

Wie viel Essen und Trinken brauchen Menschen in den allerletzten Lebensstagen

© 2016, Johann-Christoph Student¹

Unser Vorstandsmitglied Johann-Christoph Student, einer der profiliertesten deutschen Schüler von Elisabeth Kübler-Ross, praktizierender Palliativmediziner, langjähriger Gesamtleiter des Stuttgarter-Hospizes und Gründer der ebenfalls dort angesiedelten Elisabeth Kübler-Ross Akademie, gehört zu den Pionieren der deutschen Hospizbewegung und Palliativmedizin und entwickelte wichtige theoretische und praktische Grundlagen für die Hospizarbeit in Deutschland. Der Vorstand bat ihn, einen Text zu verfassen, der den klaren Unterschied zwischen Sterbefasten und dem freiwilligen Verzicht des Sterbenden auf Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme aufzeigt.

Der Umgang mit kranken Menschen wird in der Regel von der Frage geprägt: «Was fördert die Heilung?». Ein durchaus sinnvolles Vorgehen. Was aber, wenn die schwere Krankheit in den Prozess des Sterbens einmündet? Wie sinnvoll ist dann noch die eingangs gestellte Frage? – An vielen Stellen müssen Helferinnen und Helfer umlernen, wenn sie mit sterbenden Menschen zu tun haben, bei denen das Handlungsziel Gesundheit nicht mehr zu erreichen ist und sinnvoller Weise ersetzt wird durch das Ziel eines möglichst angenehmen, beschwerdefreien Lebens bis zuletzt.

Unter diesem Aspekt ist auch die Frage nach der angemessenen Ernährung zu betrachten. So wie sich am Lebensende für viele Menschen ihre Bedürfnisse und Wünsche ganz allgemein verändern, so wandeln sich in dieser Lebensphase oftmals auch die körperlichen Bedürfnisse. Für Menschen, die mitten im Leben stehen, gehören Hunger und Durst zu den entscheidenden Grundbedürfnissen ihrer Existenz. Essen und Trinken sind darüber hinaus oftmals mit viel Lust und Freude verbunden. Der Gedanke, auf solche Bedürfnisse und Genüsse verzichten zu müssen, erscheint dann womöglich als ein Albtraum. Vielen Menschen kommt es so vor, als würde ihr eigenes Leben entscheidend an Wert und Qualität verlieren, wenn Hunger und Durst nicht mehr angemessen befriedigt würden. Essen und Trinken zu sich zu nehmen – das wird oftmals so empfunden wie das Leben in sich aufzunehmen. Einem Menschen diese «Grundelemente des körperlichen Lebens» nicht mehr zugänglich zu machen, erscheint vielleicht unmenschlich. Ist es nicht



¹ Prof. Dr. med. Dr. h.c. Christoph Student, Deutsches Institut für Palliative Care, St. Gallener Weg 2, D-79189 Bad Krozingen; Telefon: 0761 – 509 1661

so, als ob wir solch einem Menschen das Leben vor-
enthielten?

Andererseits kennen wir das Gefühl der Appetitlosigkeit durchaus aus kranken Tagen. Dann quält uns das Angebot von Nahrung geradezu. – Wir wissen auch von alten Menschen, dass sie oftmals aus medizinischem wie pflegerischem Blickwinkel zu wenig Flüssigkeit zu sich nehmen und es einige Mühe kostet, sie zu ausreichendem Trinken anzuhalten. Wir tun es dann ganz deutlich entgegen den Bedürfnissen des Betroffenen. Dies mag unsere Position gegenüber dem Problem der ausreichenden Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme ein wenig relativieren. Es öffnet vielleicht den Blick dafür, dass auch solch scheinbar basale, vitale Bedürfnisse wie die nach Essen und Trinken durchaus relativ sind.

Es öffnet vielleicht den Blick dafür,
dass auch solch scheinbar basale,
vitale Bedürfnisse wie die nach Essen
und Trinken durchaus relativ sind.

Es gibt durchaus Menschen, die fast bis zum letzten Tag ihres Lebens mit Appetit und Freude essen und trinken. Die Qualität ihres Lebens entscheidet sich wesentlich an der Möglichkeit, diese Art von Vitalität bis zum Ende wirklich leben zu dürfen. – Wir kennen auch jene Menschen, die unter Appetitlosigkeit leiden und für die es eine wichtige lindernde Massnahme ist, die Wiederkehr des Appetits zu fördern. Dennoch müssen wir offen dafür bleiben, dass es gerade in der letzten Lebensphase eben beides gibt: den Wunsch nach Essen und Trinken ebenso wie den, beides nicht mehr haben zu wollen.

