

## Künstliche Ernährung

# Gut gemeint ist nicht immer gut gemacht

Bundesgesundheitsministerium will medizinisch nicht indizierte Behandlungsmaßnahmen erzwingen.

Meinolfus Strätling<sup>1,2</sup>, Peter Schmucker<sup>1,2</sup>, Franz-Joseph Bartmann<sup>3</sup>



Foto: Elleringmann/Half

für Gesundheit und Soziale Sicherung (BMGS) als auch von einzelnen Patienten- und Angehörigenverbänden sowie Interessengruppen massiv unter Druck gesetzt: Er sollte seinen Entwurf einer „Arzneimittelrichtlinie“ zur Ernährungstherapie im Sinne einer faktischen „Generalindikation zur künstlichen Ernährung“ ändern. Nun will das Ministerium auf dem Wege der Ersatzvornahme seinen Standpunkt durchsetzen.

Auch einige Vertreter der Enquetekommission „Ethik und Recht der modernen Medizin“ des Deutschen Bundestages beabsichtigen, im Rahmen des geplanten 3. Betreuungsrechtsänderungsgesetzes (3. BtRÄndG) eine faktisch unbedingte Verpflichtung zur Durchführung der „künstlichen Ernährung“ festzuschreiben (2). Wesentliche Ursache dafür

ist die – psychologisch verständliche, aber medizinisch klar unzutreffende (3) – Befürchtung, man müsse anderenfalls die Betroffenen in grausamer Weise „verhungern“ oder gar „verdurstet“ lassen (2).

Tatsächlich ist jedoch mit Blick auf die künstliche Ernährung inzwischen im interdisziplinär-wissenschaftlichen Schrifttum längst klar entschieden wor-

den, dass es sich hierbei keineswegs um eine unverzichtbare „Basisversorgung“ handelt, sondern um eine „Behandlungsmaßnahme“ (4, 5). Deren Indikation ist jedoch bei bestimmten Patienten(gruppen), zum Beispiel wenn sich diese im weit fortgeschrittenen Stadium von Demenz- oder Tumorerkrankungen oder mit hinreichender Wahrscheinlichkeit im Zustand eines irreversiblen „Wachkomas“ befinden, regelmäßig kritisch zu überprüfen und dann gegebenenfalls zu unterlassen oder zurückzuziehen (5).

Dies gilt umso mehr, als auf Grundlage einer inzwischen geradezu erdrückenden (inter)nationalen Datenlage (3, 6–24) der medizinische Nutzen der künstlichen Ernährungstherapie bei den genannten Patientengruppen nicht nur bei der Prävention relevanter Sekundärkomplikationen (zum Beispiel Aspirationspneumonie, Mangelernährung, Dekubitusprophylaxe, Funktionseinbußen), sondern auch bei der Beeinflussung längerfristiger prognostischer Kriterien (Langzeitüberleben, Rehabilitationsfähigkeit) als bestenfalls nicht belegt und in Bezug auf die meisten Konstellationen sogar als plausibel widerlegt einzustufen ist.

Erschwerend kommen die erheblichen Belastungen durch die Behandlung selbst hinzu. Hierzu zählen gastrointestinale Beschwerden wie Obstipation und Diarrhö, Ödeme, vermehrte Produktion von Urin und Sputum sowie auch erhebliche Langzeitkomplikationen und Schädigungen (zum Beispiel Peritonitiden), die inzwischen bei 30 bis 70 Prozent der künstlich ernährten Patienten beschrieben werden.

Schließlich muss noch bedacht werden, dass bei derartigen Krankheitszuständen das Hunger- und Durstgefühl aufgehoben sowie einem hoch effektiven Methodenspektrum palliativmedizinischer Symptomenkontrolle zugänglich ist (6–19, 23–25).

Emotional verständliche (helfer)psychologische Phänomene, Unsicherheiten im Umgang mit den eigentlichen therapeutischen und prognostischen Fragen, deren ethischen und rechtlichen Implikationen sowie weit verbreitete Ausbildungs-, Wissens- und Versorgungsdefizite im (palliativ)medizinischen Bereich (3) führen inzwischen in

**A**uf verschiedenen Ebenen wird derzeit versucht, mit politischen Mitteln ein auf den ersten Blick „selbstverständliches“ und „wohlmeinendes“ Anliegen durchzusetzen: eine „Generalindikation zur künstlichen Ernährung“ (1). Dies erweist sich jedoch bei sachverständiger Betrachtung als ein medizinisch meist unangemessener, ethisch problematischer sowie verfassungsrechtlich unzulässiger Eingriff der Politik in die Persönlichkeitsrechte der betroffenen Patienten und in die ärztliche Berufsfreiheit.

