

Ethikkomitee Augsburg - 2. Fachtagung

PEG-Ernährung bei Patienten mit Demenz

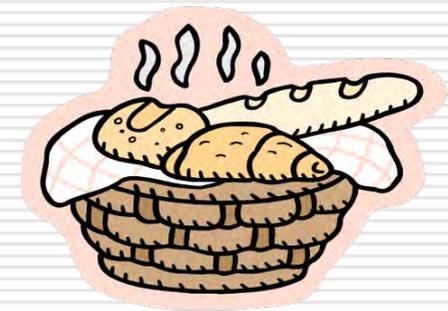
Christoph Fuchs

Klinikum München Neuperlach, Zentrum für
Akutgeriatrie und Frührehabilitation
Christophorus Hospizverein München e.V.

Essen und Trinken sind lebenserhaltend

- Ernährung dient der Befriedigung unserer natürlichen Grundbedürfnisse zur Sicherstellung unseres
 - > körperlichen
 - > sozialen
 - > psychischen
 - > spirituellen Wohlbefindens

- mit Ernährung (und Trinken) werden außerdem verbunden:
 - kulturelle, gesellschaftliche, soziale Aspekte
 - Rituale
 - Speisevorschriften
 - Feste, Geselligkeit
 - Lebensqualität
 - Zuwendung



Anorexie – Kachexie - Assoziationen

□ Essen = Leben

□ Nicht essen \neq verhungern
 \Rightarrow Sterben & Tod



Anorexie – Asthenie

Definition

- ❑ Verlust des Nahrungstriebes
 - ❑ Fehlender Wunsch nach Nahrungsaufnahme
NICHT frühes Sättigungsgefühl
 - ❑ Appetitlosigkeit
 - ❑ Magersucht
 - ❑ Klinik
 - Abneigung und Unlust zum Essen
oft auch zum Trinken
-

Anorexie – Asthenie

Komplikationen, Folgen

- Gewichtsabnahme
 - Muskelschwäche
 - Soziale Isolation
 - Kachexie
 - Infektanfälligkeit
 - Dekubitus
bei Verlust des Unterhautfettgewebes
bei zunehmender Immobilität
-

Anorexie – Asthenie

psychosoziale Aspekte

- hohe bis extreme psychische Belastung für die Angehörigen und den Patienten
 - „Liebe geht durch den Magen“
 - „Essen hält Leib und Seele zusammen“
 - Nahrung ist auch
 - Genussmittel
 - Symbolwert im Bezug auf Lebensqualität
 - „der Mensch ist, was er isst!“
 - das veränderte Körperbild
 - = > führt zur sozialen Isolation
-

