

12 Ethische und rechtliche Gesichtspunkte

Arbeitsgruppe

S. Rothärmel (AG-Leiter), S. C. Bischoff, G. Bockenheimer-Lucius, A. Frewer, K.-H. Wehkamp, G. Zürcher

Präambel

▼
Eine angemessene Ernährung ist Teil des medizinischen Behandlungsauftrags. Ernährung betrifft in besonderer Weise kommunikative und soziale Grundbedürfnisse des Menschen, weshalb Fragen des Beginns und der Einstellung der parenteralen Ernährung (PE) in hohem Maße durch ethische und rechtliche Überlegungen beeinflusst werden. Im folgenden Teil „ethische und rechtliche Gesichtspunkte“ werden die für die Entscheidungsfindung maßgeblichen ethischen Kriterien, rechtlichen Rahmenbedingungen und möglichen Verfahrensschritte für eine sichere Entscheidungsfindung aufgezeigt.

Grundsätze

▼
Patienten, die über den Gastrointestinaltrakt nicht ausreichend ernährt werden können, haben grundsätzlich Anspruch auf PE. Das gilt auch für die wachsende Gruppe der nicht einwilligungsfähigen Patienten. Allgemeine Ziele der Ernährungstherapie sind die Gewährleistung einer im Hinblick auf Grundkrankheit und Ernährungszustand adäquaten Ernährung, das Vorbeugen einer Mangelernährung und deren Folgen – erhöhte Morbidität und Mortalität – und somit letztlich die Verbesserung der Prognose oder der subjektiven Lebensqualität des Patienten. Im Einzelfall wird das Ziel der Ernährungstherapie wesentlich durch die Art der Indikation bestimmt. Eine substitutive Ernährung soll einen Gewichtsverlust und damit eine Verschlechterung des Ernährungsstatus vermeiden. Eine künstliche Ernährung als Therapie hat eine Verbesserung des Ernährungsstatus und damit eine günstige Beeinflussung des Krankheitsbildes zum Ziel. Dagegen ist das Ziel einer bei Patienten mit unheilbarem Leiden palliativ durchgeführten Ernährung der Erhalt subjektiver Lebensqualität.

Die Entscheidung für den Beginn der PE erfordert wie die zum Abbruch eine ganzheitliche Entscheidungsverantwortlichkeit des Arztes, der an den Willen des Patienten gebunden ist. Mitbehandelnde ärztliche Kollegen, die Angehörigen und die Pflegerinnen und Pfleger sollten nach Möglichkeit in den Entscheidungsprozess mit einbezogen werden. Im Falle divergierender Ansichten empfehlen wir dringend eine ethische Beratung.

Der Wille des Patienten zum Verzicht auf PE ist zu respektieren. Dabei ist es für den Fall fehlender Einwilligungsfähigkeit und die dann notwendige Ermittlung des mutmaßlichen Willens hilfreich, wenn der Patient diesen Willen und die Situationen, in denen er befolgt werden soll, in einer Patientenverfügung festgehalten hat. Die ärztliche Beratung des Patienten bei der Erstellung einer Patientenverfügung sollte mögliche Indikationen für eine enterale oder parenterale Ernährung sowie die Folgen des Verzichts auf Ernährung und Flüssigkeitszufuhr in den verschiedenen Phasen einer Erkrankung einschließen.

Indikation für die PE

▼
Die medizinische Indikation zur künstlichen Ernährung besteht klassischerweise dann, wenn der Patient nicht essen „darf oder kann“. Ist dabei der Gastrointestinaltrakt nicht bzw. nicht ausreichend funktionsfähig, ist eine PE indiziert. Auch eine schwere Mangelernährung kann trotz möglicher enteraler Ernährung eine Indikation zur PE sein.

