Freiwilliger Verzicht auf Essen und Trinken versus (unfreiwillige) künstliche Ernährung

Ambulantes Ethikkomitee, Bezirksärztekammer Mainz, 1.10. 2024

Indikation und fragwürdige Indikation

Zur künstlichen Ernährung

Prof. Dr. Roland Hardt

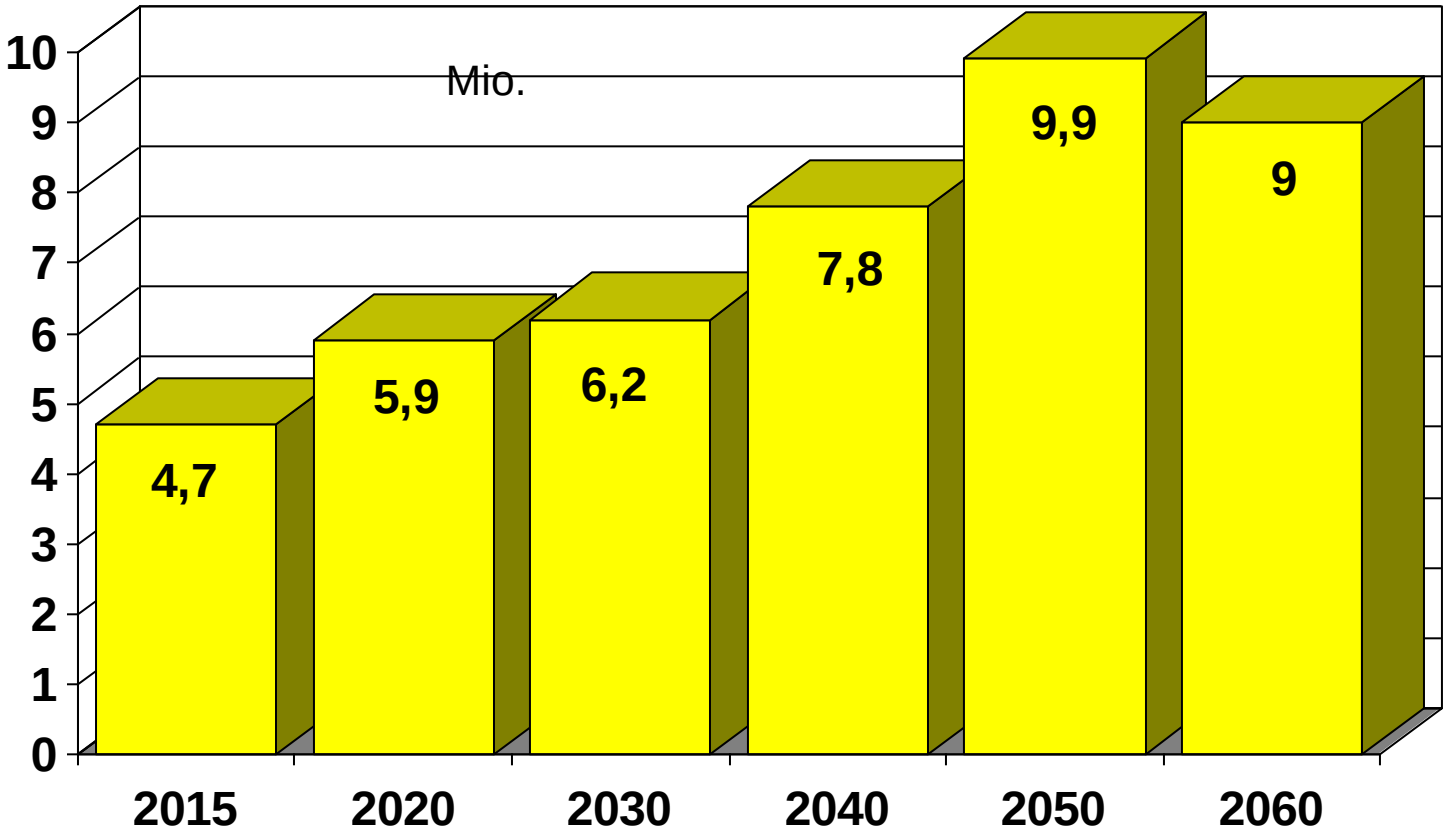
Zentrum für Allgemeinmedizin und Geriatrie

-Abteilung Geriatrie-

Universitätsmedizin Mainz

Einwohner 80J und älter in Deutschland

Ergebnisse der 13. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung



Stat. Bundesamt (Destatis) 2018 - aktualisierte Variante 2-A (Basis 2015)

Weight Change in Old Age and its Association with Mortalitiy

- 4714 community-dwelling older adults > 65 y
- weight gain or loss of 5 % in a 3 year period

