

© 2000 Ines Paape und Lutz Müller-Bohlen. Nachdruck nur mit Genehmigung und unter Quellenangabe. Kontakt Mail an@gesundheitspflege.de oder Lutz Müller-Bohlen, Dorfstr. 6, 21745 Hemmoor

PEG = percutane endoskopisch kontrollierte Gastrostomie

Über die Notwendigkeit einer künstlichen Ernährung als
Entscheidungshilfe für die betreuungsrechtliche Praxis

Abschlussarbeit im Rahmen des
Kontaktstudienganges „Betreuerqualifikation“
1998/2000

an der Fachhochschule für Sozialpädagogik Hamburg

vorgelegt von

Lutz Müller-Bohlen
Berufsbetreuer, Pflegeberater, unabh. Pflegesachverständiger

und

Ines Paape
Vereinsbetreuerin, Altenpflegerin
Hamburg, 16. Dezember 1999

INHALTSVERZEICHNIS

I. EINLEITUNG

II. MEDIZINISCHE GRUNDLAGEN

1. Formen künstliche Ernährung
2. Sondenformen und Risiken
 - a) transnasale Sonden
 - b) PEG
3. Indikationen

III. BETREUUNGSRECHTLICHE PRAXIS

1. juristischer Sachverhalt
 - a) Sondennahrung, Lebens- oder Arzneimittel ?
 - b) Einwilligungsfähigkeit
 - c) Voraussetzungen für die Anwendung des § 1904 BGB
 1. begründete Gefahr
 - d) Abbruch der Sondenernährung

IV. VERSORGUNGSSITUATION IM PFLEGEHEIM

V. DISKUSSION

VI. BETREUUNGSPLANUNG (CHECKLISTE PEG)

VII. LITERATURVERZEICHNIS

IX. ANLAGE 1 RECHTE DER STERBENDEN

I. EINLEITUNG

Die Suche nach einem menschenwürdigen Umgang mit Schwerstkranken und Sterbenden entfacht anhand von Einzelschicksalen regelmäßig öffentliche und fachliche Diskussionen.

Diese wird in den letzten Jahren anhand von Thesen wie „die meisten Menschen fürchten weniger den Tod, der ohnehin unausweichlich ist, als vielmehr ein langes und qualvolles Sterben“¹ geführt; der Einsatz lebensverlängernder Techniken könne „zu einer Degradierung des Patienten zum Fall, zur Nummer, ja zur Aufgabe werden, in der sich der Therapeut als Könnler betätigen möchte.“²

Eine verstärkte Diskussion folgte dem Beschluss des Oberlandesgerichtes Frankfurt vom 15.07.1998; die Deutsche Bischofskonferenz, die Deutsche Hospiz Stiftung, der Marburger Bund feierten die „neue Liberalität“ als einen „vertretbaren Versuch zum Ausgleich zwischen Lebensschutz und Respekt vor der Selbstbestimmung des Patienten“³, während andere dies als „tödliche Bevormundung“⁴ bewerten.

Betroffen von der künstlichen Ernährung sind 100 000 Patienten, davon werden etwa 70 000 Heimbewohner „täglich am Leben erhalten“.⁵ Jedes Jahr fallen in Deutschland rund 40000 Menschen ins Koma. Bei 5000 von ihnen dauert die Bewusstlosigkeit ein halbes Jahr und länger.⁶

Aufgabe dieser Arbeit ist, die künstliche Ernährung, für den die PEG synonymhaft steht, unter dem Blickwinkel medizinischer Indikationen, rechtlicher Gegebenheiten und der betreuungsrechtlichen Praxis zu betrachten.

¹ Fundstelle Internet, www.patiententestament.de/pt_bro.htm, „Für Ihr Recht können Sie eintreten!“, Verfasser unbekannt

² ebd.

³ Bischof Lehmann, zitiert bei Alexander Bogner

⁴ Alexander Bogner ebd.

⁵ Raimund Schmid

⁶ Helga Kessler

Denn letztlich ist es in der Regel der gesetzliche Betreuer, der eine Entscheidung treffen muss.

II. MEDIZINISCHE GRUNDLAGEN

II.1. Formen künstlicher Ernährung

Der Begriff „künstliche „ Ernährung bezieht sich nicht auf die verwendeten Lösungen, sondern auf die von der normalen Ernährung abweichenden Zufuhrwege.⁷

Die parenterale Ernährung (Venenkatheter) hat das Ziel, den Verdauungstrakt ganz zu umgehen oder zu entlasten. Parenterale Ernährung soll bei einem Homöostaseungleichgewicht dem Körper essentielle Nährstoffe bilanziert zuführen.

Subcutane Infusion dienen dazu, dem Körper mittels einer Kanüle Flüssigkeit in das Unterhautfettgewebe (Subcutis) zuzuführen.

Eine scheinbar vergessene Technik ist die sog. Darminfusion, die Eingießung von Flüssigkeit in den Darm⁸; auf jeden Fall findet sich diese Methode zumindestens nicht in den Standardlehrwerken von Juchli ab der 4. Auflage 1983 (ältere Auflagen liegen nicht vor). Hingegen nennt der Pschyrembel weiterhin diese Möglichkeit („i.d.R. > 20 ml), wobei hier allerdings das Einbringen von flüssigen Medikamenten und Klistieren gemeint sein dürfte.⁹ Insgesamt stellt die Darminfusion nach unserer Bewertung zeitgemäß zumindestens keine Dauermaßnahme mehr dar, da durch die manuelle Irritation fortlaufend die Darmentleerung provoziert wird, Durchfälle zu erheblichen Belästigungen führen sowie am Anus Dekubitii (Druckgeschwüre) zu befürchten sind.

⁷ L. Juchli, 7. Auflage, S. 253

⁸ vgl. Dornbusch, ebenso Pschyrembel, 48.-53. Auflage S.

⁹ Pschyrembel, 258. Auflage, S. 759

Infusionen haben den Zweck, den Verdauungstrakt ganz zu umgehen. Die zuzuführenden Stoffe können im Magen oder Darm zerstört oder dort nur unzureichend bzw. zu langsam aufgenommen werden. Somit sind Infusionen zur reinen, dauerhaften künstlichen Nahrungszufuhr nicht indiziert. Unserer Ansicht nach wird allerdings in den Veröffentlichungen häufig übersehen, dass Infusionen eine Form der künstlichen Ernährung darstellen und damit ebenso kritisch zu würdigen sind wie Sondenernährung. Dabei ist z.B. die Einlage eines zentralen Venenkatheters dem Aufwand nach der PEG-Einlage vergleichbar.

Somit verbleiben zur reinen künstlichen Ernährung auf Dauer lediglich die verschiedenen Sondenformen. Die Ernährung per Sonde hat das Ziel, bei Umgehung des oberen Verdauungstraktes (extraoral) den unteren Verdauungstrakt physiologisch zu nutzen.

