

Ethische Prinzipien und Vorstellung einer Handreichung zur Ent- scheidungsfindung hinsichtlich PEG- Anlage

Thomas W. Kallert
HELIOS Park-Klinikum Leipzig, Klinik für Psychiatrie,
Psychosomatik und Psychotherapie & Medizinische
Fakultät an der TU Dresden

4. Gemeinsamer Palliativfachtag, Kloster Nimbschen,
30.09.2015

- drei Grundprinzipien ärztlichen Handelns
 1. dem Patienten zu nutzen,
 2. ihm keinen Schaden zuzufügen
 3. den Patientenwillen zu respektieren.
- Gemäß diesen Prinzipien entfällt die Pflicht zur Durchführung einer PEG-Ernährung, wenn diese dem (Demenz-)Patienten keinen Nutzen oder mehr Schaden als Nutzen bietet und/oder wenn sie nicht dem Patientenwillen entspricht.

Keine Evidenz für folgende Effekte der PEG-Ernährung



- Überlebenszeit verlängern
- Lebensqualität erhalten oder wiederherstellen
- Aspirationspneumonie verhindern
- Druckulzera verhindern
- die Folgen von Mangelernährung verhindern

CAVE: der fehlende Nachweis eines Nutzens bedeutet nicht den Nachweis eines fehlenden Nutzens!

Das Hauptproblem bei der Einschätzung des Nutzens liegt darin, die individuelle Nutzenprognose einer PEG bei dem jeweiligen (Demenz-)Patienten in seiner konkreten Situation einzuschätzen.

Schadensrisiken der PEG-Ernährung

- Schäden durch die PEG-Sonde als solche (Okklusion, Undichte, lokale Infektion)
- Schäden durch die PEG-Ernährung (Diarrhoe, Übelkeit)
- indirekte Folgeschäden der PEG-Ernährung (bis zu 71 % der sondenernährten Demenz-Patienten werden mechanisch fixiert)
- psychosoziale Beeinträchtigungen durch PEG-Ernährung (verringertes interpersonales Kontakt, Verzicht auf das geschmackliche Erlebnis von Nahrung).

Schaden durch Vorenthalten einer PEG-Ernährung ?



- Die Sorge den Patienten „verhungern und verdursten“ zu lassen = mehrteilige Fehlwahrnehmung:
- Verzicht auf PEG-Ernährung bedeutet nicht Verzicht auf jegliche Ernährung (orale Ernährung, symptomlindernde Behandlungsmöglichkeiten, wie z. B. mundgerechte Nahrungsportionen mit starkem Geschmack, orale Befeuchtung, Eischips usw.)
- zudem existiert eine Fehlwahrnehmung der Bedeutung von eingeschränkter Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme (es gibt Nachweise für eine Verringerung der Durst- und Hungerwahrnehmung bei Patienten mit schwerer Demenz, ähnlich wie bei anderen sterbensnahen Patientengruppen).

Respekt vor der Autonomie

- Beinhaltet nicht nur das Recht der selbstbestimmten Entscheidung für eine bestimmte Therapie, sondern gewährleistet auch die Freiheit von äußerem Zwang und manipulativer Einflussnahme.
- Wenn keine deutlichen Hinweise dafür vorliegen, dass eine PEG-Ernährung trotz fehlender Wirksamkeitsnachweise und trotz vielfältiger Benachteiligung von dem jeweiligen Patienten erwünscht wird, dann stellt diese Form der Ernährung einen Akt der ungerechtfertigten Körperverletzung dar. In diesem Fall wäre es ethisch geboten, auf die Ernährung zu verzichten – auch wenn dieses den Tod des Patienten zur Folge hätte.

Empfehlung zur Entscheidungsfindung

1. Schritt bei i.d.R. nicht einwilligungsfähigen Patienten:

Rückgriff auf den erklärten Willen des Patienten (CAVE: nur in ca. 25% der Fälle liegt eine geeignete Patientenverfügung vor)

2. Schritt (wenn erklärter Wille nicht ermittelbar):

Rekonstruktion des mutmaßlichen Willens des Patienten (der dann auch mit dem in einer etwa vorliegenden Patientenverfügung erklärten Willen im Rahmen einer „internen Plausibilitätskontrolle“ verglichen werden kann). Bei der Rekonstruktion des mutmaßlichen Willens kommt den Angehörigen und engen Bezugspersonen eine wesentliche Rolle zu, weil sie Auskunft über frühere Äußerungen des Patienten und seine Wertvorstellungen geben können (CAVE: bis zu 50 % der Angehörigen sind über die PEG-Ernährung nicht hinreichend aufgeklärt und etwa der gleiche %-Satz kann keine Aussagen zur Prognose treffen).

