

Symposium

**Am Anfang zu wenig – am Ende zu viel?
Ethik und künstliche Ernährung – ein Widerspruch?**

Teilnehmer

Prof. Dr. Ulrich Eibach

Professor für systematische Theologie und Ethik
an der Evangelisch-Theologischen Fakultät der Universität Bonn

Christian Kolb

Team für Sonderaufgaben, Ressort Pflege,
Medizinischer Dienst der Krankenversicherung in Bayern

Prof. Dr. Norbert W. Paul

Institut für Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin
an der Johannes Gutenberg-Universität Mainz

Dr. Rainer Schütze

Fachanwalt für Medizinrecht und Sozialrecht

Prof. Dr. Cornel Sieber

Chefarzt Medizinische Klinik 2 - Schwerpunkt Geriatrie – am Klinikum Nürnberg

Prof. Dr. Arved Weimann

Präsident der Deutschen Gesellschaft für Ernährungsmedizin (DGEM)

Prof. Dr. Armin Wildfeuer

Professor für Philosophie – Schwerpunkt Ethik, Anthropologie und Sozialphilosophie / Politische Philosophie – an der Katholischen Hochschule Nordrhein-Westfalen in Köln

Moderation

Dr. med. Susanne Holst

Medizinjournalistin und Fernsehmoderatorin

PRESSEMITTEILUNG 06/2010 vom 17. Juni 2010:

Medizinische Ernährung: Schwierige Situation für Ärzte, Pflegekräfte und Angehörige

Leipzig – Medizinische Ernährung ist einerseits für Schwerkranke oft die einzige Chance zum Überleben, andererseits kann sie das Leiden von Sterbenden unnötig verlängern. Über diesen ethischen Konflikt, nämlich wann künstliche Ernährung beginnen und wann sie enden sollte, diskutierten heute (17. Juni) Mediziner, Ethiker und Theologen beim Symposium „Am Anfang zu wenig – am Ende zu viel?“ während der Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Ernährungsmedizin (DGEM) in Leipzig.

Die Ärzte waren sich dabei weitgehend einig, dass mit künstlicher Ernährung oft zu spät begonnen und damit die Chance versäumt wird, Genesung oder Lebensqualität der Patienten zu verbessern. „In der Endphase einer Tumorerkrankung wird dann manchmal vergeblich versucht, das Versäumte aufzuholen, obwohl die Ernährung möglicherweise dann mehr Belastung als Nutzen für den Patienten bedeutet“, brachte es der DGEM-Präsident, Professor Dr. Arved Weimann, Leipzig, auf den Punkt.

Der Geriater Professor Dr. Cornel Sieber, Nürnberg, wies darauf hin, dass auch viele Hochbetagte unter Mangelernährung leiden. Sie falle Ärzten, Angehörigen oder Pflegekräften vielfach erst dann auf, wenn der Einsatz künstlicher Ernährung oft schon ethisch grenzwertig sei.

Für die zögerliche Entscheidung für oder wider künstliche Ernährung, die letztlich eine Entscheidung zwischen leben dürfen und leben müssen bedeutet, zeigte der Mainzer Medizin-Ethiker Professor Dr. Norbert W. Paul Verständnis. „Allgemeine Regeln können der Situation oft nicht gerecht werden.“ Hier müsste jeder Einzelfall abgewogen werden, betonte er auf der Veranstaltung, zu dem der Diätverband, der die Hersteller von Trink- und Sondennahrung vertritt, eingeladen hatte.

Dieser Position stimmte Christian Kolb zu. Der Pflegegutachter des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen Bayern warb für eine frühzeitige Entscheidung „unter Berücksichtigung ethischer Prinzipien“.

Prof. Dr. Ulrich Eibach, Ethikbeauftragter der Evangelischen Kirche im Rheinland, betonte, künstliche Ernährung sei bei kranken und pflegebedürftigen Menschen, „bei denen kein Sterbeprozess im weiteren Sinne vorliegt, oft eine medizinisch und ethisch gebotene lebenserhaltende und palliative Maßnahme, die keinesfalls in sich ‚menschenunwürdig‘ ist oder nur ein angeblich ‚menschenunwürdiges‘

Leben erhält. Ein Vorenthalten von Ernährung würde in diesen Fällen den Tod durch Verhungern oder auch Verdursten bewusst verursachen.“

Ähnlich sieht dies auch Professor Dr. Armin Wildfeuer, der an der Katholischen Hochschule Nordrhein-Westfalen Philosophie lehrt. Er bewertet künstliche Ernährung insbesondere bei Patienten „im vegetativen Status“, so bei Koma-Patienten, als „moralisch verpflichtend“.

