächst und führte zu vermeidbaren Diskussionen, die in diesem Fall eine Verlängerung des Sterbens und damit des Leidens des Patienten bewirkte. Die medizinisch begründete präterminale Beendigung einer Infusionstherapie muß gut überlegt und soweit möglich sicher begründet sein. Man darf sich keinesfalls vorschnell dazu entschließen. Erklärende Gespräche müssen die Einsicht der Betreuenden und Angehörigen ermöglichen, insbesondere dort, wo ein solches Vorgehen neu ist. Alle Beteiligten müssen im Einzelfall von der Richtigkeit der Maßnahme überzeugt sein. Das Wohl des Patienten muß dabei oberstes Gesetz bleiben.*

*Dr. Rupert KLÖTZL, Arzt für Allgemeinmedizin, Premrenergasse 26/4, A-1130 Wien*