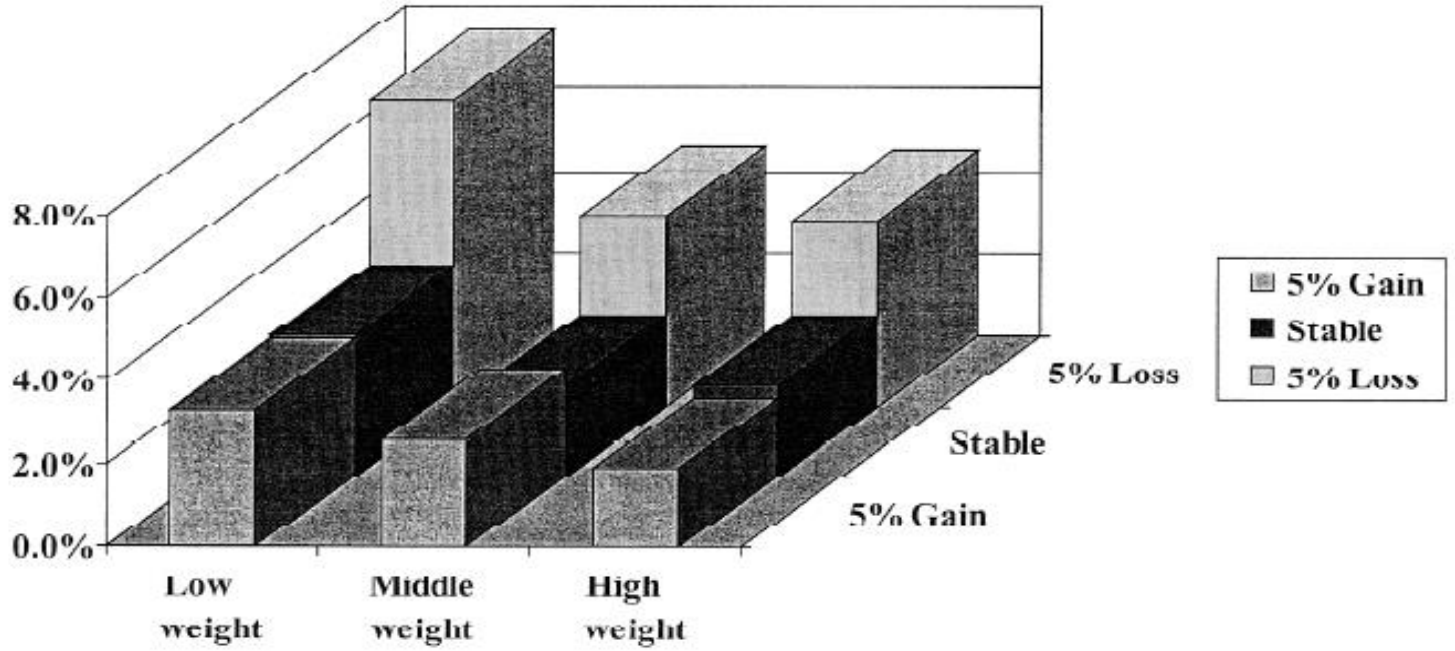
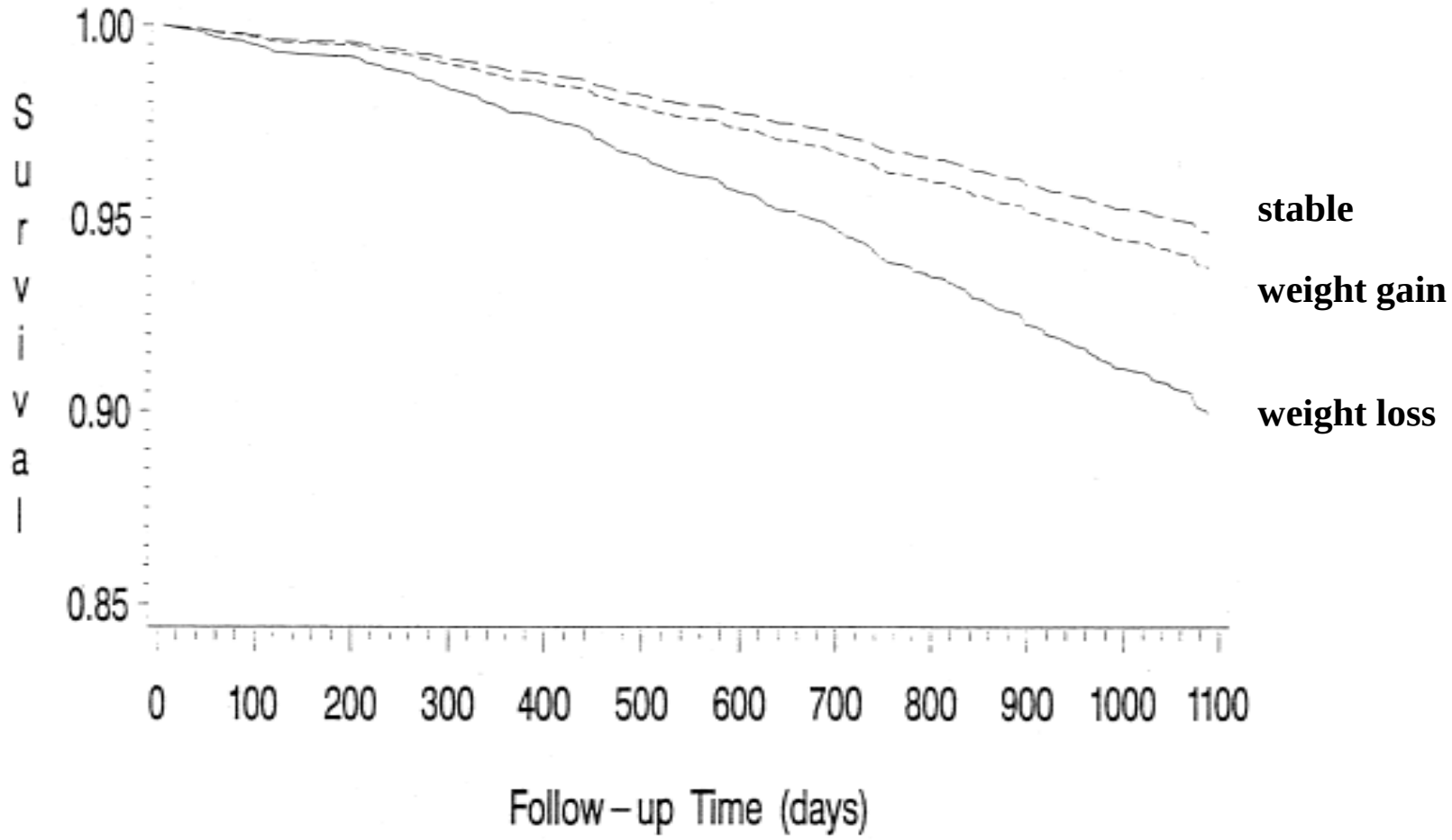