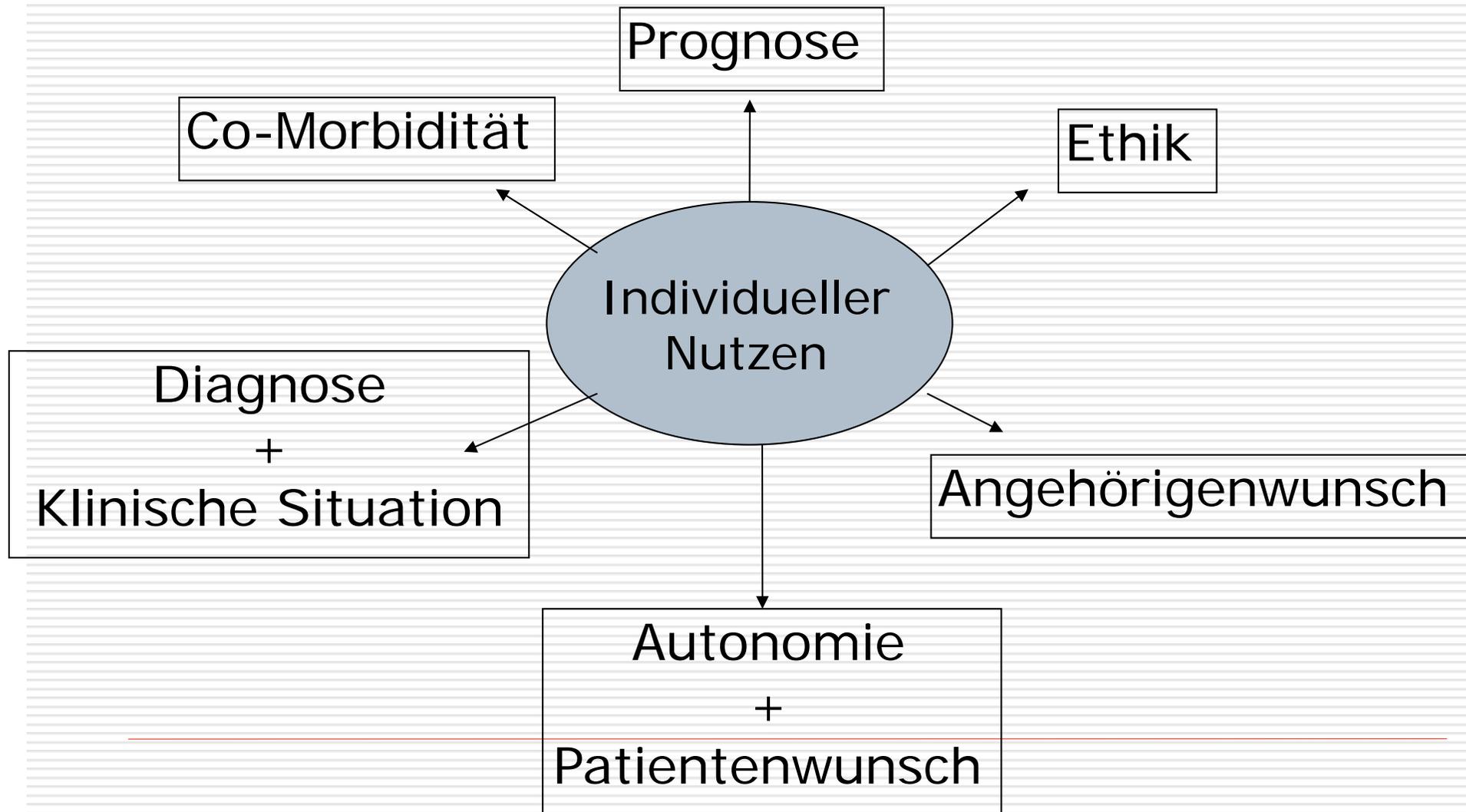
Spannungsfeld

- Sollen wir ihn/sie (den Pat.) verhungern lassen?
 - Etwas müssen wir tun
 -die Infusion ist das letzte, was wir tun können
 - Ernährung ist ein Grundbedürfnis und darf nicht zur Disposition gestellt werden
 - "...das ist ja aktive Sterbehilfe.."
 - ABER künstliche Ernährung ist im palliativen Sinne keine unmittelbare Symptombekämpfung, wie z.B. Schmerztherapie
 - Für wen ist es wichtig???
 - Dass die Ernährung durchgeführt wird?
 - Von welchem Patienten reden wir?
 - Grunderkrankung/Krankheitsstadium
 - Initial./Terminal-Krankheitsstadium
 - alt/jung – Lebensqualität
 - Lebensbasis - Wünsche des Patienten
-

Zentraler Grundsatz

- ❑ Existieren Hinweise auf Symptome wie Hunger oder Durst muss ein Ernährungsversuch erfolgen
=> Stillen von Hunger und Durst
 - ❑ Keine Entscheidung bezüglich pro oder contra Ernährungszufuhr erreichbar:
=> zeitlich limitierter Ernährungsversuch über 4 – 6 Wochen mit Sondenkost über PEG/parenterale über Portsystem
 - ❑ Keine Entscheidung bezüglich pro oder contra Flüssigkeitszufuhr erzielt:
=> limitierter Therapieversuch über 2-3 Tage mit 500 ml (max. 1500 ml) NaCl 0,9 % (subcutan) täglich hilfreich sein
-

Pro und Contra Flüssigkeit/Ernährung



Malnutrition bei Demenz

- ❑ Signifikanter Gewichtsverlust mehrere Jahre vor Auftreten von kognitiven Defiziten
- ❑ Nach Diagnosestellung 4 mal höherer Gewichtsverlust von Demenzpatienten
- ❑ Frühzeitiges und regelmäßiges Screening des Ernährungszustands
- ❑ Trinknahrung erfolgreich, PEG kontrovers



