

Stellungnahme zum Problem des Austrocknens von sterbenden Menschen¹

Das Thema des Zulassens einer freiwilligen Austrocknung von Menschen am Lebensende wird bislang in der Bundesrepublik leider nur wenig diskutiert. Es soll deshalb an dieser Stelle ausführlicher Stellung genommen werden. Die Menschen, an die in diesem Zusammenhang gedacht wird, leiden an einer fortschreitenden, tödlichen Erkrankung. In den meisten Fällen handelt es sich hierbei um Menschen mit Krebs.

Das Reduzieren und schließlich Beenden der Nahrungszufuhr bei einem Schwerkranken wird insbesondere von den Angehörigen durchaus mit Sorge gesehen. Dennoch ist es in den meisten Fällen, in denen dies bei einem terminal kranken Menschen von diesem selbst eingeleitet wird möglich, bei Angehörigen Verständnis für diese Verhalte als einem allmähliche Rückzug aus dem Leben zu erkennen. Auch bei Ärzten und Pflegern wird diese Situationen offenbar in den meisten Fällen toleriert. – Anders sieht es bei der Flüssigkeitszufuhr aus. Das deutliche Reduktion oder gar Beenden des Trinkens bei einem terminal kranken Menschen löst häufig bei den Angehörigen geradezu Panik aus und wird auch von den beruflich Helfenden (Ärzten wie Pflegenden) mit großer Besorgnis wahrgenommen. Da tauchen insbesondere Bilder der Durstqualen von Wüstenreisenden auf, die unter sengender Sonne ihr Leben beenden müssen.

Was dem entgegen gehalten werden kann ist einerseits, dass der Kranke ja eine eigene, willkürliche Entscheidung fällt, die er auch wieder rückgängig machen kann. Außerdem findet die Szene ja nicht in der Wüste sondern unter der kundigen Obhut von Pflegenden in der Sicherheit der eigenen vier Wände oder im Schutz einer erfahrenen Institution statt. Dennoch: die emotionale Abwehr eines „Durst-Verhaltens“ darf nicht vernachlässigt werden, wenn wir uns selbst auch als Helfende Ernst nehmen.

Deshalb geht es bei dieser Frage in erster Linie darum, was der Kranke möchte und was ethisch vertretbar ist. Aus dieser Perspektive lassen sich drei Situationen unterscheiden, aus denen heraus die Unterlassung ethisch wenig problematisch ist:

- a) Willentliche Verweigerung ausreichender Flüssigkeitsmengen durch die Patientin bzw. den Patienten am Lebensende im Rahmen einer tödlichen Krankheit.
- b) Nicht ausdrücklich beabsichtigte Verminderung der Flüssigkeitsaufnahme durch zunehmende Bewußtseinstrübung des terminal kranken Menschen.
- c) Unfähigkeit der sterbenden Patientin bzw. des sterbenden Patienten Flüssigkeit zu sich zu nehmen, aufgrund eines obstruktiven Prozesses im Mund-, Rachen- oder Speiseröhrenbereiches.

Bewußt unberücksichtigt bleibt die Frage der Unterbrechung der Infusionstherapie bei intensivmedizinisch behandelten Patienten, die (z. B. durch ein Koma) weder zur

¹ © 2002, Professor Dr. med. Christoph Student, HOSPIZ STUTTGART

willentlichen Flüssigkeitsaufnahme noch zu Meinungsäußerungen zu dieser Frage in der Lage sind.

Am unproblematischsten ist sowohl unter rechtlichen wie unter ethischen Aspekten die Situation (a). 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 der Patientin oder des Patienten durch Arzt oder Pflegekraft strafbar ist, sofern die Patientin oder der Patient 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. Leider wird gegen diese Regel in deutschen Krankenhäusern noch unendlich oft verstoßen.

Auch die langsam abnehmende Flüssigkeits- und Nahrungszufuhr bei eintrübenden Patientinnen bzw. Patienten in der letzten Lebensphase (Fall b) halte ich für einen sehr natürlichen Vorgang. (Dies setzt allerdings voraus, daß der sterbende Mensch nicht durch Beruhigungsmittel betäubt worden ist – einer Unsitte, die leider immer noch mancherorts in der letzten Lebensphase praktiziert wird.) Nach und nach werden sämtliche Körperfunktionen eingestellt und damit benötigt die Patientin bzw. der Patient zunehmend auch weder Flüssigkeit noch Nahrung. Wenn die Patientin bzw. der Patient nicht ausdrücklich etwas anderes zu Zeiten wachen Verstandes angeordnet hat, ist davon auszugehen, daß das Unterlassen jeder forcierten Flüssigkeitszufuhr seinem Willen und Interesse entspricht.

Die unter (c) beschriebene Situation tritt ja in der Regel nicht plötzlich ein, sondern hat eine gewisse Vorlaufphase. Bei allen Patientinnen und Patienten, bei denen eine entsprechende Verschlusserkrankung zu befürchten ist, muß dies rechtzeitig angesprochen und in seinen Folgerungen mit der Patientin bzw. dem Patienten eingehend diskutiert werden. Die auf dieser Basis gefällte Entscheidung der Patientin/des Patienten muß in jedem Falle respektiert werden.