Dass die späte Einleitung von Sondenernährung auch mit den Ängsten der Ärzte vor Regressen und der Klinikverwaltungen vor hohen Kosten zu tun haben könnte, das deutete der Medizinrechtler Dr. Rainer Schütze aus Dortmund an. Für die Praxen der niedergelassenen Ärzte gelten Arzneimittelbudgets, in die auch künstliche Nahrung fällt und deren Überschreitung mit Regressen geahndet werde. In Kliniken müssten alle Kosten innerhalb der DRG-Pauschalen abgedeckt werden.

Die Diskussion zeige – so die Moderatorin und Medizinjournalistin Dr. Susanne Holst – wie vielschichtig das Spannungsfeld zwischen Ethik und künstlicher Ernährung sowie das Dilemma ist, vor dem Ärzte, Pflegekräfte und Angehörige immer wieder stehen. Es kann nach Überzeugung des Diätverbands nur im gesellschaftlichen Diskurs gelöst werden. Dazu sollte die Veranstaltung in Leipzig einen Beitrag leisten, betonte der Geschäftsführer des Verbands, Norbert Pahne.

Bei Fragen wenden Sie sich bitte an:

Bundesverband der Hersteller von Lebensmitteln
für eine besondere Ernährung e. V.
Godesberger Allee 142 -148
53175 Bonn
Tel. 0228-30851-0
www.diaetverband.de

Postina Public Relations GmbH
Alte Bergstraße 27
64342 Seeheim-Jugenheim
Tel. 06257-50799-0
E-Mail: office@postina-pr.de

PRESSEMITTEILUNG 05/2010 vom 7. Juni 2010:

Ethische Grenzen künstlicher Ernährung

Diätverband lädt Ethiker und Mediziner zum Diskurs ein

Bonn / Leipzig – Wo verläuft die Grenze zwischen sinnvoller medizinischer Behandlung Schwerstkranker und dem Hinauszögern des natürlichen Todes? Mit dieser Frage, die derzeit auch den Bundesgerichtshof beschäftigt, sind Ärzte und Pflegekräfte auf Intensiv- und Palliativstationen häufig hautnah konfrontiert. Insbesondere die Ernährungstherapie steht dabei im Fokus. Die Erfahrungen der Deutschen Gesellschaft für Ernährungsmedizin (DGEM) zeigen: Am Anfang einer Behandlung wird künstliche Ernährung oft zu zögerlich eingesetzt, am Ende wird manchmal sie zu lange fortgeführt.

Das ethische Dilemma, vor dem Ärzte, Pflegekräfte und Angehörige bei der Entscheidung über den rechtzeitigen Beginn, die Fortsetzung oder Beendigung künstlicher Ernährung stehen, möchte der Diätverband, der die Hersteller künstlicher Ernährung vertritt, stärker ins Bewusstsein der Öffentlichkeit rücken. Diätverbands-Geschäftsführer Norbert Pahne: „In diesem Zwiespalt dürfen Ärzte und Pflegekräfte nicht allein gelassen werden. Er kann nur durch einen gesamtgesellschaftlichen Diskurs gelöst werden.“

Dazu möchte der Diätverband beitragen: Im Rahmen des Kongresses „Ernährung 2010“ lädt er zu einem Ethik-Symposium ein. Unter dem Titel „Am Anfang zu wenig – am Ende zu viel? Ethik und künstliche Ernährung ein Widerspruch?“ diskutieren renommierte Fachleute wie der evangelische Moralthologe Professor Dr. Ulrich Eibach, der katholische Ethiker Prof. Dr. Armin Wildfeuer, der Medizinethiker Prof. Dr. Norbert W. Paul, der Geriater Professor Dr. Cornel Sieber und der Präsident der DGEM, Prof. Dr. Arved Weimann sowie der Vertreter des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen in Bayern, Christian Kolb, über die Chancen und Grenzen künstlicher Ernährung. Die Diskussionsleitung hat die renommierte Medizinerjournalistin und Fernsehmoderatorin Dr. med. Susanne Holst.