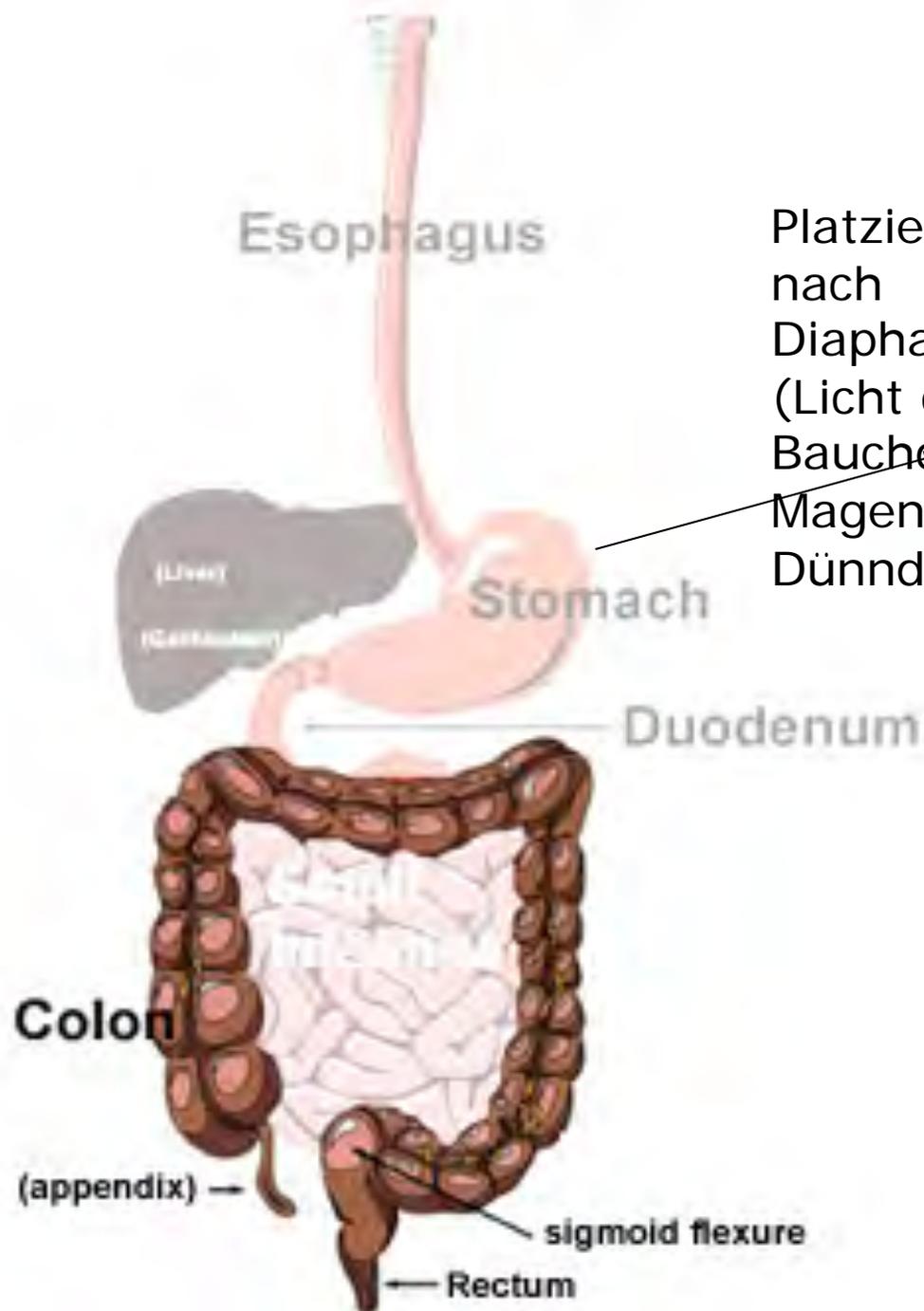
Ernährung des alten Menschen

Diagnostik

- ❑ Multimorbider Patient hat ein Problem mit bedarfsgerechter Flüssigkeits-/Nährstoffaufnahme
 - ❑ Multiprofessionelles, mehrdimensionelles Assessment zum Erkennen worum es geht!!
-

