

JOURNAL FÜR ERNÄHRUNGSMEDIZIN

FASCHING P

Zur Diskussion: PEG-Sonde in der Geriatrie - notwendige Intervention oder unethische Zwangsernährung?

Journal für Ernährungsmedizin 2001; 3 (3) (Ausgabe für Österreich), 38-40

Homepage:

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

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

Mit Nachrichten der



**INTERDISZIPLINÄRES ORGAN FÜR PRÄVENTION UND
THERAPIE VON KRANKHEITEN DURCH ERNÄHRUNG**

Zur Diskussion: PEG-Sonde in der Geriatrie – notwendige Intervention oder unethische Zwangsernährung?

P. Fasching

Aktuelle Reviews und Diskussionsbeiträge haben sich kritisch mit der Sinnhaftigkeit der Verwendung von PEG-Sonden bei (zumeist geriatrischen) Patienten mit hochgradiger Demenz auseinandergesetzt und darauf hingewiesen, daß in dieser Patientengruppe kein Vorteil aus der Sicht des betroffenen Patienten nachweisbar war (z. B. kein längeres Überleben, keine reduzierte Pneumonierate, kein verringertes Aspirationsrisiko). Zudem wurden ethische Einwände einer eventuellen Verlängerung der Finalphase einer Alzheimer-Erkrankung bzw. das Vorenthalten der händischen Essenseingabe aufgeworfen (weniger Zuwendung in der Pflege, kein Geschmackserlebnis).

In großen Querschnittsuntersuchungen Hochbetagter erscheinen jedoch lediglich 20 % der über 80jährigen und 30 % der über 90jährigen dementiell eingeschränkt. Es ist daher eindringlich vor einem generellen infusions- und ernährungstherapeutischen Nihilismus bei der Behandlung älterer und hochbetagter Patienten zu warnen, da gesichertes Wissen zur veränderten Nierenfunktion, zu (häufig auch iatrogen mitverursachten) Störungen des Flüssigkeitshaushaltes und zum therapeutisch gut beeinflussbaren Kalzium- und Knochenstoffwechsel im Alter vorliegt. In diesen Bereichen sind klare Kriterien für „state-of-the-art“ und „Regeln der ärztlichen Kunst“ zu definieren, welche auch aus forensischer Sicht relevant sind. In Grenzbereichen des ärztlichen Handelns, wie bei der palliativen Behandlung dementer PatientInnen im fortgeschrittenen Stadium oder in der Finalphase, wird die „evidence-based-medicine“ aber zunehmend durch eine ethisch-basierte Betrachtungsweise und empathische Haltung des Betreuungsteams zum Patienten und seines sozialen Umfeldes ersetzt.

Die Indikationsstellung zur PEG-Sonde beim geriatrischen Patienten ist daher individuell unter spezieller Berücksichtigung seiner Gesamtsituation und seines (mutmaßlichen) Willens unter Einbindung der Angehörigen zu stellen. Aufgrund der Komplikationsarmut des Eingriffes wird die Prozedur juristisch (im allgemeinen) als „gering invasiv“ eingestuft, wodurch in der Regel bei gestellter Indikation die einfache Zustimmung des gesetzlich eingesetzten Sachwalters ausreicht, falls der Patient selbst nicht entscheiden kann.

Schlüsselwörter: PEG-Sonde, enterale Ernährung, Geriatrie, Morbus Alzheimer, Demenz

Recently, several reviews of the literature have questioned benefits of PEG-tube feeding in patients with end-stage dementia. Even iatrogen harm was postulated by inserting PEGs in most cases of geriatric patients with Alzheimer's disease and ethical concern was raised for using this procedure routinely in long-term care of this special group. Thus, decision for tube feeding in these patients has to be critically evaluated on an individual basis considering the patient's presumable wish, his/her quality of life, his/her prospects and prognosis and his/her social environment until more scientific evidence is available for general guidelines. **J Ernährungsm 3 (3): 38–40**

Key words: PEG, tube feeding, enteral nutrition, geriatrics, Alzheimer's disease, dementia

In der vorliegenden Ausgabe des Journals für Ernährungsmedizin finden sich 3 Beiträge zum Einsatz von PEG-Ernährungssonden (perkutane endoskopische Gastrostomie-Sonden) in der Geriatrie. G. Wense beschäftigt sich mit „Tips zur praktischen Durchführung“, E. Rappold berichtet über persönliche Erfahrungen bei der Verwendung der PEG-Sonde bei hochbetagten Patienten mit fortgeschrittener Alzheimer-Erkrankung, U. Wurz und Mitarbeiter stellen die Problematik anhand eines realen Fallberichtes aus dem Bereich der institutionalisierten Langzeitbetreuung dar.