Das Symposium findet statt am 17. Juni 2010 von 12.30 Uhr bis 14.00 Uhr im Congress Center Leipzig, Raum 4, Messeallee 1.

Bei Fragen wenden Sie sich bitte an:

Bundesverband der Hersteller von Lebensmitteln
für eine besondere Ernährung e. V.
Godesberger Allee 142 -148
53175 Bonn
Tel. 0228-30851-0
www.diaetverband.de

Postina Public Relations GmbH
Alte Bergstraße 27
64342 Seeheim-Jugenheim
Tel. 06257-50799-0
E-Mail: office@postina-pr.de

Eingangsstatements

Prof. Dr. Ulrich Eibach

Essen und Trinken sind nicht nur Aufnahme von Nahrung und Flüssigkeit, sie sind vielmehr für das ganze leiblich-sinnliche Leben bedeutsame Lebensvollzüge, die sich in der Regel in Gemeinschaft mit anderen vollziehen. Eine künstliche Ernährung ist meist nicht mehr in diese natürlichen Lebensvollzüge eingebettet. Sie sollte daher nur durchgeführt werden, wenn eine orale Nahrungsaufnahme aufgrund einer eindeutig begründeten medizinischen Indikation nicht mehr oder nur mit großen Belastungen für den pflegebedürftigen bzw. kranken Menschen möglich ist.

Die Nahrungsaufnahme gehört zu den mit dem Leben gegebenen Grundbedürfnissen, zu deren Befriedigung andere Menschen immer verpflichtet sind, sofern hilfsbedürftige Menschen dazu nicht mehr selbsttätig in der Lage sind. Die künstliche Ernährung durch PEG-Sonden ist bei kranken und pflegebedürftigen Menschen, bei denen keine „infauste Prognose“ bzw. kein Sterbeprozess im weiteren Sinne vorliegt, oft eine medizinisch und ethisch gebotene lebenserhaltende und palliative Maßnahme, die keinesfalls in sich „menschenunwürdig“ ist oder nur ein angeblich „menschenunwürdiges“ Leben erhält. Ein Vorenthalten von Ernährung würde in diesen Fällen den Tod durch Verhungern oder auch Verdursten bewusst verursachen.

Christian Kolb

Eine adäquate Ernährung ist für pflegebedürftige Menschen wichtig. Gewichtsverlust und die Folgen der Mangelernährung wirken sich negativ auf die Lebensqualität aus. Umso bedeutender ist es Ernährungsprobleme frühzeitig zu erkennen, damit mögliche Ursachen erkannt und entsprechende Maßnahmen eingeleitet werden können. In den stationären Pflegeeinrichtungen sind es häufig Bewohner mit Demenz, welche Pflegekräfte vor ethischen Herausforderungen bei der Ernährung stellen. Oft bemühen sich Pflegende orale Ernährung zu gewährleisten, aber es gelingt nicht immer. Die Angst, einen Bewohner verhungern und verdursten zu lassen, ist groß, trotzdem soll ein Sterbeprozess nicht unnötig quälend hinausgezögert werden. Ein Dilemma, welches für jeden Bewohner neu und individuell betrachtet werden muss. Künstliche Ernährung, wenn indiziert auch über eine PEG-Sonde, kann eine Alternative sein, wenn die Entscheidung rechtzeitig und unter Berücksichtigung ethischer Prinzipien getroffen wird.

Prof. Dr. Norbert Paul

Die Entscheidung für oder wider eine künstliche Ernährung findet auf ethisch schwierigem Terrain statt. Leben dürfen steht dem leben müssen und sterben dürfen oft dem sterben müssen oder gar dem sterben sollen gegenüber. Allgemeine Regeln können der Situation oft nicht gerecht werden, sondern hier ist ein spezifischer Zugang zum Einzelfall erforderlich.

Dr. Rainer Schütze

Die Bereiche Sterbehilfe, Patientenverfügung und Versorgung mit enteraler (sog. künstlicher) Nahrung haben rechtlich jeweils unterschiedliche Schwerpunkte. Sterbehilfe: Strafrecht; Patientenverfügung: Bürgerliches Recht/Betreuungsrecht; Versorgung mit künstlicher Nahrung: u.a. ärztliches Honorarrecht. Das Thema „Am Anfang zu wenig - am Ende zu viel“ hat in der Praxis aus folgenden Gründen Berührung mit dem Gebiet des Honorar- und Erstattungsrechts: Honorar/Vergütung in der Klinik ist mit DRGs (Pauschalen) geregelt. Hier sind auch alle Nebenleistungen wie künstliche Nahrung mit abgegolten.

