



**PEG-SONDE IM FOKUS**  
140.000 Menschen in Deutschland erhalten Nahrung und Flüssigkeiten auf künstlichem Weg. Nicht immer zum Wohle der Betroffenen.

# Streitpunkt: PEG-Sonde

Ob und wie lange Menschen von der künstlichen Ernährung durch die **perkutane endoskopische Gastrostomie (PEG)** profitieren, ist häufig umstritten. Ethische Fallbesprechungen unterstützen Pflegende und Mediziner bei komplexen Entscheidungen.

Im Februar dieses Jahres starb Eluana Englaro. Ihr Vater kämpfte zehn Jahre lang dafür, die künstliche Ernährung bei seiner Tochter einzustellen. Sie befand sich seit einem Unfall vor 17 Jahren im apallischen Syndrom. Ihrem Vater zufolge hätte die Tochter noch kurze Zeit vor dem Unfall gesagt, dass sie lieber sterben wolle, als im Koma zu sein. Wenige Tage nachdem die enterale Zufuhr durch eine PEG-Sonde beendet wurde, verschied die 38-Jährige. Von Mord und aktiver Sterbehilfe sprachen daraufhin italienische Bischöfe und Ministerpräsident Silvio Berlusconi. Viele Befürworter hingegen sahen es eher so, dass Eluana Englaro nun endlich erlöst sei.

## Kehrseite moderner Medizin

Der Verzicht auf künstliche Ernährung bei Apallikern sorgt international immer wieder für Schlagzeilen. Dies ist aber nur ein Aspekt in der Debatte um die PEG-Sonde. Seit 1981 hat dieser Eingriff die Möglichkeiten der

modernen Medizin erheblich erweitert. Viele Patienten, die etwa nach einem Schlaganfall langfristig oder vorübergehend nicht mehr selbst essen und trinken können, überleben allein durch diese Maßnahme. Etwa 140.000 Menschen in Deutschland haben laut Eibach und Zwirner eine PEG-Sonde. Umstritten ist aber, ob sie wirklich immer indiziert ist und die Situation der Betroffenen verbessert. Etwa 70 Prozent der Sondenträger leben in Pflegeheimen. Davon haben 50 Prozent eine psychiatrische Erkrankung, am häufigsten Demenz. Wer entscheidet in diesen Fällen darüber, ob eine PEG-Sonde medizinisch indiziert ist? Und ab wann ist ein Abbruch der künstlichen Ernährung legitim?

## Der Wille des Patienten zählt

Werner Schell, Dozent für Pflegerecht und Mitglied des CNE.expertenrats, stellt fest: „Alle pflegerischen und medizinischen Maßnahmen müssen sich immer am Patientenwillen ausrichten. Wer diesem Willen durch

Handeln oder Unterlassen entspricht, der tötet nicht, sondern leistet straffreien Beistand im Sterben.“ Wenn der Patient nicht mehr einwilligungsfähig ist, müsse man sich an dem orientieren, was der Betroffene in früheren Äußerungen oder in einer Patientenverfügung geäußert habe. Nach deutschem Recht könne man daher im Fall von Eluana Englaro auf keinen Fall von Mord oder aktiver Sterbehilfe sprechen. Denn auch der gesetzliche Vertreter, in diesem Fall ihr Vater, kann den Willen der Betroffenen durchsetzen, wenn sie selbst dazu nicht mehr in der Lage ist. Gleiches gelte auch für das Legen einer PEG-Sonde. Da es sich um einen Eingriff in die körperliche Unversehrtheit des Menschen handelt, bedarf es der Zustimmung des Patienten. Was formal einfach und überschaubar klingt, fordert in der Praxis komplexe Entscheidungen, die Ärzte jeden Tag treffen und Pflegende mittragen. Und das ohne mediale Aufmerksamkeit und öffentliche internationale Diskurse.

