



kreuznacher  
diakonie



diakonisch-ethische Positionen

# Grundsätze zum Umgang mit PEG-Sonden

in Krankenhäusern der Stiftung  
kreuznacher diakonie

## STIFTUNG KREUZNACHER DIAKONIE

Die Stiftung kreuznacher diakonie nimmt teil am Auftrag der Kirche, Gottes Liebe zur Welt in Jesus Christus allen Menschen zu bezeugen. Sie weiß sich diesem Auftrag verpflichtet und beteiligt sich seit ihren Anfängen an der Diakonie als Wesens- und Lebensäußerung der Kirche und nimmt sich besonders der Menschen in leiblicher Not, in seelischer Bedrängnis und in sozial benachteiligten Verhältnissen an.

Die kreuznacher diakonie ist eine große, gemeinnützige und mildtätige kirchliche Stiftung des öffentlichen Rechts und wurde 1889 in Bad Sobernheim gegründet. Heute hat die Stiftung kreuznacher diakonie ihren Sitz in Bad Kreuznach und ist Träger von Einrichtungen in Rheinland-Pfalz, Saarland und Hessen.

Durch die Angebote der Geschäftsbereiche der Stiftung kreuznacher diakonie erfahren Menschen in vielfältiger Weise Hilfe zum Leben. Dazu gehören Krankenhäuser, Hospize, Wohnungen und Werkstätten für Menschen mit körperlichen und geistigen Behinderungen sowie psychischen Erkrankungen. Darüber hinaus ist die Stiftung Träger von Betreuungs- und Wohnangeboten für Menschen im Alter. Hilfen für Kinder, Jugendliche und Familien, für Menschen ohne Wohnung sowie Qualifizierungsprojekte für Menschen, die am Arbeitsmarkt benachteiligt sind, gehören ebenfalls zur Stiftung kreuznacher diakonie. In allen Arbeitsbereichen gibt es stationäre und ambulante Angebote. Zudem bietet die Stiftung kreuznacher diakonie rund 1.000 Aus-, Fort- und Weiterbildungsplätze in pflegerischen, pädagogischen und diakonisch-theologischen Berufen.

Mehr als 8.000 Menschen nehmen täglich Dienstleistungen der kreuznacher diakonie in Anspruch. Über 5.300 Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern haben einen Arbeitsplatz bei der Stiftung kreuznacher diakonie.

Die Stiftung kreuznacher diakonie ist auf die Hilfe von Freundinnen und Freunden angewiesen. Sie unterstützen unsere Arbeit durch Geld- und Sachzuwendungen, durch Vermächtnisse und Stiftungen. Diese Hilfen kommen direkt den Menschen zugute, die unsere Dienste in Anspruch nehmen.

Unser Spendenkonto: **55 115** bei der KD-Bank, BLZ: **350 601 90**

## IMPRESSUM:

Herausgeber: Stiftung kreuznacher diakonie, Kirchliche Stiftung des öffentlichen Rechts, Ringstraße 58, 55543 Bad Kreuznach

Verantwortlich: Der Vorstand

Redaktion: Ethikausschuss der Stiftung kreuznacher diakonie

Basislayout: transformdesign, Silke Andrea Schmidt, Berlin

Druck: odd gmbh & co. kg print + medien, Bad Kreuznach

Auflage: 1.000 Stück, Mai 2011

# Grundsätze zum Umgang mit PEG-Sonden

in Krankenhäusern der Stiftung kreuznacher diakonie

# Inhaltsverzeichnis

7	<b>1. Indikationen</b>
7	<b>2. Abwägung</b>
	2.1. Die Bedeutung des behandelnden Teams
	2.2. Kritische Aspekte
	2.2.1 Nahrungsverweigerung
	2.2.2. Hirnorganisch schwerst beeinträchtigte Menschen
	2.2.3. Sterbende Menschen
	2.3. Positive Aspekte
11	<b>3. Aufklärung und Einwilligung</b>
	3.1. Die einwilligungsfähige Patientin
	3.2. Die nicht einwilligungsfähige Patientin
	3.3. Aufklärung
12	<b>4. Ablauf</b>
13	<b>5. PEG-Sonde – Das Wichtigste auf einen Blick</b>
	5.1. Allgemeines
	5.1.1. Typische Indikationen
	5.1.2. Abwägung
	5.1.3. Aufklärung und Ablauf
	5.2. Ablaufschema zur Entscheidung über das Legen einer PEG-Sonde
17	<b>6. Literaturangaben</b>
19	<b>Weitere diakonisch-ethische Positionen</b>

Aus Gründen der einfacheren Lesbarkeit haben wir uns für die weibliche Form entschieden. Selbstverständlich bezieht sich der Text auf beide Geschlechter.

