

JOURNAL FÜR ERNÄHRUNGSMEDIZIN

WURZ U, GISINGER CH, KRANZ A, MERSICH N
PEG-Sonden bei Hochbetagten: Ein Fallbericht

*Journal für Ernährungsmedizin 2001; 3 (3) (Ausgabe für Schweiz)
24-25*

*Journal für Ernährungsmedizin 2001; 3 (3) (Ausgabe für
Österreich), 36-37*

Homepage:

**[www.kup.at/
ernaehrungsmedizin](http://www.kup.at/ernaehrungsmedizin)**

**Online-Datenbank mit
Autoren- und Stichwortsuche**

Mit Nachrichten der



**Erschaffen Sie sich Ihre
ertragreiche grüne Oase in
Ihrem Zuhause oder in Ihrer
Praxis**

Mehr als nur eine Dekoration:

- Sie wollen das Besondere?
- Sie möchten Ihre eigenen Salate,
Kräuter und auch Ihr Gemüse
ernten?
- Frisch, reif, ungespritzt und voller
Geschmack?
- Ohne Vorkenntnisse und ganz
ohne grünen Daumen?

Dann sind Sie hier richtig



PEG-Sonden bei Hochbetagten: ein Fallbericht

U. Wurz, N. Mersich, Ch. Gisinger, A. Kranz

Ernährungsfragen in geriatrischen Langzeiteinrichtungen stellen für das Betreuungsteam immer wieder große Herausforderungen dar. Wie bei vielen Themen wird die Auffassung zur Anlage einer Ernährungssonde kontroversiell beurteilt und Diskussionen oft emotionalisiert. Anhand eines Fallberichtes soll die Frage erörtert werden, inwieweit eine angestrebte Verbesserung der Lebensqualität von dementen Patienten als Entscheidungsgrundlage für die Anlage einer PEG-Sonde gerechtfertigt ist.

Schlüsselwörter: hohes Alter, PEG, Demenz, Ernährung

Topics pertaining to the nutrition of patients needing care in nursing homes, commonly create enormous problems for the nursing staff. Few other issues can split opinions so thoroughly. Views and opinions on nutritional issues can differ widely, and any resulting discussions are generally led in a very emotional manner. Nevertheless, an improvement in the quality of life on the one hand, as well as personal care for the patients, is considered essential by all concerned. J Ernährungsmed 3 (3): 36–37

Key words: elderly, dementia, PEG, nutrition

Die PEG-Sonde (perkutane endoskopische Gastrostomie [1]) ist die Weiterentwicklung der sog. Witzel-Fistel (F. O. Witzel, 1856–1925), die ursprünglich zur Ernährung bei inoperablen Verengungen des oberen Verdauungstraktes, z. B. durch Speiseröhrenkarzinome, unter operativer Darstellung des Magens angelegt wurde (Abb. 1).

Die Technik der PEG etablierte sich in der zweiten Hälfte der 80er Jahre als semiinvasiver Standardeingriff. Somit ist die PEG-Sonde inzwischen grundsätzlich indiziert, wenn eine längerfristige extraorale Zuführung von Flüssigkeit und/oder Nahrung [2] indiziert scheint.

Hinsichtlich der Risiken liegen zahlreiche Berichte [3] vor. Die Rate der schwerwiegenden Komplikationen liegt jedoch unter 1 %, wobei periinterventionelle Folgen wie Ösophagusperforationen, Fehlpunktionen und Blutungen als unmittelbare Folgen anzuführen sind, zumeist liegt aber als postinterventionelle Komplikation eine lokale, beherrschbare Infektion der Insertionsstelle vor. Ernsthafte, durch Manipulationen an der Sonde entstehende Komplikationen sind als Ausnahme zu erachten.



Abbildung 1: PEG-Sonde *in situ*

Kasuistik

Die Aufnahme des Patienten erfolgte im Alter von 90 Jahren. Anamnestisch waren ein St. p. Prostataresektion, ein Myokardinfarkt sowie eine konsekutive chronische Herzinsuffizienz und eine moderate vaskuläre Demenz bekannt.

Da aufgrund sozialer Umstände eine weitere häusliche Betreuung nicht gewährleistet war, gelangte der Patient zur weiteren Betreuung an die hiesige Institution zur Aufnahme. Zuvor war der Patient wegen Harnverhaltens und rezidivierenden Harnwegsinfekten an einer urologischen Abteilung eines Akutkrankenhauses in stationärer Behandlung.

Im klinisch-neurologischen Status präsentierte sich der Patient in altersentsprechendem Allgemeinzustand und Ernährungszustand. Er benötigte für die Verrichtungen des täglichen Lebens nur geringe Hilfestellung. Der Patient lebte sich rasch ein und pflegte gute Sozialkontakte. Auffällig war, daß er der Nahrungsaufnahme großen Stellenwert beimaß.

