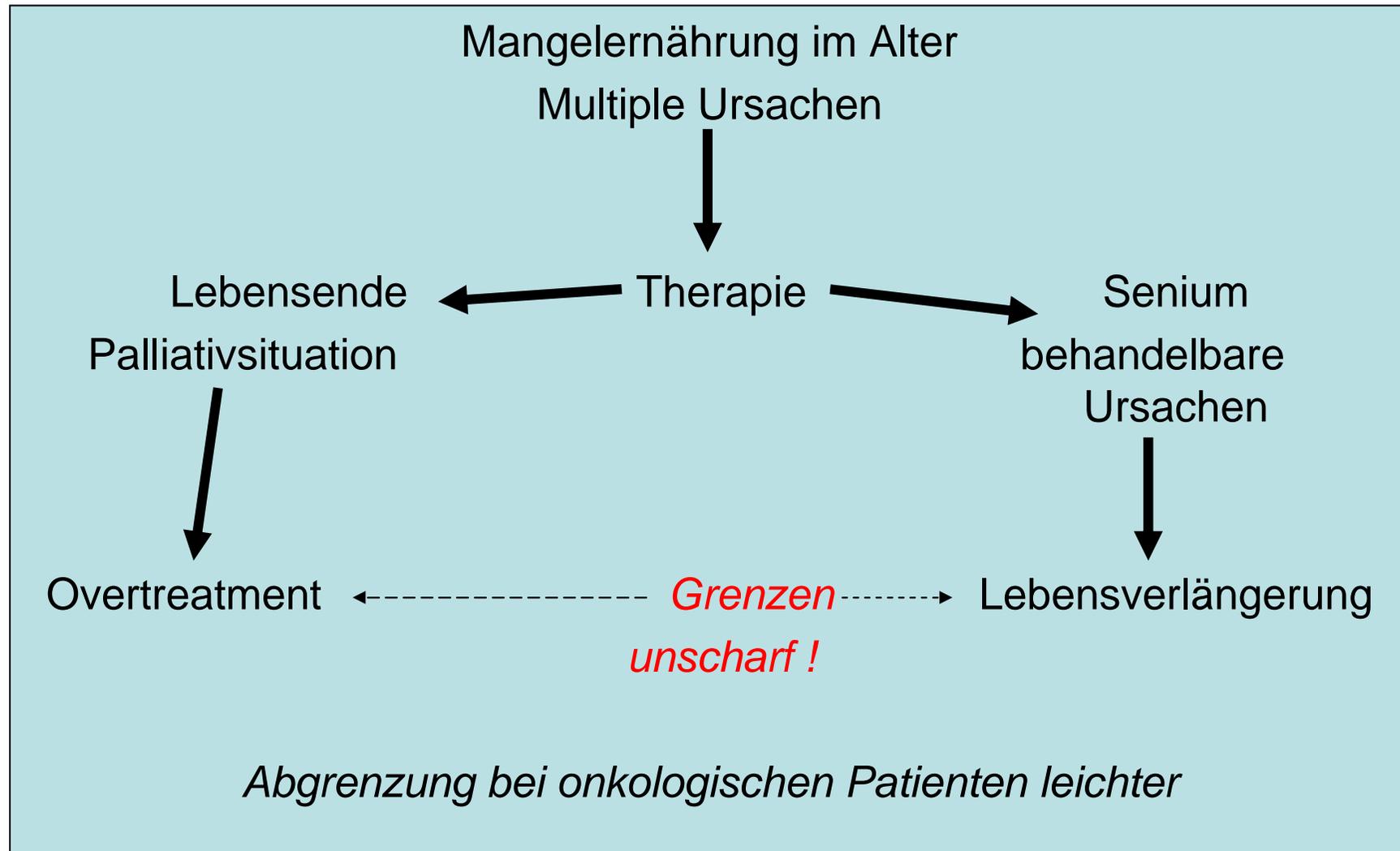


„Wenn es mein Vater wäre...“ - Ethische Konflikte erkennen und lösen

**Konfliktfeld:**  
**Ernährung - Hydrierung in der Geriatrie**

**Dr. med. Thomas Schöpfer**  
FA Innere Medizin, Hämato/ - Onkologie, Palliativmedizin

# Konfliktfeld: Ernährung - Hydrierung in der Geriatrie



# Fallvorstellung I

- Patientin, 85 Jahre, Myokardinsuffizienz, Altersdiabetes, Polyarthrose, Adipositas
- **Jetzt:** Apoplex mit konsekutiver Immobilität infolge Hemiparese links
- Nach Tod des Mannes allein lebend, 3 Töchter
- Wunsch: bis zum Ende zu Hause zu bleiben
- Töchter und deren Familien wollen der Mutter den Wunsch erfüllen.
- Medikamente: ACE Hemmer, Diuretikum, Novaminsulfon, ASS 100, Omeprazol, bei Bedarf Diclo Supp.