## Einführung

Die perkutane endoskopische Gastrostomie (PEG) ist eine technisch relativ einfache Methode zur passageren oder dauerhaften Ernährung bei Schluckstörungen. In der Vergangenheit benutzte man dazu meist Nasensonden. Erstmals angewandt wurde die PEG-Sonde 1981 und insbesondere in den letzten zehn Jahren kommt sie in zunehmendem Umfang zum Einsatz. Im Jahr 2000 wurden in Deutschland ca. 140.000 PEG-Sonden implantiert.

Durch die Möglichkeiten der modernen Medizin im Bereich der künstlichen enteralen Ernährung ist es erforderlich, in diesem Neuland ethisch vertretbare Wege zu finden. Das Legen von PEG-Sonden wird zum zunehmend häufigeren Eingriff, da einerseits die Intensivmedizin vielen Menschen ein Überleben mit schweren bleibenden Schäden ermöglicht, andererseits die Menschen immer älter werden, was mit einer Zunahme von Demenzerkrankungen einhergeht. Bei diesen Patienten ist die Entscheidung für oder gegen eine künstliche Langzeiternährung ein sehr komplexes Unterfangen.

Im Entscheidungsprozess spielen sowohl medizinische, ethische und emotionale Faktoren als auch gesellschaftliche Rahmenbedingungen eine Rolle. Nicht unterschätzen darf man vor allem die emotionalen Aspekte, insbesondere was das „Verhungern- und Verdurstenlassen“ betrifft, sowohl seitens der Angehörigen/Betreuerinnen, als auch auf der Seite des Behandlungsteams. Gesellschaftliche Gegebenheiten erschweren die Situation. So können immer weniger alte und kranke Menschen zu Hause betreut werden. In den Altenheimen sind bei gleichbleibendem Personalschlüssel zunehmend mehr schwerstpflegebedürftige Bewohnerinnen zu versorgen. Durch die Verkürzung der Verweildauer im Krankenhaus werden Patientinnen mit Schluckstörungen früher entlassen (z.B. nach Apoplex).

Bei diesen Überlegungen wird deutlich, dass – wie generell in der modernen Medizin – der ethische Grundsatz der Unverfügbarkeit des Lebens immer mehr einer Verfügbarkeit von Leben, Sterben und Tod weicht. Die Grundsätze zum Umgang mit PEG-Sonden wollen vor diesem Hintergrund

Hilfe bieten bei der Entscheidung für oder gegen eine Ernährung mittels PEG-Sonde, indem sie generelle Voraussetzungen und Abwägungskriterien benennen. Dies bedeutet nicht, dass im Einzelfall nicht weitere Punkte zu berücksichtigen sind.

## 1. Indikationen

Künstliche enterale Ernährung ist z.B. indiziert bei:

- Passagerer Schluckstörung (z.B. Apoplex)
- Nicht ursächlich behandelbarer organischer Schluckstörung (z.B. Ösophagus-Carcinom)
- Lebensbedrohender Nahrungsverweigerung bei psychisch Kranken (z.B. Anorexie, Depression)
- Apallischem Syndrom (siehe auch „Grundsätze der Bundesärztekammer zur Sterbebegleitung 1998“)

## 2. Abwägung

Die medizinische Indikation ist die Grundlage zur Entscheidung, es gibt aber keine „PEG-Sonden-Pflicht“. Maßgeblich sind der Wille der Patientin sowie eine Gesamtbetrachtung seiner Lebensumstände. Ist die Patientin nicht entscheidungsfähig, bedarf es eines sorgfältigen Abwägens (siehe 3.2.).

### 2.1. Die Bedeutung des behandelnden Teams

Bevor die Betroffenen über die Möglichkeit des Anlegens einer PEG-Sonde informiert werden, soll die Indikation im Team aus ärztlichen und pflegerischen Mitarbeitenden besprochen und im Konsens entschieden werden. Auf moralischer Ebene ist diese Verantwortung teilbar, juristisch trägt die Ärztin die Letztverantwortung. Im Falle des Dissenses ist das Klinische Ethikkomitee anzurufen.