Figure 3. Mortality rates by weight change and baseline weight tertile.

Newman AB et al. (2001) J Am Geriatr Soc 49: 1309-1318

Weight Change in Old Age and its Association with Mortalitiy



Newman AB et al. (2001) J Am Geriatr Soc 49: 1309-1318

Deutsche Definition - DGEM-Leitlinie

Fehlernährung

1. Unterernährung
2. Mangelernährung
    1. Krankheits-assoziierter Gewichtsverlust
    2. Eiweißmangel
    3. Spezifischer Nährstoffmangel

Deutsche Definition - DGEM-Leitlinie

1. **Unterernährung:**

→ verminderte Fettmasse

BMI < 18,5 kg/m^2 (Erwachsene)

BMI < 20,0 kg/m^2 (Senioren)

Deutsche Definition - DGEM-Leitlinie

2. Mangelernährung

1. Krankheits-assoziierter Gewichtsverlust:

→ signifikanter Gewichtsverlust mit Krankheitsaktivität

> 5 % in 3 Monaten

> 10 % in 6 Monaten

Deutsche Definition - DGEM-Leitlinie

2. Mangelernährung

2. Eiweißmangel

→ verminderte Eiweißmasse

verminderte Muskelmasse

Deutsche Definition - DGEM-Leitlinie

2. Mangelernährung

3. Spezifischer Nährstoffmangel

→ Mangel essentieller Nährstoffe

(Wasser, Vitamine, Mineralien, Spurenelemente, essentielle Fettsäuren)

Mangelernährung

- ist die häufigste Komorbidität im Alter.
- verlängert den Krankenhausaufenthalt.
- erhöht die Komplikationsrate.
- geht mit einer hohen Mortalität einher.
- verursacht hohe Kosten im Gesundheitswesen. (1)