In die Frage der Indikation fließen neben medizinischen auch rechtliche und ethische Erwägungen ein, die nachfolgend näher beschrieben werden. Bei der Bewertung der medizinischen Kriterien sollte berücksichtigt werden, dass ein guter Ernährungszustand nicht nur die Prognose positiv beeinflussen kann, sondern auch die subjektivi-

Bibliografie

DOI 10.1055/s-2006-951879
Aktuel Ernaehr Med 2007; 32, Supplement 1: S69 – S71
© Georg Thieme Verlag KG
Stuttgart · New York ·
ISSN 1862-0736

ve Lebensqualität. Deshalb ist drohender Mangelernährung auch bei einer infausten Prognose möglichst frühzeitig zu begegnen. Bei der Indikationsstellung sollte Klarheit über Zwecke und Ziel der PE und die Einstellung des Patienten hierzu bestehen. Der Wille des Patienten, seine Prognose und seine individuelle subjektive Lebensqualität können sich im Laufe der Behandlung mehrfach ändern. Die Indikationsstellung muss daher in regelmäßigen Abständen überprüft werden. Die Gründe für oder gegen ihre Aufrechterhaltung sollten dokumentiert werden.

Kontraindikationen

▼ Neben absoluten medizinischen Kontraindikationen ist eine PE auch dann kontraindiziert, wenn der Patient auf oralem oder enteralem Weg mittels einer Sonde bzw. PEG/PEJ ausreichend ernährt werden kann.

Die PE muss aus rechtlichen und ethischen Gründen unterbleiben, wenn der Patient in Kenntnis der möglichen Folgen seine Einwilligung hierzu verweigert oder eine Verweigerung seinem mutmaßlichen Willen entspricht.

Ärztliche Verantwortung bei der Sterbebegleitung

▼ Der Verlauf einer unheilbaren Erkrankung lässt sich in die Rehabilitationsphase, die Präterminalphase und die Terminalphase einteilen [1]. Während in der Rehabilitationsphase, die manchmal Jahre dauern kann, das Behandlungsziel die Wiederherstellung bzw. der Erhalt von Selbstständigkeit und Leistungsfähigkeit des Patienten ist, sind in der Wochen bis Monate dauernden Präterminalphase sowie in der Terminalphase, in der in nächster Zeit mit dem Tod des Patienten gerechnet werden muss, die Ziele der Therapie und die Schwerpunkte der Betreuung neu festzulegen [1–4].

In den Vordergrund rücken jetzt Maßnahmen zu Symptomkontrolle und Linderung von Beschwerden, der Erhalt von Lebensqualität und die Ermöglichung von Selbstbestimmung und eines „guten Todes“ [1,3–9]. Ziele der Ernährung wie der Erhalt des Ernährungsstatus, Aufrechterhaltung von Funktionen, positive Beeinflussung des Krankheitsverlaufs oder Lebensverlängerung treten jetzt in den Hintergrund.

Im Vordergrund steht nun die Aufgabe, „Hunger“ und „Durst“ zu stillen. In der letzten Lebensphase ändern sich auch die Bedürfnisse und Wünsche des Patienten, wobei jeder einzelne Mensch sein individuelles Verhalten zeigt bis hin zum Tod. Die Indikation zu einer künstlichen Ernährung ist jetzt mit einer sorgfältigen, individuellen Abwägung möglicher Risiken und Nutzen unter der neuen Zielsetzung zu stellen [1–3,8,9]. Untersuchungen zufolge empfinden Patienten zwar häufig Mundtrockenheit, ein frühzeitiges Sättigungsgefühl, Übelkeit und Geschmacksstörungen, aber selten Hunger und Durst. Hunger und Durst aber können oft mit geringen Mengen an oraler Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr gestillt werden. Zum Problem kann vor allem eine unüberlegte und hohe Flüssigkeitszufuhr dann werden, wenn sie zu Ödemen (Lungenödem!), Atemnot, Übelkeit und Erbrechen und überhöhter Urinproduktion führt. Eine genaue Beobachtung des Patienten ist vor allem deshalb nötig, weil die Symptome von Mundtrockenheit und Durst nicht mit dem Hydrierungszustand des Körpers korrelieren und eine parenterale Flüssigkeitszufuhr nicht zwangsläufig zur Besserung des Symptoms Durst führt. Zudem werden die Symptome Mundtro-