PEG Einsatz und Ernährungsproblematik in der Geriatrie

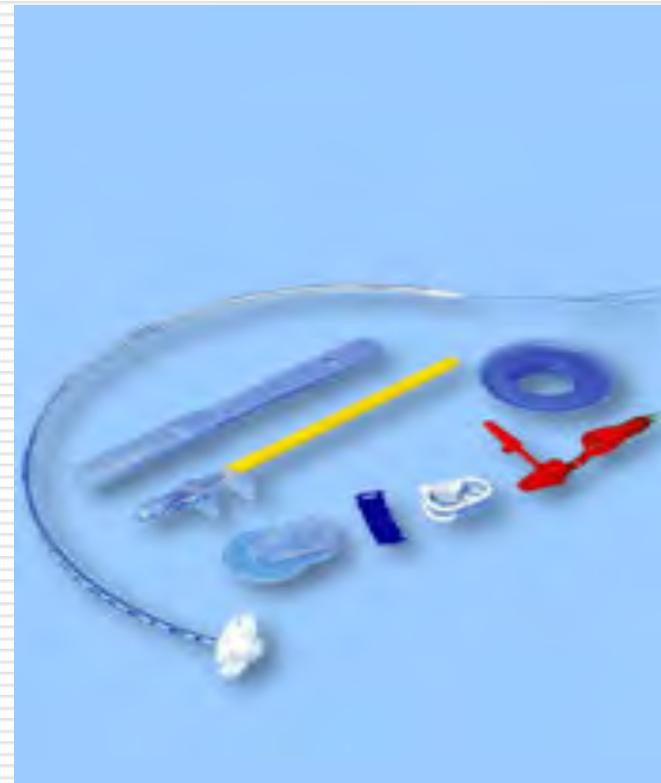
- ❑ Mangelernährung im Alter immer noch nicht ernst genug genommen (häuslich/Altenheim/Krankenhaus)
- ❑ Interventionsmöglichkeiten vor PEG-Ernährung sind vielfältig!!!
- ❑ PEG – erfordert Kommunikation, Kompetenz und Transparenz (Wille des Patienten!!??)



Platzierung der PEG
nach
Diaphanoskopie
(Licht durch
Bauchdecke) in den
Magen oder
Dünndarm

PEG Platzierung

- Nasaler Zugang (nasogastrale, transpylorische Sonden)
- perkutaner Zugang
- perkutan endoskopisch
- Feinnadelkatheter-Jejunostomie

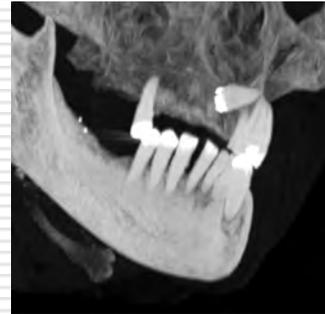


PEG - Anwendung

- Oberkörperhochlagerung-ca. 45 Grad
- Langsamer „Kostaufbau“ > Tee/
Wasser/Ernährungslösung
- Lokale Befundkontrolle
- Laufgeschwindigkeit individuell!!
- Refluxkontrolle
- Bolusgabe vs. Dauerinfusion
überprüfen

Ernährungs-/Schluckstörungen

- ❑ Zahnstatus
- ❑ Sozialer Status
- ❑ Schlaganfall
- ❑ Parkinson Syndrome
- ❑ Tumore des oberen Verdauungstraktes
- ❑ Vorübergehende Schluckstörung durch schwere Erkrankung (auch psychische!!)
- ❑ Fortgeschrittene dementielle Syndrome,



.....

