

Nahrungsverweigerung bei Demenz

Dr. med. Susanne Gretzinger M.A.

Leitung Palliativmedizin,
Ernährungsmedizin

St. Joseph-Stift Dresden

Fakten

- 10 Millionen Patienten mit Diabetes mellitus Typ II
- 60% der deutschen Männer sind übergewichtig
- Jeder 3. Patient hat eine Lebensstil-induzierte Erkrankung
- Im Jahr 2030 sind 1/3 der Deutschen über 65 Jahre alt

Fachliche Fragen

- Wo beginnt das Risiko für Nahrungs- und Flüssigkeitsmangel?
- Gründe für eine geringe Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme
- Gründe für einen erhöhten Flüssigkeitsbedarf/-verlust
- Welchen Nutzen hat die PEG bei dementen Patienten und welche Alternativen existieren?
- Ist die subkutane Infusion die Lösung des Problems?
- Welche ethischen Fragestellungen ergeben sich daraus?

Spannungsfeld

- Sollen wir ihn/sie (den Pat.) verhungern/verdursten lassen?
- Etwas müssen wir tun
- Die Infusion/PEG ist etwas, was wir tun können
- Ernährung ist ein Grundbedürfnis und darf nicht zur Disposition gestellt werden
- Das ist ja aktive Sterbehilfe

Fragen

- **Für wen** ist es wichtig, daß die Ernährung durchgeführt wird?
- Von welchen Patienten reden wir?
 - Grunderkrankung-Krankheitsstadium
 - Initiale/ Terminale Krankheitsphase
 - Alt/jung Lebensqualität
 - Lebensbasis, Grundbezug, Wünsche des Pat.

Was ist Ernährung

- Grundbedürfnis
- Grundpflege



- Dann darf Ernährung nicht zur Disposition gestellt werden

- Therapie
- Prävention



- Dann muß Ernährung reflektiert werden und nicht zwangsläufig durchgeführt werden

- Eine frühzeitige ernährungsmedizinische Betreuung hilft den Verlust der Lebensqualität zu verringern, vermeidet Krankenhausaufenthalte und Komplikationen und ermöglicht eine Betreuung zu Hause bzw. in der Pflegeeinrichtung.

- Patienten, die nicht in der Lage sind an einer Entscheidung für oder gegen eine bestimmte Ernährungstherapie mitzuwirken, weil sie dauerhaft komatös oder somnolent sind, sollten keine Ernährungstherapie erhalten
- Patienten in der Terminalphase sollten keine Ernährungstherapie erhalten
- Dafür gibt es weder einen medizinischen noch ethischen Grund

Zentraler Grundsatz

- Existieren Hinweise auf Symptome wie Hunger oder Durst muß Ernährungstherapie erfolgen
 - Dies kann zunächst versuchsweise erfolgen

Schwerkranke Patienten

Mc Cann et al. JAMA 272 1994

- 64% der Pat haben nie Hunger
- 34% der Pat haben weder Hunger noch Durst
- 100% der Pat sind symptomfrei mit geringen Mengen an Flüssigkeit oder Nahrung

- Aber
- Voraussetzung ist eine adäquate und optimale Mundpflege

- Paskan et.al. Arch Int Med 2005 165
- Sanders et.al. Clin Med 2004 4
- Scott et.al. Am J Gastroenterol 2003 100
- Casarett et.al. NEJM 2005 353
- Ganzini et.al. NEJM 2003

- Loss J, Eichhorn C, Nagel E. Ethische Aspekte der ernährungsmedizinischen Versorgung. *Aktuel Ernaehr Med* (2004) 29:329-333
- Kolb G. Rechtliche und ethische Aspekte der Sondenernährung älterer Patienten mit fortgeschrittener Demenz. *Euro J Ger* (2001) 3:7-12

Warum trinken/essen demente Menschen wenig ?

- Durst-/ Hungergefühl
- Vergesslichkeit
- Mobilität
- Vermeidung „unnötiger“ Toilettengänge
- Unachtsamkeit der pflegenden Umgebung

Big Seven

- Medikamenten-NW (PRISCUS-Liste potenziell inadäquater Medikation für ältere Menschen) Interaktionen
- Exsikkose
- Infektionen
- Dekompensation einer Herzinsuffizienz
- Obstipation, Koprostase
- Post operationem
- Cerebrale Ischämie

Big seven = sieben häufige Ursachen für akute AZ-Verschlechterung im Alter. Nach: Caird FI, Judge TG. Assessment of the elderly patient. 2nd ed., Pitman Medical.