Mit der Essensverweigerung umzugehen, fällt uns häufig weniger schwer, kennen viele von uns doch die durchaus heilsame Wirkung des Fastens – gerade in einer Überflussgesellschaft.

Wenn ein Mensch jedoch das Trinken verweigert, kommen wir oftmals an die Grenzen unseres Ver-

ständnisses. Zu «verdursten», das erscheint manchen Menschen geradezu als Inbegriff qualvollen Sterbens. Wir denken dann an Geschichten qualvollen Verdurstens von Menschen unter glühender Wüstensonne. Oder wir erinnern uns im übertragenen Sinne auch an eigene «Durststrecken» in unserem Leben, die wir als quälend in Erinnerung haben. Deshalb begegnen wir zwar der Frage der Nahrungsverweigerung mit einer gewissen Toleranz. Dem Wunsch eines sterbenden Menschen nachzugeben, keine Flüssigkeit mehr zu sich nehmen zu wollen, erscheint den meisten Menschen unseres Kulturkreises dagegen weit gehend nicht akzeptabel.

Aus dem Blickwinkel einer auf Linderung (und nicht mehr auf Heilung) ausgerichteten Medizin sind grundsätzlich drei Ursachen für die Beendigung des Trinkens zu unterscheiden:

1. Die willentliche Verweigerung ausreichender Flüssigkeitsmengen durch den sterbenskranken Menschen am Lebensende. Aus der Geschichte wissen wir, dass in früheren Zeiten offenbar dieses Verhalten geradezu zum üblichen Sterberitual gehörte und Teil der «Kunst des Sterbens» war. Unter rechtlichen Aspekten muss bedacht werden, dass grundsätzlich jeder Eingriff in die körperliche Unversehrtheit einer Patientin bzw. eines Patienten durch Arzt oder Pflegekraft strafbar ist, sofern die Betroffenen dies nicht ausdrücklich autorisiert haben. Insofern darf nicht nur auf Infusionen oder Flüssigkeitszufuhr über eine Magensonde verzichtet werden, sondern es muss dies sogar so getan werden, wenn der Kranke es nicht gestattet. Leider wird gegen diese Regel noch unendlich oft verstossen.

2. Die nicht ausdrücklich beabsichtigte Verminderung der Flüssigkeitsaufnahme durch zunehmende Bewusstseinsstrübung des todkranken Menschen. Auch die langsam abnehmende Flüssigkeits- und Nahrungszufuhr bei eintrübenden Menschen in der letzten Lebensphase ist ein sehr natürlicher Vorgang. (Dies setzt allerdings voraus, dass der sterbende Mensch nicht durch Beruhigungsmittel betäubt worden ist.) Nach und nach werden sämtliche Körperfunktionen eingestellt und damit benötigt der sterbende Mensch auch zunehmend weni-



ger Flüssigkeit und Nahrung. Wenn der betreffende Mensch zu Zeiten wachen Verstandes nicht ausdrücklich etwas anderes angeordnet hat, ist davon auszugehen, dass jetzt das Unterlassen jeder forcierten Flüssigkeitszufuhr seinem Willen und Interesse entspricht.

3. Die Unfähigkeit der sterbenden Patientin bzw. des sterbenden Patienten Flüssigkeit zu sich zu nehmen, aufgrund eines Verschlusses im Mund-, Rachen- oder Speiseröhrenbereich, z.B. durch einen an Grösse zunehmenden Tumor. Diese Situation tritt in der Regel nicht plötzlich ein, sondern hat eine gewisse Vorlaufphase. Bei allen Kranken, bei denen eine entsprechende Verschlusskrankung zu befürchten ist, muss dies rechtzeitig angesprochen und in seinen Folgerungen mit den Betroffenen eingehend diskutiert werden. Die auf dieser Basis gefällte Entscheidung des sterbenskranken Menschen muss in jedem Falle respektiert werden.

Positive Folgen des Flüssigkeitsmangels

Wichtig ist festzuhalten, dass das «allmähliche Austrocknen» in dieser Lebensphase für sterbende Menschen durchaus nicht unangenehm sein muss. Im Gegenteil: Nach allem, was an physiologischen Untersuchungen zu diesem Fragenkomplex bekannt ist, bewirkt die mit der Austrocknung einhergehende Blutsalz-Verschiebung sogar, dass die Schmerzschwelle eher angehoben wird und damit auf diese Weise sogar eine gewisse Schmerzstillung erreicht werden kann. Hinzu kommt, dass durch die Austrocknung die Gewebsschwellungen um Tumore oder minderdurchblutete Gebiete verringert werden und auf diese Weise Druckerscheinungen (auch Hirndruck) entgegengewirkt wird. Auch dies trägt dazu bei, dass der kranke Mensch sich eher wohler fühlen wird.