Ernährung im Alter - Therapie

Präventiv

Kurativ

Palliativ





Mangel- ernährung im Alter



Problemfeld Ernährung und Flüssigkeitsversorgung



2003: 41.0 % Defizite
2006: 34.4 % Defizite

Stufen der Ernährungstherapie

Parenterale Ernährung

Sondennahrung

Trinknahrung

Normalkost

Pflegerische Maßnahmen

Soziale Lebensbedingungen

Leitlinien Enterale Ernährung Trink-und Sonden-Nahrung

- Deutsche Gesellschaft für Ernährungsmedizin
und Deutsche Gesellschaft für Geriatrie 2011
www.dgem.de

Ziele der Ernährungstherapie:

- Steigerung der Energie – und Nährstoffzufuhr;
- Erhaltung des Ernährungszustandes
(o. Verbesserung);
- Erhaltung der Funktionalität
- Erhaltung der Lebensqualität
- Reduktion der Morbidität und Mortalität

Nutzen der PEG bei fortgeschrittener Demenz: Postulate und Resultate

- Verlängerung der Überlebenszeit: (-)
- Verbesserung der Lebensqualität: (-)
- Verhinderung von Aspirationspneumonie: (-)
- Verhinderung von Mangelernährung: (-)
- Vermeidung von Druckulcera: (-)

: Individuelle Nutzenprognose in Abhängigkeit
von Demenzstadium und Komorbidität

Nervenarzt, 2007



Neuere empirische Studien demonstrieren, dass es keinen Nachweis eines Nutzens gibt (1), dass eine PEG-Ernährung einem Demenzpatienten oftmals weiteren Schaden zufügt (2) und dass der erklärte bzw. mutmaßliche Patientenwille zumeist nicht ausreichend beachtet wird

PEG Ernährung kann beendet werden

- Klärung des Willens des Patienten
- Indikation der PEG Ernährung überprüfen
- Nebenwirkung der enteralen Ernährung beachten
- „Druck“ von Interessen Dritter beachten

Pro und Contra PEG

- PEG - PRO
 - bietet Chance zur zusätzliche Nahrung
 - + Essen Eingeben per Hand
 - = > Menschliche Solidarität
 - = > Zuwendung
 - PEG-Sonde - CONTRA
 - = > zweckmäßig
 - Zeit, Kosten, Personal
 - Ausgrenzung
 - Verlust pflegerischer Zuwendung
 - Legen einer PEG bedarf einer klaren medizinischen Indikation
 - Anlage einer PEG ist
 - keine terminale Maßnahme bei Patienten mit infauster Prognose und
 - keine symbolische Handlung
-

Nebenwirkungen artifiziereller Ernährung

- Überwässerung (Ödeme bis zum Lungenödem)
 - Verschleimung
 - Aspirationsgefahr
 - Erhöhte Infektionsgefahr
 - Erbrechen, Übelkeit
 - Fokussierung auf Nebensächliches
-

Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung (2011)

- Art und Ausmaß einer Behandlung sind gemäß der medizinischen Indikation vom Arzt zu verantworten, dies gilt auch für die künstliche Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr
 - Arzt muss dabei den Willen des Patienten beachten
 - "Stillen von Hunger und Durst als subjektive Empfindung"
-

Entscheidungshilfen pro und contra Flüssigkeitsgabe

- ❑ eine einmal begonnene Flüssigkeitsgabe kann und darf auch wieder beendet werden
 - Indikation regelmäßig überprüfen
- ❑ eine bestehende PEG muss nicht zwingend zur Nahrungs-/ Flüssigkeitszufuhr verwendet werden
- ❑ ein Kranker, der schlucken kann - aber nicht will - darf nicht künstlich ernährt werden
- ❑ ein Kranker der keine Durst hat und nicht trinken will, darf nicht zwangsweise parenteral substituiert werden
= Körperverletzung nach dem Strafgesetzbuch

Argumente für terminale Dehydratation

- Weniger gastrointestinale Sekretion
 - weniger Erbrechen
 - weniger Aszites
- weniger pulmonale Sekretion mit Husten und Atemnot
- Minimierung von Ödemen
- weniger Urinproduktion - weniger Vorlagenwechsel
 - geringeres Dekubitusrisiko
 - DK seltener notwendig
- relative Hypohydratation führt zum Ansteigen der Konzentration der endogenen Endorphine