Die perkutane endoskopische Gastrostomie (PEG) wurde 1980 erstmals durch Gauderer et al. [1] beschrieben und anschließend mehrfach modifiziert und verbessert. Laut einer deutschsprachigen Publikation zu den „Richtlinien für die Anlage einer perkutanen endoskopischen Gastrostomie (PEG-Sonde)“ wird von Löser festgestellt, daß die „Versorgung einer PEG-Sonde eine kostengünstige, komplikationsarme und einfach handhabbare Möglichkeit zur Aufrechterhaltung einer enteralen Ernährung bei Patienten mit inadäquater oraler Nahrungsaufnahme darstellt“ [2]. Bei den Indikationen wird als Ziel einer enteralen Sondenernährung die Vermeidung von Gewichtsverlust und konsekutiver Reduktion der Lebensqualität bei Patienten mit inadäquater oraler Nahrungsaufnahme genannt. Unter den neurologischen Erkrankungen werden Hirntumore, Schädel-Hirntrauma, Z. n. Apoplex, apallisches Syndrom und potentiell reversible und irreversible Schluckstörungen genannt. Nicht direkt angesprochen sind in dieser Aufzählung Patienten mit hochgradiger Demenz im Endstadium, bei de-

nen eine spontane perorale Nahrungsaufnahme abnimmt und damit die Vermeidung von Kachexie oft unmöglich wird.

Gerade diese Gruppe hochbetagter Menschen ist es aber, welche derzeit einen beträchtlichen Anteil der mit PEG-Sonden versorgten Patienten darstellt. Aufgrund der guten Verfügbarkeit von Endoskopieeinheiten und der technisch zumeist einfachen Durchführung des Eingriffes wird die Entscheidung zur PEG-Sonde erleichtert. So erscheint für den betreuenden Arzt die Entscheidung zugunsten der Einleitung einer enteralen Ernährung auf vielen Ebenen einfacher als jene dagegen.

Fraglicher Nutzen der PEG-Sonde bei geriatrischen PatientInnen mit Demenz

Mehrere rezente Literaturübersichten und Kommentare versuchten die Fragen zu klären, ob enterale Sondenernährung (nasogastrale oder PEG-Sonden) bei hochbetagten Patienten mit Alzheimer-Demenz Aspirationspneumonien verringern, das Überleben verlängern, das Risiko von Druckulzera oder Infektionen senken, die Körperfunktionen verbessern oder bessere palliative Betreuung bieten kann [3–8].

Zur großen Ernüchterung kamen alle Publikationen zum Schluß, daß in keiner dieser angesprochenen Fragestellungen der Einsatz von enteraler Ernährung einen gesi-

Aus der Internen Abteilung, Geriatriezentrum Baumgarten

Korrespondenzadresse: Prim. Univ.-Doz. Dr. med. Peter Fasching, 3. Interne Abteilung, Geriatriezentrum Baumgarten, A-1140 Wien, Hütteldorferstraße 188; E-Mail: peter.fasching@pbg.magwien.gv.at

cherten Vorteil für die betroffenen Patienten bot (Tabelle 1). Manche Patientengruppen schnitten mit enteraler Ernährung sogar schlechter ab als jene, denen die Nahrung weiterhin per Hand eingegeben wurde.

Natürlich muß eingeräumt werden, daß unter all den ausgewerteten Studien keine einzige randomisierte prospektive Studie vorlag. Als Kriterium für die „wissenschaftliche Rechtfertigung“ einer Therapie oder Intervention bei einer bestimmten Diagnose wird aber in Zeiten der strikten „evidence-based medicine“ das Vorliegen prospektiver, randomisierter Therapiestudien erachtet, die eine Überlegenheit eines „interventionellen“ Therapiearms gegenüber einem „konventionellen“ Therapiearm zeigen. Die bloße Beobachtung der Tatsache, daß Patienten mit geringerer täglicher Kalorienzufuhr im Spital mehr Komplikationen erleiden oder früher sterben als normokalorisch ernährte Kontrollen, beweist noch nicht schlüssig den postulierten positiven Effekt einer intensivierten Ernährungstherapie, da diese Patienten zumeist einen deutlich schlechteren klinischen Gesamtstatus aufweisen als die Vergleichsgruppe.