II.2. Sondenformen und Risiken

II.2.a) transnasale Sonden

Flexible Sonden aus Polyurethan® oder Siliconkautschuk werden durch die Nase über den Rachen in den Magen geführt und das Ende mittels Pflaster an der Nase fixiert. Die Sonde wird bei Nichtbenutzung mit einem Stopfen verschlossen. Die Ernährungsdauer über eine transnasale Sonde wird seitens der Hersteller mit maximal 2-4 Wochen angegeben.¹⁰

Von der transnasalen Sonde sind schwerwiegendere Komplikationen durch das Wesen der Maßnahme selbst zu erwarten. Aus Gründen der Lesbarkeit wird hier auf eine ausführliche medizinische Darstellung verzichtet.

Insbesondere bei Patienten, die nicht erheblich eingetrübt sind, ergibt sich ein massives Fremdkörpergefühl. Die Lage muss fortwährend kontrolliert

¹⁰ pfrimmer, Produktinformation

werden. Die Einlage muss unter nachfolgender Röntgenkontrolle erfolgen. Erhebliche Gefahren bei der Einlage bis hin zur Aspiration oder Atemstillstand gebieten die regelmäßige Verlegung ins Krankenhaus, damit die Sonde in Notfallbereitschaft gewechselt werden und die Sondenlage röntgenologisch kontrolliert werden kann. Beispielhaft sei hier auf das Schicksal von Erna S. hingewiesen, die durch eine transnasale Sonde künstlich ernährt werden sollte. Durch Fehleinlage der Sonde in die Luftröhre gelangte die Nahrung in die Lunge, die Betroffene erstickte.¹¹

Bei Schluckstörungen nach Schlaganfall ist die PEG der Nasensonde vorzuziehen.¹² „Angesichts der Unannehmlichkeiten, die der Patient von einer Nasensonde hat“¹³ sowie den erheblichen Gefahren, ist damit die PEG für eine längerfristige Ernährung Mittel der Wahl.

II.2.b). PEG

Die PEG ist die Fortentwicklung der sog. Witzel-Fistel (F.O. Witzel, Chirurg 1856 – 1925), die ursprünglich zur Ernährung bei inoperablen Verengungen, z.B. durch Speiseröhrencarcinome, des oberen Verdauungstraktes unter operativer Darstellung des Magens eingelegt wurde.

Die Technik der PEG etablierte sich in der zweiten Hälfte der 80 Jahre als Standardeingriff, wobei die Witzel-Fistel im Standardlehrwerk der Krankenpflege letztmalig 1991 erwähnt wird.¹⁴

Somit ist die PEG inzwischen grundsätzlich indiziert, wenn es um die längerfristige extraorale Zuführung von Flüssigkeit und/oder Nahrung geht.

¹¹ Berliner Morgenpost vom 15. Februar 1997, Seniorin starb an Magensonde – Bewährung und Geldbuße für den Arzt

¹² B. Norton et al 312:13-16

¹³ Tygat und Mulder, S. 94

¹⁴ L. Juchli, 6. Auflage, S. 634 f.

Unter ständiger Sichtkontrolle im Rahmen einer Magenspiegelung (Endoskopie) wird, nach einem Hautschnitt unterhalb des Bauchnabels (perkutan), über eine metallene Führungs- eine Kunststoffsonde (Gastrostomie) in den Magen geschoben. Diese wird durch Zusammenziehen am Ende im Magen blockiert, so dass ein Herausrutschen verhindert wird. Abschließend wird die Führungs- sonde entfernt und die Sonde am Bauch vernäht und verbunden.

Die PEG bietet als einzige extraorale Ernährungsform die Möglichkeit, dass der Betroffene oral Essen und/oder Flüssigkeit zugeführt bekommt oder diese selbst zu sich nehmen kann.

Hinsichtlich der Risiken liegen mehrere Berichte vor. Beispielhaft sei angeführt die Langzeitstudie der Universitätsklinik Erlangen v. August 1986 bis April 1993 bei insgesamt 758 PEG-Anlagen. Es sei zu keinem Todesfall infolge des Eingriffes gekommen. In 8,9 % kam es zu leichten, konservativ beherrschbaren Lokalinfectionen. Die Rate der schwerwiegenden Komplikationen lag bei 1,3 %, wobei drei Ösophagusperforationen¹⁵ nicht auf die PEG-Anlage selbst, sondern auf die vorausgegangene Bougierung¹⁶ zurückzuführen waren.

Die Untersucher kommen zu dem Ergebnis, „Unter den verfügbaren Ernährungsformen wie Nasensonde [...] und parenteraler Ernährung stellt die PEG die Methode der ersten Wahl dar. [...] [Die PEG Einlage] ist in der Hand eines erfahrenen Endoskopikers eine sichere, komplikationsarme Methode [...]..“¹⁷

Vergleichbare Daten und Einschätzungen werden von Tygat und Mulder publiziert¹⁸

Bedenkenswert erscheint allerdings die Ergebnisse einer anderen Studie, nach der „bei einem Patientenkollektiv von 7.369 mit einer PEG-Sonde

¹⁵ Einreißen der Speiseröhre durch das Endoskop

¹⁶ mechanische Erweiterung der Speiseröhre; dies gehört nicht routinemäßig zu dem Eingriff

¹⁷ K. Gewalt, F. Waldfahrer

¹⁸ Tygat und Mulder S. 101 f

versehenen Patienten ein Anteil von 23,5 % noch innerhalb des initialen Krankenhausaufenthaltes starb.“¹⁹

Aufgrund eigener Erfahrungen ist zu ergänzen, dass sowohl durch die Magenspiegelung selbst (Reizung des Vagusnerven) wie auch infolge einer Nebenwirkung der ggf. zur Sedierung intravenös verabreichten Benzodiazepine ein Atemstillstand provoziert werden kann. Dies gebietet die Einlage unter stationären Bedingungen unter ständiger Messung der Sauerstoffsättigung mittels Fingersensor während des Eingriffes sowie die nachfolgende Beobachtung des Patienten. Diese Gefahr sollte allerdings durch Notfallbereitschaft sowie möglicher umgehender Verlegung auf eine Intensivstation beherrschbar sein.

II.3. Indikationen

Unseres Erachtens stellen Infusionen (über Venenkatheter und Venenverweilkanülen) keine echten Alternativen zur langfristigen Sondenernährung dar, dürften unserer Einschätzung nach hierfür ohne ausreichenden Grund sogar kontraindiziert sein.

Venenverweilkanülen beginnen, sich nach einer kurzen Zeit zu entzünden, so dass sie ca. einmal wöchentlich gewechselt werden müssen; der Betroffene muss also fortlaufend „gestochen“ werden. Selbst erlebte Extrembeispiele zeigen, dass schlussendlich Kanülen an den Füßen angelegt werden müssten, da alle anderen Venen zerstoichen waren. Ähnliche gilt für subcutane Infusionen.