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) der Ärzte und Krankenkassen wurde sowohl vom Bundesministerium

<sup>1</sup> Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Campus Lübeck, Interdisziplinärer Forschungsschwerpunkt „Ethik, Recht, Geschichte und Didaktik im Spektrum der klinischen Medizin“ der Klinik für Anästhesiologie

<sup>2</sup> Mitglied der Akademie für Ethik in der Medizin, Göttingen

<sup>3</sup> Präsident der Ärztekammer Schleswig-Holstein, Bad Segeberg

Deutschland dazu, dass jährlich rund 140 000 so genannte PEG-Sonden für die künstliche, enterale Ernährung neu gelegt werden. 70 Prozent betreffen Heimpatienten, die meist an Demenzen leiden und bei denen diese Maßnahme meist gar nicht medizinisch indiziert ist. Folglich erscheinen Schätzungen plausibel, dass jährlich mindestens zwischen 50 000 und 90 000 PEG-Anlagen und künstliche (Langzeit-)Ernährungen auf der Grundlage medizinisch zumindest fragwürdiger Indikationsstellungen vorgenommen werden (3, 26, 27) – und damit unter ethisch wie persönlichkeitsrechtlich sehr problematischer Missachtung schon des Grundprinzips der Schadensvermeidung („non-maleficence“; „primum non nocere“; „nihil nocere“). An dessen Stelle wird mit dem Fürsorgeprinzip argumentiert („man kann doch niemanden verhungern oder verdursten lassen“) (2), was vordergründig „politisch korrekt“ erscheinen mag. Unter objektiven wissenschaftsmethodischen Gesichtspunkten ist dies jedoch Ausdruck eines häufig erschreckend unreflektierten und sachkundigen „psychologistischen Fehlschlusses“ (3).

Die verfassungsrechtlich besonders geschützten Selbstbestimmungsrechte von Patienten und Ärzten würden durch eine gesetzlich normierte „Generalindikation“ oder gar „Zwangsernährung“ ebenfalls massiv eingeschränkt: Die Mehrheit der Bevölkerung wie auch der Ärzte sieht die Fortsetzung faktisch bereits gescheiterter und auch primär gar nicht indizierter Behandlungsversuche als unangemessen an und würde diese im Grundsatz – und damit trotz der weit verbreiteten Unsicherheiten in der derzeitigen Praxis – persönlich ablehnen (3, 28).

Schließlich zeigen Erfahrungen in den angelsächsischen Ländern, dass klare, insbesondere berufsrechtliche Rahmenbedingungen sowie berufsgruppeninterne Leitlinien – vor allem, wenn sie auf nationaler Ebene existieren – einen wichtigen Beitrag dazu leisten können, bestehende Probleme bei der Abwägung zwischen den Prinzipien der Schadensvermeidung und des Respekts vor der Selbstbestimmung der Betroffenen einerseits und dem des Lebensschutzes und der Fürsorge ander-

erseits zu begrenzen. Dabei bildet selbst die besonders konfliktträchtige Frage der Ernährungstherapie keine grundsätzliche Ausnahme (3): Auch hierzu sind im Sinne der genannten Rationalen und Datenlagen international anerkannte und weitgehend übereinstimmende Empfehlungen und Leitlinien (6, 7, 17, 29) entwickelt worden, denen sich inzwi-

sehen auch in Deutschland die Mehrheit der Empfehlungen und Stellungnahmen aus den Bereichen der Medizin (3, 4, 8, 30–34) sowie der höchstgerichtlichen Rechtsprechung (35, 36) und der Gesetzgebung (37, 38) angeschlossen haben. Diesen interdisziplinär-wissenschaftlich gut belegten Argumentationen lehnen sich nunmehr auch die vom BMGS beanstandeten Richtlinien des G-BA zur enteralen Ernährung an (1).

## Besondere Verantwortung

Das BMGS verkennt, dass es sich mit seiner Beanstandung der entsprechenden Empfehlungen selbst in Widerspruch setzt

- zur (inter)national verfügbaren wissenschaftlichen Datenlage über Sinn und Unsinn der Ernährungstherapie sowie
- zur gefestigten höchstgerichtlichen Rechtsprechung in diesen Fragen, welche wiederholt klargestellt hat, dass es keine Verpflichtung zu Behandlungen geben kann, die mit hinreichender Wahrscheinlichkeit medizinisch sinnlos, unverhältnismäßig oder nicht verfügbar sind oder aber dem (gegebenenfalls zu mutmaßenden) Willen des Betroffenen zuwiderlaufen.