Im Verlauf des folgenden mehrjährigen Aufenthaltes kam es zu einer progredienten Verschlechterung des Allgemeinzustandes; angebotene Nahrung wurde ausgespuckt. Trotz umfassender fachärztlicher Abklärung konnte kein Hinweis für eine funktionelle Schluckstörung gefunden werden. Eine supportive Therapie mit Psychopharmaka zeigte ebenfalls keinen Erfolg. Aufgrund der konsekutiven katabolen Stoffwechsellage wie auch rezidivierender Dehydratationszustände erfolgte – unter Einbeziehung der Angehörigen – der Entschluß zur Anlage einer PEG-Sonde.

Ständige Manipulation an der PEG-Sonde führte jedoch schließlich zu einer Dislokation in die Tunica muscularis ventriculi, die einer chirurgischen Sanierung bedurfte und die Anlage einer Witzel-Fistel erforderlich machte. Der Patient verstarb ein Jahr später an den Folgen einer Pneumonie ohne Besserung des Gesamtzustandes.

Aus dem Haus der Barmherzigkeit, Wien

Korrespondenzadresse: Dr. med. Ursula Wurz, Haus der Barmherzigkeit, Vinzenzgasse 2–6, A-1180 Wien

E-Mail: ursula.wurz@hdb-wien.at

Diskussion

Aufgrund der vorliegenden Kasuistik stellen sich auszugswise folgende Fragen.

- War die Anlage der PEG-Sonde gerechtfertigt?
- Konnte eine Verbesserung der Lebensqualität erreicht werden?
- Wurde der mutmaßliche Patientenwille berücksichtigt?
- Sollen Angehörige in Entscheidungsfindungen einbezogen werden?
- Darf der demente Patient einer differenzierten Indikationsstellung unterliegen?

Erforderlich erscheint die Erarbeitung von Richtlinien, die als Hilfestellung dienen und unter Berücksichtigung aller Gesichtspunkte die Problematik erfassen. Insbesondere muß die quasi erzwungene Ernährung der uns anvertrauten Patienten hinterfragt werden [4]. Bis dato herrscht in Rechtsprechung und Lehre Konsens dahingehend, daß es bei Anlage einer PEG-Sonde der Einwilligung des Patienten und/oder des gesetzlichen Sachwalters bedarf.

Im konkreten Fall hat also die betreuende Institution zu evaluieren, ob die Maßnahme einer Ernährung durch eine PEG-Sonde für den Patienten den Nutzen mit sich bringt, daß er in einem medizinisch nicht genau festlegbaren Zeitraum infolge ausreichender Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr [5] in einen körperlichen Zustand kommt, der eine Verbesserung der Lebensqualität zur Folge hat [6]. Die Notwendigkeit selbst ist durchaus kritisch und mit Vorbehalt zu prüfen, insbesondere bei Patienten, die durch Erkrankungen kommunikativ eingeschränkt sind; hierbei ist die Demenzerkrankung ganz besonders zu berücksich-

tigen, da hier der mutmaßliche Patientenwille nur schwer objektivierbar ist.

Rezente Studien konnten keine signifikante Besserung der Ernährungssituation sowie des Funktions- und Gesundheitszustandes nach Anlage einer PEG-Sonde bei dementen und unterernährten Patienten nachweisen. Somit stellt sich weiterhin die Frage, wie mit der Ernährungsproblematik solcher Patienten in Langzeitinstitutionen zielgerichtet umgegangen werden soll [7].

Die angeführte Kasuistik beleuchtet exemplarisch das ethische Dilemma bei der Entscheidungsfindung für Ernährungsmaßnahmen bei nicht zustimmungsfähigen geriatrischen Patienten. Schlußfolgernd werden weitere kontrollierte Studien erforderlich sein, die auch die ethische Entscheidungsfindung berücksichtigen.

Literatur:

1. Gauderer MW, Ponsky JL, Izant Jr RJ. Gastrostomy without laparotomy: a percutaneous endoscopic technique. *J Pediatr Surg* 1980; 6: 872–5.
2. Jordan A, Caspary WF, Stein J. Tube feeding in malnutrition. *Z Gerontol Geriatr* 1999; 32 (Suppl 1): 169–174.
3. Nicholson FB, Korman MG, Richardson MA. Percutaneous endoscopic gastrostomy: a review of indications, complications and outcome. *J Gastroenterol Hepatol* 2000; 15: 21–5.
4. Britton JE, Lipscomb G, Mohr PD, Rees WD, Young AC. The use of percutaneous endoscopic gastrostomy (PEG) feeding tubes in patients with neurological disease. *J Neurol* 1997; 244: 431–4.
5. Nair S, Hertan H, Pitchumoni CS. Hypoalbuminemia is a poor predictor of survival after percutaneous endoscopic gastrostomy in elderly patients with dementia. *Am J Gastroenterol* 2000; 95: 133–6.
6. Rabeneck L, Wray NP, Petersen NJ. Long-term outcomes of patients receiving percutaneous endoscopic gastrostomy tubes. *J Gen Intern Med* 1996; 11: 287–93.
7. Rosner F. Guidelines for placement of percutaneous endoscopic gastrostomy tube. *Lancet* 1997; 349: 958.