Im ambulanten Bereich (dort gelten Gesamtverträge zw. KVen-Kassenverbänden) gibt es für ärztlich verordnete Medikamente Budgets. Künstliche Nahrung wird vom SGB V in diesem Bereich rechtlich eingeordnet wie ein Medikament. Daher gibt es dafür auch Budgets und die Angst der Ärzte vor Regressen.

Die festzustellende Minderversorgung von Patienten in frühem Stadium der Mangelernährung hat deshalb auch zu tun mit der Angst der Ärzte, in eine Kostenfalle zu geraten.

Prof. Dr. Cornel Sieber

Nahrung garantiert Leben. Die Mangelernährung vieler (Hoch)betagter ist zu wenig bekannt und wenn sie dann evident wird, ist es oft schon so spät, dass sich ethische Dilemmata auf-tun. Dieser Herausforderung gilt es sich gerade als Fachgesellschaften für Ernährungsfragen zu stellen.

Prof. Dr. Arved Weimann

Am Anfang wird das krankheitsassoziierte Risiko gerade in der Geriatrie, Onkologie und Intensivmedizin oftmals nicht wahrgenommen, ein Gewichtsverlust nicht als Warnsignal erkannt. Unsere Vorstellung von Mangelernährung ist geprägt vom Hunger in der Dritten Welt

und der WHO-Definition BMI $<18.5\text{kg/m}^2$, die nur die Spitze des Eisbergs darstellt. Es ist gut durch Daten belegt, dass das metabolische Risiko viel früher einsetzt. Im DRG-System ist ein Patient jedoch erst beim Vorliegen der WHO-Definition abrechnungsrelevant mangelernährt.

Aus ethischer Sicht zu diskutieren ist, ob es gerechtfertigt ist, mit ernährungsmedizinischen Interventionen, die ja auch der Vermeidung eines solchen Zustandes dienen sollen, erst dann zu beginnen.

In der Terminalphase z.B. einer Tumorerkrankung wird dann manchmal vergeblich versucht, das Versäumte aufzuholen – obwohl Ernährung und das notwendige Kathetersystem möglicherweise dann mehr metabolische Belastung als Nutzen für den Patienten bedeuten.

Prof. Dr. Armin G. Wildfeuer

Künstliche Ernährung – auch mit Sonde – ist ein Mittel, dessen moralisch legitimer Einsatz sich auf dem Hintergrund einer individuellen Fallanalyse von dem damit intendierten Ziel her ergibt. Solche Zielsetzungen, die auch abhängig sind vom Zustand des Patienten (temporäre Erkrankung, Terminalstadium etc.) können sein: 1. (temporäre) Überbrückung im Sinne eines Ersatzes („Prothese“) für die natürliche Nahrungsaufnahme, 2. Therapie, 3. Linderung und Schmerzvermeidung, 4. Sicherung der Grundfunktionen des Organismus. Vorbedingung des Einsatzes ist eine individuelle Nutzen-Schaden-Evaluation, die Angemessenheit der Dosierung in Abhängigkeit vom Einsatzzweck sowie die Aufklärung, die Zustimmung und der Wille des Patienten.

Einen Sonderfall bilden Kranke im vegetativen Status. Sie haben – auch bei unklarer Prognose – Anspruch auf eine grundsätzliche ärztliche Betreuung zur Lebenserhaltung (Versorgung mit Nahrung und Flüssigkeit, Hygiene, Wärme, wie insgesamt Pflege etc.) und die Vorsorge gegen Komplikationen, die mit der Bettlägerigkeit verbunden sind. Die Verabreichung von Wasser und Nahrung, auch wenn sie auf künstlichem Wege geschieht, ist dabei immer als ein natürliches Mittel der Lebenserhaltung zu betrachten und keine medizinische Handlung. Ihre Anwendung ist deshalb prinzipiell als normal und angemessen und damit als moralisch verpflichtend zu bewerten, in dem Maß, in dem und bis zu dem sie ihre eigene Zielsetzung erreicht, die im vorliegenden Fall darin besteht, dem Patienten Ernährung zur Aufrechterhaltung des Organismus und Linderung der Leiden zu verschaffen. Die Aussetzung oder Unterbrechung der Mindestbehandlung des Patienten, einschließlich der Ernährung und Flüssigkeitsverabreichung, wäre als reale Euthanasie durch Unterlassung zu qualifizieren.