Wichtig ist festzuhalten, daß das „allmähliche Austrocknen“ in dieser Lebensphase für Patientinnen und Patienten durchaus nicht unangenehm sein muß. Im Gegenteil: Nach allem, was an physiologischen Untersuchungen zu diesem Fragenkomplex bekannt ist, bewirkt die mit der Austrocknung einhergehende Elektrolyt-Verschiebung in der Regel auch, 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 perifokalen Ödeme von Tumoren oder minderdurchbluteten Arealen verringert werden und auf diese Weise Druckscheinungen (auch Hirndruck) entgegengewirkt wird. Auch dies trägt dazu bei, daß die Patientin bzw. der Patient sich eher wohler fühlen wird.

Aus den Berichten von Menschen, die unfreiwillig an der Flüssigkeitsaufnahme gehindert wurden (z. B. bei Unglücksfällen in Wüstenregionen), 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 vermehrte Endorphinausschüttung in der Exsiccose erklärt. Diese vermehrte Endorphinausschüttung erklärt ebenfalls die in der Exsiccose beobachtbare Schmerzreduktion.

An weiteren positiven Effekten der Austrocknung für die Patientin bzw. den Patienten sind zu nennen:

- Reduktion der Diurese (seltenerer Nutzung von Bettpfanne oder Urinal; vermeidet häufigen Vorlagenwechsel, erspart eventuell den Urinkatheter – also insgesamt weniger Belastungen für den Sterbenden)
- Reduktion der Magensekretion (vermindertes Erbrechen)
- Reduktion der Bronchialsekretion (vermindertes Husten; weniger Absaugen erforderlich)

Unbedingt verhindert werden muß jedoch, daß eine Patientin bzw. ein Patient, bei der bzw. bei dem die Austrocknung bereits vorangeschritten ist, plötzlich doch noch forciert mit Wasser „aufgefüllt“ werden. Dies kann zu erheblichen Beschwerden, insbesondere zu schweren Schmerzzuständen führen. Insofern sollte eine einmal getroffene Entscheidung - es sei denn, die Patientin oder der Patient wünschen ausdrücklich etwas anderes - auf keinen Fall revidiert werden.

Die einzig unangenehmen Begleiterscheinungen der Austrocknung sind die Trockenheitsgefühle 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 die Patientin bzw. der Patient in der Phase der Austrocknung **ganz besonders intensive 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. Oft wird von den betroffenen Menschen allerdings auch lange Zeit noch so viel Flüssigkeit „getrunken“, daß diese ausreicht, um die Mundschleimhäute 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. Der Patientin bzw. dem Patienten 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 gleicher oder gar 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.

Zur Situation bei Kindern

All das Gesagte gilt grundsätzlich auch für das Kindes- und Jugendalter. Aufgrund der Flüssigkeitslabilität von Kindern sind die beschriebenen Effekte allerdings schon bei relativ geringen Flüssigkeitsdefiziten zu erwarten und die Beschleunigung des Eintrittes des Todes durch verminderte Flüssigkeitsaufnahme ist bei Kindern relativ rascher als im Erwachsenenalter zu erwarten. Insgesamt ist Mangel an Flüssigkeit in der letzten Lebensphase für Kinder also mindestens ebenso angenehm wie für die Erwachsenen.

Bei Kindern sollte allerdings nur im Falle (b) auf erzwungene Flüssigkeitszufuhr verzichtet werden. Im Falle (a) erscheint es sehr problematisch, ob von einer Willensäußerung im rechtlichen Sinne ausgegangen werden kann. Im Falle (c) ist der Verzicht auf parenterale Flüssigkeitszufuhr in den meisten Fällen den Eltern nicht zuzumuten.

Ein wesentliches Problem bei der Frage des Verzichtes auf erzwungene Flüssigkeitszufuhr sind zweifellos die Eltern, deren Bedürfnisse bei der terminalen Pflege von Kindern selbstverständlich immer mit berücksichtigt werden müssen. Eltern haben sich nach dem Tod ihres Kindes stets mit erheblichen Schuldgefühlen herumzuschlagen. Diese haben in der Regel keinerlei rationale Basis, werden jedoch von den Eltern dennoch als außerordentlich quälend empfunden. Die Sorge, nicht alles nur Menschenmögliche für ihr Kind getan zu haben, führt ja leider oftmals auch dazu, daß Kinder „übertherapiert“ werden, was deren Leid durchaus erhöht. Hier sollte es im Grunde genommen zu einem möglichst verträglichen Interessenausgleich zwischen den vermuteten Bedürfnissen des Kindes und den absehbaren Bedürfnissen der Eltern kommen.