Zentrale Venenkatheter neigen ebenfalls typischerweise zu Entzündungen, die systemisch wirken, so dass sie ebenfalls häufig gewechselt werden müssen. Die Einlage kann nur im Krankenhaus unter sterilen Kauteilen mit nachfolgender Lagekontrolle erfolgen, so dass ein Altenheimbe-

¹⁹ Chr. Löser, M.J. Müller

wohner in ca. 14-tägigen Abständen ambulant in ein Krankenhaus transportiert werden müsste.

Die Indikation für eine PEG besteht insgesamt dort, wo für einen Zeitraum > 4 Wochen Flüssigkeit und/oder Nahrung zugeführt werden muss, soweit ein Patient nicht essen

kann

Einschränkungen des Kau- oder Schluckvermögens durch zentrale Organstörungen (z.B. Schlaganfall, Demenz, Bewusstseinsstörungen) oder lokale Erkrankungen der oberen Verdauungswege (z.B. Carcinome).

oder will

bei Essstörungen (z.B. Magersucht).

Die Notwendigkeit selbst ist durchaus kritisch und mit Vorbehalten zu prüfen. Bei durch Krankheit kommunikativ eingeschränkten Patienten, insbesondere Demenzerkrankten, sind vorab beispielhaft dringend Zahn-, Mund- und Kieferstatus zu kontrollieren, da Pilzerkrankungen, Entzündungen, Druckstellen oder faule Zahnstümpfe die orale Nahrungsaufbereitung erschweren oder unmöglich machen können, ohne dass dies verbalisiert werden kann.

Es besteht weiterhin die Möglichkeit eines gezielten Schluck- und Kautrainings. Anregungen der Kautätigkeit können durch Fruchtgummi, Kaugummi oder Dörrfrüchte erfolgen; die Speichelfunktion kann über kleine Dosen Salz oder Zitronensaft angeregt werden.

Durch gezielte therapeutische Stimulation kann die Sensibilität im Mundraum gefördert werden, um eine PEG-Einlage zu vermeiden. Selbst bei liegender PEG, eine gewisse Kooperationsfähigkeit des Patienten vorausgesetzt, ist ein Stimulations- und Schlucktraining frühestmöglich zu begin-

nen. Hierzu ist interdisziplinär (Ärzte, Zahnärzte, Logopäden, Physio- und Ergotherapeut) ein therapeutisches Konzept zu entwickeln. Eine enge Zusammenarbeit mit Angehörigen ist hierbei von erheblicher Bedeutung. Durch diverse Übungen wird die Muskulatur im Mundbereich trainiert, die Zungenruhelage erarbeitet und der physiologische Schluckakt angebahnt und in den Alltag transferiert. Dies wäre bei transnasalen Sonden unmöglich.

Eß- und Trinktraining sind sehr zeitaufwendig, da die Pflegekraft langwierig gebunden ist. Diese Maßnahmen sind aber Bestandteil der Grundpflege und im Bereich des Kataloges des § 14 Abs. 4 SGB XI auch berücksichtigungsfähig. Somit sind Ess- und Trinktraining auch eine heimvertraglich zu erbringende Leistung. Dies gilt im übrigen auch für die Verabreichung der Sondenkost. Soweit ausschließlich mittels Schwerkraftpumpe Sondenkost verabreicht wird, dürfte dies nach unserer Rechtsauffassung eine Verletzung des Heimvertrages darstellen und eine Kürzung der Heimkosten rechtfertigen.

Eigene Erfahrungen in der Konzeption und Einrichtung einer gerontopsychiatrischen Tagesabteilung eines Altenheimes zeigen, dass durch Zuwendung und gezielte Förderung Demenzkranke und Schlaganfallpatienten durchaus selbst essen können. Die Heimrealität lässt allerdings hierzu aus unserer Sicht eine hundert Jahre alte Forderung neu aufleben „dass eigentlich nur geschulte Pfleger oder Pflegerinnen zum Krankendienst verwendet werden dürften, und es wäre allerdings mit Freuden zu begrüßen, wenn sie überall zur Verfügung ständen“²⁰

Zusammenfassend ist aus unserer Sicht festzustellen, dass die Einlage einer PEG bei Demenzerkrankten und Schlaganfallpatienten voraussetzt, dass ess- und andere therapeutische Versuche nachgewiesen wurden oder Ziel der PEG-Einlage ist, den Patienten wieder zur Eigenständigkeit

²⁰ H. Schlesinger, 1896, S. S. 345

zu bewegen. Bei komatösen Patienten oder Apallikern ist eine PEG Einlage Mittel der Wahl.

Den Einsatz von Schwerkraftpumpen oder anderen elektromechanischen Applikatoren zur Ernährung lehnen wir dabei grundsätzlich ab, außer in explizit zu begründeten Einzelfällen (z.B. kurzfristiger Personalengpass).

Pflege versteht sich als dynamischer Prozess unter Berücksichtigung der individuellen Situation des Betroffenen. Dies erfordert eine Interaktion zwischen Ärzten, Pflegenden und Patienten unter Berücksichtigung individueller Faktoren, Ressourcen und menschlicher Zuwendung. Grundlegende pflegerische und menschliche Erfordernisse können und dürfen nicht an eine Maschine delegiert werden.

III. BETREUUNGSRECHTLICHE PRAXIS

„Eine Maßnahme wie das Anlegen einer PEG geschieht meistens aus vitaler Indikation, und da benötigen wir keine Einwilligung“²¹

Diese Einschätzung eines Oberarztes ist in zweifacher Hinsicht falsch, leitet aber zu grundlegenden Überlegungen hin:

Eine PEG hat niemals eine vitale Funktion dahingehend, dass sie eine Notfallmaßnahme darstellt. Mit wirksamen Alternativen wie Veneinfusion oder transnasaler Sonde kann problemlos die Entscheidung eines Betreuers oder Gerichtes abgewartet werden.

An jeden ärztlichen Eingriff außerhalb einer Notfallindikation sind vorab Notwendigkeiten nachzuweisen, nämlich die Aufklärung und eine rechtswirksame Einwilligung.

²¹ zitiert in BtPrax 2/95 S. 40

III.1. juristischer Sachverhalt

Die Entscheidung zur PEG-Einlage sowie der künstlichen Ernährung setzen unzweifelhaft den Aufgabenkreis „Gesundheitssorge“ voraus. Als Maßstab des Betreuerhandelns sind nach § 1901 Abs. 2 Satz 1 BGB normiert, den Wünschen und dem Wohl des Betreuten zu entsprechen, dabei auch vor Einrichtung der Betreuung geäußerte Wünsche des Betreuten zu berücksichtigen (ebd. Satz 2).

Darüber hinaus sind Fragen der Einwilligungsfähigkeit, des vormundschaftsgerichtlichen Genehmigungsvorbehaltes und des mutmaßlichen Patientenwillens zu berücksichtigen.

III.1.a) Sondennahrung, Lebens- oder Arzneimittel ?