(1) Tucker et al. (1996), Nutr Reviews

Energie- und Flüssigkeitsbedarf im Alter

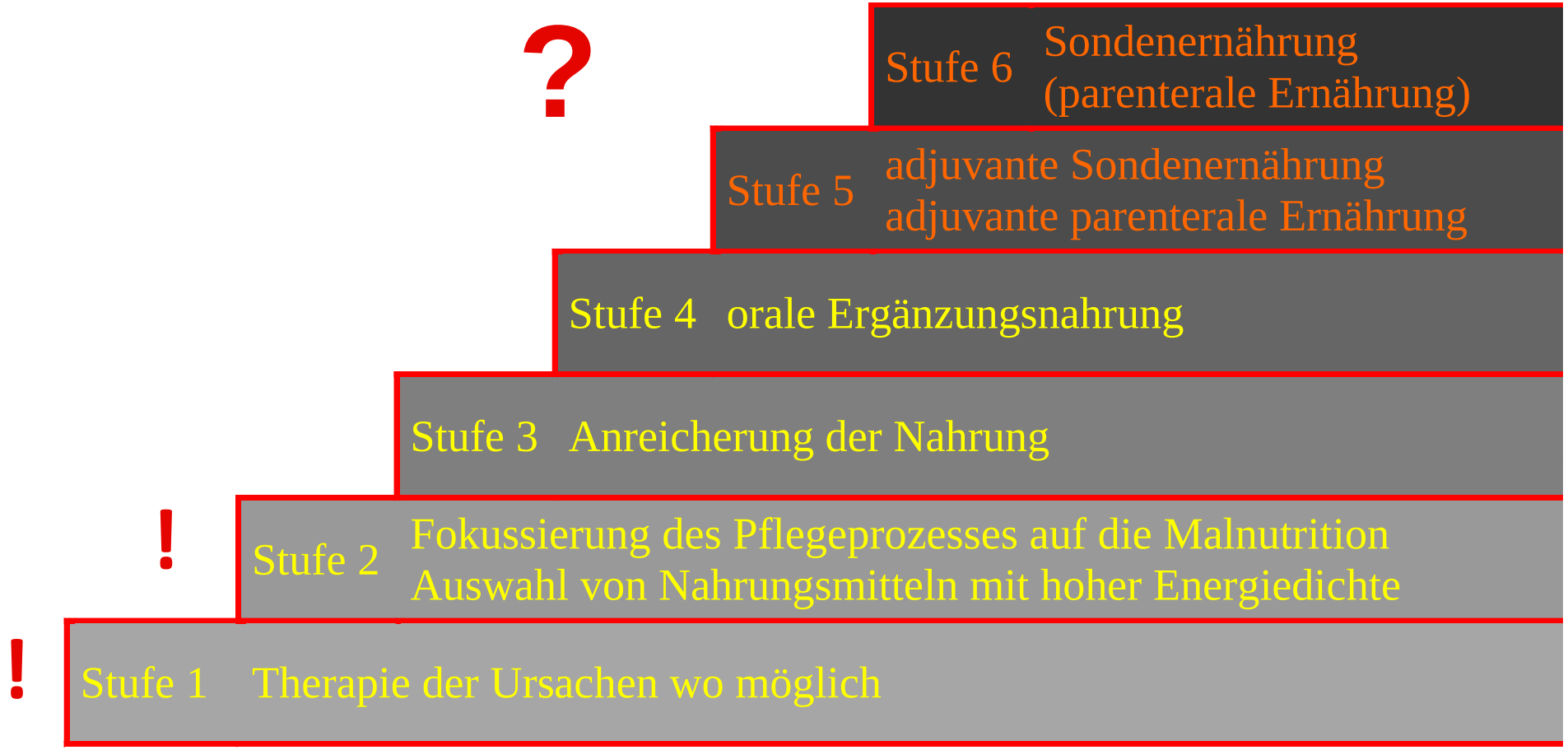
30 kcal/kg KG / d

anpassen an
Erkrankung, körperlicher
Aktivität und Zielgewicht

30 ml/kg KG / d

1500 – 2000 ml / d

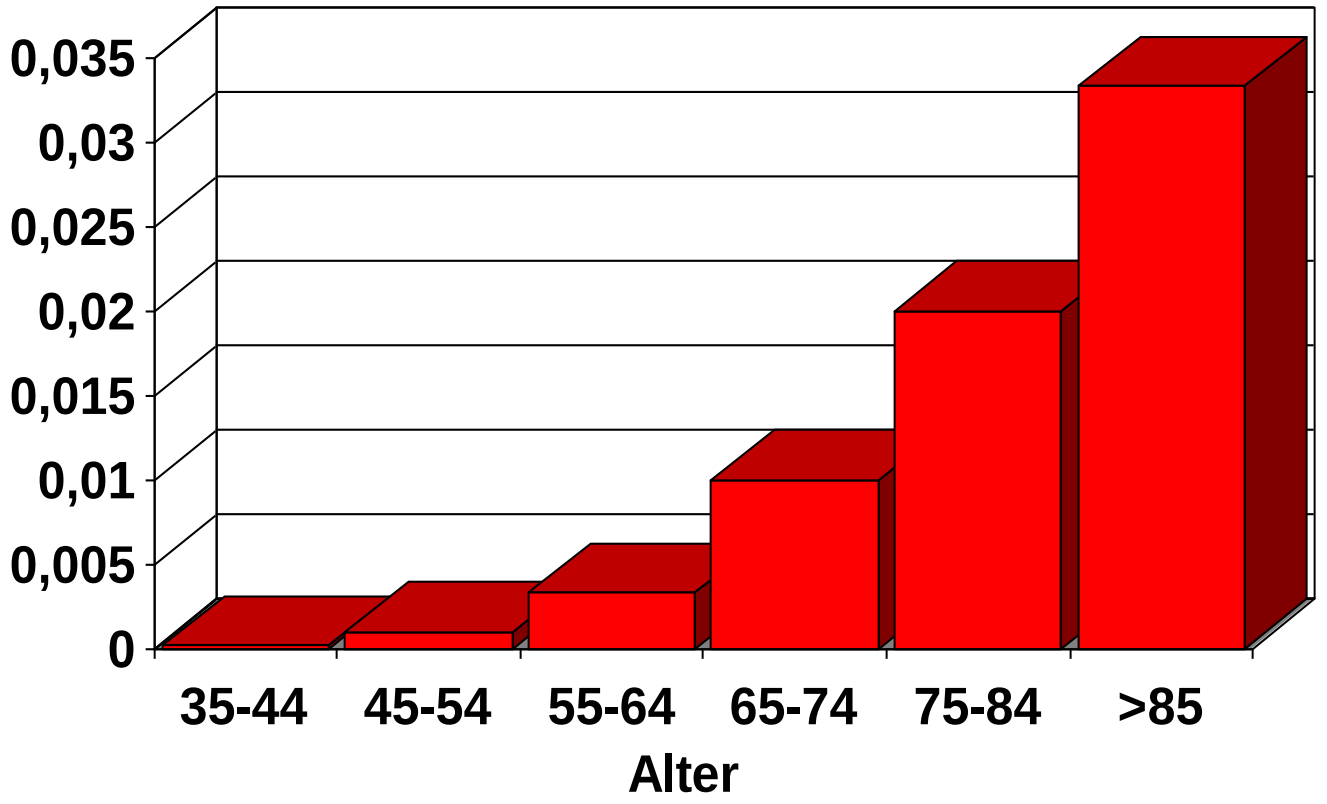
Therapie der Malnutrition



Dysphagie - Ursachenspektrum

- Mechanisch: Struma, Tumore, Divertikel, DISH, Achalasie, Entzündungen (Pharynx, Ösophagus), Ulzerationen etc.
- Schlaganfall
- Degenerative neurologische Erkrankungen
    - M. Parkinson
    - Polyneuropathie (z.B. critical illness PNP)
    - Demenz