Empfehlung zur Entscheidungsfindung

- **3. Schritt** (wenn weder ein erklärter noch ein mutmaßlicher Wille zu ermitteln ist): **Entscheidung nach allgemeinen Wertvorstellungen**, die als Art „externe Plausibilitätskontrolle“ bei der Anwendung des erklärten oder mutmaßlichen Willens mit einbezogen werden können.
- Im Sinne einer Stufenskala sollten höhere Ansprüche und klarere Evidenz bei Willensäußerungen gefordert werden, je ungewöhnlicher und schwerer nachvollziehbar sie aufgrund allgemeiner Wertvorstellungen erscheinen. Hier ist dann auch die Heranziehung eines klinischen Ethikkomitees/Durchführung einer klinischen Ethikberatung zu empfehlen.

Praxisorientierter Entscheidungsalgorithmus

- Zunächst erfolgt im interdisziplinären Team unter besonderer Beachtung der individuellen negativen Prognosefaktoren eine individuelle Nutzen-Risiko-Abschätzung für den individuellen Patienten in seinem jeweiligen gesundheitlichen und sozialen Kontext.
- In Abhängigkeit von der jeweiligen Nutzen-Risiko-Einschätzung kann das Team Empfehlungen mit graduell unterschiedlichen Empfehlungsstärken aussprechen.
- Exemplarisch lassen sich vier unterschiedliche Szenarien skizzieren:

Szenario a)

- Übersteigt der Nutzen die Schadensrisiken deutlich, sollte das Team eine PEG-Ernährung anbieten und empfehlen (z. B. bei vorübergehender Dysphagie bei einem Patienten mit mittelgradiger Demenz und kleinem Insult).

Kasuistik I

Frau A.; 73 Jahre; Behandlungszeitraum 12.06. bis 20.08.15

Diagnosen:

- Organisch wahnhafte Störung bei
- Multipler Sklerose mit spastischer Tetraparese
- Hypokaliämie
- Hyponatriämie
- Arterielle Hypertonie
- Z. n. mechanischem Ileus in der Anamnese
- Harnabflussstörung mit Vorhandensein eines suprapubischen Blasenkatheters
- Z. n. Schenkelhals-Fraktur rechts
- Harnblasen-Besiedelung mit *Klebsiella pneumoniae*

Kasuistik I

- Verlegung aus Pflegeheim, Fremdanamnese: Seit einer Woche deutlich verändert, nehme seit ca. 1 Woche kaum etwas zu sich, Flüssigkeits- und Nahrungszufuhr praktisch eingestellt, Medikation und Mundpflege abgelehnt, Kommunikationsverweigerung, rezidivierend optische Halluzinationen.
- Aufnahmegespräch erst nach Tavor Expidet möglich, weil dann kontaktfähiger: sie dürfe nicht sprechen, ihr werde das in der Therapie verboten.

Kasuistik I

- Somatisch: Immobil, nur in Pflegestuhl mobilisierbar, AZ und EZ reduziert, Haut und sichtbare Schleimhäute blass, leichte Exsikkose.
- Psychisch: Zeitlich und örtlich nur teilweise orientiert, kaum kontaktfähig, Stimmung angespannt, gequält wirkend, Wahnerleben, Halluzinationen.
- Bei persistierender paranoider Symptomatik wurde im Verlauf mit der Vorsorgebevollmächtigten eine (eigentlich nicht gewünschte) PEG-Anlage mit dem Ziel der kontrollierten medikamentösen Beeinflussung der paranoiden Symptomatik und der vorübergehenden Gabe von Flüssigkeit und Nahrung besprochen, verbunden mit der Option die Entscheidung über die längerfristige PEG-Beschickung hintanzustellen.

Kasuistik I

- Dem konnte die Vorsorgebevollmächtigte folgen und die PEG-Anlage erfolgte problemlos
- Behandlungsergebnis: unter neuroleptischer Behandlung Besserung der Kontaktfähigkeit und der wahnhaften Symptomatik bis hin zur fluktuierenden Zustimmung der Patientin selbst zur Medikationsgabe und zur Verbesserung der Flüssigkeits- und Nahrungsaufnahme via PEG; Heimrückverlegung mit PEG

Szenario b)

- Halten sich Nutzen und Schadensrisiken die Waage, sollte das Team eine PEG-Ernährung anbieten, die Anwendung aber offen lassen. Hier ist dann die explizite Aufklärung darüber wichtig, dass es bisher für Patientengruppen keinen Nachweis gibt, dass einer der allgemein betr. die PEG-Ernährung angestrebten Nutzeffekte erreicht werden kann (Beispiel: Patient mit fortgeschrittener Demenz und höherem Lebensalter, aber ohne Komorbiditäten und vorherige Aspirationspneumonie).

Szenario c)

- Übersteigt das Schadensrisiko den Nutzen um weniges, sollte die PEG-Ernährung zwar angeboten, von der Anwendung jedoch abgeraten werden (Beispiel: Patient mit fortgeschrittener Demenz, hohem Lebensalter, Inkontinenz, Bettlägerigkeit und Hypalbuminämie bei gleichzeitig hoher Dekubitusgefahr).