Obwohl nun gerade in den letzten Jahren wiederholt auf die Problematik einer Mangelernährung im Alter und deren ungünstige Konsequenzen hingewiesen wurde [9, 10] und auch Querschnittsuntersuchungen bei hospitalisierten Patienten den Zusammenhang zwischen kalorischer Unterversorgung und schlechtem Behandlungsergebnis unterstreichen [11], sind prospektiv, randomisierte Studien zum Effekt einer „intensivierten Ernährungstherapie“ (auch zum frühen Einsatz von PEG-Sonden) bei älteren hospitalisierten PatientInnen oder chronisch kranken Menschen in Langzeitbetreuung noch ausständig.

Ethische Überlegungen zum Einsatz einer PEG-Sonde in der Geriatrie

Auch wenn die moderne medizinische Wissenschaft an der Jahrtausendwende kaum einen weißen Fleck auf der sonst von Tausenden und Abertausenden prospektiven, randomisierten Studien durchsetzten Karte hinterlassen hat, wird diese spezielle Problematik anscheinend gemieden. Ein Grund mag darin liegen, daß diese Fragestellung Grenzbereiche der menschlichen Existenz berührt, in welche auch die Medizin nicht allzu gerne vordringt.

Das Darreichen von Speisen und die Nahrungsaufnahme repräsentieren Grundpfeiler des menschlichen Soziallebens, die vom stillenden Säugling bis zum pflegebedürftigen Greis reichen, welche beide von Angehörigen und nahestehenden Menschen mit Nahrung versorgt werden.

Vorenthalten oder Entzug von Nahrung bedeutet Verwahrlosung, Lieblosigkeit und „Verhungernlassen“. Darin mag nun der tiefe Grund liegen, weswegen es zu dieser

oder ähnlich gelagerten Fragestellungen (z. B. Flüssigkeitszufuhr bei Sterbenden) keine aussagekräftigen Studien gibt. Der verantwortungsbewußte Arzt (und Mensch) hat sich aber auch in diesen Situationen kritisch zu fragen, ob die von ihm veranlaßten Maßnahmen zum Wohle des Betroffenen sind, oder ob dem Patienten eine Unterlassung nicht vielleicht mehr Nutzen und Wohlbefinden gebracht hätte. Das ethische Dilemma dieser Problematik wurde vor kurzer Zeit in einer Übersicht und in einem Editorial in der „Wiener Klinischen Wochenschrift“ [12, 13] behandelt. Nahrungsverweigerung oder die Unmöglichkeit einer adäquaten Nahrungsaufnahme bei Alzheimerpatienten im Endstadium stellen vielleicht Zeichen für die Vorbereitung des Organismus auf das Sterben dar. Keiner von uns Nichtbetroffenen kann sich vorstellen, wie sich der betreute Mensch in dieser Lage fühlt. Eine bloße Übertragung der Gefühle gesunder Menschen (Ich habe Hunger! Ich habe Durst!) ist nicht zulässig. Besonders hingewiesen wird in den einschlägigen Diskussionsbeiträgen und Übersichten [3–8] darauf, daß in der Langzeitbetreuung hochgradig dementer Menschen eine Ernährung mittels PEG-Sonde viel einfacher praktizierbar und deutlich weniger personalintensiv ist als händisches Nahrungreichen. Geht man davon aus, daß „Essen“ zum menschenwürdigen Leben dazugehört, so wird damit in erster Linie das Erleben von Geschmack durch die orale Nahrungsaufnahme gemeint, welche durch sorgfältige Speisenszubereitung und liebevolles Füttern möglich wird, nicht aber durch passive Verabreichung von „Astronautenkost“ über Magen- oder Jejunalsonde.