Entscheidungshilfen pro und contra Flüssigkeitsgabe

- ❑ Bei möglichen Beschwerden durch Dehydratation
Therapieversuch mit 500 ml Flüssigkeitsgabe pro Tag
über 2 - 3 Tage, wenn kein Erfolg, absetzen!
 - ❑ Meist sind 500 (250) ml bei Sterbenden ausreichend ,
um Symptome zu behandeln
 - ❑ Es gibt keinen Beweis dafür, dass
die Flüssigkeitsgabe die Zeit bis zum Tod verlängert,
aber es treten oft vermehrt Probleme auf
-

Indikation für Flüssigkeitsgabe in der Terminalphase

- Unruhe, Delir, Übelkeit
 - Durstgefühl - Mundtrockenheit????
 - Muskelkrämpfe
 - toxische Medikamentenkonzentrationen
 - Wunsch des Patienten
 - akuter Flüssigkeitsverlust bei ansonsten guter Lebensqualität
 - bei bewusstlosen Patienten Orientierung an
 - Tachycardie, Tachypnoe, Schwitzen, motorische Unruhe
 - im Zweifelsfall Substitutionsversuch
-

Therapieziel?

Indikation?

Einverständnis des Patienten

Regelmäßig überprüfen

Rücksprache mit
dem Team - den Angehörigen

- weniger ist mehr -

Beachte!

lassen ist schwerer als machen!

Therapie eingestellt – danach

- Nachbesprechung im Team?
 - Abschiedsritual?
 - Raum für Abschied der Teammitglieder?
 - Unterstützung erforderlich?
 - wer könnte dies leisten?
 - Unabhängige Beratung in der Entscheidungsfindung/
Nachgespräch
 - Palliativ-medizinisches-Konsil
 - Ethikkomitee/-forum
 - Betreuung für Angehörigen-/Team über die Zeit
 - Seelsorger
 - Gesprächsintervention durch Psychologe/KID
-

Anspruch auf ambulante palliative care (auch für Pflegeheimpatienten)

- ❑ Spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) n. §§37b, 132d SGBV
- ❑ Christophorus Hospizverein München – G. Sattelberger, U. Wohlleben, C. Fuchs
- ❑ 089/130787-10
- ❑ sapv@chv.org
- ❑ Leitung:
Sepp Raischl



Literatur

- Patientenverfügung
<http://www.verwaltung.bayern.de/Gesamtliste-613.1928150/index.htm>.
- "Künstliche Ernährung und Flüssigkeitsversorgung"
<http://www.stmas.de/pflege/pflegeausschuss/kuernleitfaden.pdf>
- "Für ein würdevolles Leben bis zuletzt"
www.chv.org - Download -
- Prof. Dr. med. Georg Marckmann, MPH
PEG-Sondenernährung: Ethische Grundlagen der Entscheidungsfindung
Ärzteblatt Baden-Württemberg 01/2007, S 23 – 27
- Anorexia-cachexia syndrome, European Journal Of Palliative Care, 2005; 12(2) Supplement

Fall- respiratorische Insuffizienz durch rezidivierende Aspirationspneumonie

- ❑ 82 jähriger Pat. mit dementiellem Syndrom sowie progredienter supranukleärer Blickparese
- ❑ Häusliche Versorgung durch Ehefrau und Pflegedienst
- ❑ Ehefrau verbringt Stunden mit "Essenseingabe"
- ❑ Thema "Essen" dominiert *care*
- ❑ Husten bei Aufnahme von geringen Mengen Flüssigkeit

Fall - Anamnese:

- 3 Klinikaufenthalte in letzten 5 Monaten wg. rezidiv. Pneumonie
 - Funktioneller Status sich rasch verschlechternd (nach jedem KH Aufenthalt)
 - Keine Patientenverfügung (PEG-Sonde in Akut-Klinik empfohlen)
-

Fall - Symptome

- Pat. psychomotorisch ruhig, schläfrig, verbale Kommunikation nicht mehr verständlich (ja/nein Schema inadäquat)
 - Nahrungs-/Essensablehnung (Zukneifen des Mundes) bei „Nahrungseingabe“
 - „verschleimt“, Stark hustend nach Flüssigkeitsgabe
-

Fall - Therapieplanung

- Ethische, geriatrische Therapieentscheidung??
 - Symptomkontrolle bei erneutem Pneumonie-Rezidiv
 - Teamaufstellung? (Wo?, Wer, Wieviel??)
-