ckenheit und Durst auch durch Medikamentenwirkungen, Sauerstofftherapie, Mundatmung sowie Angst und Depression hervorgerufen. Am Anfang der Therapie von Mundtrockenheit und Durst stehen daher pflegerische Maßnahmen wie Lippenpflege (Reinigen und Feuchthalten der Lippen) und Mundpflege mit Mundspülung, häufigem Angebot von Flüssigkeit und der Gabe von Eischips oder Eiswürfeln [1,2,7,9–11]. Klagt ein Patient trotz optimaler Pflege weiterhin über Durst, kann eine Hydrierung notwendig sein. Weitere Gründe wären ein plötzlicher, unerklärbarer Verwirrheitszustand, unerklärte Unruhe sowie eine erhöhte toxische Medikamentenwirkung. Um eine Überhydrierung zu vermeiden, sollte mit geringen Flüssigkeitsmengen, z. B. 1000 ml/24 h, begonnen werden [3,7–9]. Dies kann über einen peripheren Zugang erfolgen.

Rechtliche Aspekte

Einwilligungsfähige Patienten

Das Legen eines ZVK wie auch das Eingeben der Ernährungslösung werden rechtlich als Körperverletzung gewertet, die nur mit Einwilligung des Patienten zulässig sind [12–16]. Solange der Patient einwilligungsfähig ist, ist allein er der Adressat einer umfassenden Aufklärung, die mögliche Komplikationen und Risiken sowie die Folgen einer Nichtbehandlung enthalten muss. Einwilligung und Aufklärung des Patienten müssen dokumentiert werden.

Einwilligungsfähigkeit bedeutet nicht Geschäftsfähigkeit im Sinne des Bürgerlichen Rechts. Kinder und Jugendliche ab etwa 14 Jahren können im Einzelfall einwilligungsfähig sein. Auch Patienten, für die wegen der Gesundheitsangelegenheiten ein gesetzlicher Betreuer bestellt worden ist, bleiben in allen Bereichen potenziell einwilligungsfähig. Die Einwilligungsfähigkeit ist in jedem Einzelfall und für jede Maßnahme erneut zu überprüfen und dann anzunehmen, wenn der Patient in der Lage ist, Wesen, Bedeutung und Tragweite des Eingriffs sowie des Verzichts auf einen solchen zu erkennen und eine selbst bestimmte Entscheidung zu treffen. Wird vom Arzt die Einwilligungsfähigkeit des Patienten festgestellt, ist die Meinung des Betreuers oder der Sorgeberechtigten wie auch der Angehörigen rechtlich irrelevant [5,12].

Die Einwilligungsfähigkeit kann für komplexe Fragen aufgehoben sein, für einfache Fragen aber durchaus bestehen. Es muss daher überprüft werden, ob die Entscheidung für oder gegen die Ernährung vom Patienten intellektuell und in emotionaler Hinsicht überschaut und verantwortet werden kann [5,12].

Nicht einwilligungsfähige Patienten

Ist der Patient nicht einwilligungsfähig, entscheidet der von ihm benannte Vorsorgebevollmächtigte oder, falls der Patient insoweit keine Vorsorge getroffen hat, der vom Gericht bestellte Betreuer. Die Einleitung eines gerichtlichen Verfahrens für die Betreuerbestellung ist nur in dringenden Notfällen entbehrlich. Sachlich zuständig ist das Amtsgericht.

Vor allem ist die Patientenverfügung das wichtigste Indiz bei der Ermittlung des mutmaßlichen Willens des Patienten. Hat der Patient in einer Patientenverfügung Aussagen über die PE und Situationen, für die er sie ablehnt, getroffen, so ist dies nach der aktuellen Rechtsprechung [13,14] und nach den Richtlinien der Bundesärztekammer [6,17] für Arzt, Betreuer und Vorsorgebevollmächtigten verbindlich. Die gerichtliche Überprüfung des Ernährungsabbruchs ist nach der aktuellen Rechtsprechung des

Bundesgerichtshofs [13,14] nur dann erforderlich, wenn aus ärztlicher Sicht die Indikation für die Ernährung (fort-)besteht, der Betreuer sie aber gegen den ärztlichen Rat verweigert und Einvernehmen über ihre Fortsetzung nicht hergestellt werden kann.