Persönliche Daten

Prof. Dr. Ulrich Eibach (*1942), Prof. für „Systematische Theologie und Ethik“ an der Universität Bonn. Studium und Staatsexamen in Biologie, evangelische Theologie, Philosophie in Wuppertal, Heidelberg und Bonn; 1981 bis 2007 Klinikpfarrer am Universitätsklinikum Bonn sowie Beauftragter der „Evangelischen Kirche im Rheinland“ für Fortbildung und Fragen der Ethik in Biologie und Medizin. Mitglied der „Akademie für Ethik in der Medizin“. Publikationen: u.a. *Medizin und Menschenwürde* (1976), 5. Aufl. 1997; *Sterbehilfe - Tötung aus Mitleid?*

Christian Kolb (*1969), Diplom-Pflegewirt (FH), Pflegegutachter beim Medizinischen Dienst der Krankenkassen Bayern. Von 1999 bis 2008 Pflegedienst an der Akutgeriatrie am Klinikum Nürnberg, dort von 2004 bis 2008 Ethikberater. Mitglied der Akademie für Ethik in der Medizin. Publikationen: u. a. Künstliche Ernährung bei dementen Menschen – Evidenz und Realität. *Geriatric-Report*, 1. Jahrg. 2, S. 12-16 (2007); Nahrungsverweigerung bei an Demenz erkrankten Menschen. Im Dilemma von Autonomie und Fürsorge. *Pflegezeitschrift* 62 (2), 72-75 (2009)

Prof. Dr. Norbert W. Paul, M.A. (*1964), Leiter des Instituts für Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin an der Johannes Gutenberg-Universität Mainz, Mitglied der Akademie für Ethik in der Medizin, der Bioethik-Kommission der Landesregierung Rheinland-Pfalz, der Ethik-Kommission der Landesärztekammer Rheinland-Pfalz, Präsident der Deutschen Gesellschaft für Wissenschaftsgeschichte. Publikationen u.a. zu „Klinische Ethik“, „Gesundheit und Gerechtigkeit“ und „Erkenntnistheorie und Ethik der Biomedizin“.

Dr. Rainer Schütze (*1957), Fachanwalt für Medizinrecht und für Sozialrecht, derzeit als Anwalt und Dozent für Medizinrecht tätig, Standort Dortmund. Publikation: u.a. „Die ambulante Versorgung mit künstlicher Nahrung“ – Monografie. Eine Abhandlung der rechtlichen Rahmenbedingungen künstlicher Ernährung (2007) in der Reihe der Kölner Schriften für das Gesundheitswesen, „Vergabep Praxis im Gesundheitswesen“ (Mitautor) – eine Gesamtübersicht zu den Rahmenbedingungen der Beschaffung von Produkten durch Krankenkassen im Wege der Ausschreibung. Herausgegeben vom IKK Bundesverband (2005).

Prof. Dr. Cornel Sieber (*1959), Lehrstuhl für Innere Medizin-Geriatrie an der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg, Direktor des Instituts für Biomedizin des Alterns, Chefarzt der Medizinischen Klinik 2 am Klinikum Nürnberg. Präsident der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie (DGG, 2005 – 2008), Vorstandsmitglied Deutsche Gesellschaft für Ernährungsmedizin (DGEM).

Prof. Dr. Arved Weimann (*1957), Stellvertretender Leitender Chefarzt des Klinikums „Sankt Georg“ in Leipzig sowie Geschäftsführender Chefarzt der dortigen Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie, Professor an der Universität Leipzig. Mitglied der Lebensspendekommission der Sächsischen Landesärztekammer, Präsident der Deutschen Gesellschaft für Ernährungsmedizin (DGEM).

Prof. Dr. Armin Wildfeuer (*1960), Professor für Philosophie insbesondere Ethik, Anthropologie und Sozialphilosophie an der Katholischen Hochschule Nordrhein-Westfalen in Köln. Publikationen: u.a. „Das fünfte Gebot: ‚Du sollst nicht morden!‘ Das biblische Tötungsverbot und die besondere Schutzwürdigkeit menschlichen Lebens im Ethos der Menschenrechte“, in: E. Jünemann/H. Theisen (Hrsg.), „Zehn Gebote für Europa“ (2009).

