

## **Ich kann doch meine Mutter nicht verhungern lassen!**

### Ernährung und Ethik am Lebensende

Renate Kronemeyer und Gerhard Pott

Oft hören wir diese Aussage - diesen Hilferuf - in Gesprächen mit Angehörigen von sterbenden Menschen, wenn es darum geht, ob ein Patient künstlich ernährt werden soll. In diesem Satz steckt so viel Unsicherheit, vorweggenommene Schuldübernahme, Druck, Beziehung und Abschied. Weshalb?

Die Zuwendung zu kranken und leidenden Menschen ist stark intuitiv, man nennt das auch intuitive Ethik des Nahbereichs von Mensch zu Mensch. Wir wollen stärken und aufrichten durch Gabe von Flüssigkeit und Nahrung, weil Hunger und Durst durch die Jahrtausende im Gegensatz zu heute Hauptursache der Hinfälligkeit waren. Auch das ärztliche und Pflegepersonal spürt das und muss sich klar darüber sein, dass wir nicht sterben, weil wir verdursten und verhungern, sondern Hinfälligkeit und Gewichtsverlust Zeichen des Sterbens sind. Und genau in dieser Verstrickung der unterschiedlichen Gefühle muss direkt eine Entscheidung getroffen werden. Deshalb ist es hilfreich, sich gerade ohne akuten Anlass mit dem Thema auseinanderzusetzen. Und so vielschichtig die Fragen sind, so differenziert muss auch die Auseinandersetzung mit der Ernährung und Flüssigkeitsgabe am Ende des Lebens geführt werden. Zunächst erst einmal zum wichtigsten Aspekt der Frage:

#### **Verhungern Sterbende wenn sie kein Essen zu sich nehmen?**

Nein, Schwerkranke und sterbende Menschen haben in der Regel deutlich weniger oder gar nicht mehr das Bedürfnis, zu essen und zu trinken. Dies führt oftmals zur Assoziation des qualvollen „Verhungerns und Verdurstens“. Das freiwillige oder manchmal sogar bewusste Beenden der Nahrungsaufnahme gehört zum Sterbeprozess dazu, was auf ein reduziertes oder sogar komplett fehlendes Hunger- und Durstgefühl zurückzuführen ist. Dies gilt auch für Patienten, die aufgrund von fehlendem Bewusstsein oder starker Müdigkeit keine Nahrung zu sich nehmen können.

Vor der Entscheidung, eine Nahrungs- oder Flüssigkeitszufuhr nicht zu beginnen oder eine bereits eingeleitete zu beenden, müssen aber vom eigentlichen Sterbeprozess unabhängige und evtl. reversible und leicht behandelbare Ursachen der fehlenden Nahrungsaufnahme ausgeschlossen werden. Zum Beispiel sind Tumorerkrankungen häufig begleitet von Völlegefühl, Übelkeit und Geschmacksveränderungen, die durch Botenstoffe, die der Tumor produziert, verursacht werden. Auch kommt es durch Therapien als Nebenwirkung oft zu Mund-Schleimhautentzündungen (Stomatitis, Soor), zu Geschmacks- oder Schluckstörungen. Hier gilt es, diese Ursachen zu beheben bevor eine fehlende Nahrungsaufnahme als Teil des Sterbeprozesses akzeptiert werden kann. Ist geklärt, dass die fehlende oder reduzierte Nahrungsaufnahme tatsächlich abhängig vom Sterbeprozess ist, ist folgendes weiter in den Blick zu nehmen.

Eine Verringerung von Flüssigkeit und Nahrung oder deren völliger Verzicht führt im Körper dazu, dass vermehrt Endorphine ausgeschüttet werden, die eine Verringerung von Schmerzen und eine Stimmungsaufhellung bewirken können, was eine verbesserte „Lebensqualität“ bedeuten kann. Eine unreflektierte Fortführung von subkutaner (unter die Haut ins Unterhautfettgewebe gegebener) Flüssigkeit bis in die Finalphase ist nicht hilfreich, denn das verursacht Schmerzen und erhöht das Risiko von Wassereinlagerungen, z.B. Bauchwasser und Wasser in der Lunge, was zu Atemnot führen kann.

Was in keinem Fall passieren darf ist, dass ein Sterbender Durst empfindet. Dies kann aber nicht durch die künstliche, subkutane Flüssigkeitsgabe verhindert werden. Hier ist eine gute Mundpflege, um die Schleimhäute feucht zu halten viel wertvoller und zielführender als künstlich zugeführte Flüssigkeit. Wenn all diese medizinischen Fakten nach diesen Erläuterungen nun vielleicht akzeptiert werden können, stellt sich gleich die nächste Frage: Woran kann ich festmachen, dass sich ein Mensch im Sterbeprozess befindet?