Die medizinische Indikation ist die Grundlage zur Entscheidung, es gibt aber keine „PEG-Sonden-Pflicht“. Maßgeblich sind der Wille der Patientin sowie eine Gesamtbetrachtung seiner Lebensumstände.

Das Legen von PEG-Sonden wird zum zunehmend häufigeren Eingriff, da einerseits die Intensivmedizin vielen Menschen ein Überleben mit schweren bleibenden Schäden ermöglicht, andererseits die Menschen immer älter werden, was mit einer Zunahme von Demenzerkrankungen einhergeht.

## 2.2. Kritische Aspekte

### 2.2.1. Nahrungsverweigerung

Im Falle einer Nahrungsverweigerung müssen die Ursachen im Gespräch mit der Patientin abgeklärt werden. Es mag z.B. das Bedürfnis nach mehr Zuwendung dahinter stehen oder ein Ausdruck von Protest sein. In schwierigen Situationen kann dies auch unter Zuhilfenahme von Seelsorgerinnen oder Psychiaterinnen erfolgen.

### 2.2.2. Hirnorganisch schwerst beeinträchtigte Menschen

Bei ausgeprägten Hirnschäden (z.B. nach intracerebraler Blutung oder Reanimation) ist eine Prognose oft erst nach längerer Zeit abzugeben und die weitere Entwicklung nicht mit letzter Sicherheit vorhersehbar. Dies macht die Entscheidung besonders schwierig.

Die Demenz-Erkrankung ist ein progredientes Geschehen, das zum Tode führt. Patientinnen, die nicht mehr in der Lage sind, Nahrung zu kauen und zu schlucken oder die Nahrungsaufnahme verweigern, befinden sich in der finalen Phase dieser Erkrankung (GILLICK 2000). Bei diesen alten und häufig multimorbiden Menschen kann eine Erweiterung des Begriffes „Sterben“ sinnvoll sein. Wie in den „Grundsätzen der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung“ vorgeschlagen, handelt es sich dann um eine „infauste Prognose“. Das Leben bzw. Sterben muss dann nicht künstlich verlängert werden.

Hierzu EIBACH und ZWIRNER (2002): „Um zu ermitteln, ob das Sterben in dem angedeuteten weiteren Sinne eingesetzt hat, ist die Wahrnehmung und Beachtung vieler Phänomene notwendig. Die Beurteilung des Zustands durch erfahrene Ärztinnen verschiedener Fachrichtungen ist unbedingt zu empfehlen. Ein Hinweis kann auch die trotz ausreichender Ernährung mangelnde Nahrungsverwertung und selbst eine „Nahrungsverweigerung“ sein.“ Für die Krankenhäuser der kreuznacher diakonie müssen die Ärztinnen nicht unbedingt aus verschiedenen Fachrichtungen

kommen. Zusätzlich nutzen wir die Kompetenz und Erfahrung der Pflegenden bei solchen Entscheidungen. Als Indikation für eine PEG-Sonde bei dementen Patientinnen wird der Lebenserhalt bzw. die Lebensverlängerung oder der Schutz vor Aspiration angeführt. FINUCANE konnte jedoch 1996 nachweisen, dass eine PEG-Sonde bei dieser Patientengruppe nicht vor Aspiration schützt und es ist nicht bewiesen, dass sie Leben verlängert (GILLICK 2000). Aus diesen Gründen ist die Indikation sorgfältig zu stellen. Um die Aspirationsgefahr so gering wie möglich zu halten, ist die Nahrung nach dem gültigen Standard zu applizieren.

Es sollte auch nicht übersehen werden, dass nach der Implantation einer PEG-Sonde demente Menschen möglicherweise fixiert oder sediert werden müssen, damit sie nicht an der PEG-Sonde manipulieren. Es muss abgewogen werden, ob dadurch nicht mehr Leiden geschaffen als gelindert wird. Hier ist auch die Würde der Patientin, die nicht mehr für sich selber sprechen kann, betroffen.

