

# Apallisches Syndrom (sog. Wachkoma) kontra Demenz Ethische Richtlinien der Bundesärztekammer zur künstlichen Ernährung

## Kapitel 22: Ethische Aspekte <sup>1</sup>

Prof. Dr. phil. A. Simon  
Vorsitzender der Geschäftsstelle für Ethik in der Medizin in Göttingen

### Künstliche Ernährung bei Patienten mit apallischem Syndrom (sog. Wachkoma)

Die Bundesärztekammer betont in ihren Grundsätzen zur ärztlichen Sterbebegleitung, dass auch diese Patienten ein Recht auf Behandlung, Pflege und Zuwendung haben:

„Lebenserhaltende Therapien einschließlich – ggf. künstlicher – Ernährung ist daher unter Beachtung ihres geäußerten Willens oder mutmaßlichen Willens grundsätzlich geboten.“ (Bundesärztekammer 2004)

#### BEACHTEN:

Irreversible Bewusstlosigkeit allein ist kein hinreichendes Kriterium für die Beendigung der künstlichen Ernährung. Eine solche kommt nur dann in Betracht, wenn weitere Komplikationen die Fortführung der Ernährung nicht mehr sinnvoll erscheinen lassen, oder der Wille des Patienten einer weiteren Ernährung entgegensteht.

### Das Wichtigste in Kürze:

Die Indikation zur künstlichen Ernährung muss im konkreten Einzelfall auf der Grundlage einer individuellen Nutzen-Schadensrisiko-Analyse geprüft werden.

Gegen eine PEG – Ernährungssonde:

Metaanalysen von Studien zur künstlichen Ernährung bei hochgradig dementen Patienten zeigen, dass es bislang keine Evidenzen (wissenschaftliche Erkenntnisse) dafür gibt, dass die künstliche Ernährung positive Auswirkungen auf den Ernährungszustand, die Lebensqualität und die Überlebenszeit dieser Patienten hat (Finucane et al. 1999, Synofzik M 2007, Nervenarzt).

Für eine PEG – Ernährungssonde:

Einzelne Studien an kleineren Patientengruppen konnten zeigen, dass der frühzeitige Beginn einer adäquaten Ernährungstherapie das mit einer Demenzerkrankung einhergehende Risiko einer Mangel- und Fehlernährung deutlich verringert und damit zur nachhaltigen Erhöhung der Lebensqualität und der Lebensdauer beitragen kann.

Diese Ergebnisse legen den Schluss nahe, dass bei frühzeitigem Beginn die Fortführung der Ernährungstherapie auch bei fortgeschrittener Demenzerkrankung medizinisch sinnvoll sein kann.

(Rappold E 2004 Praxis für Ernährungstherapie. Aktuell Emaehr Med 16:133-147).

#### BEACHTEN:

Nahrungsverweigerung bei Demenzpatienten stellt keine Indikation zur künstlichen Ernährung dar, da sie entweder auf anderem Wege zu behandeln oder als natürliche Willensäußerung ernst zu nehmen ist.

Irreversible Bewusstlosigkeit bei Wachkomapatienten allein ist kein hinreichendes Kriterium für die Beendigung der künstlichen Ernährung.

<sup>1</sup> Publiziert in: Löser C (Hrsg.) **Unter- und Mangelernährung**. Thieme: Stuttgart 2011, 196-205

## Stellungnahme zu den ethischen Richtlinien der Bundesärztekammer zur künstlichen Ernährung

Paul Musiol

Die Demenz ist eine neurodegenerative Erkrankung des Gehirns. Charakteristisch ist die zunehmende Verschlechterung der kognitiven Leistungsfähigkeit. Die Patienten verlieren u.a. ihre Einwilligungsfähigkeit, Einsichtsfähigkeit, Urteilsfähigkeit und Sprache. Eine persönliche Nutzen-Schadensrisiko-Abwägung der Therapie kann der Patient mit Demenz nicht vornehmen.

„Nahrungsverweigerung bei Demenzpatienten“ wie A. Simon schreibt, „stellt keine Indikation zur künstlichen Ernährung dar da sie entweder auf anderem Wege zu behandeln oder als natürliche Willensäußerung ernst zu nehmen ist“.

Beim Krankheitsbild der Demenz mit den kognitiven und geistigen Defizite, gibt es bezüglich Nahrungsverweigerung keine natürliche, nachweisliche Willensäußerung des Patienten, die auf seine Urteilsfähigkeit und Einsichtsfähigkeit zurückgeführt werden kann.

Auch die Mangelernährung angeblich „auf anderem Wege zu behandeln“, ist arglistige, böswillige und vorsätzliche Täuschung.

Der Leser und Patient wird mit diesen Tatsachenbehauptungen, die deutschlandweit in den Vorlagen von Patientenverfügungen zu finden sind, absichtlich in die Irre geführt, manipuliert und es wird die Unwahrheit gesagt!