Strittig ist, ob Sondennahrung Lebens- oder Arzneimittel ist. Das Bundessozialgericht hat hierzu grundsätzlich entschieden, dass Sondennahrung ein Lebensmittel ist. Dies sehen die Betroffenen anders, da es einen definierten Anwendungsbereich mit einer vorgegebenen Dosierung sowie Kontraindikationen und Nebenwirkungen gebe. Damit erfülle die Sondennahrung die Erfordernisse an ein Medikament.²²

Arzneimittel sind Stoffe und Stoffgemische, die zur Erkennung, Verhütung und Behandlung von Krankheiten des Menschen bestimmt sind. Unserer Auffassung nach ist damit Sondennahrung einem Medikament gleichzusetzen. Dabei ist aus unserer Sicht den vorbenannten Argumenten der Betroffenen uneingeschränkt zu folgen.

Nach diesem Verständnis unterliegt die Verordnung von Sondennahrung der Zustimmung des Betreuers. Für die Praxis dürfte dies allerdings aufgrund des niederschweligen Komplikationspotentials nicht relevant sein.

²² Raimund Schmid

III.1.b) Einwilligungsfähigkeit

Alle ärztlichen Handlungen am Patienten sind Körperverletzungen. Der Arzt benötigt somit die Einwilligung des Patienten, seines Bevollmächtigten oder des gesetzlichen Vertreters. Andernfalls macht er sich wegen Körperverletzung nach § 223 StGB strafbar.

Die erteilte Einwilligung ist unter zwei Voraussetzungen wirksam:

Der Patient kann, unabhängig von seiner Geschäftsfähigkeit, nach seiner geistigen und sittlichen Reife die Bedeutung und Tragweite des Eingriffs und seiner Gestattung ermessen.

Der Patient wurde nachweisbar über das Wesen, die Bedeutung und die Tragweite des ärztlichen Eingriffs in seinen Grundzügen vom Arzt entsprechend aufgeklärt.

*Ist der Betroffene einwilligungsfähig, kann der Betreuer nicht an seiner Stelle für ihn einwilligen. Ist der volljährige Betroffene einwilligungsunfähig, kann der Betreuer (mit entsprechendem Aufgabenkreis) die Einwilligung für ihn erteilen. Ist die Einwilligungsfähigkeit zweifelhaft, kann sie der Betreuer nicht etwa durch einen gerichtlichen Beschluss feststellen lassen. Es ist grundsätzlich das Risiko des behandelnden Arztes, ob sein Eingriff widerrechtlich oder durch eine Einwilligung gerechtfertigt ist. Aus der Sicht des Arztes ist es in solchen Zweifelsfällen zweckmäßig, wenn der Arzt sowohl die Einwilligung des Betroffenen wie des Betreuers einholt; denn dann hat jedenfalls auch der eingewilligt, auf den es ankommt. Willigt der eine ein, während der andere widerspricht, kommt es aber doch wieder darauf an, ob der Arzt den Betroffenen den für ausreichend ein-sichtig hält; andernfalls sollte der Arzt den Eingriff ablehnen.*²³

Die Entscheidung über den Eingriff trifft der Betreuer, soweit der Betreute nicht einwilligungsfähig ist

Den Betreuer trifft ein Informationsgebot über die geplanten Maßnahmen. Er tritt insoweit an die Stelle des Betreuten und hat daher dasselbe – erzwingbare - Recht auf Einsicht in die Krankenunterlagen wie dieser

²³ vgl. Zimmermann, Betreuungsrecht. S 168

Der Betreuer sollte im Gespräch mit dem Arzt klären, welche Symptome vorliegen, Sicherheit der Diagnose, Behandlungsmöglichkeiten, Alternativen. Welche (früheren) Erkrankungen und Behandlungserfahrungen sind bekannt? Was ist über die Medikamentenanamnese bekannt? Abhängigkeitsgefahr, Nebenwirkungen, Allergien? Ziel der Behandlung, Risiken und Folgen bei Nichtbehandlung? ²⁴

III.1.c) Voraussetzungen für die Anwendung des § 1904 BGB

Die Frage des gerichtlichen Genehmigungsvorbehaltes für eine PEG-Einlage wird sehr kontrovers diskutiert. Beispielhaft hierzu die Rechtsanwältinnen Hubert-Fehler und Hollmann, „der Eingriff bedarf der richterlichen Genehmigung gemäß § 1904 BGB“. ²⁵

§ 1904 BGB besagt,

„(1) Die Einwilligung des Betreuers in eine Untersuchung des Gesundheitszustandes, eine Heilbehandlung oder einen ärztlichen Eingriff bedarf der Genehmigung des Vormundschaftsgerichts, wenn die begründete Gefahr besteht, dass der Betreute auf Grund der Maßnahme stirbt oder einen schweren und länger dauernden gesundheitlichen Schaden erleidet. Ohne die Genehmigung darf die Maßnahme nur durchgeführt werden, wenn mit dem Aufschub Gefahr verbunden ist.

(2) Absatz 1 gilt auch für die Einwilligung eines Bevollmächtigten. Sie ist nur wirksam, wenn die Vollmacht schriftlich erteilt ist und die in Absatz 1 Satz 1 genannten Maßnahmen ausdrücklich umfasst..“

²⁶

Häufig wird erst einmal übersehen, dass im Falle einer Einwilligungsunfähigkeit nicht der Arzt die Entscheidung zu treffen hat, sondern der juristische Betreuer, oder, soweit keiner bestellt ist, das Vormundschaftsgericht.

²⁴ Zimmermann, Betreuungsrecht. S. 169

²⁵ A. Hubert-Fehler, Dr. A. Hollmann, *Entscheidung des Betreuers für oder gegen PEG*, in BtPrax 6/96 S. 210 ff

²⁶ Pallandt Kommentar BGB. S.1793

Dem Arzt steht die Aufgabe der Diagnose- und Indikationsstellung des Eingriffes zu. Auf Grundlage des Aufgabenkreises der Gesundheitsorge in Verbindung mit § 1901 BGB prüft der Betreuer für den einwilligungsunfähigen Betreuten die Zustimmung.

Ein vormundschaftsgerichtlicher Genehmigungsvorbehalt für die Betreuerentscheidung besteht nach Grundlage des § 1904 BGB Satz 1, wenn die **begründete Gefahr** besteht, dass der Betreute **aufgrund der Maßnahme stirbt oder** einen **schweren und längerdauernden gesundheitlichen Schaden** erleidet.

Die Befugnis des Betreuers zur Einwilligung wird in § 1904 Absatz 1 BGB nur für besonders gefährliche, bzw. entgeltliche Eingriffe eingeschränkt. Nur für diese Eingriffe bedarf es der Genehmigung des Vormundschaftsgerichtes.

Ob ein medizinischer Eingriff im Einzelfall der Genehmigung bedarf, kann unter Umständen schwer für den Betreuer zu entscheiden sein. Er kann dann zumindestens die Beratung durch das Gericht in Anspruch nehmen (§1837 I1 BGB), auch wenn hierbei völlig unklar ist, wie diese Beratung zu medizinischen Fragestellungen durch Gerichte praktisch aussehen soll.