Wichtig ist festzuhalten, dass das «allmähliche Austrocknen» in dieser Lebensphase für sterbende Menschen durchaus nicht unangenehm sein muss.

Aus den Berichten von Menschen, die unfreiwillig an der Flüssigkeitsaufnahme gehindert wurden (z.B. bei Unglücksfällen), wissen wir ausserdem, dass bei zunehmender Austrocknung eher ein euphorischer Zustand eintritt, der sich unter Umständen auch in besonders schönen Traumerfahrungen äussert. Dies wird durch die vermehrte Produktion von Endorphinen (den so genannten Glückshormonen) in der Austrocknung erklärt. Diese erklärt zusätzlich die in diesem Zustand zu beobachtende Schmerzlinderung.

An weiteren positiven Effekten der Austrocknung für den kranken Menschen sind zu nennen: Eine **verminderte Urinausscheidung**, wodurch dem Schwerkranken ein häufiger Vorlagenwechsel erspart werden kann oder eventuell sogar das Legen eines Urinkatheters. – Die **Verminderung der Magensaftproduktion** bewirkt, dass es seltener zum Erbrechen kommt. – Indem **weniger Schleim in den Atemwegen** produziert wird, entsteht weniger Hustenreiz und muss seltener abgesaugt werden. Es kommt also insgesamt zu weniger Belastungen für den sterbenden Menschen.

Problematische Folgen des Flüssigkeitsmangels

Nicht verschwiegen werden soll, dass das Austrocknen auch zu Schwächegefühl und gelegentlich auch zu Verwirrtheit führen kann. Wobei allerdings gesagt werden muss, dass beides auch bei sterbenskranken Menschen mit ausreichender Flüssigkeitszufuhr nicht selten ist.

Eine wichtige unangenehme Begleiterscheinung der Austrocknung ist das **Trockenheitsgefühl im Bereich der Schleimhäute**. Deshalb sollten nun möglichst all jene Medikamente abgesetzt werden, die die Mundtrockenheit verstärken können. (Hierzu gehören z.B. eine ganze Reihe von Psychopharmaka.) Vor allem aber ist es wichtig, dass der todkranke Mensch jetzt ganz besonders intensive körperliche Pflege erfährt: Hierzu gehört in erster Linie eine sorgfältige und sehr häufige Mundpflege, ggf. das Angebot, den Mund wiederholt zu spülen, das Lutschen von Eisstückchen, sofern das als angenehm empfunden wird, Einbringen von 1 – 2 ml Wasser alle 30 – 60 Minuten in die abhängige Partie

des Mundes und Ähnliches. (Statt Wasser kann genauso gut ein Lieblingsgetränk des Kranken, ggf. in gefrorener Form, verwendet werden.) Als nützlich haben sich auch künstlicher Speichel erwiesen, das Kauen oder Lutschen von ungesüßten Ananasstückchen, pH-korrigierte Gels usw. Oft nimmt der betroffene Mensch allerdings auch lange Zeit noch so viel Flüssigkeit zu sich, dass dies ausreicht, um die Mundschleimhäute angenehm feucht zu halten.

Auch den Lippen sowie den Nasen- und Augenschleimhäuten sollte vermehrte Aufmerksamkeit gewidmet werden; ebenso den Gehörgängen und den Anal- wie Sexualöffnungen und durch geeignete Salben Beschwerden in diesem Bereich entgegengewirkt werden.

Dem todkranken Menschen jetzt nicht zwangsweise Flüssigkeit zuzuführen, darf auf keinen Fall gleichgesetzt werden mit «nichts mehr tun». Im Gegenteil, Patient und Familie müssen das Gefühl haben, dass die Fürsorge sich mit vermehrter Intensität fortsetzt.