Da das sukzessive Einstellen der Nahrungsaufnahme im Rahmen des Endstadiums der Demenz vom Alzheimertyp nicht die Ursache des Sterbens, sondern einer seiner Begleitumstände sein dürfte, erscheint es ethisch eher geboten, dem betroffenen Menschen und seinen Angehörigen in dieser Situation liebevolle Zuwendung (auch im Sinne einer adäquaten händischen Nahrungseingabe) anzubieten, als reflexartig den vielleicht momentan einfacheren Weg einer Ernährung per Sonde vorzuziehen.

Die Hauptursache für die Unsicherheit der betreuenden Personen und die damit verbundenen Mißverständnisse auf seiten der Angehörigen liegen in einer fehlenden oder mangelhaften Auseinandersetzung unserer Gesellschaft (inklusive Medizin, Politik und Medien) mit dem Sterben und dem Tod. Während in den letzten Jahren aufgrund der Zunahme der Lebenserwartung die Sterbefälle sukzessive abnahmen, ist in den ersten 50 Jahren des nächsten Jahrtausends mit einer drastischen Zunahme von Sterbefällen zu rechnen, die mit dem Ansteigen des Durchschnittsalters der Bevölkerung zu erklären ist. So wird sich in den nächsten 30 Jahren die Gruppe der über 85jährigen annähernd versiebenfachen, die Gruppe der über 100jährigen verfünffachen. Der Umgang mit hochbetagten, teils dementen und sterbenden Menschen wird uns alle in Zukunft intensiv betreffen. Das Akzeptieren des Sterbens als unumstößliches Ereignis eines endlichen Lebens und damit auch ein kritisches Hinterfragen invasiver medizinischer Interventionen in bestimmten Lebenssituationen wird Teil dieses schmerzlichen gesellschaftlichen Lernprozesses sein. Dies erfordert auch einen Paradigmenwechsel von der aktuellen Vorstellung der „Allmacht der modernen Medizin“ hin zu einem Akzeptieren biologischer Grenzen menschlichen Lebens und von der steten, simplifizierten Forderung nach „allem technisch Machbaren“ hin zu einer empathischen Auseinandersetzung mit dem betroffenen Individuum und sei-

Tabelle 1: Konsequenzen der PEG-Sonde beim hochgradig dementen geriatrischen Patienten [3–8]

1. Kein gesicherter Vorteil im Überleben (Mortalität)
2. Kein Vorteil in der Aspirationsprophylaxe
3. Keine Verhinderung von Pneumonien (Infektionen)
4. Keine Verhinderung von Dekubitus
5. Kein Nachweis einer Verbesserung der Lebensqualität
6. Vermehrtes Auftreten sondenassoziiierter Komplikationen
7. Eventuell weniger Pflegezuwendung
8. Erhöhter Bedarf nach freiheitsbeschränkenden Maßnahmen und Sedierung

nem sozialen Umfeld. Die aktuelle Diskussion über „aktive“ oder „passive“ Euthanasie (Tötung auf Verlangen oder Beihilfe bei der Selbsttötung) geht an dieser Problematik, die in den nächsten Jahren ungleich größere Dimensionen erreichen wird, völlig vorbei.

Gesicherte Indikationen einer PEG-Sonde bei älteren und betagten PatientInnen

Keinesfalls sollen diese Gedanken jedoch jemanden hindern, im Rahmen einer Akuterkrankung (z. B. nach Insult) die Indikation zur PEG-Sonde zu stellen, da auch bei hochbetagten Patienten in dieser Situation der weitere Verlauf nicht abschätzbar ist. Indikationen, welche beim jüngeren Patienten gestellt werden, sind prinzipiell auch beim älteren und hochbetagten Patienten gerechtfertigt (z. B. Schluckstörungen nach Insulten und Traumen, bei neuromuskulärer Degeneration, bei [malignen] Erkrankungen des Oropharynx und der Speiseröhre usw.), um eine ausreichende enterale Flüssigkeits- und Nahrungszufuhr zu gewährleisten. Bei entsprechender Rehabilitation ist es häufig möglich, die PEG-Sonde später wieder zu entfernen und den Patienten auf oralem Wege zu ernähren. Hier erscheint der Einsatz der PEG-Sonde sicherlich als geeignetes und notwendiges Mittel, um einen raschen Muskelabbau im Sinne von Proteinkatabolismus bei Malnutrition zu verhindern, der sich negativ auf eine spätere Rehabilitation auswirken würde. Wie sehr oft in der Geriatrie, kann auch hier die individuell auf die Gesamtsituation des Patienten abgestimmte ärztliche Therapieent-