# Fallvorstellung I

- Besuch der Patientin und Rücksprache mit ihr und einer der Töchter und deren Ehemann bezügl. des weiteren Vorgehens (schriftlich festgelegt)
- Patientin möchte auf keinen Fall in ein KHS, möchte nicht an Apparate angeschlossen werden

# Fallvorstellung I

- Mehrfache Hausbesuche in der Folgezeit
- AZ stabil, mit Hilfe in Sessel und Toilettenstuhl, Psyche unauffällig, zunehmender Gewichtsverlust.
- „ Sie esse ausreichend“, Versuch hochkalorische Ernährung +Getränke.
- Nach ca. 6 Monaten AZ Verschlechterung mit Fieber, klinische Diagnose Pneumonie
- Erneute strikte Verweigerung der KHS Einweisung obwohl AZ deutlich reduziert, Einleitung AB Therapie, nach 4 Tagen Wechsel des AB bei weiterhin Fieber

# Fallvorstellung I

- 3 Tage nach AB Wechsel erneuter Hausbesuch auf Wunsch der Tochter
- AZ deutlich verschlechtert, Somnolenz, jetzt komplette Hemiparese, entfiebert
- V.a. Reapoplex
- Problem: TM/EM jetzt unzureichend  
Patientin nicht mehr in der Lage sich zu äußern  
Meinungsverschiedenheiten in der Familie bezüglich weiterem Procedere

# Fallvorstellung I

- Wie ging es aus ?
- Nach ausführlichen Gesprächen (mit Aufzeigen des weiteren Verlaufes) mit den Angehörigen in Anbetracht der Willensbekundungen der Patientin erfolgte nur eine symptomatische Therapie
- 2 Tage vor ihrem Tod wird die Patientin in KHS eingeliefert, da eine Tochter die Situation nicht mehr ertragen konnte.

# Fallvorstellung II

- Pat. 59 Jahre, schwere Alzheimer Demenz
- Sonst keine Grunderkrankungen
- Versorgung durch Ehefrau, hat sich frühberenteten lassen
- In den letzten Monaten massiver körperlicher Verfall, zunehmende Bettlägrigkeit, zunehmende unzureichende TM und EM

# Fallvorstellung II

- In der Folgezeit mehrfach stationäre Aufenthalt infolge fieberhafte Infekte / Exsikkose
- Ehefrau lehnt Verbringung in ein Heim strikt ab: „*sei immer sein Wunsch gewesen*“
- Im KHS wird PEG Anlage nahegelegt

# Fallvorstellung II

## Weiterer Verlauf

RS mit der Ehefrau:

Pat. soll keine PEG erhalten.  
nur symptomatische Therapie

*Pat. lebt noch, zwischenzeitl. Bronchitis mit s.c. Infusionen  
und AB p.o. zu Hause behandelt*

# Ethische Konflikte Ernährung / Hydrierung

## **Faktoren, die die Konflikte in der Therapieentscheidung am Lebensende bestimmen:**

Wille des Patienten

Prognose des Patienten

Symptomatik/Leiden des Patienten

Soziales Umfeld

Pflegerisches Umfeld

Ärztliche Versorgung

Rechtliche Vorgaben

Gesellschaftliche Vorstellungen

Glaube an die Medizin

# Ethische Konflikte Ernährung / Hydrierung

Ab dem 1.9.2009 neue gesetzliche Regelung zur Patientenverfügung

- Keine Begrenzung der Reichweite der Verfügung
- Kein Notar notwendig, Schriftform zwingend
- Keine Beratung notwendig
- Interpretation der Verfügung durch den Betreuer, nicht durch den Arzt
- Keine zeitliche Begrenzung (gilt lebenslanglich , ggfs. Widerruf)
- Der gesetzliche Betreuer setzt die Verfügung um, nicht der Arzt
- Vormundschaftsgerichte werden nur im Konfliktfall konsultiert
- Auf lebenserhaltende Maßnahmen kann im Konsens verzichtet werden
- Verfügung gilt erst wenn der gesetzliche Betreuer bestimmt ist
- Missachtung der Verfügung bedeutet Körperverletzung

**Probleme:** *keine geregelte Beratung*

*kein Recht bestimmte Leistungen einzufordern*

# Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung

....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.....

## Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung

....Unabhängig von anderen Zielen der medizinischen Behandlung hat der Arzt in jedem Fall für eine Basisbetreuung zu sorgen.

Dazu gehören u. a.: menschenwürdige Unterbringung, 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....

# Ethische Konflikte Ernährung / Hydrierung

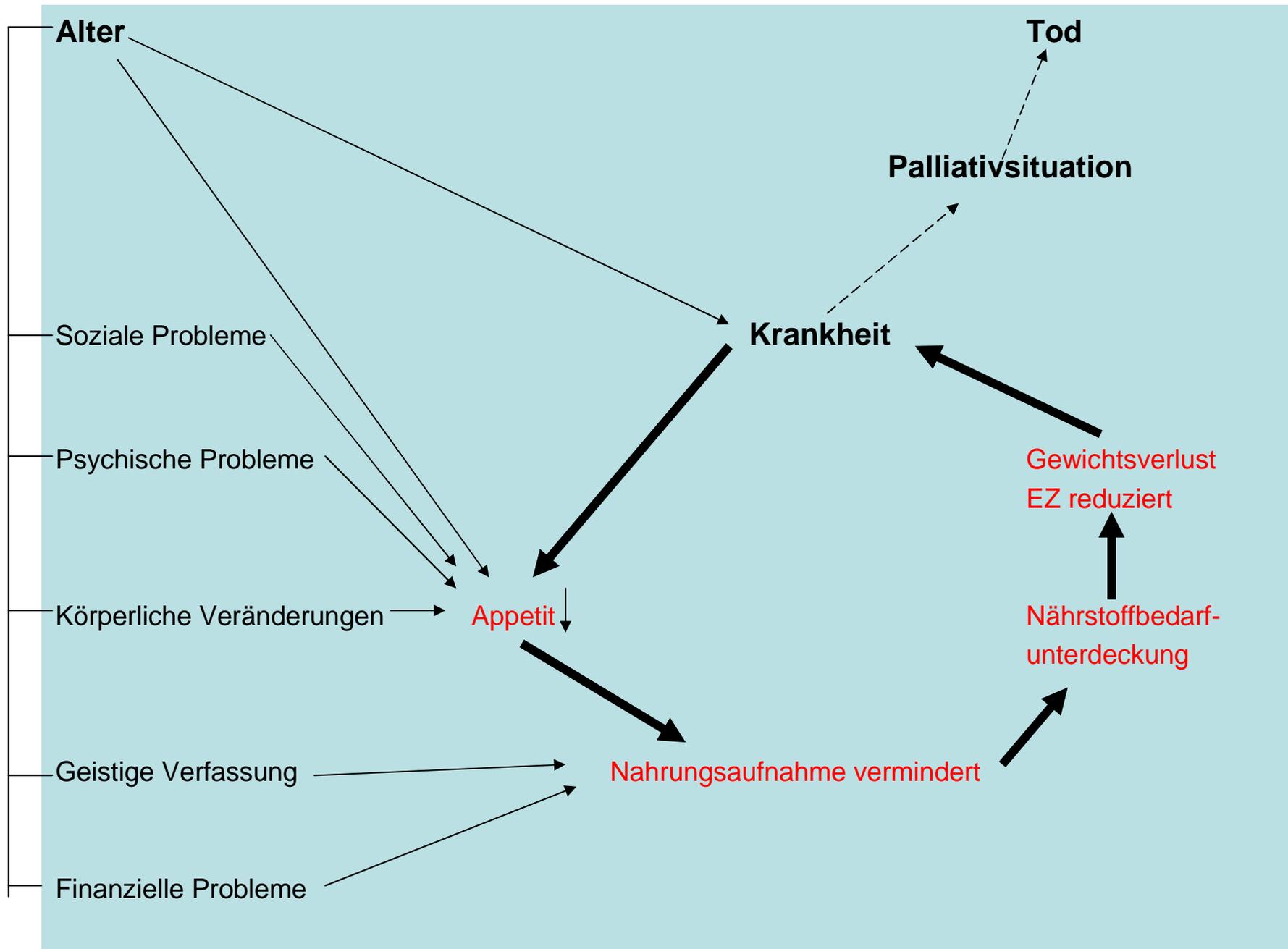
trotz aller Vorsätze eine eingreifende Übertherapie zu verhindern,  
darf kein therapeutischer Nihilismus herrschen