Hintergrund

Künstliche Ernährung und Ethik – ein Widerspruch?

Die Ernährung schwer kranker Menschen durch Sondennahrung, sei es als Magensonde durch die Bauchdecke oder mit einer Nasensonde, ist ethisch unproblematisch und gesellschaftlich akzeptiert, wenn Patienten kurzfristig ernährt werden und von ihrer Genesung ausgegangen werden kann oder ein Gewinn an Behandlungs- und Lebensqualität erwartet wird.

Ethisch problematisch ist künstliche Ernährung dann, wenn es um unheilbar Kranke, Sterbende oder nicht mehr einwilligungsfähige Menschen geht. Wie lange ist es in diesen Fällen gerechtfertigt, die künstliche Ernährung über Sonden fortzusetzen? Wann zögert sie nur noch den unvermeidlichen Tod hinaus und verlängert das Leid Schwerkranker unnötig?

Auf diese Frage müssen Ärzte, Pflegekräfte und Angehörige, insbesondere wenn sie Patienten im Endstadium einer Krebserkrankung, bei schwerer Demenz oder in der Palliativversorgung versorgen, immer wieder eine dem Einzelfall angemessene Antwort finden. Dies fällt umso schwerer, wenn Betroffene dazu nicht mehr angesprochen werden können und ihr mutmaßlicher Wille eruiert werden muss.

Angesichts dieses Spannungsfelds wird die Ernährungstherapie oft zu spät eingeleitet und damit die Chance auf eine Förderung von Genesung oder Lebensqualität vertan. In der Spätphase einer weit fortgeschrittenen unheilbaren Erkrankung wird sie dagegen oft zu lange fortgesetzt. Insbesondere in der Palliativversorgung muss die Therapie dem Wunsch des Patienten angepasst werden. Auf den Punkt gebracht lautet das ethische Dilemma: „Am Anfang zu wenig - am Ende zu viel.“

Um Ärzte und Pflegekräfte mit diesem Dilemma nicht allein zu lassen, haben verschiedene ärztliche Fachgesellschaften Hilfen erarbeitet, etwa die Deutsche Gesellschaft für Ernährungsmedizin 2007 mit ihrer Leitlinienempfehlung oder die Bundesärztekammer mit ihren „Grundsätzen zur ärztlichen Sterbebegleitung“. Auch der Bayerische Landespflegeausschuss hat einen Leitfaden „Künstliche Ernährung und Flüssigkeitsversorgung“ vorgelegt.

Dennoch kämpft am Ende jeder Arzt oder Angehörige gerade bei der künstlichen Ernährung mit dem Zweifel, ob die Entscheidung, sie beizubehalten oder abzusetzen, richtig war. Diese Skrupel sind bei anderen lebensverlängernden Therapien, etwa der künstlichen Beatmung, der Reanimation oder der Dialyse nicht so stark ausgeprägt.

Vermutlich hat dies damit zu tun, dass das Stillen von Durst und Hunger als eine – auch über Kulturgrenzen hinweg – grundlegende mitmenschliche Zuwendung gesehen wird. Im Kern geht es letztlich um die Frage, ob künstliche Ernährung als medizinische Prozedur, als Therapie, angesehen wird oder ob sie als Bestandteil der Basispflege gelten muss.

Je nach dem, welcher Antwort man zuneigt, fällt die Schlussfolgerung anders aus. Gilt die künstliche Ernährung als ärztliche Handlung, dann muss sie ihren Nutzen nachweisen und beispielsweise zu besserer Lebensqualität führen. Gelingt dies nicht, kann sie auch beendet werden. Versteht man die künstliche Ernährung als Bestandteil der obligatorischen Versorgung wie etwa die Körperpflege oder menschliche Zuwendung, dann kann sie nicht unterlassen werden. Zwischen diesen unterschiedlichen Sichtweisen gibt es bislang keinen Konsens.

Dieser Zwiespalt, in dem sich Ärzte und Pflegekräfte befinden, ist eine Herausforderung, die nur in einem gesamtgesellschaftlichen Diskurs gelöst werden kann, den der Diätverband fördern will. Das Symposium „Ethik und künstliche Ernährung – ein Widerspruch?“ am 17. Juni 2010 in Leipzig ist ein erster Anstoß dazu.

