



Palliativnetz Bochum

Medizin · Pflege · Hospizarbeit

Medizin · Pflege · Hospiz
Palliativnetz B



Palliativnetz Bochum e.V.
Medizin · Pflege · Hospizarbeit

Mein Wille geschehe bis zuletzt! Gibt es Grenzen unserer Selbstbestimmung?

Künstliche Ernährung wer- wann- wie?

Dr. Matthias Thöns
Praxis für Palliativmedizin
Unterfeldstr. 9, 44797 Bochum
Palliativnetz-bochum@email.de
www.palliativnetz-witten.de

Künstliche Ernährung wer- wann- wie?

Wer: Patienten mit Schluckstörungen

Wann: möglichst in frühen Krankheitsstadien

Wie: ansonsten möglichst den normalen Weg



Künstliche Ernährung wer- wann- wie?

künstliche Ernährung vor allem bei

- Tumorpatienten
- Menschen mit Demenz

⇒ **Das PEG-Problem**



Große Meinungsdivergenzen I:

Deutsches Ärzteblatt: „Body-Mass-Index (BMI) unter 20 bei geriatrischen Patienten ist eigenständige Ernährungsindikation“ (Lochs 2004)

- oder -

PEG-Therapie nur bei Patienten mit Schluckstörungen und ansonstern guten Gesundheitszustand (Rabeneck 97)



Große Meinungsdivergenzen II:

Nahrungsverweigerung eines schwer Demenzkranken ist zu berücksichtigende Patientenäußerung [Simon 04]

- oder -

In einer Patientenverfügung getroffene Erklärung gegen eine Zwangsernährung durch PEG-Sonde nur für den Fall unmittelbarer Todesnähe gültig [Enquete-Kommission des deutschen Bundestages 2005].



Diskussion beendet da „Basisbetreuung“??

„Ernährung gehört zur Basisverpflegung und ist daher nicht disponibel“ [Loss 04]

oder

„Dazu gehören nicht immer Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr, da sie für Sterbende eine schwere Belastung darstellen können.“ [Bundesärztekammer 04]

Dokumentation

Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung

Präambel

Aufgabe des Arztes ist es, unter Beachtung des Selbstbestimmungsrechtes des Patienten Leben zu erhalten, Gesundheit zu schützen und wieder herzustellen sowie Leiden zu lindern und Sterbenden bis zum Tod beizustehen. Die ärztliche Verpflichtung zur Lebenserhaltung besteht daher nicht unter allen Umständen.

So gibt es Situationen, in denen sonst angemessene Diagnostik und Therapieverfahren nicht mehr angezeigt und Begrenzungen geboten sein können. Dann tritt palliativ-medizinische Versorgung in den Vordergrund. Die Entscheidung hierzu darf

gung, Zuwendung, Körperpflege, Lindern von Schmerzen, Atemnot und Übelkeit sowie Stillen von Hunger und Durst.

Art und Ausmaß einer Behandlung sind gemäß der medizinischen Indikation vom Arzt zu verantworten; dies gilt auch für die künstliche Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr. Er muss dabei den Willen des Patienten beachten. Ein offensichtlicher Sterbevorgang soll nicht durch lebenserhaltende Therapien künstlich in die Länge gezogen werden. Bei seiner Entscheidungsfindung soll der Arzt mit ärztlichen und pflegenden Mitarbeitern einen Konsens suchen.

Aktive Sterbehilfe ist unzulässig und mit Strafe bedroht, auch dann, wenn sie auf Verlangen des Patienten geschieht.

Nutzen (beneficance)

„Bei bestimmten Patientengruppen* kann derzeit auf Grundlage einer inzwischen geradezu erdrückenden internationalen Datenlage der medizinische Nutzen der enteralen Ernährungstherapie als bestenfalls nicht belegt oder in Bezug auf die meisten Konstellationen sogar als plausibel widerlegt eingestuft werden [Strätling DÄB 05]

- keine Prävention von Sekundärkomplikationen (z.B. Aspirationspneumonie, Dekubiti)
- keine Beeinflussung längerfristiger prognostischer Kriterien (Überlebenszeit, Rehabilitationsfähigkeit)
- keine Besserung der Lebensqualität

* z.B. fortgeschrittene Demenz, fortgeschrittene Tumorkachexie in palliativer Situation



Versorgungsrealität

- 30-60% der PEG aufgrund „fraglicher Indikation“ [Strätling 05]
- PEG in Pflegeheimen: EN 13% (Norwegen < 2%)

Flächendeckende Untersuchung im Bundesland Bremen

(Gesundheitsamt, n = 336):

- jede 2. Sonde lag > 1 Jahr
- bis auf 2 Einzelfälle stets bis zum Tod durchgeführt
- in 75% Initiative durch den Arzt
- Indikationsstellungen waren nicht nachvollziehbar
- regelmäßige Indikationsprüfungen fehlen völlig
- Initiative nur in 3 Fällen vom Patienten ausgehend (0,9%)

„Wir sehen dringenden Handlungsbedarf“ [Becker/ Hilbert 04]