### 2.2.3. Sterbende Menschen

Bei sterbenden Menschen gibt es weder eine medizinische, noch eine juristische oder moralische Verpflichtung zur künstlichen Zufuhr von Flüssigkeit oder Nahrung. Es ist im Gegenteil sogar so, dass es keine Berechtigung gibt, den Sterbeprozess zu verlängern.

Hilfreich sind hier die „Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung“ und die „Grundsätze zur Begleitung von Sterbenden in den Krankenhäusern der kreuznacher diakonie“.

Dort wird unter den Basis-Maßnahmen das Stillen des subjektiven Empfindens von Hunger und Durst genannt und nicht die künstliche Versorgung mit Nährstoffen und Wasser. Wie palliativmedizinische Untersuchungen gezeigt haben, verursacht die Zufuhr von Flüssigkeit und Nahrung in dieser Lebensphase meist mehr Leid, als dass sie Leiden lindert. Hunger- und Durstgefühle schwinden, wobei Letztere mit kleinen Flüssigkeitsmengen, Eiswürfeln zum Lutschen und guter Mundpflege behoben werden können. Mit zunehmender Exsikkose reduzieren sich

Bei diesen alten und häufig multimorbiden Menschen kann eine Erweiterung des Begriffes „Sterben“ sinnvoll sein. Wie in den „Grundsätzen der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung“ vorgeschlagen, handelt es sich dann um eine „infauste Prognose“. Das Leben bzw. Sterben muss dann nicht künstlich verlängert werden.

Bei sterbenden Menschen gibt es weder eine medizinische, noch eine juristische oder moralische Verpflichtung zur künstlichen Zufuhr von Flüssigkeit oder Nahrung. Es ist im Gegenteil sogar so, dass es keine Berechtigung gibt, den Sterbeprozess zu verlängern.

Übelkeit, Erbrechen, Ödeme, Dekubiti, Husten und Inkontinenz. Auch eine analgetische und sedierende Wirkung des Flüssigkeitsmangels wird beschrieben. Zur weiteren Linderung von Beschwerden können Opiate appliziert werden.

### 2.3. Positive Aspekte

Nachdem im Vorangehenden die eher problematischen Aspekte der PEG-Sonde erörtert wurden, soll auch auf einige der Vorteile hingewiesen werden. So kann unter Umständen erst durch eine solche Pflegerleichterung eine Unterbringung zu Hause ermöglicht werden, etwa bei Berufstätigkeit der Angehörigen. Insbesondere bei Kindern mit Behinderungen entfällt die Stigmatisierung, wie sie früher mit der deutlich sichtbaren Nasensonde gegeben war. Medikamente sind einfacher applizierbar. Viele Menschen erfahren eine Steigerung ihrer Lebensqualität dadurch, dass sie sich nicht mehr verschlucken und dass die Last des Essen-Müssens wegfällt. Über die PEG-Sonde können sie besser und ausgewogener ernährt werden, was z.B. bedeutet, dass sie seltener unter Dekubiti, Harnwegsinfekten und Obstipation leiden.

Diese positiven Effekte konnten jedoch nicht nachgewiesen werden für Menschen mit schwerer Demenz und für Patientinnen mit fortgeschrittenen konsumierenden Erkrankungen wie Krebsleiden oder AIDS (FINUCANE 1999).

Bei Carcinompatientinnen, bei denen es im Rahmen von Bestrahlung oder Chemotherapie zu passageren Problemen bei der Nahrungsaufnahme kommt, sollte dahingegen die Anlage einer PEG-Sonde frühzeitig in Erwägung gezogen werden, bevor rapide Gewichtsverluste Immunabwehr und Lebensqualität herabsetzen.

Auch Menschen, bei denen es auf Grund eines teilweisen oder kompletten Verschlusses der Darmwege zu quälender Übelkeit und Erbrechen kommt, können durch die PEG-Sonde große Entlastung erfahren. In diesem Fall wird sie primär als Ablaufsonde genutzt und schenkt mehr Lebensqualität. Die Patientinnen können wieder auf normalem Wege trinken und Essen

in pürierter Form zu sich nehmen; der Mageninhalt verläßt dann durch die PEG-Sonde den Körper (siehe Anlage „PEG-Sonde als Ablaufsonde“).