Jährliches Schlaganfall-Risiko

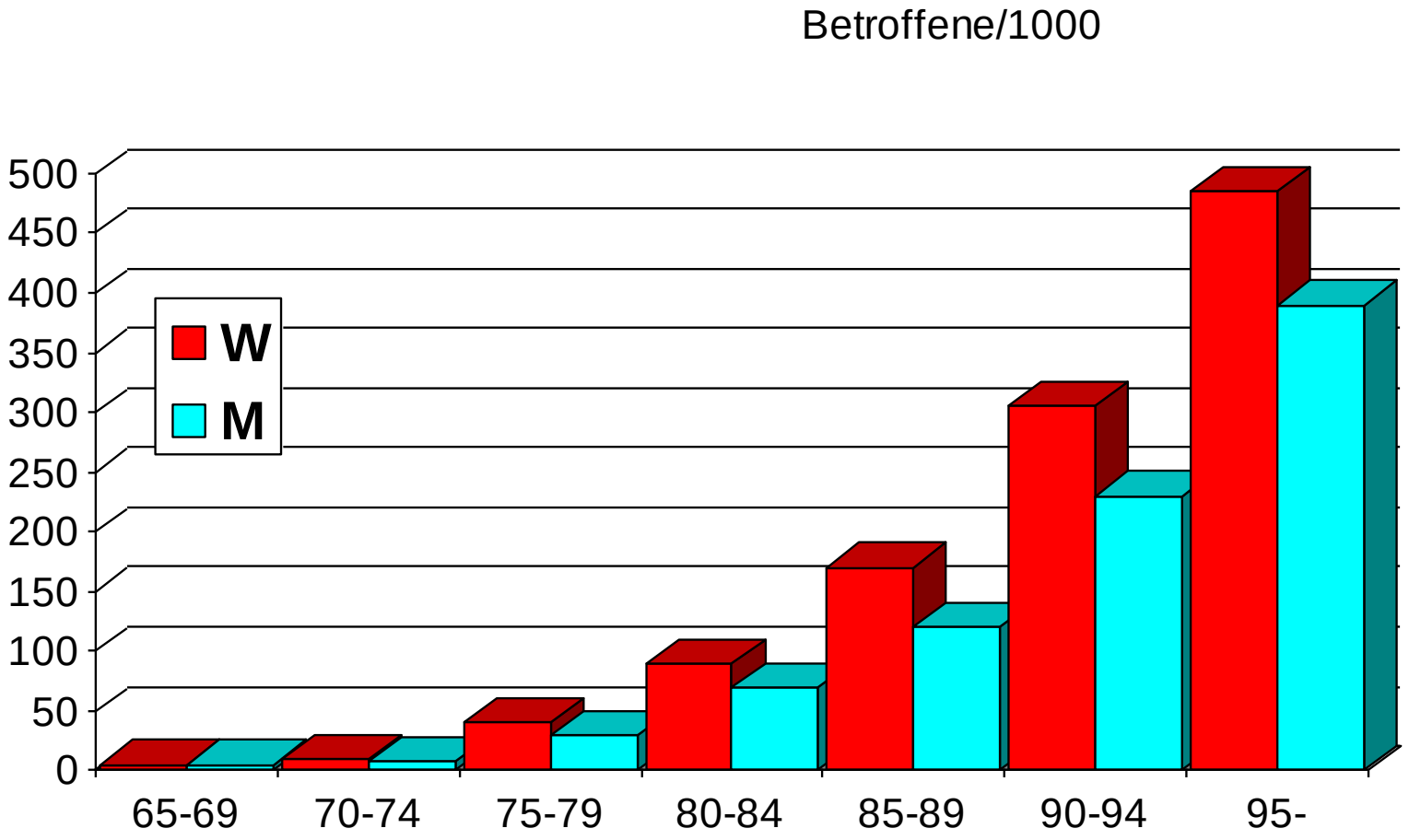


CS Anderson et al. Med J Aust 1993, 188: 80-84

Indikationen zur künstlichen Ernährung bei Dysphagie

- Beherrschung lebensbedrohlicher Zustände
  - Intensivmedizin
- Überwindung (potentiell) reversibler Probleme
  - Parkinson – Krise
  - Schlaganfall (Frühphase) mit Reha - Potential
  - Aspirationspneumonie
- Sicherstellung ausreichender Nahrungszufuhr bei chronischen Prozessen und subjektiv guter Lebensqualität
  - Z. n. Schlaganfall
  - M. Parkinson mit Aspirationsgefahr

Senile Demenz vom Alzheimer - Typ (SDAT) und Alter



Nussbaum R and Ellis C. N Engl J Med 2003;348:1356-1364

Ernährungsprobleme bei Demenz

- Häufig schleichender Gewichtsverlust (Pat. vergisst zu Essen)
- Depressive Verstimmung
- In fortgeschrittenen Stadien auch neurologische Probleme – Dysphagie
- Initial häufig Probleme bei der Flüssigkeitsaufnahme
- Überlastung von Angehörigen – „Ich kann meine Mutter / meinen Vater doch nicht verhungern / verdursten lassen“

PEG – Versorgung bei fortgeschrittener Demenz

NIH Public Access
Author Manuscript
J Am Geriatr Soc. Author manuscript; available in PMC 2013 October 01.

Published in final edited form as:
J Am Geriatr Soc. 2012 October ; 60(10): 1918–1921. doi:10.1111/j.1532-5415.2012.04148.x.

Does Feeding Tube Insertion and its Timing Improve Survival?

Joan M. Teno, M.D., M.S.[*], **Pedro L. Gozalo, Ph.D.**[*], **Susan L. Mitchell, M.D., M.P.H.**[†], **Sylvia Kuo, Ph.D.**[*], **Ramona L. Rhodes, M.D., M.P.H.**[‡], **Julie P.W. Bynum, M.D., M.P.H.**[§], and **Vincent Mor, Ph.D.**[*]

[*]The Center for Gerontology and Health Care Research, The Warren Alpert School of Medicine of Brown University, Providence, RI

[†]Hebrew SeniorLife Institute for Aging Research, Boston, MA

[‡]University of Texas Southwestern Medical Center, Dallas, TX

[§]The Dartmouth Institute at Dartmouth Medical School, Hanover, NH

J Am Geriatr Soc. 2012 October ; 60(10): 1918–1921

PEG – Versorgung bei fortgeschrittener Demenz

Background/Objectives—The objective of this study was to examine survival with and without a percutaneous endoscopic gastrostomy (PEG) feeding tube using rigorous methods to account for selection bias. A second objective was to examine whether the timing of feeding tube insertion affected survival.