In den Vorlagen von Patientenverfügungen finden sich keine medizinischen Hinweise wie beispielsweise zu den Auswirkungen des Mangels an Nahrung und Flüssigkeit, besonders bei Altersdemenz-Patienten, die keine Ernährungssonde haben.

Nach den ethischen Richtlinien der Bundesärztekammer besteht keine ärztliche Indikation zur Einleitung oder Weiterführung der künstlichen Ernährung weil die Krankheit Demenz (noch) nicht heilbar ist. Die künstliche Ernährung darf deshalb nicht (mehr) durchgeführt werden (Bundesärztekammer aus dem Deutschen Ärzteblatt Jg. 110 / Heft 33-34 / 19. August 2013).

Die Bundesärztekammer hat das Gutachten von Synofzik M (2007) PEG-Ernährung bei fortgeschrittener Demenz. Eine evidenzgestützte ethische Analyse. Nervenarzt 78:418-482 zum Kronzeugen für seine ethischen Richtlinien ausgesucht.

### **Einerseits:**

Demenzpatienten, die offensichtlich ‚Freude am Leben‘ zeigen wird bei einer Unterernährung die medizinische Basisversorgung an Flüssigkeit und Nahrung eingestellt.

Schicksal Demenz. Demenzpatienten wird das Recht auf Leben genommen. Sie sind rechtlos und den Ärzten ausgeliefert und verhungern und verdursten, langsam aber sicher!

Ist die Würde des Menschen teilbar? Ist das Recht auf Leben teilbar?

### **Andererseits:**

Die künstliche Ernährung bei Patienten mit apallischem Syndrom (sog. Wachkoma) sind lebenserhaltende Therapien – ggf. künstlicher – Ernährung, grundsätzlich geboten (Bundesärztekammer 2004).

### **BEACHTEN:**

„Irreversible Bewusstlosigkeit allein ist kein hinreichendes Kriterium für die Beendigung der künstlichen Ernährung. Eine solche kommt nur dann in Betracht, wenn weitere Komplikationen die Fortführung der Ernährung nicht mehr sinnvoll erscheinen lassen, oder der Wille des Patienten einer weiteren Ernährung entgegensteht“ (A. Simon).

Paul Musiol Postfach 102112 78421 Konstanz

Telefon: +49 (0) 7533 804 9667 Handy: +49 (0) 172 980 3000 Fax: + 49 (0) 7533 804 9648

Mail: musiol@ymail.com Homepage: www.meddok.info

## Schlussfolgerung:

Warum diese unterschiedlichen, lebenserhaltenden Therapieansätze der behandelnden Ärzte?  
Warum wird die medizinische Ethik von Ärzten bzgl. der künstlichen Ernährung des Patienten, mit zweierlei Maß gemessen?

Ärzte in stationären und ambulanten Intensivpflegeeinrichtungen machen mit Ihrer Apparatemedizin bei Wachkomapatienten stationär monatlich € 6.000 und ambulant € 20.000 bis € 25.000 Umsatz. Beatmungspatienten sind für Ärzte hochlukrative Kunden.

Die medizinische Basisversorgung an Flüssigkeit und Nahrung bei Unterernährung von Demenzpatienten sicherzustellen, lohnt sich für Ärzte finanziell nicht. Für einen Hausbesuch bekommt der Arzt am Tag nur einen Zuschuss von € 30.00.

Es spricht vieles dafür, dass aus wirtschaftlichen Gründen die Vorgaben der Bundesärztekammer und der zentralen Ethikkommission im Jahr 2013 ‚angepasst‘ wurden.

Der Demenzkranke trinkt und isst was er noch als solches erkennen kann.  
Er kann die Getränke und Speisen, die ihm angereicht werden, für sich nicht mehr zuordnen.

Der Patient verliert über viele Monate stetig an Gewicht bis die Organsysteme versagen und der Tod den Patienten von seinem Leid erlöst.

Für Angehörige ist es zum Teil ein traumatisches Erlebnis das langsame und schmerzreiche Sterben des Familienangehörigen miterleben zu müssen.

Die folgende Fotosammlung von Frau Claudia Thoelen gibt dem Patienten ein Gesicht, einen Namen und zeigen Lebensfreude und das langsame Siechtum und Sterben des Menschen ([www.alzheimer-ausstellung.de](http://www.alzheimer-ausstellung.de)).

**Der Arzt trägt für das Leid und vorzeitige Ableben der Menschen keine Verantwortung.  
Er hat nach seinen ethischen Grundsätzen als Arzt folgend und folgenlos dem Patienten treu gedient.**

Verweigert oder widerruft der Patient seine Einwilligung, so ist die weitere Behandlung unzulässig.  
Dies trifft auch auf lebenserhaltende Maßnahmen zu. Die ärztliche Verpflichtung zur Lebenserhaltung endet dort, wo sie vom Patienten nicht mehr gewollt wird (A. Simon).

**Wenn Sie in Ihrer Patientenverfügung beim Krankheitsbild der Altersdemenz keine Ernährungssonde bei Mangelernährung einfordern, sind lebenserhaltende Maßnahmen für den behandelnden Arzt unzulässig.**