## 3. Aufklärung und Einwilligung

### 3.1. Die einwilligungsfähige Patientin

Die einwilligungsfähige Patientin entscheidet selbst, der Patientenwille ist also bindend. Dies setzt die geistige Gesundheit und eine umfassende und für die Patientin verständliche Aufklärung voraus.

### 3.2. Die nicht einwilligungsfähige Patientin

Ist die Fähigkeit zur eigenen Entscheidung in der aktuellen Situation nicht gegeben, muss das behandelnde Team tätig werden und den „mutmaßlichen Willen“ eruieren, indem z.B. Angehörige, Betreuerinnen, der Hausärztin, das Pflegeheim befragt werden nach Äußerungen der Patientin und nach ihren Wertvorstellungen. Gerade auch diese Patientinnen nehmen wir in ihrer Würde ernst. Wertvoll sind in diesem Zusammenhang möglichst konkrete Patientenverfügungen, die umso bindender sind, je eindeutiger die darin beschriebene Situation mit der jetzigen Realität übereinstimmt. Sind sie sehr allgemein formuliert, so geben sie zur Entscheidungsfindung jedoch wenigstens einen Hinweis auf den Patientenwillen.

### 3.3. Aufklärung

Die Einwilligung setzt eine frühzeitige und umfassende Aufklärung voraus. Aufklärung darf nicht nur medizinische Aufklärung im klassischen Sinn (wie z.B. anhand des Perimed-Aufklärungsbogens) bedeuten. In einem Aufklärungsgespräch geht es nicht nur um die Weitergabe von medizinisch-juristischen Informationen, sondern auch um die Verbesserung der Entscheidungskompetenz (Erzielung eines „informed consent“ = Zustimmung nach ausreichender Information). Hierzu gehört auch die ausführliche und kompetente Beratung z.B. bezüglich etwaiger Alternativen, des pflegerischen Umgangs und ganz allgemein

In einem Aufklärungsgespräch geht es nicht nur um die Weitergabe von medizinisch-juristischen Informationen, sondern auch um die Verbesserung der Entscheidungskompetenz.

Bei Carcinompatientinnen, bei denen es im Rahmen von Bestrahlung oder Chemotherapie zu passageren Problemen bei der Nahrungsaufnahme kommt, sollte dahingegen die Anlage einer PEG-Sonde frühzeitig in Erwägung gezogen werden.

Das Ziel der Maßnahme ist klarzustellen: Geht es um die Überbrückung eines Zustandes, um die Verlängerung des Lebens oder z.B. um mehr Lebensqualität?

dem Leben mit der PEG-Sonde. Das Ziel der Maßnahme ist klarzustellen: Geht es um die Überbrückung eines Zustandes, um die Verlängerung des Lebens oder z. B. um mehr Lebensqualität? Konsequenzen für die Betroffene und die Angehörigen müssen angesprochen werden.

Ist die Patientin im engeren oder weiteren Sinne sterbend, sind alternative Möglichkeiten zur Linderung von Hunger oder Durst aufzuzeigen, um den Sterbeprozess nicht unnötig zu verlängern.

Eine gute Aufklärung mindert für alle Beteiligten die Last der Verantwortung. Die Gründe zur Entscheidungsfindung sind schriftlich zu dokumentieren.

## 4. Ablauf

Neben dem ärztlichen Aufklärungsgespräch soll ein pflegerisches Beratungsgespräch vor der endgültigen Entscheidung geführt werden. Ein Einlegeblatt (siehe Anlage „Ergänzende Informationen zur PEG-Sonde“) ergänzt den üblichen Aufklärungsbogen aus pflegerischer und ethischer Sicht. Dieses wird mit den Patientinnen bzw. ihren Angehörigen/Betreuerinnen besprochen.

Das Ablaufschema und die Checkliste (siehe Anlagen) erleichtern die Prüfung, ob diese Grundsätze zum Legen einer PEG-Sonde beachtet wurden. Bei Bedarf wird eine Begleitung der Angehörigen durch Seelsorge oder Sozialdienst angeboten und auf die Möglichkeiten der ambulanten Betreuung hingewiesen.

Wesentlich ist, dass diese Gespräche mit Betroffenen und Angehörigen frühzeitig erfolgen, so dass Entscheidungen nicht unter Zeitdruck getroffen werden müssen.