die Problematik spitzt sich am Lebensende zumeist zu

tritt aber oftmals erheblich früher (vor der Palliativsituation) und auch  
sehr viel häufiger auf als bisher wahrgenommen

die Problematik wird in Zukunft in Folge der Überalterung unserer  
Gesellschaft , der zunehmenden Altersarmut und dem Erschöpfen  
der gesellschaftlichen Ressourcen einen immer breitere Raum  
einnehmen.

***In Zukunft ethischer oder monetischer Konflikt ?***



# Häufigkeit von Mangelernährung

Tab. 5 Häufigkeit von Mangelernährung bei geriatrischen Patienten unter Berücksichtigung mehrerer Parameter

Erstautor (Jahr) (Zitat)	Patienten/Krankheiten	n	Alter* (Jahre)	Kriterium für Mangelernährung		Prävalenz
				Anzahl	Parameter	
Bienia (1982) [33]	akut gemischt**	52	≥ 65	≥ 2 von 4	KG, AMU, Alb, Trf	61%
Linn (1984) [59]	akut gemischt	22	> 65	≥ 3 von 7	KG, THFD, AMU, Alb, Hb, Lym, DH	45%
Cederholm (1992) [27]	akut gemischt	96	80 ± 1	≥ 2 von 4	KG, THFD, Alb, DH	39%
Lansley (1992) [86]	akut gemischt	47	86 ± 6	2 von 3	IBW, Alb, Lym	19%
Cederholm (1993) [34]	akut gemischt	205	75 ± 1	≥ 3 von 5	KG, THFD, AMU, Alb, DH	20%
Mowé (1994) [37]	akut gemischt	311	79	≥ 1 von 4	BMI, THFD, AMU, Alb	57%
McWhirter (1994) [88]	akut gemischt	100	≥ 65	2 von 3	BMI + (THFD oder OAU)	43%
Nogues (1995) [61]	akut gemischt	67	79 ± 6	1 von 2	Alb oder GV	56%
Ek (1996) [35]	akut gemischt	90	83 ± 6	≥ 2 von 5	WI, THFD, AMU, Alb, Trf	30%
Asplund (1981) [89]	psychogeriatrisch	91	74	2 von 4	KG, THFD, AMU, (Alb oder Trf)	30%
Greer (1986) [90]	psychogeriatrisch	113	78 (Med)	≥ 1	Alb, Trf, 8 Vitamine	65%
Axelsson (1988) [32]	Schlaganfall	100	71 ± 8	≥ 2 von 6	KG, THFD, AMU, Alb, Trf, PA	16%
Lumbers (1996) [36]	Schenkelhalsfraktur	32	81 (Med)	≥ 3 von 5	KG, THFD, AMU, Alb, Hb	41%
Hanger (1999) [91]	Hüftfraktur	66	81 ± 5	≥ 2 von 4	THFD, OAU, Alb, PA	44%
Ponzer (1999) [80]	Hüftfraktur	42	80 ± 7	3 von 3	BMI + IGF-1 + IGFBP	50%
Paillaud (1999) [92]	Reha nach Hüftfraktur	40	84 ± 2	2 von 2	THFD + OAU	33%
Schols (1989) [93]	COPD	153	63	Index aus 4	IBW, Alb, PA, Lym	19%
Larsson (1990) [52]	LTC-Einweisung	501	80 ± 8	≥ 3 von 6	KG, THFD, AMU, Alb, PA, DH	29%
Thomas (1991) [94]	LTC-Einweisung	50	76	≥ 4 von 7	KG, BMI, THFD, OAU, Alb, Hb, Lym	54%
Constans (1992) [47]	internistisch	324	≥ 70	2 von 2	OAU + Alb	20%
Dardaine (2001) [81]	ITS-beatmet	116	77 ± 5	2 von 2	Alb + OAU	16%
Wilson (1998) [87]	ambulante Patienten	408	≥ 65	≥ 1 von 3	KG, GV, Alb	11%