Zu den Symptomen des Sterbeprozess gehören zum Beispiel: sinkender Blutdruck und geringere Pulsfrequenz, wechselnde Körpertemperatur, unregelmäßige Atmung, verstärkte Müdigkeit und verminderte Vigilanz. Eine ganz klare Abgrenzung, wann ein Sterbeprozess beginnt, wird es wahrscheinlich nie geben, denn genauso individuell jeder Mensch ist, so individuell ist auch sein Sterbeprozess. Und die Entscheidung, eine begonnene Therapie zu beenden oder zu verändern, ist in der palliativen (am Lebensende) Ernährungsmedizin nicht von einem konkreten Zeitpunkt abhängig, sondern von dem gesamten Krankheitsprozess.

Wie sieht es aber bei dem Krankheitsbild der Demenz aus, bei dem der Patient aufgrund des Verlustes der kognitiven Fähigkeiten gar nicht mehr für sich selbst entscheiden und auch seine Bedürfnisse nicht mehr kommunizieren kann? Hier ist der Sterbeprozess, anders als zum Beispiel bei Tumorerkrankungen im Endstadium mit nahem Sterben, wie bei anderen chronischen Krankheiten auch, als sicherer Tod zu einem „unbekannten Zeitpunkt“ zu beschreiben. Auch hier gilt, dass sich Patienten mit schwerer Demenz in einem Sterbeprozess befinden, auch wenn wie oben beschrieben der Tod nicht unmittelbar absehbar ist. Aber wie gehe ich dann damit um, wenn sich im Laufe dieses Krankheitsprozesses eine sehr häufig vorkommende Schluckstörung einstellt? Kann ich eine geringere Nahrungszufuhr akzeptieren? Kann ich das Risiko des „Verschluckens“ der Nahrung in die Lunge in Kauf nehmen und als Teil des Krankheitsbildes sehen ohne die Notwendigkeit eine künstliche Ernährung zu beginnen? Studienlagen zeigen für diese Situation eindeutig, dass in dieser Phase bei zunehmenden Schluckstörungen die Anlage einer dauerhaften Magensonde mittels perkutaner endoskopischer Gastrostomie (PEG-Verweilmagensonde durch die Bauchdecke) weder zu einer Lebensverlängerung noch zu einer Erhöhung der Lebensqualität führt.

Aber gerade dann, wenn medizinisch die Möglichkeiten erschöpft sind, bleibt immer noch die große Komponente der persönlichen Zuwendung. Und gerade die Aufwendung von Zeit und Kraft bietet den pflegenden Angehörigen die Möglichkeit, sich mit der Frage nach der Verantwortung positiv auseinanderzusetzen. Diese direkte Zuwendung kann neben einer

guten Information helfen, das schon oben genannte Gefühl von Schuld, Angehörige verhungern zu lassen, gar nicht entstehen zu lassen oder andernfalls besser damit umgehen zu können. Hier zeigt sich, wie wichtig die Aufklärung, Beratung und die Begleitung Angehöriger ist, um dem Sterbenden einen würdevollen Abschied und den Angehörigen eine Entlastung im Sterbeprozess und später eine Trauerbewältigung zu ermöglichen.

Literatur zum Weiterlesen. Angaben ohne Zeitschriftzitat s. Internet direkt

(Augustyn/Kern 2012: 952)

(Arends et al. 2007: 130).

(Bayerischer Landespflegeausschuss 2008: 38

Frühwald, Th. Ernährung am Lebensende-ethische Aspekte,

Dtsch med Wochenschr 2018; 143(20): 1436-1439

Leitlinien der DGP Sektion Pflege: Ernährung und Flüssigkeit in der letzten Lebensphase von Erwachsenen

Leitlinien Ernährung Palliativmedizin

Pott, G.et al. (Hrsg.) Palliativmedizinische Gastroenterologie, Schattauer Verlag 2010

(Samarel (2003), S, 135f)

Frau Kronemeyer ist Ärztin für Ernährungsmedizin in der Euregioklinik Nordhorn und Vorsitzende der Hospizhilfe Grafschaft Bentheim. Professor Pott ist Gastroenterologe und Palliativmediziner und eh. Krankenhausarzt. Beide Autoren sind Mitglieder des Ethikseminars am Kloster Frenswegen (s.Website)