- Auch innerhalb der Bundesregierung, namentlich im Bundesjustizministerium (BMJ), das diese medizinischen sowie verfassungsrechtlich bereits anerkannten Rahmenbedingungen (zum Beispiel in seinem Referentenentwurf zum geplanten 3. Betreuungsrechtsänderungsgesetz [38, 39]) ebenfalls als angemessen und berechtigt erkannt hat, dürfte der derzeitige Vorstoß aus dem Bundesgesundheitsministerium kaum auf Zustimmung stoßen.

**70 Prozent der PEG-Anlagen betreffen Heimpatienten, bei denen diese Maßnahme oft medizinisch nicht indiziert ist.**

Die Ankündigung des BMGS, das vor allem emotional vielschichtige und zum Teil auch weltanschaulich konfliktbehaftete Beispiel der Ernährungstherapie zum Anlass zu nehmen, per Ersatzvornahme den G-BA – und

mit ihm die Ärzte und Krankenkassen – zu zwingen, medizinisch sinnlose, sogar schädliche oder bestenfalls extrem fragwürdige

Maßnahmen durchzuführen, ist offenkundig ein auf aktuelle gesellschaftspolitisch-weltanschauliche Strömungen zielende Maßnahme.

Die gelassene Haltung des G-BA, in dieser vielschichtigen Frage auf sachliche Argumentation statt auf Konfrontation zu setzen (1), ist vor diesem Hintergrund wissenschaftlich wie berufspolitisch angemessen. Sehr zu begrüßen ist das Beispiel, das der Gemeinsame Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen hier im Sinne der bejahenden Wahrnehmung einer „Ethik der Verantwortung“ (3) gibt.

Vor dem Hintergrund aktueller sozial- und gesellschaftspolitischer Diskussionen kommt diesem Vorgang eine grundsätzliche Bedeutung zu: Es geht um die medizinischen, ethischen und rechtlichen Grenzen, die zu beachten und zu bewahren sind, wenn von verschiedenen Einrichtungen versucht wird, vermeintliche Ansprüche auf zweifellos „gut gemeinte“, objektiv jedoch fragwürdige und sicher disponible medizinische und soziale Leistungen mit Mitteln der Politik beziehungsweise einer falsch verstandenen oder die Öffentlichkeit fehlleitenden „political correctness“ durchzusetzen. In dieser schwierigen Situation hat die Ärzteschaft eine besondere Verantwortung.

■ Zitierweise dieses Beitrags:

Dtsch Arztebl 2005; 102: A 2153–2154 [Heft 31–32]



Die Zahlen in Klammern beziehen sich auf das Literaturverzeichnis, das beim Verfasser erhältlich oder im Internet unter [www.aerzteblatt.de/lit3105](http://www.aerzteblatt.de/lit3105) abrufbar ist.

Anschrift für die Verfasser:

**Dr. med. Meinolfus Stratling**

Universität zu Lübeck

Klinik für Anästhesiologie

Ratzeburger Allee 160, 23538 Lübeck

## Literaturverzeichnis Heft 31–32/05, zu:

## Künstliche Ernährung

## Gut gemeint ist nicht immer gut gemacht

Bundesgesundheitsministerium will medizinisch nicht indizierte Behandlungsmaßnahmen erzwingen.