Wenngleich mit der Entscheidung für die Einleitung der PE die Einleitung eines Betreuungsverfahrens erforderlich sein kann, bedarf sie keiner richterlichen Genehmigung. Eine analoge Anwendung des § 1904 BGB kommt trotz vorhandener Risiken beim Legen eines ZVK nicht in Betracht, weil hier wegen der Infektionsgefahren ein tödliches Risiko zwar nicht gänzlich ausgeschlossen werden kann, das Legen eines ZVK deshalb aber noch nicht als „typischerweise lebensgefährlich“ im Sinne des § 1904 BGB zu bewerten ist.

Einzelne Fragen von Haftung und Organisation

Verordnung und Verabreichung der PE ist Aufgabe des Arztes. Seine Verantwortung bleibt auch dann bestehen, wenn einzelne Schritte an die Pflege delegiert werden. Die Eigenverantwortung des Apothekers für die Bereitstellung und Mischung des Präparates bleibt hiervon unberührt. Das verwendete Präparat und die verordnete Menge sollten dokumentiert werden.

Literatur

- 1 Richter G. Ernährungs- und Flüssigkeitstherapie in der Terminalphase des Lebens: Ethische und medizinische Grundlagen. In: Schauder P, Ollenschläger G (Hrsg): Ernährungsmedizin – Prävention und Therapie. München: Urban & Fischer, 2003: 933–953
- 2 ASPEN Board of Directors and the Clinical Guidelines Task Force. Guidelines for the use of parenteral and enteral nutrition in adult and pediatric patients. JPEN J Parenter Enteral Nutr 2002; 26: 1SA–138SA
- 3 Bruera E, MacDonald N. To hydrate or not to hydrate: how should it be? J Clin Oncol 2003; 21: 84–86
- 4 Fainsinger RL, Bruera E. When to treat dehydration in a terminally ill patient? Support Care Cancer 1997; 5: 205–211
- 5 Körner U, Biermann E, Bühler E et al. DGEM Leitlinie Enterale Ernährung: Ethische und rechtliche Gesichtspunkte. Akt Ernähr Med 2003; 28: 36–41
- 6 Bundesärztekammer. Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung. Deutsches Ärzteblatt 2004; 101 (19): A1298–A1299
- 7 Bruera E, Belzile M, Watanabe S, Fainsinger RL. Volume of hydration in terminal cancer patients. Support Care Cancer 1996; 4: 147–150
- 8 Ludwig C. Bedarf die terminale Dehydratation der Korrektur? In: Arends J, Aulbert E (Hrsg): Beiträge zur Palliativmedizin. Band 4 Ernährung und Flüssigkeitssubstitution in der Palliativmedizin. Stuttgart: Schattauer, 2001: 56–58
- 9 Binsack T. Ernährungs- und Flüssigkeitszufuhr bei Todkranken. Münch Med Wochenschr 1994; 136: 550–551
- 10 Kolb C. Nahrungsverweigerung bei Demenzkranken. PEG-Sonde – ja oder nein? Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag GmbH, 2003
- 11 Mayer J, Nagel E. Künstliche Ernährung aus ethischer Sicht. In: Hartig W, Biesalski HK, Druml W, Fürst P, Weimann A (Hrsg): Ernährungs- und Infusionstherapie. Stuttgart: Thieme, 2003: 745–754
- 12 Rothärmel S. Einleitung und Abbruch der künstlichen Ernährung. Wer entscheidet bei einem nicht einwilligungsfähigen Patienten? Der Internist 2004; 45: 485–491
- 13 BGH. „Lübecker Beschluss“ vom 17. März 2003 – XII ZB 2/03 (Schleswig). Neue Juristische Wochenschrift, 2003: 1588ff
- 14 OLG Karlsruhe. Genehmigung des Vormundschaftsgerichts zum Abbruch lebensverlängernder Maßnahmen (Beschluss vom 26.03.2004 – 11 Wx 13/04). Neue Juristische Wochenschrift, 2004: 1882–1883
- 15 Hufen F. Verfassungsrechtliche Grenzen des Richterrechts. Zeitschrift für Rechtspolitik, 2003: 248–252
- 16 BGH. „Kemptener Urteil“ vom 13.9.1994 (1 StR 357/94). BGHSt, 1994; 40: 257ff
- 17 Bundesärztekammer. Handreichungen für Ärzte zum Umgang mit Patientenverfügungen. Deutsches Ärzteblatt 1999; 96 (43): A2720–A2721