### Medizinethische Grenzfälle

Universitätsklinikum Frankfurt am Main. Die 83-jährige Monika Graus\* reagiert nach einer Reanimation weder auf Ansprache noch auf Schmerzreize. Sie befindet sich nach einem Hirnstamminfarkt im apallischen Syndrom. Korsakowsyndrom und Leberzirrhose durch chronischen Alkoholabusus sind Nebendiagnosen. Ihr Zustand ist stabil, sie ist tracheotomiert und wird über eine Magensonde ernährt. Bei der Besprechung des Behandlungsteams geht es hoch her: Die Pflegenden und Ärzte sind sich uneins, ob Frau Graus eine perkutane endoskopische Gastrostomie (PEG) erhalten soll. Sie beschließen, sich an das Klinische Ethik-Komitee (KEK) zu wenden.

### Moderieren und beraten

Timo Sauer, Pflegender und Philosoph, ist einer von drei wissenschaftlichen Mitarbeitern, die am Senckenbergischen Institut für Geschichte und Ethik der Medizin an der Universität Frankfurt arbeiten. Sie organisieren ethische Fallbesprechungen auf den Stationen und halten engen Kontakt zu den etwa zwanzig restlichen Mitgliedern des KEK. Überwiegend sind dies Pflegenden und Mediziner, die auch im Klinikum tätig sind. Aber auch Theologen, Juristen, Sozialarbeiter und Medizinethiker gehören dazu. Ein bis zwei Mitglieder des Komitees begleiten Timo Sauer oder seine Kolleginnen jeweils zu den ethischen Fallbesprechungen auf Station. Die restlichen Teilnehmer sind Ober- und Assistenzärzte und eine oder mehrere Pflegenden, die den Patienten gut kennen. Auch Angehörige können an einer

Fallbesprechung teilnehmen, praktisch sei das aber noch nie der Fall gewesen. Als Timo Sauer die Anfrage wegen Frau Graus erreicht, koordiniert er einen Termin für eine Ethikberatung auf der Station. In so einem Fall sei es wichtig, sehr schnell einen geeigneten Raum zu finden, sagt der Medizinethiker: „Weder Piepser noch das Klingeln des Telefons sollten die Diskussion stören.“

Daneben habe sich bewährt, dass die klinischen Ethikberatungen nach einem strukturierten Schema ablaufen, damit die Diskussion nicht überhitze oder ausufere. Im Fall von Frau Graus stellte zunächst der behandelnde Oberarzt die medizinischen Aspekte dar. Anschließend schilderte die Pflegenden, dass Frau Graus zu keiner Kommunikation mehr fähig und in nahezu allen ATLS eingeschränkt ist. Ein Mitarbeiter des Sozialdienstes klärte die Runde dann über

**»VÖLLIG  
ZWEIFELSFREIE  
INDIKATIONEN  
FÜR DIE KÜNSTLICHE  
ERNÄHRUNG VIA PEG  
SIND IN DER  
PRAXIS EHER  
SELTEN.«**

die psychosozialen Bedingungen auf: Es liege kein erklärter Wille etwa in Form einer Patientenverfügung vor, und mit ihrem gesetzlichen Betreuer hatte die Patientin keinen Austausch darüber. Da Frau Graus wegen des Korsakowsyndroms in einem Pflegeheim lebt, sei eine Rückverlegung ohne PEG kaum möglich. Für die weitere Therapie ergaben sich letztlich zwei Optionen: künstliche Ernährung durch eine PEG-Sonde. Dies würde den Zustand der Patientin auf unbestimmte Zeit fortsetzen. Ein Verzicht auf die Sonde bedeute jedoch, dass die Patientin innerhalb weniger Tage bis Wochen verstirbt.