Gerade für die Familienangehörigen bedeutet die Beendigung der Flüssigkeitszufuhr eine erhebliche emotionale Belastung. Oftmals fühlen sie sich dem Sterbeprozess gegenüber ohnedies sehr hilflos. Nun wird ihnen auch noch die Möglichkeit genommen, Urformen der Fürsorge ausüben zu können. Nicht einmal mehr Nahrung und Flüssigkeit geben zu können, wird oftmals als Ende aller hilfreichen Beziehungsmöglichkeiten erlebt. In dieser Phase benötigen Angehörige deshalb kaum weniger Unterstützung als der Sterbende selbst. Ihnen die Möglichkeit zu geben, ihr «Nichthandeln» als fürsorglich zu erleben, ist wichtige Aufgabe der Begleitung. Zugleich müssen sie immer wieder die Möglichkeit bekommen, über die dabei entstehenden Gefühle offen und vertrauensvoll sprechen zu können. Darüber hinaus ist es wichtig, mit ihnen Möglichkeiten zu entwickeln, sich auf anderen Wegen und vielleicht auch auf einer anderen Ebene fürsorglich dem Sterbenden zuzuwenden. – Und schliesslich ist diese Phase des Zusammenlebens dann eben auch einer der Schritte auf dem Weg zum endgültigen Abschied. Jener Phase also, in der auf

der körperlich-materiellen Ebene die Beziehung endet.

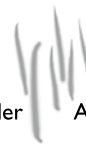
Ernährungsfragen bei Menschen mit Magensonde

Ein völlig anderes Problem stellt die ethische Frage dar, ob bei einem Menschen die «künstliche Ernährung» über eine Magensonde oder eine Infusionstherapie abgebrochen werden darf. Schwierig ist die Entscheidung zur Beendigung einer Flüssigkeitszufuhr immer dann, wenn der kranke Mensch bereits eine operativ gelegte Magen-Dauersonde (PEG-Sonde) trägt. Deshalb ist es wichtig, eine derartige Entscheidung im Bewusstsein der hieraus resultierenden Folgen **rechtzeitig vor Anlegen einer PEG-Sonde** zu treffen. Viel zu oft wird einem Todkranken, der nicht mehr «genügend» isst oder trinkt, ohne langes Nachdenken und ohne intensive Aufklärung über die ethischen Folgeprobleme eine PEG-Sonde angeboten.

Ein ganz anderes Problem stellt die Frage der Sondenernährung bei Menschen dar, die sich in einem lang anhaltenden Zustand der Bewusstlosigkeit befinden (z.B. als Folge eines Schlaganfalles), ohne an einer tödlichen Krankheit im engeren Sinne zu leiden. Auch hier wäre es besonders wichtig, vor dem Legen der Sonde die erforderlichen ethischen, medizinischen und rechtlichen Konsequenzen gemeinsam mit den Angehörigen und den rechtlichen Betreuern zu klären. Ein Beenden der Ernährung zu einem letztlich willkürlichen späteren Zeitpunkt erscheint ethisch äusserst bedenklich. Sie würde zur Lebensbeendigung bei einem **chronisch kranken Menschen** führen.

Insgesamt lässt sich also sagen, dass die Richtschnur für die Entscheidung, ob eine Flüssigkeitszufuhr in der letzten Lebensphase erfolgen soll oder nicht, im ausdrücklichen Willen des sterbenden Menschen liegt. Seine Wünsche zu achten, auch wenn uns dies unbequem erscheint, sichert ihm im Sterben seine Würde. Das Austrocknen eines Patienten in diesem Zusammenhang zuzulassen, erfordert ein hohes Mass an pflegerischem Können und einen besonders sensiblen Umgang mit den Angehörigen.





Irrwege in der palliativen Versorgung

Die Diskussion um die richtige Form des Umgangs mit Essen und Trinken am Lebensende hat eine schwierige Nebenwirkung erzeugt: So hat sich mancherorts der Gedanke eingenistet, dass die Reduktion von Ernährung und Flüssigkeitsgabe eine «typische palliative Massnahme» in dem Sinne sei, dass sie womöglich regelmässig anzuwenden sei. Dies muss eindeutig als Irrweg bezeichnet werden. Nur unter den oben beschriebenen Bedingungen, bei ausdrücklichem Wunsch des sterbenskranken Menschen unmittelbar vor seinem natürlichen Tod, sind Überlegungen zur Reduktion des Nahrungs- und Flüssigkeitsangebotes angemessen und unter palliativen Aspekten sinnvoll. Der «routinemässige» Einsatz dieser Methode zeugt von geringem ethischem Bewusstsein der Helfenden und wirft die Frage auf, was hier eigentlich gewollt wird.

Es lässt ausserdem vergessen, dass bei einem Menschen, der noch Wochen des Lebens vor sich hat, eine einschneidende Reduktion von Nahrung und Flüssigkeit zu ernsthaften Störungen der Organsysteme führen kann. Diese können das Befinden des Kranken sehr schmerzhaft beeinträchtigen. Hier ist nicht zuletzt an die Störung der Ernährung der Haut zu denken. Diese kann z.B. zu ausgedehnten

und sehr schmerzhaften Hautgeschwüren (Dekubitus) führen. Diese Beschwerden dann durch vermehrte Gabe von Schmerzmitteln kompensieren zu wollen, hiesse «den Teufel mit Beelzebub auszutreiben».

