

Ethische Leitlinie 01	Zur Entscheidungsfindung bezüglich der Anlage einer Magensonde (PEG)	Klinisches Ethik-Komitee Malteser Krankenhaus St. Martin Rheinbach
------------------------------	---	---

1 Ausgangssituation

Wiederholt werden Patienten aus dem häuslichen oder stationären Pflegebereich ins Krankenhaus eingewiesen, die nur eingeschränkt oder gar nicht mehr in der Lage sind, selbständig ausreichend Nahrung und Flüssigkeit zu sich zu nehmen. Oftmals sind die betreffenden Patienten auch nicht mehr fähig, verbal ihren Willen mitzuteilen.

Oft ist die Erwartung der niedergelassenen Ärzte, Angehörigen, gesetzlichen Betreuer oder Pflegeheime, dass diese Patienten mit einer künstlichen Magensonde versorgt werden, die das Leben verlängern, Erleiden von Hunger und Durst verhindern und die tägliche Pflege erleichtern soll. In einigen Fällen entstehen jedoch Zweifel, ob diese Maßnahme situativ sinnvoll ist (z.B. bei einsetzendem Sterbeprozess) oder ob sie dem Willen des Patienten gerecht wird. Daraus entstehen ethische Entscheidungs- und Zielkonflikte, die bei jedem Patienten eine individuelle Lösung erfordern.

Diese Verfahrensanweisung dient dazu, die jeweiligen ethischen Konflikte aufzudecken, den Sachverhalt zu analysieren und dem therapeutischen Team Lösungswege anzubieten

2 Anwendungsbereich

Diese ethische Richtlinie gilt für das Malteser Krankenhaus St. Martin, Rheinbach.

2.1 Indikation

Diese ethische Richtlinie gilt für den Fall, dass

- ein Patient nicht mehr ausreichend oder gar nicht mehr in der Lage ist, lebensnotwendige Nahrung oder Flüssigkeit zu sich zu nehmen, seinen Willen nicht mehr eindeutig artikulieren kann und im therapeutischen Team und/oder bei den Angehörigen Zweifel bestehen, ob eine künstliche Zufuhr von Nahrung und Flüssigkeit dem Willen des Patienten entspricht.
- ein Patient seine Nahrungsaufnahme verweigert und im therapeutischen Team nicht eindeutig geklärt ist, ob dieser Patient einwilligungsfähig ist.
- ein Patient sich in der Sterbephase befindet und durch die künstliche Ernährung Leiden und Sterben mutmaßlich verlängert würden.
- der begründete Verdacht besteht, dass die Magensonde (PEG-Sonde) allein aus zeitökonomischen Gründen / Indikationen und nicht aus medizinischen Gründen angelegt werden soll.
- ein Patient willentlich eine künstliche Ernährung / PEG-Sonde verweigert.

2.2 Kontraindikation

Diese ethische Richtlinie gilt nicht für den Fall, dass sich ein Patient nicht-sterbend im Wachkoma oder in einem appallischen Zustand befindet und keine eindeutige Willensäußerung bekannt ist.

3 Betroffene ethische Werte und Normen

3.1 Respekt vor der Selbstbestimmung¹ des Patienten

Der Respekt vor der Selbstbestimmung des Patienten beinhaltet auch die Verpflichtung, einen Behandlungsverzicht zu akzeptieren, selbst wenn dieser möglicherweise lebensverkürzende Folgen erwarten lässt. Dies gilt auch für Patienten, die nicht mehr in der Lage sind, ihren Willen eindeutig mitzuteilen. Daher ist im o.g. Anwendungsbereich genau zu prüfen, welche Ursache die mangelhafte Nahrungsaufnahme bedingt. Eine organische Schluckstörung wird dabei eine andere Bewertung erfahren als eine bewusste oder teilbewusste Verweigerung der Nahrungsaufnahme. Auch ist zu berücksichtigen, ob es frühere schriftliche oder mündliche Erklärungen des Patienten oder Vollmachtserklärungen gibt, die zur Ermittlung seines aktuellen Willens herangezogen werden können.

3.2 Verpflichtung zur sorgfältigen Patientenversorgung und Leidenslinderung

Hunger und Durst gehören zu den Grundbedürfnissen des menschlichen Lebens und müssen, wo immer es möglich ist, wirksam befriedigt werden, vor allem wenn sie unfreiwillig erlitten werden und lebensverkürzend wirken². Allerdings sind Hunger und Durst auch subjektive Gefühle, die nicht gleich gesetzt werden dürfen mit einer objektiv ausreichenden Zufuhr von Flüssigkeit und Nährstoffen: In manchen Fällen wird die unzureichende Flüssigkeits- oder Nährstoffsituation vom Betroffenen nicht als Mangel oder Leid erlebt, so dass das Motiv der Leidenslinderung an Gewicht verliert. In Situationen, wo ein irreversibler Sterbeprozess eingetreten ist, kann diese Behandlung sogar Leiden vergrößern oder verlängern.