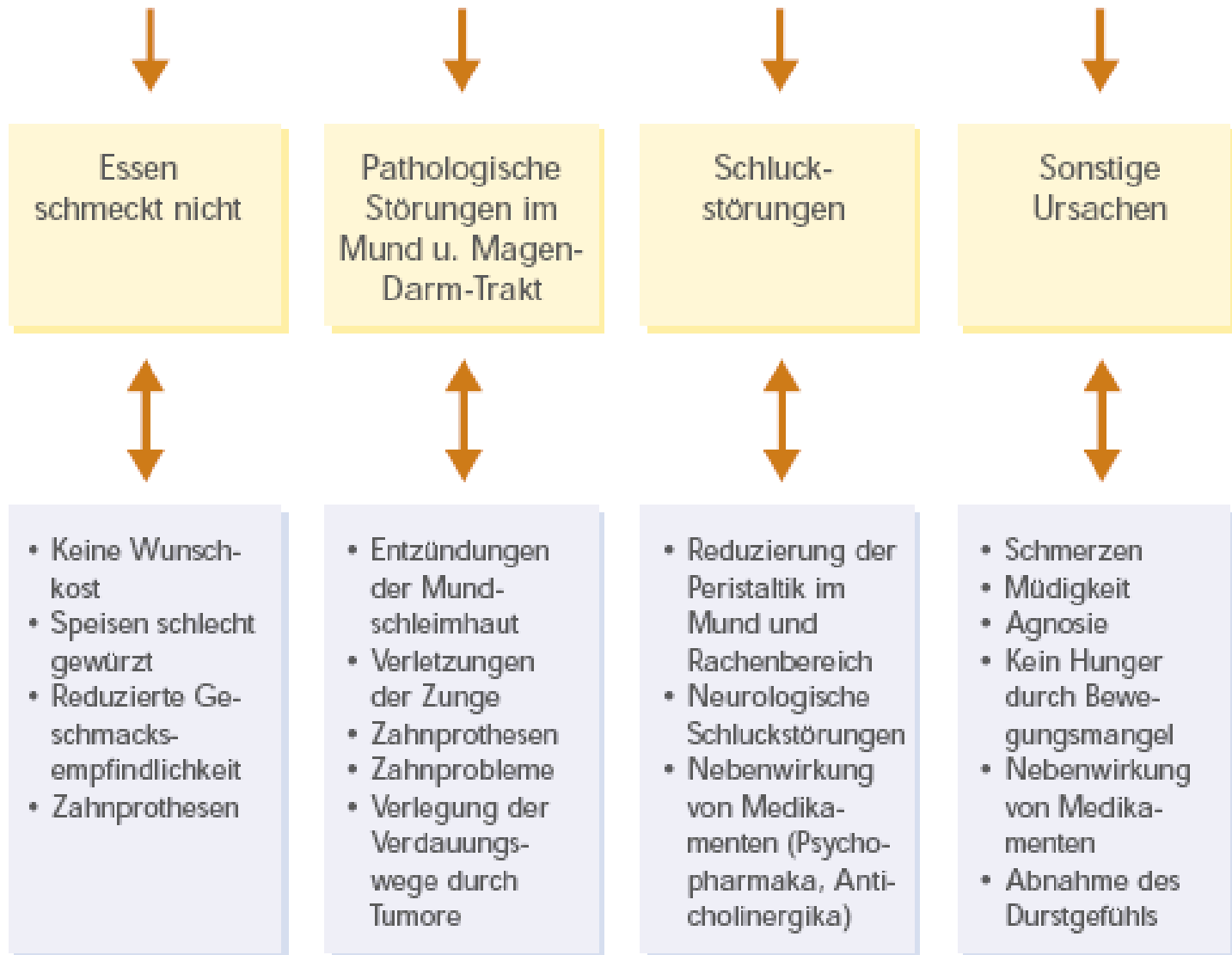
Gründe für einen erhöhten Flüssigkeitsbedarf