\* Mittelwert bzw. Mittelwert ± Standardabweichung, (Med) = Median; \*\* akut erkrankte Patienten mit gemischtem Spektrum an Diagnosen; Alb = Albumin, AMU = Armmuskelumfang, BMI = Bodymass-Index, COPD = chronisch obstruktive Lungenerkrankung, DH = Antigenhauttest für verzögerte Immunantwort (delayed hypersensitivity), GV = Gewichtsverlust, Hb = Hämoglobin, IBW = Idealgewicht, IGF = Insulin-like growth factor, IGFBP = IGF binding protein, ITS = Intensivstation, KG = Körpergewicht, LTC = Langzeitpflege (long-term care), Lym = Lymphozytenzahl, OAU = Oberarmumfang, PA = Präalbumin, THFD = Trizephshautfaltendicke, Trf = Transferrin, WI = Gewichtsindex (Weight Index)

# Mangelernährung im Alter

Schweiz 5 % aller Schweizer über 75 Jahre sind unterernährt

- Zu Hause lebende Gesunde 0-15 %
- Häuslich Behandlungsbedürftige 5-15 %
- Akut stationär eingewiesene Patienten 15-65 %
- Heimbewohner 25 -60 %
- Pat. mit Schenkelhalsfrakturen 75 % !!

Großbritannien: ca. 43 % der zur geriatrischen Behandlung eingewiesenen Patienten sind untergewichtig

# Ursachen der Mangelernährung

Zahnstatus / Kaufähigkeit

Mundtrockenheit / Schleimhautläsionen

Körperliche Einschränkungen ( Gabel zum Mund führen bis Einkaufen)

Nachlassender Geschmacks- und Geruchssinn

*50 % der über 80- Jährigen leiden an einer vollständigen Anosmie !*

Dementielle Problematik

Sozioökonomische Faktoren (Altersarmut)

Vorliegende chronische Erkrankungen (Diabetes)

Multimedikation

Verringerte Adaptionfähigkeit

*bei hypokalorischer Ernährung erfolgt keine Anpassung des Stoffwechsels*

Minderdurchblutung des GI Traktes

# Erkennen von Mangelernährung

## **Screeningteste:**

**Mini Nutritional Assessment (MNA),**

**Subjective global assesment (SGA),**

**Nutrition Risk Score (NRS),**

**Malnutrition universal screening tool (MUST)**

(BMI, Gewichtsverluste, Essmengen, Ursachen...)

Tricepshautfaltendicke

Oberarmumfang

Indirekte Kalorimetrie

## **Laborparameter**

Albumin

Gesamteiweiß

Transferrin

Leukozytenzahl

## Screening auf Mangelernährung im Krankenhaus

### Nutritional Risk Screening (NRS 2002)

nach Kondrup J et al., Clinical Nutrition 2003; 22: 415-421

Empfohlen von der Europäischen Gesellschaft für Klinische Ernährung und Stoffwechsel (ESPEN)

#### Vorscreening:

- Ist der Body Mass Index < 20,5 kg/m<sup>2</sup> ?  ja  nein
- Hat der Patient in den vergangenen 3 Monaten an Gewicht verloren?  ja  nein
- War die Nahrungszufuhr in der vergangenen Woche vermindert?  ja  nein
- Ist der Patient schwer erkrankt? (z.B. Intensivtherapie)  ja  nein

- ⇒ Wird ein dieser Fragen mit „Ja“ beantwortet, wird mit dem Hauptscreening fortgefahren
- ⇒ Werden alle Fragen mit „Nein“ beantwortet, wird der Patient wöchentlich neu gescreent.
- ⇒ Wenn für den Patienten z.B. eine große Operation geplant ist, sollte ein präventiver Ernährungsplan verfolgt werden, um dem assoziierte Risiko vorzubeugen.