III.1.c).1. begründete Gefahr

Eine begründete Gefahr liegt dann vor, wenn der Eintritt eines Schadens wahrscheinlich ist oder naheliegt. Es muss eine „ernste“ und „konkrete“ Erwartung der näher bezeichneten Folgen vorliegen.
²⁷

Die medizinischen Maßnahmen müssen nicht nur befürchten lassen, sondern die begründete Gefahr auslösen, dass der Betreute aus Gründen der Maßnahme stirbt oder einen schweren oder länger dauernden gesundheitlichen Schaden [a.a.O. > 1Jahr] erleidet. Dadurch sollte die Schwelle des Genehmigungsvorbehaltes angehoben werden. Für die eigentlich wichtige Frage nach dem Grad der Gefährlichkeit, nämlich der Wahrscheinlichkeit des Verletzungseintritts, enthält das Gesetz keine Entscheidungshilfen. Wenig

²⁷ Bienwald, S. 370

*wahrscheinliche, jedoch nicht auszuschließende Risiken sind genehmigungsfrei. Es muß sich um eine ernstliche und konkrete Erwartung solcher Folgen handeln; andernfalls wäre jede Narkose genehmigungspflichtig.*²⁸

Hubert-Fehler und Dr. Hollmann begründen ihre Auffassung damit, dass wenn die ärztliche Indikation nachvollziehbar bzw. durch Tatsachen abgesichert sei und die PEG auf längere Dauer gelegt, es sich um einen ärztlichen Eingriff handle, durch den der Betreute einen schweren und länger dauernden gesundheitlichen Schaden erleide. Der Eingriff bedürfe somit der richterlichen Genehmigung. Hierzu favorisieren beide Autorinnen Alternativen zur PEG, z.B. Nasen-Ernährungs sonden, subcutane Infusion und Zentrale Venekatheter (ZVK).²⁹ Wie bereits an anderem Ort hierzu ausgeführt³⁰, bergen die von den Autorinnen genannten Alternativen erhebliche höhere Gesundheitsrisiken in sich.

Konsequenter Weise müssten demnach sämtliche von ihnen benannten Alternativen dem gerichtlichen Genehmigungsvorbehalt unterliegen. Da sie dem gleichen Ziel dienen, nämlich der dauerhaften Ernährung und zu ähnlichen Risiken noch Zusatzrisiken, wie z.B. Infektionen und Nekrosen beinhalten, sind sie von der Gefährlichkeit her höher anzusetzen..

Im Ergebnis liegt die hauptsächliche Gefahr im Bereich der Magenspiegelung; Die PEG ist jederzeit ohne Schäden reversibel, die Einstichstelle verheilt nach Entfernung binnen weniger Stunden.³¹ Laut Zimmermann ist weder die Magenspiegelung noch die Einlage einer PEG in dem Katalog der zu genehmigenden ärztlichen Eingriffe/Behandlungsmaßnahmen enthalten.³²

Nach unserer Rechtsauffassung unterliegt die PEG nicht dem vormundschaftsgerichtlichen Genehmigungsvorbehalt.

²⁸ Pallandt S. 1793

²⁹ Hubert-Fehler und Dr. Hollmann, BtPrax 4/96

³⁰ L. Müller-Bohlen, BtPrax 1/97

³¹ Tygat und Mulder, S. 99 ff

³² Zimmermann, Seite 170/171

III.1.d) Abbruch der Sondenernährung

Nach Auffassung des Landgerichtes München (GZ: 13 T 478/99) ist der Abbruch der Nahrungszufuhr nicht nach § 1904 BGB genehmigungsfähig, da dieser lediglich die Genehmigung der ärztlichen Heilbehandlung mit der Gefahr eines länger andauernden oder dauerhaften gesundheitlichen Schadens ggf. auch das Risiko des Todes abdecke, nicht jedoch die Behandlung mit dem **Ziel** des Todes.

Bezüglich der Gruppe der einwilligungsunfähigen Menschen, also derer, für die eine Betreuung bestellt wurde, ist es unzweifelhaft, dass Maßnahmen der medizinischen Behandlung, die das Leben gefährden könnten, laut § 1904 BGB genehmigungspflichtig sind.

*Ebensolches gilt nach bisheriger Rechtsauffassung für Maßnahmen der passiven Sterbehilfe bei Sterbenden, die unter Betreuung stehen. Die Grundsätze der Bundesärztekammer fordern aber darüber hinaus vormundschaftsgerichtliche Genehmigungen für die Beendigung lebenserhaltender Maßnahmen schon im Vorfeld der Sterbephase.*³³

Den Grundsätzen der Bundesärztekammer zufolge ist der Arzt grundsätzlich verpflichtet, Leben zu erhalten und dies auch auf keinen Fall von wirtschaftlichen Erwägungen abhängig zu machen. Allerdings gelte dies nicht unter allen Umständen. Der Arzt dürfe Situationen abwägen, wo nötige Therapieverfahren nicht mehr angezeigt seien und die palliative medizinische Versorgung zur Anwendung komme. Außerdem spricht die Bundesärztekammer von einer dann notwendigen Basisbetreuung.³⁴

*[Hierzu] gehören unter anderem menschenwürdige Unterbringung, Zuwendung, Körperpflege, Lindern von Schmerzen, Atemnot und Übelkeit sowie Stillen von Hunger und Durst.*³⁵

³³ Zitat aus Mabuse 116

³⁴ Zu den Sterbegrundsätzen der Bundesärztekammer von 1998: Euthanasie: deutsche Empörung, Ethos oder Polemik?

³⁵ ebd.

Somit maßt sich der Arzt an, orientiert an dem seinerseits mutmaßlichen Willen der Patienten, die aber ihren Willen nicht äußern können, Entscheidungen zur einer lebensverkürzenden Maßnahme zu treffen. Dies wird durch den o.g. Beschluss des LG München gestützt, nämlich dass Angehörige und Ärzte „über lebensbeendende Maßnahmen in eigener Verantwortung zu entscheiden haben.“ Arnd T. May weist hierzu vollkommen zutreffend darauf hin, dass hierbei vom Betreuer überhaupt keine Rede ist.³⁶

Mit der Entscheidung des OLG Frankfurt vom 15.07.1998 (Az.: 20 W 224/98) hat die Diskussion um PEG und künstliche Ernährung weitere vielbeachtete Bedeutung erhalten. Hierbei hat das Gericht festgestellt, dem Betreuer könne nach § 1904 BGB auch eine Entscheidung zur Einstellung lebenserhaltender Behandlungen vormundschaftsgerichtlich genehmigt werden. Diese Entscheidung richtete sich, wie dargestellt, gegen die bis dahin geltende Rechtsauffassung.

Im streitbefangenen Fall des OLG Frankfurt ging es darum, dass bei einer komatösen und per Sondenkost ernährten Betreuten dem Pflegepersonal die Anweisung gegeben wurde, die Ernährung einzustellen und sie nur noch mit Tee zu versorgen in der Erwartung, dass dies innerhalb weniger Wochen zum Tode geführt hätte.