Beendigung der Ernährung und Flüssigkeitszufuhr als suizidale Handlung oder assistierter Suizid (Euthanasie)

In den Niederlanden gibt es bekanntlich eine juristisch recht klar geregelte Erlaubnis zu aktiver Sterbehilfe und assistiertem Suizid. Es ist allerdings bemerkenswert, dass es dennoch dort immer wieder Überlegungen bei Ärzten und Pflegekräften gibt, den dort vorgeschriebenen (angeblich zu bürokratischen) Weg der Tötung auf Verlangen zu umgehen. So kommen von dort verschiedene Strategien, den Tod eines Menschen beschleunigt herbeizuführen, ohne sich dem Prozess der staatlichen Kontrolle zu stellen. Zu diesen Methoden gehört einerseits die Terminale Sedierung (Herstellen von medikamentös erzeugter Bewusstlosigkeit bei gleichzeitiger Nahrungs- und Flüssigkeitseinschränkung) und andererseits das sogenannte «Sterbefasten» (Beendigung von Essen und Trinken). Beiden Methoden ist gemeinsam, dass letztlich der Entzug von Nahrung und Flüssigkeit den Tod herbeiführt. Der Kranke stirbt damit nicht an seiner tödlichen Krankheit, sondern an einer fragwürdigen medizinischen Massnahme. Dies stellt unter ethischen Aspekten einen klaren Verstoss gegen den von der weltweiten Hospizbewegung entwickelten Grundsatz dar, das Sterben weder künstlich zu beschleunigen, noch es künstlich hinauszuzögern.

Dennoch finden beide Methoden durchaus gerade unter Medizinern auch in Deutschland und der Schweiz einige Sympathien. Dies hängt sicherlich damit zusammen, dass Ärzte in ihrer Ausbildung und auch durch ihren beruflichen Alltag sehr zu «Machern» erzogen werden. Den Dingen ihren natürlichen Lauf zu lassen, gehört nicht zu den Stärken ärztlichen Handelns. Das bedeutet, dass Ärzte, die keine Gesundung mehr anbieten können, dies bisweilen als Kränkung ihrer Kompetenz erleben. Deshalb möchten sie auch jetzt noch aktiv eingreifen – und sei es nur dadurch, dass sie wenigstens noch den Zeitpunkt des Sterbens mitbestimmen,

indem sie ihn aktiv herbeiführen. Welch eine Hybris! Mancherorts geschieht dies heute bereits unter dem Deckmantel palliativen Handelns.

Der Kranke stirbt damit nicht an seiner tödlichen Krankheit, sondern an einer fragwürdigen medizinischen Massnahme.

Noch einen Schritt weiter gehen jene, die den Tod eines gesunden oder kranken, aber in jedem Fall nicht unmittelbar im Sterbeprozess befindlichen Menschen durch ein aktives und vermeintlich legales Handeln herbeiführen möchten: nämlich durch das Angebot eines kontrollierten Entzuges von Essen und Trinken. Dies erweist sich allerdings in der Regel als ein äusserst schmerzhafter Prozess des Verhungerns und Verdurstens, der dann durch weitere aktive Massnahmen der Tötung unterstützt werden muss. Hier befinden wir uns also eindeutig im Bereich der Euthanasie.

Gerade die letzten Ausführungen machen deutlich, in welch hohem Masse die Beendigung von Ernährung und Flüssigkeitszufuhr eine aggressive Geste beinhalten kann. Darum aber darf es bei der angemessenen Begleitung kranker Menschen niemals gehen. Gerade schwerkranke Menschen sind in der Phase der Therapie ihres Leidens oftmals zahlreichen aggressiven medizinischen und pflegerischen Massnahmen ausgesetzt gewesen. Sie nahmen das bewusst in Kauf in der Hoffnung auf längeres (Über-)Leben.

Wenn diese Phase der Krankheit jedoch beendet ist, sich das Leben unwiderruflich seinem Ende zuneigt, sind andere Kompetenzen der Handelnden gefragt: Bescheidenheit, einfühlsames Begleiten, sensibles Horchen auf die jetzt vielleicht gewandelten Wünsche der Betroffenen, Bereitschaft auch widersprüchlich erscheinenden Wegen zu folgen. Das ist Palliativmedizin, das ist lindernde Fürsorge, wie sie uns Elisabeth Kübler-Ross und die von ihr mitgegründete Hospizbewegung immer wieder lehrt.