## 5. PEG-Sonde – Das Wichtigste auf einen Blick

### 5.1. Allgemeines

- Die Achtung und Umsetzung des Patientenwillens ist oberstes Gebot. Es ist unsere Aufgabe, den Willen der Patientin so weit wie möglich zu ermitteln.
- Die Beschäftigung mit der Thematik „Verhungern und Verdursten“ ist verpflichtend für alle Mitarbeitenden, die Patientinnen für eine PEG-Sonde aufklären und sie versorgen.
- So lange wie möglich soll eine orale Flüssigkeits- und Nahrungsaufnahme angestrebt werden.
- PEG-Sonden dürfen nur bei eindeutiger medizinischer Indikation gelegt werden und nicht, um die Versorgung mit Essen zu rationalisieren.
- Bei liegender PEG-Sonde besteht die Gefahr, dass die Betroffenen weniger Zuwendung erhalten, da die Nahrung ja „personalsparend“ über Pumpen appliziert werden kann.
- Die Tatsache, dass eine PEG-Sonde implantiert wurde, bedeutet nicht, dass nicht auch weiterhin Ess- und Schluckversuche unternommen werden müssen. Selbst wenn keine Besserung der Schluckstörung eintritt, so kann es für die Patientinnen ein Genuss sein, wenn ihr Lieblingsessen in Mini-Portionen ange-reicht wird.

### 5.1.1. Typische Indikationen

- Passagere Schluckstörungen
- Nicht ursächlich behandelbare organische Schluckstörungen
- Lebensbedrohende Nahrungsverweigerung bei psychischer Krankheit
- Apallisches Syndrom

### 5.1.2. Abwägung

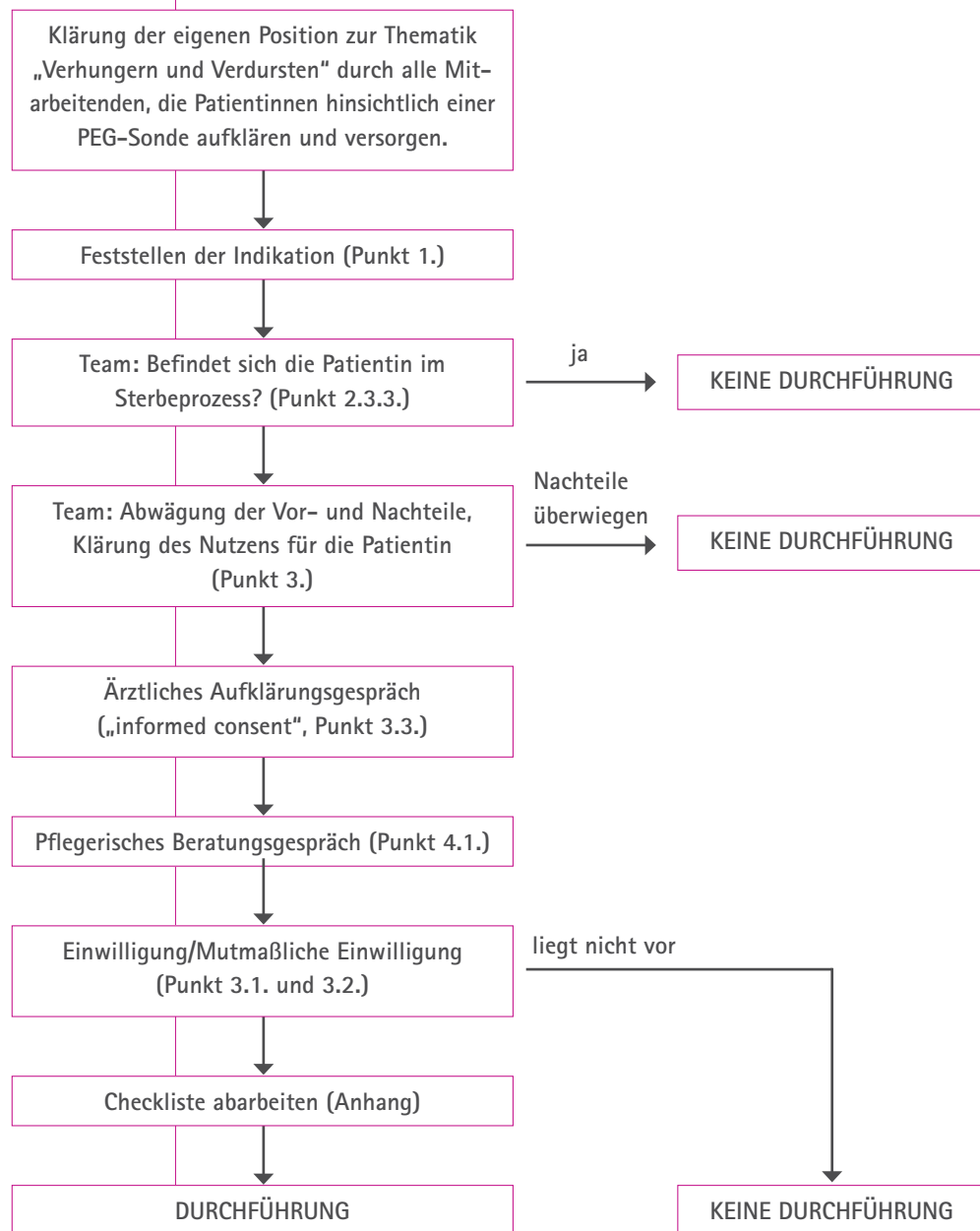
- Die Indikation zur Anlage einer PEG-Sonde wird im behandelnden Team besprochen.
- Bei Nahrungsverweigerung sind die Ursachen abzuklären.
- Gerade bei geriatrischen und gerontopsychiatrischen Patientinnen sollte eine PEG-Sonde die ultima ratio sein.
- Bei Patientinnen mit schwersten Hirnschäden und insbesondere bei ausgeprägter Demenz ist sorgfältig zu prüfen und abzuwägen, ob es sich in dem betreffenden Fall nicht um „Sterben in weiterem Sinne“ handelt und damit keine Indikation für eine PEG-Sonde vorliegt.
- Bei sterbenden Menschen ist nur in begründeten Ausnahmefällen die Indikation zur PEG-Sonde gegeben.
- Das Fixieren und Sedieren der Patientinnen ist möglichst zu vermeiden. Müssen solche Zwangsmaßnahmen häufig oder dauerhaft angewendet werden, um das Entfernen der PEG-Sonde zu verhindern, ist die Indikation zu überdenken.
- Bei Tumorpatientinnen, die sich noch nicht in der Endphase ihrer Erkrankung befinden, aber aufgrund von Radiatio oder Chemotherapie nicht adäquat Nahrung aufnehmen können, ist frühzeitig eine PEG-Sonde in Betracht zu ziehen.