Der BGH hat, ebenso wie das OLG Frankfurt, festgestellt, dass es sich nicht um eine „Sterbehilfe“ im herkömmlichen Sinne handle, weil dies voraussetze, dass der Sterbeprozess bereits eingesetzt und der Tod in naher Zukunft zu erwarten sei.

Insgesamt ist nach den bekannten Urteilen völlig unklar, wer letztlich über den Abbruch einer Behandlung entscheiden darf. Dem Betreuer kann zum Abbruch einer Behandlung nur angeraten werden, einen Antrag nach § 1904 BGB beim zuständigen Gericht zu stellen. Das Dilemma des Betreuers bleibt aber bestehen. Haben doch viele Betreute keine Angehörigen

³⁶ Arnd T. May auf der Jahrestagung des BdB e.V., Gera April 1999

mehr, müssten damit z.B. konsequenterweise nach der Auffassung des Landgerichtes München Ärzte allein über den Abbruch entscheiden. Diese Rechtsauffassung dürfte den Zweck des Betreuungsrechtes massiv in Frage stellen und nicht nur den Betroffenen selbst, sondern auch den Betreuer als dessen gesetzlichen Vertreter in seinen Rechten erheblich einschränken.

Bei Patienten mit zehrenden Erkrankungen (Carcinome) ist jedes Kilogramm Körpergewicht, was verloren wird, ein unausweichlicher Indikator für den Krankheitsverlauf. Es ergeben sich gerade bei Krebserkrankungen des Magen-, Darmbereiches erschreckende Gewichtsverluste, die die Betroffenen und das Umfeld ästhetisch außerordentlich belasten. Die Aufrechterhaltung einer adäquaten Ernährung und damit einer gewissen Lebensqualität ist häufig das einzige, was schwerkranken Patienten neben einer menschlichen engagierten Betreuung und Begleitung gegeben werden kann.

Bei der stabilen Situation eines komatösen Patienten ist die Einstellung der Ernährung ebenso „Hilfe zum Sterben“ und damit eine Tötungshandlung.

Der Betreuer wird in diesem Konflikt zerrieben und allein gelassen. Für eine künftige Reform des Betreuungsrechtes ist deshalb mit Nachdruck zu fordern, dass sich der Gesetzgeber der Frage stellt, wie Entscheidungen zum Unterlassen sogenannter lebensverlängernder Maßnahmen zu gestalten sind.

IV. Versorgungssituation im Pflegeheim

Seit jeher wird bemängelt, dass es in Pflegeheimen einen ständigen Personalabbau gebe, es komme daher in den Pflegeheimen immer wieder zu Versorgungsengpässen. So könne es dazu kommen, dass ein Bewohner mit einer PEG kaum noch persönliche Zuwendung erfahre, „weil es ja so

einfach sei, nur die Nahrung an die Sonde anzuhängen“ . Für das persönliche Gespräch, welches ohnehin nicht von der Pflegeversicherung bezahlt werde, bleibe so noch weniger Gelegenheit.

Mit diesen Aussagen werden Betroffene, Angehörige und Betreuer regelmäßig konfrontiert. Nach unserer langjährigen Pflegepraxis sind dies die vorherrschende Einschätzungen der Pflegenden in Einrichtungen der ambulanten und stationären Altenhilfe.

Deshalb muss der Betreuer bei seiner Entscheidungsfindung zwingend darauf achten, ob die Voraussetzungen für die Einlage einer PEG auch wirklich gegeben sind. Eine reine Pflegeerleichterung stellt niemals eine Rechtfertigung für einen medizinischen Eingriff dar. Der Betreuer sollte in dem Zusammenhang selbst prüfen, ob der Betroffene tatsächlich nicht schlucken kann, indem er akribisch die Pflegedokumentation prüft, dem Betroffenen z.B. selbst versucht einen Schluck Trinken einzuflößen oder dem Pflegepersonal dabei zusieht.

Anhand eigener Beobachtungen haben wir niemals erlebt, dass ein dementer Mensch oder ein Patient mit Schluckstörungen gar nichts trinkt. Wir wagen hierzu die These, dass einzig das Umfeld, die Professionalität der Pflegenden und der Faktor Zeit hierbei ausschlaggebend sind. Die Pflegenden müssen sich immer wieder die Mühe machen, Nahrung und Trinken anbieten.

Fehlender Flüssigkeits- bzw. Nahrungsbedarf kann ggf. bei strengster Indikationsstellung über eine PEG substituiert werden, soweit durch Mangelernährung vitale Gefahren bestehen. Auch in diesem Fall muss der Betreuer bei seinen Besuchen anhand der Pflegedokumentation und durch Augenschein prüfen, ob das Pflegepersonal sich die dem Betreuten zustehende Zeit nimmt. Wir empfehlen dazu, Besuche im Pflegeheim auch unangemeldet durchzuführen, um eine Kontrollfunktion für den Betreuten ausüben zu können.

Patienten ohne genügende Flüssigkeitszufuhr sind starken Schmerzen ausgesetzt, die Zufuhr von Flüssigkeit ist dann dringend angezeigt. Sollte dies oral nicht möglich sein, ist die PEG das Mittel der Wahl, wenn absehbar ein längerer Zeitraum zu überbrücken ist.

V. DISKUSSION

Wir beziehen uns nachfolgend auf die vielfältigen Reaktionen zum Beschluss des Frankfurter Oberlandesgerichtes. Alexander Bogner bewertet dies als „Euthanasie-Urteil“. Der aktuelle Fall illustrierte sehr gut, „dass der Missbrauch im Gebrauch liege. Schließlich haben die Frankfurter Richter vorgeführt, wie sich am geltenden Strafrecht vorbei eine reibungslose Euthanasiepraxis etablieren kann.“³⁷ Die Alternativen seien „Zwangsernährung oder friedlich sterben lassen.“³⁸ Wie einleitend ausgeführt, begrüßen viele andere die neue Qualität der Selbstbestimmung.³⁹

In vielen Publikationen wird in extremsten Positionen gefochten. Wir begrüßen mit Nachdruck die öffentliche Diskussion um Patiententestamente und Betreuungsverfügungen. Ärzte verstehen sich immer mehr als Ratgeber, deren Vorgehensweise sich zwingend an dem Willen der Betroffenen zu orientieren hat.

Die Diskussion begründet einen wesentlichen gesellschaftlichen Wandel im Umgang mit dem Selbstbestimmungsrecht des Einzelnen, auch wenn die Deutsche Hospizstiftung bereits eine "inflationäre Verbreitung" von sogenannten "Patiententestamenten" beklagt⁴⁰. Denn diese könnten als "Freibrief missbraucht" werden.

Viele Veröffentlichungen bedienen sich allerdings eines Syllogismus, der auf vermeintlichen Allmachtsfantasien von Ärzten und Pflegenden basiert,

³⁷ Alexander Bogner „Tödliche Bevormundung“

³⁸ Medical Tribune Kongreßbericht

³⁹ Alexander Bogner „Tödliche Bevormundung“

⁴⁰ Zu den Sterbegrundsätzen der Bundesärztekammer von 1998: Euthanasie: deutsche Empörung, Ethos oder Polemik?

die das Recht auf einen menschenwürdigen Tod des Betroffenen um jeden Preis vereiteln wollen (Der Betroffene will würdig sterben, Ärzte wollen Leben erhalten. Konklusion: Ärzte wollen ein würdiges Sterben verhindern).