Tumor oder AIDS-Erkrankung

- **Anorexie-Kachexie Syndrom nicht durch Mangelaufnahme, sondern durch Fehlverwertung der Nährstoffe / katabole Stoffwechsellage**
- **wird durch enterale Ernährungstherapie nicht gestoppt**
[Nelson 94, Pisters 93, Hohenberger 99, Inui 99, Meyenfeld 99, Fearon 99, Fordy 99, Simons 99, Espat 95, Martin 99, Gorman 00].
- **Während Chemotherapie: Ernährungstherapie schadet mehr als sie nutzt- „gesteigerte Rate von Komplikationen“ [Holm 07].**
- **Die meisten chirurgischen Tumorpatienten benötigen keine parenterale Ernährung [Holm 07]**
- **Während Bestrahlung nicht notwendig [Holm 07]**

Tumor oder AIDS-Erkrankung

- **DGEM Leitlinie 2004:**
„Eine Ernährungstherapie ist bei Tumorpatienten indiziert, wenn sie weniger als 60-80% des errechneten Bedarfs zu sich nehmen.“
- „Trotz nicht eindeutiger Datenlage...“
- „Eine Prognoseverbesserung ist nicht nachgewiesen...“
- Zum Nachweis 7 Studien, beziehen sich auf Patienten mit Passagehindernissen (z.B. Ösophaguskarzinom...).

Tumorpatienten 78% der zu Hause PE Patienten aus [Holm 07]

PEG: Bartel 8, MMT 13, Heim X 3, 17% †, Ø 81,2 J. [Wirth 07]

Tumor oder AIDS-Erkrankung

- Bislang kein physiologischer Nutzen einer künstlichen Ernährung bei vorhandener Möglichkeit zur oralen Nahrungsaufnahme nachweisbar [Übersicht bei Klein 94, Mercadente 98].
- Ethikzentrum des Baylor College in Husten: PEG-Sondenanlage bei Patienten mit maligner Anorexie-Kachexie ist unethisch („kein physiologischer Vorteil zu erwarten“) [Baylor College 1997]
- Ein physiologischer Nutzen ist nachgewiesen bei Kachexiesyndromen die durch Passagehindernisse oder Schluckstörungen ausgelöst wurden [Weimann 98, Bodogy 90, Campas 90], ansonsten nicht!!!!

I Sterbephase

„Maßnahmen, die den Todeseintritt nur verzögern, sollen unterlassen oder beendet werden.“

(2004: Maßnahmen zur Verlängerung des Lebens dürfen in Übereinstimmung mit dem Willen des Patienten unterlassen ... werden ...)

Dr. med. Matthias Thöns

Praxis für Palliativmedizin im Palliativnetz Bochum e.V.

Koautoren: Thomas Sitte, Vorstand Deutsche Palliativstiftung, Fulda; Wolfgang Putz, Rechtsanwalt, Medizinrechtliche Sozietät Putz & Steldinger, München



Weitere für den A
Urteile finden Sie
www.springerme
praxisrelevante-u

Art.-Nr. 284

PEG-Sonde bei Apallikerin gekappt

„Versuchter Totschlag“ oder legaler Behandlungsabbruch?

Wenige Wochen bevor sie ins Wachkoma gefallen war, hatte die 76-Jährige noch erklärt: „Ich will keine Schläuche“. Das Pflegeheim bestand auf der Fortführung der PEG-Ernährung, die Kinder der Patientin jedoch folgten dem letzten Willen ihrer Mutter und durchtrennten auf den Rat ihres Rechtsanwalts hin die Sonde: Aktive Sterbehilfe? Der Anwalt – Koautor dieses Beitrags – wurde in erster Instanz verurteilt, vom BGH letztlich aber freigesprochen.

– Eine 76-jährige Patientin entwickelte nach schwerer Hirnblutung 2002 ein apallisches Syndrom ohne Besserungs-

Die Heimleitung widersetzt sich Das Pflegeheimpersonal hatte erhebliche Probleme mit dem Beenden der künst-

Künstliche Ernährung wer- wann- wie?

- Weder künstliche Ernährung, noch Flüssigkeitszufuhr lindern Leiden, **im Gegenteil:**

normaler Sterbeprozess:

- mangelndes Durst- und Hungergefühl
- Wassermangel \Rightarrow Nierenversagen
- Endorphine \uparrow , Euphorie durch Sauerstoffmangel
- Koma, leidloser Tod



Künstliche Ernährung wer- wann- wie?

ALLES HAT SEINE ZEIT

Ein jegliches hat seine Zeit,

und alles Vorhaben unter dem Himmel hat seine Stunde:

geboren werden hat seine Zeit, sterben hat seine Zeit;

... Er hat alles schön gemacht zu seiner Zeit ...

(Koh 3,1-11)



Patienten sterben nicht, weil sie nicht essen, sondern sie essen nicht – weil sie sterben!

Cicely Saunders (1918-2005)

Vortrag als pdf?
email@sapv.de

Fernsehtip:
ARD-Beckmann
30.05. 23:00
(Putz/ Sitte)