Bei Fragen wenden Sie sich bitte an:

Bundesverband der Hersteller von Lebensmitteln
für eine besondere Ernährung e. V.
Godesberger Allee 142 -148
53175 Bonn
Tel. 0228-30851-0
www.diaetverband.de

Postina Public Relations GmbH
Alte Bergstraße 27
64342 Seeheim-Jugenheim
Tel. 06257-50799-0
E-Mail: office@postina-pr.de
www.postina-pr.de

17. Juni 2010

Fakten zur künstlichen Ernährung

In Deutschland sind 60 Prozent aller neu aufgenommenen Bewohner geriatrischer Heime krankhaft untergewichtig. 70 Prozent aller Menschen, die auf Sondennahrung angewiesen sind, werden mit zu wenigen Kalorien versorgt.

Jeder vierte Kranke, der stationär in einem deutschen Krankenhaus aufgenommen wird, ist unzureichend ernährt. Dieses mittlerweile von mehreren Studien untermauerte Phänomen zeigt sich - als Folge der demographischen Entwicklung - insbesondere bei älteren Patienten mit bösartigen Erkrankungen, die mit zunehmendem Alter gehäuft auftreten.

Dies geht u.a. aus folgenden Studien hervor:

- Deutsche Studie zur Mangelernährung im Krankenhaus, Clinical Nutrition, Band 25, Ausgabe 4, August 2006: 563-572
- Prävalenz der Mangelernährung bei internistischen Klinikpatienten: Einfluss der Grunderkrankung, Digestive Diseases 2003, 21: 2445-251 und Soziale Risikofaktoren für eine Mangelernährung im Krankenhaus, Nutrition 2005, 21: 295-300
- Report Council of Europe (FOOD AND NUTRITIONAL CARE IN HOSPITAL: how to prevent undernutrition – report and recommendation of the committee of experts on nutrition, food safety and consumer protection Nov. 2002)
- Grundsatzstellungnahme Ernährung und Flüssigkeitsversorgung älterer Menschen. Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e.V. (MDS) 2003

Die Mangelernährung hat gravierende Auswirkungen auf die Lebensqualität und Genesungschancen der Betroffenen. Nahezu alle Krebserkrankungen verursachen in den letzten sechs Monaten vor dem Tod einen dramatischen Gewichtsverlust: 38 Prozent der Magenkrebs-Patienten nehmen im letzten Lebenshalbjahr um mehr als zehn Prozent ab, weitere 29 Prozent verlieren zwischen fünf und zehn Prozent ihres Gewichts. Bei Pankreaskrebs liegen die Werte bei 30 bzw. 28 Prozent und beim Darmkrebs jeweils bei 14 Prozent¹.

¹ DeWys et al. 1980, Am J Med 69: 491

Wer braucht Sondennahrung?

Bundesweit werden über 100.000 Patienten mit Ernährungstherapeutika versorgt. Auf künstliche Ernährung durch Sondennahrung, die dem Magen-Darm-Trakt durch die Nase oder unmittelbar durch die Bauchdecke zugeführt wird (so genannte enterale Ernährung), sind insbesondere folgende Patienten angewiesen:

- Krebspatienten
- Kranke, die nicht in ausreichendem Maße schlucken können
- Patienten mit bestimmten Stoffwechselerkrankungen
- Geriatrische, multimorbide Patienten

Wann muss man Gewichtsverlust ernst nehmen?

Medizinischer Handlungsbedarf besteht, wenn der Body-Mass-Index (BMI) kleiner als 19 ist. Der BMI errechnet sich wie folgt:

$$\text{BMI} = \text{Körpergewicht in kg} \text{ dividiert durch Körpergröße in m}^2.$$

Außerdem muss die Gewichtsveränderung innerhalb bestimmter Fristen beachtet werden. Nimmt das Gewicht eines Patienten binnen eines Quartals um mehr als fünf Prozent ab, sollten Arzt und Patient gegensteuern. Bei alten Menschen muss eine Ernährungstherapie gegebenenfalls früher einsetzen. Der Medizinische Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen sieht fünf Prozent Gewichtsverlust im Monat als Warnsignal an².