Wir selbst gehen in solchen Situationen so vor, daß wir die gesamte Problematik mit den Eltern wiederholt außerordentlich ausführlich besprechen. Wir informieren die Eltern über die Vorzüge der freiwilligen Austrocknung und der Natürlichkeit dieses Prozesses. Wir sprechen aber auch zugleich deren Gefühle an, die sich mit dem Problem „nicht genug getan zu haben“ beschäftigen. Dies braucht in der Regel eine Menge Zeit. Meist wehren die Eltern zunächst die Zumutung, die in unserem Angebot steckt, ab. Im Laufe der Zeit, meist in Abhängigkeit von dem sich verschlechternden Befinden des Kindes, verändert sich dann oftmals die Einstellung. Bei älteren Kindern ist es gelegentlich auch möglich, und dies ist stets anzustreben, daß die Thematik mit ihnen gemeinsam besprochen wird. Dies kann dazu führen, daß die Eltern sich in erheblichem Maße von ihrer Alleinverantwortung entlastet fühlen. Kinder haben ja meist ein sehr gutes Gespür dafür, was sie ihren Eltern zumuten können. Ihre Entscheidung dürfte deshalb am ehesten auch die unbewußten Wünsche und Befürchtungen der Eltern auffangen.

Insgesamt ist es eine Erleichterung in diesem Entscheidungsprozeß, wenn die Patientinnen und Patienten (gleich welchen Alters) erst gar keinen parenteralen Zugang gelegt bekommen. Deshalb vermeiden wir nach Möglichkeit jede parenterale Medikamentengabe in der Terminalphase. Dabei ist uns selbstverständlich sehr bewußt, daß dies keineswegs immer erreichbar ist. Andererseits haben wir die Erfahrung gemacht, daß Kinder gerade Morphintropfen noch sehr lange in

befriedigender Menge aufnehmen können oder der Übergang auf Suppositorien bei zunehmender Eintrübung ausreicht. Die parenterale Morphingabe erscheint uns in der Regel eher eine Erleichterung für den Arzt zu sein, als für Patient und Familie.

Andererseits ist gerade ein Kind, bei dem in dieser Lebensphase keine medizinischen Maßnahmen durchgeführt werden, die Erinnerungen an Krankenhausaufenthalte erzeugen, meist für die Eltern auch vielmehr ihr „eigenes Kind“, dem sie sich dann auf bessere Weise und wesentlich unbefangener nähern können. Gleichzeitig wird auf diese Weise in der Regel der Pflegeaufwand für externe Hilfen deutlich reduziert.

Insgesamt läßt sich also sagen, daß die Richtschnur für die Entscheidung, ob eine forcierte 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.

Bewusst ausgeklammert bleibt bei dieser Diskussion die Frage der Beendigung einer Flüssigkeitszufuhr bei einem chronisch kranken Menschen (z. B. bei einem Kranken nach einem Schlaganfall mit entsprechend erschwerter Nahrungsaufnahme). Wir stehen hier auf dem Standpunkt, dass diese Menschen in der Regel nicht als Sterbende zu betrachten sind, sondern als chronisch Kranke, die alle Pflege und Unterstützung benötigen, die jetzt erforderlich ist. Entsprechendes gilt für Menschen, die bewusstlos geworden und zu klaren Willensäußerungen nicht mehr in der Lage sind.

Ebenso ist es aus unserer Sicht nicht zulässig, eine bereits gelegte PEG-Sonde nicht mehr zu nutzen, wenn der Kranke zeitgleich zu keiner klaren Willensäußerung mehr fähig ist.

Literaturhinweise:

- Ariès, Ph.: Geschichte des Todes. Deutscher Taschenbuch Verlag, ²München 1987
 Aulbert, E., Klaschik, E., Pichlmaier, H. (Hrsg.): Ernährung und Flüssigkeitssubstitution in der Palliativmedizin. Beiträge zur Palliativmedizin, Band 4, Schattauer, Stuttgart, New York 2001
 Brown, P., Chekryn, J.: Dehydratation – Behandeln oder nicht? Krankenpflege / Soins Infirmiers 11 (1989), Seite 14 - 16
 Doyle, D., Hanks, G.W.C., MacDonald, N. (Ed.): Oxford Textbook of Palliative Medicine. 2nd Edition, Oxford University Press, Oxford 1998
 Binsack, Th.: Ernährung und Flüssigkeitszufuhr bei Todkranken. Münch. Med. Wschr. 136 (1994) Nr. 37, S. 550 – 551

Klie, Th., Student, J.-C.: Die Patientenverfügung – was Sie tun können, um richtig vorzusorgen. 5. Auflage, Verlag Herder, Freiburg 2002

- Kutzer, K.: Das Recht auf den eigenen Tod. In: Das Recht auf den eigenen Tod, hrsg. von J.-C. Student. Patmos, 2. Auflage, Düsseldorf 1996
 Student, J.-C. (Hrsg.): Im Himmel welken keine Blumen – Kinder begegnen dem Tod. 4. Auflage, Verlag Herder, Freiburg 1998

Student, J.-C. (Hrsg.): Das Hospiz-Buch. 4. Auflage, Lambertus, Freiburg 1998 (in Vorbereitung)