### 5.1.3. Aufklärung und Ablauf

- Die Aufklärung hat frühzeitig und umfassend zu erfolgen („informed consent“). Im pflegerischen Beratungsgespräch sind die „Ergänzenden Informationen“ die Grundlage.
- Mit der PEG-Sonden-Checkliste ist zu überprüfen, ob alle Voraussetzungen erfüllt sind.



## 5.2. Ablaufschema zur Entscheidung über das Legen einer PEG-Sonde



## 6. Literaturangaben

(Literatur beim Ethikkomitee KH/Fr. Dr. Brombacher erhältlich)

- Bundesärztekammer: Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung.
- Deutsches Ärzteblatt, 95 (1998): A2365-2367.
- Thieswald, S.: Zwangsernährung: Macht es Sinn, Patienten mit einer Demenz im Endstadium per PEG zu ernähren? Die Schwester/Der Pfleger, 12 (2002): 1051-1054.
- Weber M. et al.: Ethische Entscheidungen am Lebensende: Sorgsam Abwägen der jeweiligen Situation. Deutsches Ärzteblatt, 98 (2001): B2697-2701.
- Eibach, U./Zwirner, K.: Künstliche Ernährung durch PEG-Sonden – eine ethische Orientierung: Die Menschenwürde achten. Pflegezeitschrift, 9 (2002): 669-673.
- Löser, C./Müller, M.J.: Ethische Richtlinien zur Anlage einer perkutan endoskopischen Gastrostomie (PEG-Sonde). Z Gastroenterol, 36 (1998): 475-478.
- Schell, W.: Ein Abbruch der künstlichen Ernährung kann vormund-schaftlich nur dann genehmigt werden, wenn der Wille des Betroffenen eindeutig feststellbar ist. Intensiv, 10 (2002): 289-290.
- Hubert-Fehler, A./Hollmann, A.: Eine Entscheidung mit rechtlichen Konsequenzen: Ernährung durch eine Magensonde (PEG). Deutsches Ärzteblatt 95 (1998): C-603-605.
- Bauer, A.W.: Zwischen Therapiebegrenzung und Sterbehilfe: Ein bioethisches Dilemma in der Intensivmedizin. Jour Anästh Intensiv 7 (2000), H.1: 9-12.
- Palliativstation Mutterhaus der Borromäerinnen Trier: PEG-Sonde als Ablaufsonde
- Gillick, M.R.: Rethinking the role of tube feeding in patients with advanced dementia. NEJM 342 (2000): 206-209.
- Finucane, T.E. et al: Tube feeding in patients with advanced dementia, a review of the evidence. JAMA, 282 (1999): 1365-1370.

