

Ernährung und Flüssigkeitsversorgung älterer Menschen, ethische und rechtliche Aspekte.

Das Planen und Handeln der Betroffenen und aller an der medizinischen und pflegerischen Versorgung Beteiligten ist geprägt von weltanschaulichen, religiösen und persönlichen Einstellungen. Diese Einstellungen haben Einfluss insbesondere auf die Entscheidung für oder gegen potentiell lebenserhaltende und lebensverlängernde Maßnahmen, zu denen auch Maßnahmen der Ernährungs- und Flüssigkeitsversorgung, insbesondere über Sonden, zählen. Die ethische Diskussion wird z.T. vor dem Hintergrund wirtschaftlicher Interessen instrumentalisiert.

„Seit Jahren hat sich der Indikationsschwerpunkt zur perkutanen endoskopischen Gastrostomie (PEG) deutlich in Richtung älterer Patienten und Patienten mit fortgeschrittenem dementiellen Syndrom verlagert. Ungeklärt ist nach wie vor, ob diese Patientengruppe hinsichtlich Aspirationspneumonie, Kachexie, Überlebenszeit und Lebensqualität bzw. Lebenskomfort profitieren. Umso bedeutender ist die Beachtung rechtlicher und ethischer Aspekte zur Abwägung von Nutzen und Risiko im Einzelfall.“ (Kolb 2001, S.7)

1. Ethische Aspekte

Therapieentscheidungen sollen im klinischen Alltag durch den Arzt vorbereitet, mit dem Patienten besprochen und danach durchgeführt werden. Der Arzt kann bei seinem Tun von einer informierten Zustimmung ausgehen (Kappel 1997). Den Entscheidungsprozess bestimmen zwei ethische Paradigmen: der Paternalismus und die Autonomie:

„Paternalismus bedeutet in diesem Kontext das Prinzip der ärztlichen Fürsorge. Auf Grund seines Wissens- und Entscheidungsvorsprungs trifft der Arzt die bestmögliche Entscheidung für seine Patienten. Diese Form der Entscheidungsethik geht zurück auf die antike Auffassung vom Arzt-Patientenverhältnis, wie es etwa auch im sogenannten ‚Hippokratischen Eid‘ beschrieben ist.

(...) Das Prinzip der Autonomie begründet sich auf einer modernen Interpretation der Kantschen deontologischen Ethik und des Individuumverständnisses von Locke. Hier ist alle Entscheidungs- und Verantwortungskompetenz beim Patienten selbst. Das Ideal ist der ‚moderne, umfassend informierte Patient‘, wie es der Rechtsprechung vorschwebt. Der Arzt ist im Idealfall ein umfassend mit allen medizinischen Alternativen vertrauter und erfahrener, dabei neutraler Informationsvermittler. Die Entscheidung für oder gegen eine bestimmte Maßnahme trifft der Patient autonom.

Der sogenannte mutmaßliche Wille stellt gewissermaßen die paradoxe Synthese zwischen Paternalismus und Autonomie dar. Hier wird der Arzt zum Treuhänder, der zwar faktisch alles zu entscheiden, vor allem zu verantworten hat, von seiner eigenen Überzeugung und sei sie noch so evident, jedoch tunlichst keinen Gebrauch machen darf.“ (Kolb 2001, S. 10)

Die Gesamthematik ist überlagert von ethischen und philosophischen Sichtweisen unterschiedlicher Gruppen und Institutionen. Dabei wird u.a. über die Menschenwürde und den Lebenswert schwerstpflegebedürftiger, insbesondere hirnnorganisch schwer versehrter Menschen diskutiert. Besonders umstritten ist die künstliche Ernährung bei Schwerstkranken, wenn durch sie keine Besserung des gesundheitlichen Zustandes des jeweiligen Menschen zu erreichen ist (z.B. moribunde Patienten, Patienten im Wachkoma). Z.T. wird das Legen einer PEG-Sonde in diesen Fällen abgelehnt. In einigen westlichen Ländern ist in solchen Fällen die Sterbehilfe durch Verzicht auf Ernährung möglich (z.B. Niederlande, England, Schweiz, USA). Dem wird die Frage entgegengestellt, ob sich die Gesellschaft damit ihrer Fürsorgepflicht für die schwächsten Glieder entzieht.

Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr ist ein Symbol menschlicher Zuwendung und Fürsorge. Wenn keine ausreichende orale Nahrungsaufnahme mehr möglich ist, stellt sich die Frage einer künstlichen Ernährung. Diese stellt einen Eingriff in die Integrität eines Menschen da (Körner et al. 2003). Das Für und Wider muss daher in jedem Fall sorgfältig abgewogen werden. Die Garantenpflicht, die jeder Arzt seinem Patienten gegenüber hat, berechtigt ihn nur in Notfällen eine Entscheidung für den Patienten zu einem derart invasiven Eingriff zu treffen. Patienten haben Anspruch auf medizinisch notwendige Behandlung, das Handeln des Arztes muss aber in jedem Fall vom Patientenwillen bestimmt werden (Becker et al. 1999).

Die künstliche Ernährung ist eine Methode zur Sicherstellung der Ernährung, zur Verbesserung der Lebensqualität und zur Lebensverlängerung. Wenn ein Patient z.B. auf Grund eines Schlaganfalls nicht mehr Schlucken kann, bietet die künstliche Ernährung auch vorübergehend die beste Möglichkeit zur Aufrechterhaltung eines bedarfsdeckenden Ernährungsstatus. Zudem ermöglicht sie die Medikamentenversorgung mit Tabletten etc. Wenn auf Grund eines fortgeschrittenen Hirnabbaus bei Menschen mit einer hochgradigen Demenz nicht mehr geschluckt werden kann, stellt sich die Situation oftmals anders da. Es ist bei dementiell erkrankten Menschen nicht belegt, dass Sondenkost Aspirationspneumonien oder Dekubitalulzera verhindert, das Leben verlängert oder seine Qualität verbessert (Pientka 2001, Meyer 2001, Rautenstrauch 2001, Dharmarajan et al. 2001, Fischer & Nekwasil 2000, Finucane et al. 1999, Finucane & Christmas 2000).