Diese Haltung zwingt sich dem einzelnen Betreuer, der eine Entscheidung zu treffen hat, auf. Soweit eine klare Position des Betreuten generierbar ist, erscheint die Entscheidungsfindung hinsichtlich der Grundlage des § 1901 BGB (als Maxime: Der Betreute ist das Maß aller Dinge) vergleichsweise einfach zu lösen.

Die Praxiserfahrung zeigt aber, dass bei den wenigsten Betreuten und Betreuungsübernahmen Patiententestamente oder verifizierbare Willensäußerungen existierten. Mithin wird Betreuern und Richtern dann ein Entscheidungsnotstand zwischen zwei Extremen suggeriert: den Betroffenen zwangsweise zu ernähren oder friedlich sterben lassen. Dies erscheint für den Betreuer betreuungsrechtlich nicht auflösbar, da es die Grenzen des Zumutbaren erheblich überschreitet.

Unserer Einschätzung nach ist die Diskussion um künstliche Ernährung bzw. von lebensverlängernden Maßnahmen zu vordergründig. Es erscheint unredlich, den Einsatz einer künstlichen Ernährung als **das** Instrumentarium zu verteufeln, das den Betroffenen ein würdevolles Sterben versagt.

Diverse Untersuchungen belegen, dass der vorrangigste Wunsch Sterbender darin besteht, zu Haus und ohne Schmerzen zu sterben. Gegenwärtig sterben 90 Prozent der in den Städten lebenden Deutschen in Krankenhäusern und Heimen.⁴¹ Im Krankenhaus ist zwar eine bessere medizinische Versorgung möglich, was aber nicht gleichbedeutend mit einem Gewinn an Lebensqualität sein muss.

⁴¹ L. Juchli, 7. Auflage S. 525 ff.

Juchli entlarvt die Thesen „Jedermann sollte zu Hause sterben“ und „Das Krankenhaus ist der einzige Ort, an dem man sterben kann“ als Mythen.⁴² Als Orientierung bietet Sie die amerikanischen „Rechte des Sterbenden“ an (siehe Anlage 1⁴³).

Wir kommen zu dem Ergebnis, dass gerade aber der Entzug von Nahrung im Rahmen des Grundumsatzes⁴⁴ und Flüssigkeitszufuhr eine erhebliche Schmerzsymptomatik auslöst, die vermeidbar ist.

Dies ist nicht vor dem Hintergrund eines „Zwanges“ zu sehen. Zwang definiert sich in diesem Zusammenhang als ärztliche Maßnahmen, die aufgrund besonderer gesetzlicher Bestimmungen ausnahmsweise entgegen dem individuellen Selbstbestimmungsrecht und somit gegen den Willen oder ohne Einwilligung des Betroffenen im Interesse der Allgemeinheit zulässig sind.⁴⁵ Soweit ein Betroffener nicht von seinem Recht Gebrauch gemacht hat (machen konnte), seine individuellen Wünsche zu formulieren, können sich die beteiligten Mediziner, Pflegekräfte, Angehörige, Vormundschaftsgericht und Betreuer nur noch an gültigen ethischen Leitbildern orientieren.

Da der Tod zeitlich niemals abschätzbar ist, darf keine Entscheidung getroffen werden, die ein Verdursten oder Verhungern zum Ziel hat. Die PEG ist das komplikationsloseste Mittel, um dem Betroffenen diese Qualen zu ersparen.

Als eindrucksvollstes Beispiel haben wir hierzu einen Patienten erlebt, der infolge einer schweren Erkrankung intensivmedizinisch versorgt werden musste (künstliche Beatmung, parenterale Ernährung). Aufgrund des Krankheitsbildes und der nahezu infausten Prognose forderten die Pflegenden und einige Assistenzärzte mit massivem Nachdruck, die weitere

⁴² ebd. S. 533

⁴³ ebd. S. 531

⁴⁴ Grundumsatz ist die Energiemenge, die der Körper bei völliger Ruhe im Liegen zur Aufrechterhaltung der Körperfunktionen benötigt. Vgl, Juchli, 7. Auflage, S. 233

⁴⁵ vgl. Pschyrembel, 258. Auflage, S. 1724

Behandlung auf ein palliatives Maß zu reduzieren. Der verantwortliche Oberarzt konstatierte, man werde das Begonnene weiterführen. In den nächsten Wochen (!) wurde der Patient mit einem Maximum der zur Verfügung stehenden Behandlungsmöglichkeiten versorgt. Wieder Erwarten konnte er nach insgesamt dreimonatiger intensivmedizinischer Behandlung auf eine offene Station verlegt und später nach Haus entlassen werden.

Bei schweren Erkrankungen ist Erfolg oder Misserfolg einer Behandlung häufig nicht absehbar. Dies und andere Beispiele zeigen, dass man eigentlich immer erst in der Nachschau eine Bewertung abgeben kann.

Nachfolgend beschreiben wir eine unserer Auffassung nach praktikablen Vorgehensweise, die versucht, die unterschiedlichen Ebenen zu schematisieren, um hieraus eine Betreuungsplanung zu entwickeln. Hierbei sollte aber nicht vergessen werden, dass stets die Individuelle Situation und Versorgungsrealität des Betreuten Leitlinie sein muss. Besonderes Augenmerk muss der Betreuer bei seiner Entscheidungsfindung auf Grunderkrankung, Indikation und nachsorgende Pflegeinstitution richten.

VI. BETREUUNGSPLANUNG (CHECKLISTE PEG)

A. Eine Verständigung mit dem Betroffenen ist möglich

Wunsch des Betroffenen _____

A.1 Ist ein Schluck- und Esstraining veranlasst worden ?

ja

nein Veranlassung eines entsprechenden Trainings

Klärung Kostenträger und Kostenübernahme

wenn nicht warum _____

Überbrückung mit Infusion bis maximal 6 Wochen

Zeitpunkt Überprüfung was soll weiter geschehen? _____

Ziel:

Betroffener kann selbst essen und trinken

Einlage einer PEG unter Fortsetzung des Ess- und Schlucktrainings

PEG bleibt liegen; Überprüfungszeitraum _____

B. Eine Verständigung mit dem Betroffenen ist nicht oder nur eingeschränkt möglich

eine Patientenverfügung vom _____ ist hinterlegt bei

Ablehnung der Maßnahmen wie verfügt oder hinterlegt

Willensäußerungen sind bekannt, Zeugen und Datum

Ablehnung der Maßnahmen wie erklärt

Verfügungen oder Willensäußerungen sind nicht bekannt

B.1 Willensäußerungen des Betroffenen sind nicht bekannt oder bekannt, jedoch nicht zu belegen. Es besteht eine Verfügung oder eine Willensäußerung, die sich nicht gegen eine PEG ausspricht.