Mangelernährung ausgleichen:

Hat ein Patient keine Probleme bei der Nahrungsaufnahme, dann sollte er sich ausgewogen und gesund ernähren und dadurch versuchen, sein Ausgangsgewicht wieder zu erreichen. Gelingt dies nicht, braucht er ärztliche Hilfe.

² Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen, Grundsatzstellungnahme: Ernährung und Flüssigkeitsversorgung älterer Menschen, 2002

Der Mediziner kann sich dabei an einem leitliniengestützten Stufenschema orientieren, das vier Interventionsstufen vorsieht:

1. Ernährungsberatung mit individuellem Ernährungsplan sowie Anreicherung der normalen Kost.
2. Reicht dies nicht aus: Trinknahrung zur Ergänzung der normalen Nahrung.
3. Reicht dies nicht aus, weil der Patient z.B. wegen Behandlungen über einen längeren Zeitraum weniger als 60 Prozent seines errechneten Nahrungsbedarfs aufnehmen kann, kann der Arzt ergänzende oder ausschließliche künstliche Enterale Sonden-Ernährung verordnen.
4. Als letzte Stufe bleibt die parenterale Ernährung, bei der die Nährstoffe direkt in die Blutbahn eingeführt werden.

Dieser Stufenplan orientiert sich eng an einer Leitlinie, die die Europäische Gesellschaft für Klinische Ernährung und Stoffwechsel (ESPEN) 2004 bis 2006 erarbeitet hat und die von der Deutschen Gesellschaft für Ernährungsmedizin für Deutschland übernommen wurde³.

Erstattung von Ernährungstherapeutika:

Durch die Europäische Richtlinie 1999/21/EG der Kommission, die am 25. März 1999 in Kraft getreten ist, wurde Trink- und Sondennahrung als „Diätetisches Lebensmittel für besondere medizinische Zwecke“ definiert.

Die Erstattung der Ernährungstherapeutika (Diätetische Lebensmittel für besondere medizinische Zwecke) zu Lasten der GKV ist derzeit geregelt durch:

- a) § 31 SGB V
- b) Arzneimittelrichtlinien Nr. 20.1.i. → Ersatzvornahme des Bundesgesundheitsministeriums

Bei Fragen wenden Sie sich bitte an:

Bundesverband der Hersteller von Lebensmitteln
für eine besondere Ernährung e. V.
Godesberger Allee 142 -148
53175 Bonn
Tel. 0228-30851-0
www.diaetverband.de

Postina Public Relations GmbH
Alte Bergstraße 27
64342 Seeheim-Jugenheim
Tel. 06257-50799-0
E-Mail: office@postina-pr.de
www.postina-pr.de

³ ESPEN-Leitlinie Enterale Ernährung, Aktuelle Ernährungsmedizin 2006, 31:196-197

Der Diätverband

Der Bundesverband der Hersteller für eine besondere Ernährung, kurz: Diätverband, vertritt die gemeinsamen Interessen von circa 60 Herstellern diätetischer Lebensmittel, darunter auch von Produkten zur künstlichen Ernährung Schwerkranker, gegenüber staatlichen Organen, Wissenschaft und Öffentlichkeit auf nationaler und europäischer Ebene.

Diätetische Lebensmittel sind Lebensmittel, die für eine besondere Ernährung bestimmt sind. Die moderne Diätetik unterscheidet zwischen Diätkost für Erwachsene, Säuglings- und Kleinkindernahrungen sowie speziellen Diäten für besondere medizinische Zwecke, so genannte bilanzierte Diäten. Sie sind als Trink- und Sondennahrung bekannt.

Diese Lebensmittel müssen besonderen Ernährungserfordernissen bestimmter Verbrauchergruppen (wie z.B. Säuglinge, Sportler, Personen mit Stoffwechselstörungen) entsprechen. Sie unterscheiden sich in ihrer Zusammensetzung deutlich von üblichen Lebensmitteln.

Bei Fragen wenden Sie sich bitte an:

Bundesverband der Hersteller von Lebensmitteln
für eine besondere Ernährung e. V.
Godesberger Allee 142 -148
53175 Bonn
Tel. 0228-30851-0
www.diaetverband.de

Postina Public Relations GmbH
Alte Bergstraße 27
64342 Seeheim-Jugenheim
Tel. 06257-50799-0
E-Mail: office@postina-pr.de
www.postina-pr.de