## Literatur

1. Richter-Kuhlmann EA: Enterale Ernährung – Selbstverwaltung erwägt gerichtlichen Widerstand. Dtsch Arztebl 2005; 102: A-1485 [Heft 21].
2. Deutscher Bundestag (Hrsg.): Zwischenbericht der Enquete-Kommission „Ethik und Recht der modernen Medizin“ – Patientenverfügung. Drucksache: 15/3700 vom 13.09.2004 ([www.bundestag.de/parlament/kommissionen/ethik\\_med/berichte\\_stellg/04\\_09\\_13\\_zwischenbericht\\_patientenverfuegungen.pdf](http://www.bundestag.de/parlament/kommissionen/ethik_med/berichte_stellg/04_09_13_zwischenbericht_patientenverfuegungen.pdf)).
3. Strätling M, Bartmann F-J, Fieber U, Sedemund-Adib B, Scharf E, Schmucker P: Die gesetzliche Regelung der Patientenverfügung in Deutschland – Eine interdisziplinäre Analyse rechts- und gesellschaftspolitischer Gestaltungsspielräume im Spannungsfeld zwischen ärztlicher und sozialer Fürsorge, Respekt vor der Selbstbestimmung des Patienten, Schadensvermeidung und Lebensschutz. Bochumer Medizinethische Materialien 2005, Bd. 162.
4. Deutsche Bundesärztekammer: Dokumentation: Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung. Deutsches Arzteblatt 2004; 101: A-1298–1299 [Heft 19].
5. Strätling M, Lipp V, May AT et al: Passive und indirekte Sterbehilfe – Eine praxisorientierte Analyse des Regelungsbedarfs gesetzlicher Rahmenbedingungen in Deutschland – Empfehlungen einer interdisziplinären Arbeitsgruppe in der Akademie für Ethik in der Medizin. MedR 2003; 21: 483–490.
6. American Medical Association (Hrsg.): Current Opinions of the Council on Ethical and Judicial Affairs: E-2.037 – Medical Futility in End-of-Life Care, E-2.035 – Futile Care, E-2.20 – Withholding or Withdrawing Life-Sustaining Medical Treatment 2003 (<http://www.ama-assn.org>).
7. British Medical Association (Hrsg.): Withholding and Withdrawing Life-prolonging Medical Treatment. Guidance for decision-making. London: BMJ Books 2001.
8. Deutsche Gesellschaft für Ernährungsmedizin (Hrsg.): Körner U, Biermann E, Bühler E, Oehmichen F, Rothärmel S, Schneider G, Schweidtmann W: DGEM-Leitlinie Enterale Ernährung: Ethische und rechtliche Gesichtspunkte. Aktual Ernähr Med 2003; 28 (Supplement): 36–41.
9. Doyle D, Hanks GWC, MacDonald N (Hrsg.): Oxford Textbook of Palliative Medicine. Oxford: Oxford University Press 1997.
10. Finucane TM, Christmas C, Travis K: Tube feeding in patients with advanced dementia. JAMA 1999; 282: 1365–1370.
11. Finucane TM, Christmas C: Artificially giving nutrition and fluid is not one action. BMJ 2003; 326: 713.
12. Gillick MR: Rethinking the role of tube feeding in patients with advanced dementia. N Engl J Med 2000; 342: 206–210.
13. Li : Feeding tubes in patients with severe dementia. Arch Intern Med 2001; 161 (4): 594–599.
14. McCann RM, Hall WJ, Groth Juncker A: Comfort care for terminally ill patients. The appropriate use of nutrition and hydration. JAMA 1994; 272: 1263–1266.
15. Meier DE, Ahronheim JC, Morris J, Baskin-Lyons S, Morrison RS: High short-term mortality in hospitalized patients with advanced dementia: lack of benefit of tube feeding. Arch Intern Med 2001; 161: 594–599.
16. Mitchell SL, Kiely DK, Lipsitz LA: The risks factors and impact on survival of feeding tube placement in nursing home residents with severe cognitive impairment. Arch Intern Med 1997; 157: 327–332.
17. Multi-Society Task Force on PVS (Hrsg.): Medical aspects of the persistent vegetative state. N Engl J Med 1994; 330: 1499–1508, 1572–1579.
18. Murphy L, Lipmann T: Percutaneous endoscopic gastrostomy does not prolong survival in patients with dementia. Arch Intern Med 2003; 163: 1351–1353.
19. Musgrave CF, Bartal N, Opstad J: The sensation of thirst in dying patients receiving i.v. Hydration. J Palliat Care 1997; 11: 17–21.
20. Nacimiento W: Das apallische Syndrom – Diagnose, Prognose und ethische Probleme. Dtsch Arztebl 1997; 94: A-661–666 [Heft 11].