### Zwischen Fürsorge und Autonomie

Die Teilnehmer der Ethikberatung diskutierten ausführlich. Die Pflegenden, die Frau Graus noch von der Intensivstation kannte, argumentierte, dass die Lebensqualität der Patientin sehr gering sei. Vor allem wegen der zusätzlichen Erkrankungen. Deshalb wäre eine Weiterbehandlung der Patientin möglicherweise nicht in ihrem Sinne. Zwei der behandelnden Ärzte hielten dagegen, dass man derzeit nicht abschätzen könne, ob es sich um einen vorübergehenden oder um einen fortdauernden Zustand handelt. „In ethischen Grenzsituationen wie dieser prallen häufig mehrere medizinethische Prinzipien aufeinander“, schildert Timo Sauer. Einerseits das Fürsorgeprinzip oder „Beneficence“, das zur indizierten medizinischen Behandlung verpflichtet. Andererseits das Nichtschadensprinzip oder „Non-Maleficence“, das Interventionen verbietet, die nicht mehr zum Guten des Patienten sind. Und letztlich gilt es in jeder Situation, die Autonomie des Patienten zu wahren. „In diesem Spannungsfeld liegen dann die ethischen Fälle, die wir im Idealfall beratend unterstützen“, schildert Timo Sauer. Da sich der Widerspruch bei Frau Graus nicht auflösen ließ, beschloss die Runde, noch einmal zusammenzukommen und die Patientin bis dahin weiter über die nasogastrale Sonde zu ernähren. In der Zwischenzeit wolle man beobachten, wie sich die Situation der Patientin verändert.

### Automatismen vermeiden

„Völlig zweifelsfreie Indikationen für die künstliche Ernährung via PEG sind eher selten“, erklärt der Medizinethiker, „etwa bei vorübergehenden Schluckbeschwerden nach Tumoroperationen oder bei neurologischen Erkrankungen junger Menschen, die wenig zusätzliche Begleiterkrankungen haben.“ Immer wieder berichten ihm Mitarbeiter des Klinikums, dass die Sonde oft automatisch gelegt werde, ohne vorher die



**NATÜRLICH ERNÄHREN**  
Zeit- und Personalknappheit rechtfertigen keine PEG-Sonde. Sie sollte immer die letzte Alternative sein.



#### ETHISCHE GRENZSITUATIONEN DISKUTIEREN

Wenn unklar ist, ob die künstliche Ernährung die Situation des Patienten verbessert, sollte das Behandlungsteam Ethikberatungen nutzen.

Alternativen zu reflektieren. Das sieht der Ethikexperte sehr kritisch. Genauso wie wenn falsch verstandene Fürsorge durch Aussagen wie „Wollen Sie den Menschen denn verhungern oder verdursten lassen?“ die PEG-Sonde begründen. Denn dieser häufig geäußerte Vorwurf ist beispielsweise bei Sterbenden nicht begründet. So ist der reduzierte Nährstoff- und Flüssigkeitsbedarf in dieser Phase ein physiologischer Prozess. Die künstliche Ernährung verbessert die Situation des Patienten dabei nachweislich nicht. Im Gegenteil: Der Organismus des Sterbenden ist nicht in der Lage, das Angebot an zugeführter Nahrung zu verarbeiten und kann mit Übelkeit, Erbrechen oder Durchfällen reagieren. Prinz beschrieb schon 1992, dass die durch den Abbau des Körperfettes und Dehydration freigesetzten Ketone sogar euphorisierend und sedierend wirken. „Die immer wieder

geäußerte Sorge, der Patient würde verhungern oder verdursten, ist daher in diesen Fällen falsch“, urteilt auch der Experte für Pflegerecht, Werner Schell. Wenn Symptome wie Mundtrockenheit, Hunger und Durst in der Sterbephase auftreten, dann lassen sie sich durch eine sorgfältige Mundpflege, kleine Essens- und Flüssigkeitsrationen oder Eisstückchen beheben. Dies belegt eine amerikanische Studie von 1994, in der 32, überwiegend an Tumoren erkrankte Patienten palliativ versorgt wurden. Die durchschnittliche Lebenserwartung lag bei drei Monaten, und die Betroffenen erhielten keine künstliche Ernährung. Nur ein Drittel der Teilnehmer litt zu Beginn der Untersuchung an Hunger- oder Durstgefühlen. Die restlichen zwei Drittel verspürten diese körperlichen Empfindungen nicht. Durch pflegerische Maßnahmen ließen sich die Symptome aller Patienten beseitigen.