Tabelle 2: Praktische Überlegungen zum Einsatz der PEG-Sonde in der Geriatrie

1. Indikationsstellung zur PEG individuell durchleuchten! (Berücksichtigung der Komorbidität, Diskussion im sozialen Umfeld zur Abschätzung des mutmaßlichen Patientenwillens, Aufklärung und Gespräch mit gesetzlich bestimmtem Sachwalter und Angehörigen)
2. Beobachtung des Patienten und Berücksichtigung der Konsequenzen der PEG für dessen Wohlbefinden und Lebensqualität (Notwendigkeit freiheitsbeschränkender Maßnahmen und Sedierung; wiederholte Aspiration?)
3. Alternativen bei der Essenseingabe erwägen („Saugflasche“, Flüssigkeitsverdicker), nach HNO-fachärztlicher Abklärung bzw. logopädischer Begutachtung bei Schluckstörungen (Dysphagie)
4. Bei Besserung des Allgemeinzustandes Einleitung eines stufenweise aufbauenden „Schluck- und Eßtrainings“ im interdisziplinären Teamansatz (Pflege, MTD, Arzt).
5. Kontinuierliche Überprüfung der klinischen Notwendigkeit der PEG-Sonde und gegebenenfalls Veranlassung deren Entfernung

scheidung nicht zwanglos durch Kochrezepte oder verallgemeinerte „Guidelines“ ersetzt werden. Einige praktische Überlegungen zum Einsatz der PEG-Sonde beim geriatrischen Patienten sind in Tabelle 2 zusammengefaßt.

Schlußfolgerung

Beim derzeitigen Stand des Wissens nach Kriterien der „evidence-based medicine“ ist die Indikation zur PEG-Sonde beim hochgradig dementen geriatrischen Patienten kritisch und unter Einbindung des sozialen Umfeldes zu stellen.

Gesicherte Indikationen zur PEG-Sonde (z. B. Schluckstörung nach Insult) gelten jedoch ohne Einschränkung auch für den hochbetagten (geriatrischen) Patienten unter Berücksichtigung seiner individuellen Gesamtsituation.

(Medizin-)Ethische Überlegungen haben in jedem Fall spezielle Berücksichtigung zu finden.

Literatur:

1. Gauderer MWL, Ponsky JL, Izant RJ. Gastrostomy without laparotomy: a percutaneous endoscopic technique. *J Paediatr Surg* 1980; 15: 872–5.
2. Löser C. Richtlinien für die Anlage einer perkutanen endoskopischen Gastrostomie (PEG-Sonde). *Akt Ernähr Med* 1996; 21: 203–7.
3. Finucane TE, Christmas C, Travis K. Tube feeding in patients with advanced dementia. A review of evidence. *JAMA* 1999; 282: 1365–70.
4. McCann R. Lack of evidence about tube-feeding-food for thought (editorial). *JAMA* 1999; 282: 1380–1.
5. Cefalu CA. Appropriate dysphagia evaluation and management of the nursing home patient with dementia. *Ann Long-Term Care* 1999; 7: 447–51.
6. European Commission General Direction V. Is tube feeding useful in dementia? *European Health Promotion Program on Nutrition and Alzheimer's Disease. Newsletter* 1999; 3: 1.
7. Gillick MR. Rethinking the role of tube feeding in patients with advanced dementia (sounding board). *N Engl J Med* 2000; 342: 2206–10.
8. Post SG. Tube feeding and advanced progressive dementia. *Hasting Center Report. January–February* 2001; 36–42.
9. Lesourd BM. Nutrition and immunity in the elderly: modification of immune responses with nutritional treatments. *Am J Clin Nutrition* 1997; 66: 478–84.
10. Verdery RB. Failure to thrive in older people. *J Nutrition Health Aging* 1998; 2: 69–72.
11. Sullivan DH, Sun S, Walls RC. Protein-energy undernutrition among elderly hospitalized patients. *JAMA* 1999; 281: 2013–9.
12. MacFie J. Ethics and nutrition. *Wien Klin Wochenschr* 1997; 109/21: 850–7.
13. Loewy EH. Ethics, nutrition and society: where do we stand today? *Wien Klin Wochenschr* 1997; 109/24: 964–7.