21. Pritz LA: Terminal dehydration, a compassionate treatment. Arch intern Med 1992; 152: 697–700; Rabeneck L, McCullough LB, Wray NP: Ethically justified, clinically comprehensive guidelines für percutaneous endoscopic gastrostomy tube placement. Lancet 1997; 349: 496–498.
22. Strätling M, Sedemund-Adib B, Bax S et al.: Entscheidungen am Lebensende in Deutschland: Zivilrechtliche Rahmenbedingungen, disziplinübergreifende Operationalisierung und transparente Umsetzung. Medizinethische Materialien (Band 144), Zentrum für Medizinische Ethik, Bochum 2003
23. Viola RA, Wells GA, Peterson J: The effects of fluid status and fluid therapy on the dying: a systematic review. J Palliat Care 1995; 13: 41–52.
24. Zucker MB, Zucker HD (Hrsg.): Medical Futility and the Evaluation of life-sustaining Interventions, Cambridge: University Press 1997.
25. Spittler JF: Flüssigkeitsverzicht – Ethische Maßstabsfindung in der gesellschaftlichen Kontroverse. Dtsch Med Wochenschr 2004; 130: 171–174.
26. Eibach U: Künstliche Ernährung um jeden Preis? MedR 2002; 20: 123–131.
27. Wedler HL: Nutzen und Grenzen der Sondenernährung am Lebensende. Ethik Med 2004; 16: 211–216.
28. Müller-Busch C, Klaschik E, Woskanjan S: Palliativmedizin: Eine Alternative zur aktiven Sterbehilfe. Dtsch Arztebl 2004; 101: A-1077–1078. [Heft 16].
29. Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (Hrsg.): Medizinisch-ethische Richtlinien zur Behandlung und Betreuung von zerebral schwerst geschädigten Langzeitpatienten, 2003, [http://www.samw.ch/content/Richtlinien/d\\_RL\\_PVS.pdf](http://www.samw.ch/content/Richtlinien/d_RL_PVS.pdf).
30. Opperbecke HW, Weißauer W: Grenzen der Intensivmedizinischen Behandlungspflicht – Teil I: Erläuterungen zu den Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin 1999.
31. Ärztekammer Berlin (Hrsg.): Empfehlungen der Ärztekammer Berlin zum Umgang mit künstlicher Ernährung, 2003 ([http://www.aerztekammer-berlin.de/35\\_Medizinische\\_Ethik/20\\_beh\\_abbr/30\\_KuenstlErnaehr.html](http://www.aerztekammer-berlin.de/35_Medizinische_Ethik/20_beh_abbr/30_KuenstlErnaehr.html)).
32. Borasio GD, Eisenmenger W: Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung: Missverständliche Formulierungen. Dtsch Arztebl 2004; 101: A-2238–2239 [Heft 33].
33. Strätling M, Fieber U, Sedemund-Adib B, Schmucker P: Mittelbare Folgen der BGH-Sterbehilfeeinstellung zum „Lübecker Fall“ für das Deutsche Medizin- und Betreuungsrecht – Eine interdisziplinäre Analyse des weiteren Diskussions- und Regelungsbedarfs. MedR 2004; 22: 433–439.
34. Bundesgerichtshof in Strafsachen: Entscheidung vom 13.09.1994 („Kempten-Urteil“). MedR 1994; 13: 72.
35. Bundesgerichtshof (BGH), XII. Zivilsenat: Beschluss vom 17.03.2003 („Lübecker Fall“), MedR 2003; 21: 512–520.
36. Ministerium der Justiz Rheinland-Pfalz/Bioethik-Kommission des Landes Rheinland-Pfalz (Hrsg.): Sterbehilfe und Sterbebegleitung – Ethische, rechtliche und medizinische Bewertung des Spannungsverhältnisses zwischen ärztlicher Lebenserhaltungspflicht und Selbstbestimmung des Patienten. Bericht der Bioethik-Kommission des Landes Rheinland-Pfalz vom 23.04.2004 ([www.user.gwdg.de/~ukee/justizrlp\\_040423.pdf](http://www.user.gwdg.de/~ukee/justizrlp_040423.pdf)).
37. Bundesministerium der Justiz (Hrsg.): Patientenautonomie am Lebensende – Ethische, rechtliche und medizinische Aspekte zur Bewertung von Patientenverfügungen, Bericht der Arbeitsgruppe „Patientenautonomie am Lebensende“ vom 10. Juni 2004 („Kutzer Kommission“) ([www.bmj.bund.de/media/archiv/695.pdf](http://www.bmj.bund.de/media/archiv/695.pdf)).
38. Bundesministerium der Justiz (Hrsg.): (Referenten)-Entwurf eines 3. Gesetzes zur Änderung des Betreuungsrechts, Stand: 01.11.2004 ([www.betreuungsrecht.org/pafiled3/uploads/04-11-01%20ReF.pdf](http://www.betreuungsrecht.org/pafiled3/uploads/04-11-01%20ReF.pdf)).