Ein Verzicht auf Nahrungszufuhr bei nicht-sterbenden Personen aus wirtschaftlichen Gründen oder aus Mitleid der Angehörigen oder Behandelnden ist dagegen abzulehnen.

3.3 Solidarität mit den pflegenden Angehörigen und MitarbeiterInnen ambulanter und/oder stationärer Dienste

Für pflegende Angehörige oder Pflegekräfte in stationären oder ambulanten Einrichtungen und für Hausärzte ist es oft schwer auszuhalten, wenn ein Patient keine Nahrung oder Flüssigkeit mehr aufnimmt. Erschwerend kommt hinzu, dass manche Patienten, wenn sie in einem ausreichenden Zeitmaß Zuwendung und Hilfe bei der Nahrungsaufnahme erhalten, in der Lage sind, auch ohne künstliche Hilfsmittel ausreichend ernährt zu werden. Die notwendige Zeitressource steht jedoch in vielen ambulanten und vor allen in stationären Pflegesituationen nicht zur Verfügung, so dass die Anlage einer Magen-

¹ Artikel 2 des Grundgesetzes der Bundesrepublik Deutschland

² Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung, Stand 11.09.1998, letzte Änderung 23.04.2001: Präambel, I. Ärztliche Pflichten bei Sterbenden

sonde im Vergleich mit einer ansonsten unzureichenden Nahrungsversorgung als das kleinere Übel und als ein Mittel zur Bekämpfung des Pflegenotstands erscheint.

4 Maßnahmen

4.1 Klärung des Patientenwillens

4.1.1 bei einwilligungsfähigen Patienten

Die sorgfältige Ermittlung des Patientenwillens ist Aufgabe des Aufklärungsgesprächs. Ist der Patientenwille klar, „hat der Arzt den aktuell geäußerten Willen des angemessenen aufgeklärten Patienten zu beachten, selbst wenn sich dieser Wille nicht mit den aus ärztlicher Sicht gebotenen Diagnose- und Therapiemaßnahmen deckt“³.

4.1.2 bei nicht-einwilligungsfähigen Patienten

„Bei einwilligungsunfähigen Patienten ist die Erklärung des gesetzlichen Vertreters, z.B. der Eltern oder des Betreuers oder des Bevollmächtigten maßgeblich. [...] Liegen weder vom Patienten noch von einem gesetzlichen Vertreter oder einem Bevollmächtigten Erklärungen vor [...], so hat der Arzt so zu handeln, wie es dem mutmasslichen Willen des Patienten in der konkreten Situation entspricht. Der Arzt hat den mutmasslichen Willen aus den Gesamtumständen zu ermitteln. Eine besondere Bedeutung kommt hierbei einer früheren Erklärung des Patienten zu [z.B. Patientenverfügung, o.ä.]. [...] In die Ermittlung des mutmasslichen Willens sollen auch Angehörige oder nahestehende Personen einbezogen werden.“⁴

„Patientenverfügungen, auch Patiententestamente genannt, Vorsorgevollmachten und Betreuungsverfügungen sind eine wesentliche Hilfe für das Handeln des Arztes. Patientenverfügungen sind verbindlich, sofern sie sich auf die konkrete Behandlungssituation beziehen und keine Umstände erkennbar sind, daß der Patient sie nicht mehr gelten lassen würde.“⁵

4.2 Klärung der Ursache der gestörten Nahrungsaufnahme

4.2.1 Organische Ursachen

Durch geeignete medizinische Diagnostik klärt der Arzt eine organische Ursache der Schluckstörung ab. Wird eine organische Ursache festgestellt, so hat der Arzt so zu handeln, dass die Ursache im Sinne des Patientenwillens (siehe Punkt 4.1) adäquat therapiert bzw. behoben wird.

4.2.2 Sterbende Patienten

„Der Arzt ist verpflichtet, Sterbenden, d.h. Kranken oder Verletzten mit irreversiblen Versagen einer oder mehrerer vitaler Funktionen, bei denen der Eintritt

³ Ebd.: IV. Ermittlung des Patientenwillens

⁴ Ebd.

⁵ Ebd.: V. Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht

des Todes in kurzer Zeit zu erwarten ist, so zu helfen, daß sie in Würde zu sterben vermögen. Die Hilfe besteht neben der Behandlung im Beistand und Sorge für Basisbetreuung.“⁶ Darunter versteht die Bundesärztekammer unter anderem: menschenwürdige Unterbringung, Zuwendung, Körperpflege, Lindern von Schmerzen, Atemnot und Übelkeit sowie Stillen von Hunger und Durst. Eine ärztliche Verpflichtung zur Lebenserhaltung ist jedoch nicht zwingend geboten ist.⁷

Denn: „Künstliche Ernährung ist bei Sterbenden nur als palliative, Leiden lindernde Maßnahme ethisch geboten. Es ist abzuklären, welche Form der künstlichen Ernährung für den Patienten am wenigsten belastend ist. Bei Sterbeprozessen sind wegen veränderter physiologischer Zustände oft selbst die Gefühle von Hunger und Durst nicht mehr gegeben. Insofern ist eine künstliche Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr auch als palliative Maßnahme oft nicht angezeigt.“⁸

In diesem Falle bietet es sich an, so zu verfahren, wie es in den Punkten 4.1 und 4.4 beschrieben wird.