- Fieber
- anhaltendes Erbrechen
- starke Durchfälle
- starkes Schwitzen (Tumor, Sommerhitze etc.)
- hohe Kochsalzaufnahme, Diabet. Mell.
- hohe Proteinzufuhr
- Dekubitus/große offene Wunden

Beurteilung der Flüssigkeitsversorgung

- PEMU Screening und Assessmentbogen
- **klinische Zeichen** – z.B. dunkler Urin, trockene Schleimhäute etc.
- Laborparameter zur Beurteilung

Körperliche Ursachen „Nahrungsverweigerung“



Seelische Ursachen

- Heimweh
- Unangenehme Umgebung
- Depression
- Aggression
- Angst
- Wahnvorstellungen
- Zusammenfassend Ursachen nach S. Borker

TO PEG.....

..... or not to PEG?

Is that the question?

Alternative: SC. Infusion

- Wohin?
=> Flanke, Oberschenkel, zwischen Schulterblättern
- Wie rasch?
=> 1 l in 4-6 Stunden (1 Tropfen pro Sekunde)
- Was?
=> Ringer-Lösung, Ringer/Glucose 5%, Tutofusin®

Alternative: SC. Infusion

- 92% der Schwellungen sind nach 16 Stunden resorbiert
- 97% beschwerdefrei
- 96% Zustimmung zu nochmaliger Infusion
- ca. 45.000 Infusionen
 - 0,3 % Druckgefühl
 - 0 % ernste Komplikationen

Stufentherapie bei Mangelernährung

- **Stufe I** Evaluation und konsequente Therapie der individuellen Ursachen
- **Stufe II** Ernährungsberatung und – modifikation, intensivisierte Betreuung
- **Stufe III** Wunschkost und etablierte Allgemeinmaßnahmen, Einsatz von Hilfsmitteln (z.B. Maltodextrin, Eiweißkonzentrate)
- **Stufe IV** Trink- und Zusatznahrung (Getränke, Suppen, Joghurts)
- **Stufe V** Supportive künstliche Ernährung (z.B. PEG)

Summary of a systematic review on oral nutritional supplement use in the community