Kasuistik II

Herr B.; 89 Jahre; Behandlungszeitraum 25.7. bis 2.9.15

Diagnosen:

- Organische affektive Störung bei
- gemischt-kortikal und subkortikal-vaskulärer Demenz
- nosokomiale Pneumonie
- KHK mit 3-Gefäß-Erkrankung
- Z. n. Magen-OP
- Absolute Arrhythmie bei Vorhofflimmern
- Arterielle Hypertonie
- Anamnestisch Morbus Sudeck linke Hand
- Anamnestisch Z. n. Herzinfarkt
- Anamnestisch Glaukom mit Visusstörung
- Atherosklerotische Herzkrankheit

Kasuistik II

- Notärztliche Aufnahme bei Fremdaggressivität bei seit 5 Jahren bekannter und seit 2 Jahren erheblicher Verschlechterung der Demenz. Seit 4 Monaten im Pflegeheim, nach einer zuvor erfolgten stationären Pneumonieberhandlung.
- Psychischer Befund: Zu allen Qualitäten desorientiert, erhebliche Neigung zur Konfabulationen und Perseveration. Insgesamt inadäquate Kommunikation.
- Verlauf: Neuerliche Infektkonstellation, Verdacht auf Pneumonierezidiv, AZ-Verschlechterung, Kalkulierte Antibiose + Flüssigkeitssubstitution.

Kasuistik II

- PEG-Diskussion mit den Angehörigen: Nur Angebot, von Anlage abgeraten.
- Behandlungsergebnis: Stabilisierung, Neueinstellung auf Rivastigmin, Entlassung mit stabiler oraler Flüssigkeits- und Nahrungsaufnahme.

Szenario d)

- Übersteigt das Schadensrisiko den Nutzen um ein Vielfaches, sollte das Team die PEG-Ernährung nicht anbieten (beispielsweise kann der Nutzen einer solchen Ernährung bei einem Patienten mit fortgeschrittener Demenz, Herzinsuffizienz, Pneumonie und überwiegender Agitiertheit so gering bewertet werden, dass die Beeinträchtigungen durch Fixation und mögliche Infektion nicht aufgewogen werden können)

Kasuistik III

Herr J.; 80 Jahre; Behandlungszeitraum 14.7. bis 20.08.15

Diagnosen:

- Linksherzversagen
- Herzinsuffizienz
- Chronische obstruktive Lungenkrankheit, nicht näher bezeichnet: FEV1 nicht näher bezeichnet
- Nikotinabhängigkeit
- V.a. Lungenkarzinom
- Chronisches Cor pulmonale
- Organische affektive Störungen
- Demenz bei Alzheimer-Krankheit, atypische oder gemischte Form

Kasuistik III

- Rezidivierende Stürze bei Sturzneigung mit
- Subduralhämatom bds.
- Schädeldachfraktur
- Z.n. traumatischer Eröffnung der Bursa olecrani rechts und chirurgische Bursektomie
- Allgemeine Mangelernährung mit Mangel an sonstigen näher bezeichneten Vitaminen des Vitamin-B-Komplexes
- Anämie multifaktorieller Genese
- Harnwegsinfekt 7/15

Kasuistik III

- Aus externer Kardiologie zuverlegt, dort 6tägige Behandlung eines hyperaktiven Delirs, im Vorfeld vermehrte Stürze, noch in der eigenen Häuslichkeit, insuffiziente Betreuungssituation.
- Somatischer Befund: kachektischer Ernährungszustand, autoperonell orientiert, kognitive Defizite in allen Hirnleistungsbereichen, Kommunikationsspanne:10s, dann wieder schläfrig; umfassende Hilfen und Unterstützung in allen Bereichen des täglichen Lebens, keine suffiziente kalorische Ernährung, Verdacht auf Lungen-Ca.: von Abklärung im Vorfeld bereits Abstand genommen.

Kasuistik III

- PEG Diskussion mit bevollmächtigter Tochter: Kein Angebot des Teams; Konsens mit der Tochter, die sich in Kenntnis des mutmaßlichen Willens des Patienten gegen PEG aussprach.
- Verlauf: Weitere AZ-Verschlechterung, palliativ Beruhigungs- und Schmerzmittelapplikation, Tod am 20.08.2015



Vielen Dank!

HELIOS Kliniken

www.helios-kliniken.de

Jeder Moment ist Medizin

- Sofern das Schadensrisiko den Nutzen nicht bei weitem übersteigt (Szenario d) sind letztlich die (erklärten oder mutmaßlichen) Patientenpräferenzen über die Durchführung einer PEG-Ernährung oder einer oralen Ernährung entscheidend.
- Alternativ kann ein probatorischer PEG-Versuch unternommen werden, bei dem zeitnah eine erneute gleichartige Re-Evaluation erfolgen sollte.