#### Im Zweifel für das Leben

Bei Sterbenden sieht auch die Bundesärztekammer (BÄK) in ihren Richtlinien keine prinzipielle Indikation für die künstliche Ernährung. Sie verlangt neben Zuwendung und dem Lindern der Schmerzen „ein Stillen von Hunger und Durst“. Für Menschen im apallischen Syndrom jedoch, wie Eluana Englaro oder Frau Graus, ist die „lebenserhaltende Therapie einschließlich der künstlichen Ernährung“ laut Grundsatz III BÄK geboten. Denn im Gegensatz zu Sterbenden können Menschen im apallischen Syndrom noch sehr lange mit künstlicher Ernährung

## »DASS STERBENDE OHNE EINE PEG-SONDE AN HUNGER ODER DURST LEIDEN, IST FALSCH.«

überleben. Jedoch könne „bei fortgeschrittener Krankheit (...) auch bei diesen Patienten eine Änderung des Therapiezieles und die Unterlassung lebenserhaltender Maßnahmen in Betracht kommen“. Immer abhängig vom Patientenwillen.

Wann ein Mensch sich in der Sterbephase befindet oder wie weit fortgeschritten eine Krankheit ist, ist im Einzelfall schwer zu entscheiden. Nicht ohne Grund endete die Diskussion bei Frau Graus im Widerspruch. „Aber auch wenn es keine Einigung gibt, brauchen wir nach einer Ethikberatung eine Ad-hoc-Lösung für den Übergang“,

sagt Timo Sauer. Frau Graus wurde schließlich mit nasogastraler Sonde zurück ins Pflegeheim verlegt. Dafür war jedoch ein intensives Gespräch zwischen dem Sozialarbeiter der Klinik, dem Hausarzt und der Heimleitung nötig. Die nächste Beratung sollte vier Wochen später im Pflegeheim erfolgen, Frau Graus verstarb jedoch wenige Tage darauf.

#### Transparenz in Grauzonen

„Wir können den Ärzten und Pflegenden die Verantwortung nicht abnehmen“, sagt der Medizinethiker. Letztlich sind sie es, die die Entscheidung treffen müssen. Das klinische Ethikkomitee schafft den beteiligten Pflegenden und Ärzten jedoch den Raum, auf Augenhöhe miteinander zu diskutieren, um die wesentlichen Aspekte transparent zu machen. „Im klinischen Alltag können sich die Berufsgruppen kaum darüber austauschen, was ihrer Meinung nach die bestmögliche Entscheidung für einen Patienten ist“, resümiert Timo Sauer. Pflegende seien häufig noch zu wenig in solche Entscheidungen mit einbezogen. „Dabei kennen sie die subjektive Situation des Patienten meist am besten“, sagt der Medizinethiker.

In ethischen Fallbesprechungen haben sie die Möglichkeit, ihren Standpunkt zu vertreten. „Viele Pflegende sind in den Beratungen aber leider viel zu schüchtern“, sagt Timo Sauer, „weil die Situation einfach fremd für sie ist.“ Mediziner hingegen seien es gewohnt, zu referieren und Fälle darzustellen, da müsse er den Redefluss mitunter eher beschränken. Nach den ethischen Fallbesprechungen sagen ihm viele Pflegende und Ärzte, dass sie nie zuvor so konstruktiv miteinander über Patienten kommuniziert hätten. Der Medizinethiker ist daher überzeugt, dass sich die sinnvollste Entscheidung für einen Patienten im „interdisziplinären Diskurs“ findet. Auch in ethischen Grenzfragen zur künstlichen Ernährung durch eine PEG-Sonde. **Thomas Koch**

#### CNE.AKTION VERLOSUNG

### PEG – Ja oder Nein?

Dieser Frage geht Christian Kolb in seinem Buch „Nahrungsverweigerung bei Demenzkranken“ nach. Gewinnen Sie drei Exemplare unter [www.thieme.de/cne/aktion](http://www.thieme.de/cne/aktion).

Das Stichwort lautet: „PEG“. **Einsendeschluss: 15.8.2009**



#### CNE.INFO

#### CNE.fortbildung 3/09

Lesen Sie mehr zum professionellen, pflegerischen Umgang mit Sonden in **Lerneinheit 10 „Pflege von Menschen mit Sonden und Drainagen“**.

#### CNE.online

Lesen Sie auch das ausführliche Interview mit dem Lehrer für Pflegerecht und CNE-Experten Werner Schell unter: [www.thieme.de/cne/magazin](http://www.thieme.de/cne/magazin)