Ist der Betroffene komatös?

ja

Einlage einer PEG

keine elektromechanische Applikation (durch Einsatz einer Pumpe)
der Nahrung, da auch hier persönliche Zuwendung erforderlich.

nein

Prüfung der Ressourcen _____

(z.B. Schlaganfallpatienten)

Verlegung in Rehabilitationseinrichtung

Ziel:

Betroffener kann selber essen und trinken

Einlage einer PEG unter Fortsetzung des Ess- und Schlucktrainings

PEG bleibt liegen; Überprüfungszeitraum _____

Ist der Betroffene dement?

ja

Verlegung in eine gerontopsychiatrische oder geriatrische Fachabteilung
zur Prüfung der Ressourcen _____

Verlegung in eine ressourcenorientierte Langzeiteinrichtung mit strukturier-
tem Tagesablauf

Ziel:

Betroffener kann selber essen und trinken

Betroffener kann mit Unterstützung essen und trinken

Einlage einer PEG unter Fortsetzung des Ess- und Schlucktrainings, sofern
therapeutisch nicht lösbar.

PEG bleibt liegen; Überprüfungszeitraum _____

nein

B.2 Es besteht eine Verfügung oder eine belegbare Willensäußerung, die sich **gegen** künstliche Ernährung ausspricht.

ja Überbrückung mit Infusionen bis maximal 6 Wochen

Zeitpunkt Überprüfung was soll weiter geschehen? _____

Einlage einer PEG lediglich zur Flüssigkeitszufuhr

Ziel:

Betroffener verdurstet nicht.

Schmerzvermeidung

nein

VIII. LITERATURVERZEICHNIS

- Becksche Kurzkomentare. Band 7, 52 Auflage. Pallandt. Bürgerliches
esetzbuch. Beck Verlag 1993
- Bienwald, Werner. Betreuungsrechtskommentar zum BtG/BtGB. 2 Auf-
lage. Verlag Ernst und Werner Gieseking. 1994
- BtPrax – Zeitschrift für soziale Arbeit, gutachterliche Tätigkeit und Rechts-
anwendungen in der Betreuung. Verlag Bundesanzeiger
Ausgaben 1/1995 6/1996, 1/1997, 5/1998
- Dornbusch, Klinisches Wörterbuch. Verlag de Gruyter, 1939
- Juchli, Liliane. Krankenpflege. Thieme Verlag
4. Auflage 1983
6. Auflage 1991
7. Auflage 1994
- Mabuse, Ärztezeitschrift
Ausgabe 116
- Norton, B. et al. A randomized prospective comparison of percutaneous
endoscopic gestostomy and nasogastric tube feeding after acute
dysphagie, Brit Med J 1996;312
- Pschyrembel. Klinisches Wörterbuch. Verlag de Gruyter
48. – 53. Auflage, 1942
258. Auflage, 1998
- Schlesinger, Dr. H.. Das Buch der vernunftsgemäßen Gesundheitspflege
in Haus und Familie, Leipzig 1896
- Tygat, Guido N.J. und Mulder, Chris J.J. [Hrsg.]. Endoskopie bei Magen-,
Darm- und Lebererkrankungen. Thieme Verlag, 1990
- Zimmermann, Walter. Betreuungsrecht. Beck Rechtsberater im dtv Verlag.
4. Auflage 1999
- unbekannte Quelle Medical Tribune Kongressbericht

INTERNETQUELLEN

- Berliner Morgenpost, 15. Februar 1997
<http://www.morgenpost.de>
- Bogner, Alexander. Tödliche Bevormundung. Quelle Internet. Fundort
unbekannt

Gewalt, K., Waldfahrer, H., Iro, H., Universität Erlangen. Perkutane endoskopisch kontrollierte Gastrpstomie (PEG) bei HNO-Tumorpatienten: Langzeiterfahrungen
<http://www.rrze.unierlangen.de/docs/FAUWWW/Fakultaeten/MED>

Kessler, Helga. Zum Leben erwacht: Eine frühe Rehabilitation kann helfen, Patienten aus dem Koma zurückzuholen, Bookmark
http://www.ZEIT.de/archiv/1998/38/199838.koma_.html
Nr. 38/1998

Löser, Chr. und Müller, M.J.. Ethische Richtlinien zur Anlage einer perkutan endoskopischen Gastrostomie (PEG-Sonde).
<http://www.demeter-verlag.de/zfg/05-98-09.htm>

Schmid, Raimund. Sondennahrung ausgrenzen – das wäre medizinisch und wirtschaftlich äußerst unsinnig.
<http://www.arztonline.de/de/htm/net/arzricht/165a0201.htm>

pfrimmer Produktinformationen

http://www.pfrimmer-nutricia.de/produkte/index.phtml?produkte_3&Auswahl=Applikationstechnik&K1=Transnasale%20Sonden&K2=&PK

Zu den Sterbegrundsätzen der Bundesärzkekammer von 1998: Euthanasie: deutsche Empörung, Ethos oder Polemik?
[hppt://www.patientenverfuegung.de/debatte/debatte.htm](http://www.patientenverfuegung.de/debatte/debatte.htm)

IX. ANLAGE 1

Rechte des Sterbenden

- ❖ Ich habe das Recht, als lebendiges menschliches Wesen behandelt zu werden, bis ich sterbe.
- ❖ Ich habe das Recht, von Menschen umsorgt zu werden, die ihrerseits Hoffnung haben.
- ❖ Ich habe das Recht, meine Gefühle und Emotionen in Bezug auf meinen bevorstehenden Tod auf meine Weise zum Ausdruck zu bringen.
- ❖ Ich habe das Recht, an Entscheidungen über meine Pflege teilzuhaben.
- ❖ Ich habe das Recht, ständige medizinische und pflegerische Betreuung zu erwarten, auch wenn keine Heilung erreicht werden kann und die Pflege nur noch Leiden lindern kann.
- ❖ Ich habe das Recht, nicht allein sterben zu müssen.
- ❖ Ich habe das Recht, schmerzfrei zu sein.
- ❖ Ich habe ein Recht darauf, dass meine Fragen ehrlich beantwortet werden.
- ❖ Ich habe das Recht, von meiner und für meine Familie Hilfe zu empfangen, damit wir meinen Tod akzeptieren können.
- ❖ Ich habe das Recht, in Frieden und Würde zu sterben.
- ❖ Ich habe das Recht, meine Individualität zu behalten und nicht für meine Entscheidungen verurteilt zu werden, mögen diese auch den Überzeugungen anderer Menschen widersprechen.
- ❖ Ich habe das Recht zu erwarten, dass die Unversehrtheit meines Körpers auch nach meinem Tod respektiert wird.
- ❖ Ich habe ein Recht auf feinfühlig und kompetente Pflegepersonen, die meine Bedürfnisse verstehen und imstande sind, ihrerseits eine Erfüllung darin zu finden, mir zu helfen, meinem Tod in die Augen zu schauen.