Design—Prospective cohort study

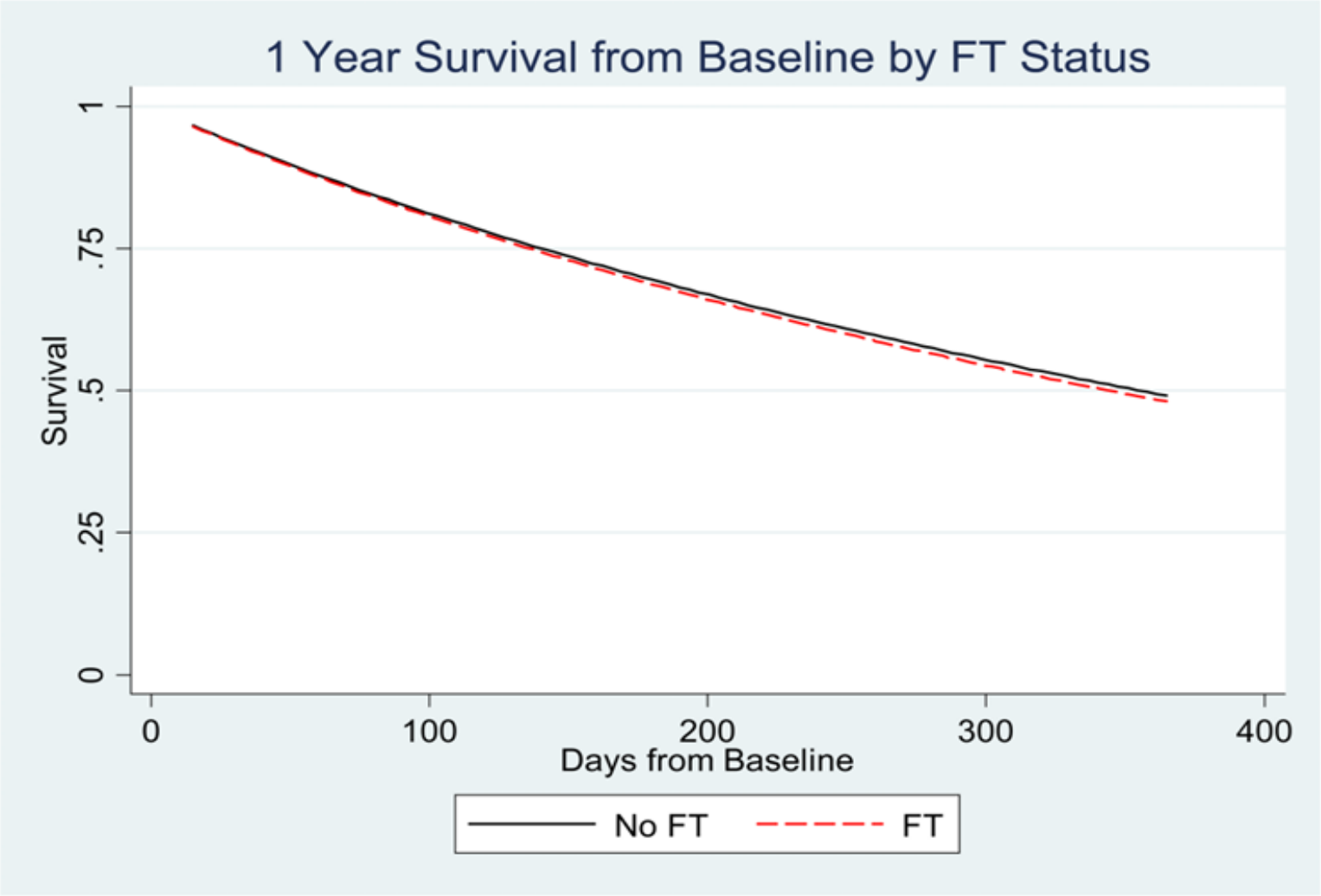
Setting—All U.S. Nursing Homes

Participants—36,492 nursing home residents with advanced cognitive impairment from dementia and new problems eating studied between 1999–2007.

Measurements—Survival following the development of the need for eating assistance and feeding tube insertion.