4.2.3 (Geronto)psychiatrische Ursachen

Wenn nach geeigneter Diagnostik eine (geronto)psychiatrische Krankheit (M. Alzheimer, M. Parkinson, Demenz, ...) festgestellt wurde und der Patient die Nahrung auf herkömmlicher Weise nicht aufnehmen kann, so werden dem Patienten verschiedene Arten des Essens-Anreichen angeboten.

Die Anlage einer PEG-Sonde kann in diesem Falle nach Abklärung des mutmaßlichen Patientenwillens (siehe Punkte 4.1 und 4.4) nur die ‚ultima ratio‘ sein.

4.2.4 Psychische oder soziale Ursachen

Nahrungsverweigerung kann auch Ausdruck des Protestes oder der Resignation angesichts einer unerträglichen und unveränderbar scheinenden Situation sein. Zu den psychischen Ursachen zählen depressive Verstimmung, Perspektiveverlust, Sinnleere oder der Eindruck von Ausweglosigkeit. Soziale Faktoren können sein: fehlende Hilfe beim Einkauf und bei der Zubereitung der Nahrung, Vereinsamung, Verarmung, Fremdheit in einer neuen Umgebung (z.B. nach Heimübersiedlung). In diesen Fällen ist vor der Entscheidung für oder gegen eine künstliche Ernährung vorrangig zu klären, welche Beratungs- und Unterstützungsmöglichkeiten gefunden werden können, die den Lebensmut und Lebenswillen des Betroffenen stärken können.

4.3 Klärung der Intention der Einweisenden und/oder der Angehörigen

Wenn Angehörige, Hausärzte oder Pflegeeinrichtungen für einen Patienten eine künstliche Ernährung wünschen, können unterschiedliche, z.T. auch widersprüchliche Intentionen vorliegen:

- die Überzeugung, im Sinne des Patienten zu handeln
- die fehlende Akzeptanz, dass ein Patient sterbend ist oder sterben will
- die Sorge oder das schlechte Gewissen, einen Patienten ohne medizinische Hilfe qualvoll Hunger und Durst leiden zu lassen

⁶ Ebd.: I. Ärztliche Pflichten bei Sterbenden

⁷ Ebd.: Präambel

⁸ Eibach, Ulrich, Zwirner, Klaus: Künstliche Ernährung durch perkutane endoskopische Gastrostomie (PEG-Sonden)? – Eine ethische Orientierung, Bonn o.J.

- fehlende zeitliche und personelle Ressourcen, die es nicht erlauben, dem Patienten mit entsprechendem zeitintensiven Aufwand Nahrung anzureichen

Manchmal üben Angehörige, Hausärzte oder Pflegeheime auf die Behandelnden hohen moralischen Druck bis hin zu forensischen Drohungen aus. Wichtig ist es daher, mit den betreffenden Personen respektvoll und einfühlsam die zugrunde liegende Intention zu klären, sachliche Informationen (etwa zum Hunger-/ Durstgefühl) zu geben und die tatsächlich maßgebenden Faktoren (der mutmaßliche Wille des Patienten und die medizinische Indikation) zu erläutern.

Eine Entscheidung, die sich dem äußeren Druck fügt, obwohl der mutmaßliche Patientenwille mit großer Wahrscheinlichkeit der Behandlung widerspricht oder eine medizinische Indikation sehr fragwürdig ist, ist juristisch fragwürdig und ethisch unverantwortlich.

4.4 Einberufung einer Ethischen Fallbesprechung

Zur Klärung der oben beschriebenen Fragen ist im Einzelfall eine Ethische Fallbesprechung sehr hilfreich und empfehlenswert, vor allem dann, wenn der Arzt sich seiner Meinung nicht sicher ist bzw. nicht in der Lage ist, eine eindeutige Meinung aus seinem bisherigen Wissensstand über den Patienten bilden zu können.

Zur Vertiefung der Faktensammlung kann es sinnvoll sein, Personen aus dem sozialen Umfeld des Patienten (z.B. behandelnde Ärzte, Mitarbeitende des Pflegeheims, Angehörige, Betreuer) im Vorfeld gründlich zu befragen oder zur Besprechung einzuladen.

5 Mitgeltende Unterlagen

- Management Verfahrensweisung „Ethische Fallbesprechung“ MAN/ORG/03, Version 01
- Therapeutische Prozedur „PEG-Sondenanlage“ INN/THE/002
- Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung; Stand 11.09.1998, letzte Änderung 23.04.2001
- Patientenrechte in Deutschland – Leitfaden für Patienten und Ärzte; Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung, Bundesministerium der Justiz; Stand Februar 2003

Rheinbach, den 26.01.04

Wolfgang Heinemann
 Heinrich Kalenberg
 Michaela Krahorst
 Claudia Ressler
 Bärbel Scheben
 André Schultheis
 Cordula Waberzeck
 Klaus Zempel