- Finucane, T.E./Bynum J.O.: Use of tube feeding to prevent aspiration pneumonia. Lancet 348 (1996): 1421-1424.
- Brett, A.S./Rosenberg, J.C.: The adequacy of informed consent for placement of gastrostomy tubes. Arch Intern Med, 161 (2000): 745-748.
- Hodges, M.O./Tolle, S.W.: Tube-feeding decisions in the elderly. Clin Geriatr Med 10 (1994): 475-488.

### Schwerpunkt Palliativmedizin

- Christophorus Hospiz Verein München: PEG-Information für Patienten (1997)
- Klie, T., Student, J.C.: Die Patientenverfügung. Herder, 4. Auflage (2001): 46-51.
- Oelz, O.: Gilt die Pflicht, zu ernähren, bis zum Tode? Sicht und Konflikt der behandelnden Ärzte. Schweiz Rundschau Med (Praxis) 82 (1993): 1044-1046.
- Vogel, B.: Ohne Schläuche sterben. Krankenpflege 3 (1990): 18-22.
- McCann; R.M. et al: A. Comfort care for terminally ill patients: the appropriate use of nutrition and hydration. JAMA 272 (1994): 1263-1266.
- Billings JA. Comfort measures for the terminally ill: is dehydration painful? J Am Geriatr Soc 1985;33:808-810.
- Sullivan RJ.: Accepting death without artificial nutrition and hydration. J Gen Intern Med 1993;8:220-224.

Die Grundsätze zum Umgang mit PEG-Sonden in Krankenhäusern der kreuznacher diakonie wurden in der Sitzung des Vorstandes am 21. Januar 2004 genehmigt. Sie treten mit sofortiger Wirkung in Kraft.

Bad Kreuznach, den 21. Januar 2004

Stiftung kreuznacher diakonie

Der Vorstand

Pfr. Dietrich Humrich und Dr. Frank Rippel

## Weitere diakonisch-ethische Positionen

Über diese Grundsätze zum Umgang mit PEG-Sonden in Krankenhäusern der Stiftung kreuznacher diakonie hinaus, hat die Stiftung kreuznacher diakonie weitere diakonisch-ethische Positionen als Richtschnur des Handelns in den Geschäftsbereichen der Stiftung kreuznacher diakonie verfasst:

- Grundsätze für die Begleitung Sterbender in der
  - Wohnungslosenhilfe
  - Behindertenhilfe
  - Seniorenhilfe
  - sowie in den Krankenhäusern
- Grundsätze zur Behandlung von Zeugen Jehovas
- Grundsätze zur Geltung von und zum Umgang mit Patientenverfügungen in den Krankenhäusern
- Wahrhaftigkeit im Krankenhaus
- Grundsätze zur Ernährung in den Einrichtungen der Seniorenhilfe kreuznacher diakonie
- Grundsätze für gesundheitsbezogene Angebote durch die Einrichtungen der Behindertenhilfe Skd
- Arbeitsschema für kundenbezogene ethische Fallbesprechungen und Entscheidungen in den Sozialbereichen der Stiftung kreuznacher diakonie

Weitere diakonisch-ethische Positionen sind in Vorbereitung. Sie finden diese Grundsatzpapiere im Bereich Stiftung unter: [www.kreuznacherdiakonie.de](http://www.kreuznacherdiakonie.de)

Stiftung kreuznacher diakonie  
Referat Diakonik-Ethik  
Bösgrunder Weg 12  
55543 Bad Kreuznach