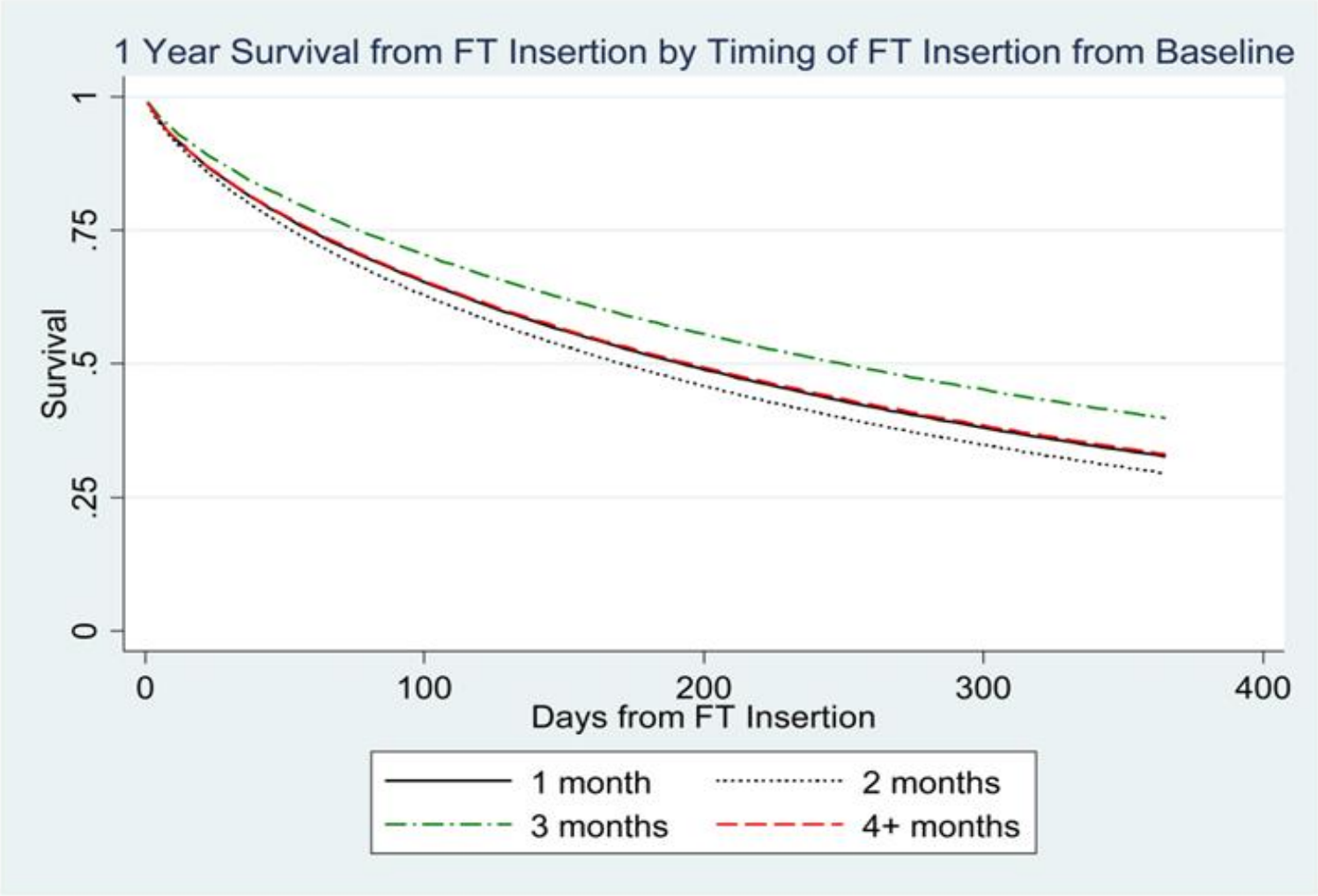
J Am Geriatr Soc. 2012 October ; 60(10): 1918–1921

PEG – Versorgung bei fortgeschrittener Demenz



J Am Geriatr Soc. 2012 October ; 60(10): 1918–1921

PEG – Versorgung bei fortgeschrittener Demenz



J Am Geriatr Soc. 2012 October ; 60(10): 1918–1921

PEG – Versorgung bei fortgeschrittener Demenz

- „……health care providers can have confidence that feeding tubes does not prolong survival and that earlier timing of insertion does not affect survival, as well.“

J Am Geriatr Soc. 2012 October ; 60(10): 1918–1921

Ethische Entscheidung für oder gegen künstliche Ernährung (PEG – Versorgung) in der Geriatrie - Kriterien

- Patientenwille - „Shared decision making“
- Zeitnahe Entscheidung bei potentiell reversiblen Störungen
- Bei chronischen Prozessen ist die Lebensqualität entscheidend
- Zurückhaltung in fortgeschrittenen Demenzstadien (für die Flüssigkeitsaufnahme kann im Einzelfall vorübergehend die Pflegesituation erleichtert werden)
- Die Indikation zur künstlichen Ernährung ist keine einmalige Entscheidung, sondern bedarf der regelmäßigen Überprüfung

Künstliche Ernährung – Wann beenden?

- Die Entscheidung eine Therapie zu beenden unterliegt den selben ethischen Prinzipien wie die Entscheidung sie gar nicht zu beginnen
- An dem Punkt, an dem der Patient nicht stirbt, weil ein nichts mehr isst und trinkt, sondern immer weniger oder nichts mehr isst und trinkt, weil er in eine, auch längerdauernde Sterbephase eingetreten ist
- Lernen, den Tod des Patienten nicht als narzisstische Kränkung zu erleben