R. Stratton et al Metaanalyse Proc Nutr Soc. 2000;59(3):469-76

- Odds ratio
- Ernährungsstatus 0,65
- Komplikationen 0,40
- Mortalität 0,59

PEG

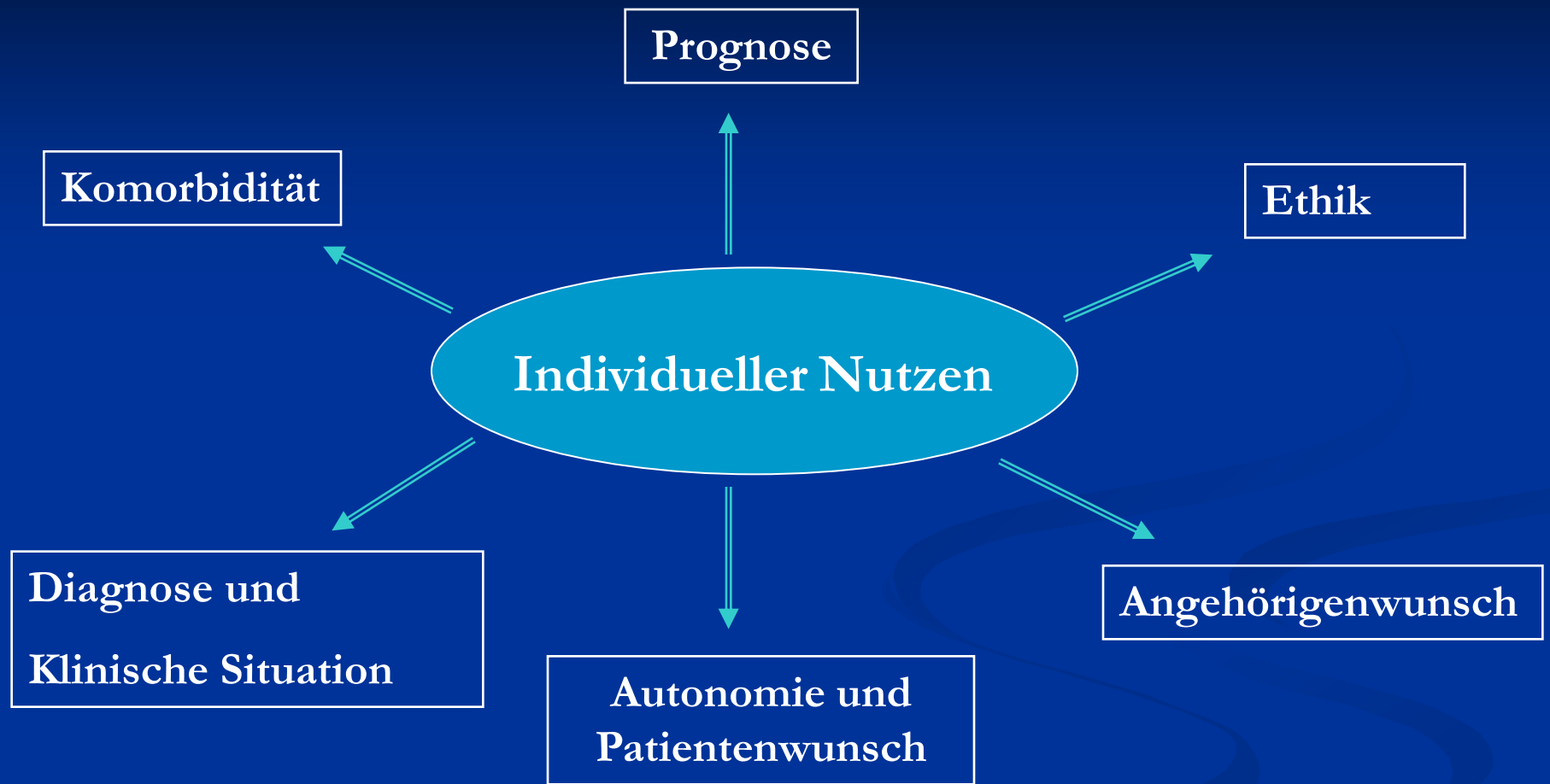
Methode, Technik
Nachsorge und Pflege



etablierte Richtlinien
und Standards

Zentrale Frage heute:

Medizinische Indikation und ethische Grenzen



Nutzen - Mißbrauch

Nie essen

oder

PEG

■ PEG nur zusätzliche Nahrung

Füttern per Hand

PEG-Sonde

Menschliche Solidarität

Zweckmäßig (Kosten,
Zeit, Personal)

Zuwendung

Ausgrenzung

Verlust pflegerischer
Zuwendung

- Legen einer PEG bedarf einer klaren medizinische Indikation entsprechend Leitlinie
(ESPN Clin Nutr 24 (2005))
- Die PEG ist KEINE TERMINALE MASSNAHME bei Patienten mit infauster Prognose und KEINE SYMBOLISCHE HANDLUNG

Grenzfall – was tun?

- Limitierter Behandlungsversuch (z. B. Nasogastrale Sonde, s.c. Infusion)
- Ethikkommtitee



- möglichst frühzeitig mit den potentiell Betroffenen sprechen

- Ältere und fortschreitend demente Patienten profitieren eher nicht von einer PEG
- Ethische Grundüberzeugung
- Indikation nur bei Symptomminderung
(Hunger, Durst, Aspiration, Wohlbefinden)

- kritisch
- individuell
- zurückhaltend

mit der Indikation umgehen

Das PEG-Dilemma

- Heime wünschen/fordern die PEG
 - Oft auf Druck von außen
- Ärzte veranlassen und legen die PEG
- Indikationsstellung und Anlage erfolgen in der Regel durch verschiedene Ärzte (Auftragsarbeit)
- Unkenntnis von medizinischer *und* ethischer Indikation (differenzierter Einsatz)

Das PEG-Dilemma

- Klinisch relevante Studien fehlen zu kritischen Indikationsgebieten
- PEG-Sonden werden zu spät gelegt und die Ernährung darunter ist oft ungenügend

Das PEG-Dilemma



Frühzeitig daran denken

Rechtzeitig ansprechen

Medizinisch- ethische Indikation nach
individueller Abwägung