Es gehört zur Würde und Achtung des Menschen, ihm eine Ernährung zu ermöglichen, die der natürlichen Befriedigung des Grundbedürfnisses auf Nahrung dient. Dabei sind auch kulturelle und gesellschaftliche Aspekte zu berücksichtigen. Die orale Nahrungsaufnahme ist so lange wie möglich anzustreben. Wenn Menschen zur oralen Nahrungsaufnahme unfähig sind oder diese verweigern, müssen die möglichen physischen und psychischen Gründe genauestens abgeklärt werden. Ablehnung von Nahrung kann auch einen Appell nach Zuwendung darstellen. Wichtig ist, dass Pflegende und Behandelnde eine Ablehnung von einem Unvermögen zur Nahrungsaufnahme unterscheiden können, um angemessen handeln zu können.

Die Ablehnung von Nahrung stellt für Pflegende und Ärzte oftmals ein moralisches Dilemma dar, da sie sich sehr schnell zu einer existenziellen Bedrohung für den Patienten entwickeln kann. Pflegende und Ärzte fühlen sich verpflichtet, das Grundbedürfnis Essen und Trinken zu befriedigen. Dabei kann es durch Überforderung zur Anwendung von Zwang und Gewalt kommen. Jede Handlung / Maßnahme gegen den Willen einer **einwilligungsfähigen** verweigernden Person ist es eine Körperverletzung. Pflegende stehen in einer hohen (moralischen) Verantwortung, sind in ihrem Alltag doch oft damit konfrontiert, dass sich die Frage nach einer PEG-Anlage bei Pflegebedürftigen stellt. Sie rufen einen Arzt, schalten Betreuer ein und sie erörtern die PEG-Anlage mit den Angehörigen. Damit nehmen sie oft erheblichen Einfluss auf die Entscheidung zur Anlage einer PEG. Aus Gründen der Zeit-, Personal- und Kostenersparnis darf niemals eine künstliche Ernährung initiiert und durchgeführt werden.

2. Rechtliche Aspekte

Das Deutsche Reichsgericht hat bereits im Jahre 1894 entschieden, dass auch der indizierte und lege artis durchgeführte Heileingriff eine rechtswidrige Körperverletzung dargestellt. Daran hält die höchstgerichtliche Rechtssprechung bis heute fest. Danach erfüllt der ärztliche / pflegerische Heileingriff grundsätzlich den Tatbestand einer Körperverletzung gemäß § 223 StGB. Nur durch die rechtswirksame Einwilligung des Patienten bzw. das Vorliegen eines rechtfertigenden **Notstandes** (§ 34 StGB) entfällt der subjektive und objektive Straftatbestand der handelnden Pflegefachkraft bzw. des Arztes. Diese Einwilligung kann sowohl schriftlich, als auch mündlich erfolgen.

Nach 1950 trat zu der im Strafrecht wurzelnden Argumentation unter Geltung des Grundgesetzes ein zweiter Begründungssatz, das **Selbstbestimmungsrecht des Patienten** hinzu (verfassungsrechtlich geschütztes Recht auf freie Entfaltung der Persönlichkeit und körperliche Integrität). So ist der Wille des Patienten entscheidende Richtschnur für ärztliches und pflegerisches Handeln (Großkopf 1999, Ulsenheimer 1996).

Voraussetzung einer rechtswirksamen Einwilligung ist die umfangreiche, verständliche und zeitgerechte Aufklärung. Diese sollte dokumentiert werden. Des Weiteren ist sie an die Einsichtsfähigkeit des Patienten gebunden. Ist diese aufgehoben (Minderjährigkeit, **Geschäftsunfähigkeit** etc.) so geht das Einwilligungsrecht auf den Sorgeberechtigten bzw. Betreuer oder Bevollmächtigten über. In Betreuungsfällen kann die Einschaltung des Gerichts erforderlich sein, wenn Entscheidungen zu treffen sind, die über die Betreuungsbefugnis hinausgehen (Körner et al. 2003).

Die Verantwortung für die Indikationsstellung zur Sondenernährung trägt allein der behandelnde Arzt. Bei der Sachermittlung die zur Entscheidung für oder gegen die Sondenernährung führt, ist der behandelnde Arzt häufig auf **Informationen Dritter** angewiesen. Die Sondenernährung stellt nach aktueller Auffassung der Deutschen Bundesärztekammer eine aussergewöhnliche Maßnahme dar, deren Durchführung nicht allein auf der Grundlage einer vorliegenden medizinischen Indikation erfolgen kann. Vielmehr muss unter Abwägung der Prognose und der Begleitumstände **nach dem Willen oder dem mutmaßlichen Willen bei nicht einwilligungsfähigen Patienten gefahndet werden** (Bundesärztekammer 1998).

Hilfreich bei der Findung des mutmaßlichen Willens können neben Angehörigen auch die betreuenden Pflegepersonen oder eine **Patientenverfügung** sowie die weltanschaulichen und religiösen Bindungen des jeweiligen Patienten sein (Kolb 2001, Becker et al. 1999, Körner et al. 2003).