#### Hauptscreening:

Störung des Ernährungszustands	Punkte
<b>Keine</b>	<b>0</b>
<b>Mild</b>	<b>1</b>
Gewichtsverlust > 5%/ 3 Mo. <u>oder</u> Nahrungszufuhr < 50-75% des Bedarfes in der vergangenen Woche	
<b>Mäßig</b>	<b>2</b>
Gewichtsverlust > 5%/ 2 Mo. <u>oder</u> BMI 18,5-20,5 kg/m <sup>2</sup> <u>und</u> reduzierter Allgemeinzustand (AZ) <u>oder</u> Nahrungszufuhr 25-50% des Bedarfes in der vergangenen Woche	
<b>Schwer</b>	<b>3</b>
Gewichtsverlust > 5% / 1 Mo. (>15% / 3 Mo.) <u>oder</u> BMI <18,5 kg/m <sup>2</sup> und reduzierter Allgemeinzustand oder Nahrungszufuhr 0-25% des Bedarfes in der vergangenen Woche	

+

Krankheitsschwere	Punkte
<b>Keine</b>	<b>0</b>
<b>Mild</b>	<b>1</b>
z.B. Schenkelhalsfraktur, chronische Erkrankungen besonders mit Komplikationen: Leberzirrhose, chronisch obstruktive Lungenerkrankung, chronische Hämodialyse, Diabetes, Krebsleiden	
<b>Mäßig</b>	<b>2</b>
z.B. große Bauchchirurgie, Schlaganfall, schwere Pneumonie, hämatologische Krebserkrankung	
<b>Schwer</b>	<b>3</b>
z.B. Kopfverletzung, Knochenmarktransplantation, intensivpflichtige Patienten (APACHE-II > 10)	

+

1 Punkt, wenn Alter ≥ 70 Jahre

- ≥ 3 Punkte Ernährungsrisko liegt vor, Erstellung eines Ernährungsplanes
- < 3 Punkte wöchentlich wiederholtes Screening. Wenn für den Patienten z.B. eine große Operation geplant ist, sollte ein präventiver Ernährungsplan verfolgt werden, um das assoziierte Risiko zu vermeiden

Übersetzt und bearbeitet von Dr. Tajana Schütz, Dr. Luzia Valentini und Prof. Dr. Matthias Plauth. Kontakt: elke-tajana.schuetz@charite.de, Tel. 030-450 514 059

# Behandlung der Mangelernährung

- Möglichst früh !!
- Enteral
- Parenteral
- Belastung für den Patienten
- Phasengerechte Behandlung

## Behandlung der Mangelernährung und Dehydrierung

- Schwer kranke Patienten leiden in der Terminalphase zu über 60 % nicht an einem Hungergefühl
- 35 % dieser Patienten haben weder eine Hunger- noch ein Durstgefühl
- Fast 100 % der Patienten sind symptomfrei bei Zufuhr geringer Mengen Nahrung und Flüssigkeit und bei adäquaten Allgemeinmaßnahmen wie Mundpflege
- Keine Evidenz für Lebensverlängerung

*Gleichzeitig oft Auftreten von Symptomen durch Flüssigkeits- und Nahrungszufuhr !*

# Behandlung der Mangelernährung

Leitlinie der deutschen geriatrischen Gesellschaft von 2004:

**Stufe 5** Supportive künstliche Ernährung (z.B. PEG)

**Stufe 4** Trink-, Zusatznahrung (Getränke Suppen,..)

**Stufe 3** Anreicherung der Nahrung (Maltodextrin, Eiweißkonzentrate)

**Stufe 2** Nahrungsmodifikation/beratung, individuelle Wunschkost, intensive Betreuung

**Stufe 1** Evaluation und konsequente Therapie der individuellen Ursachen

# Exsikkose

**klinische Diagnose**

**tritt schnell ein**

**rasch auffällige Symptomatik**

**Häufigste Ursache für AZ Verschlechterung  
älterer Patienten**

**Multiple Ursachen**

**rasch behandelbar**

# Exsikkose

## **Subcutane Infusionen(Hypodermoclyse)**

Technik: Viggo/Butterfly s.c. plaziert im  
Oberschenkel/abdominellen Fettgewebe

- Ringer Lsg, 5% Glukose, NaCl 0,9%
- bis zu 2 Litern/die problemlos möglich
- Komplikationsarm
- Medikamentezugabe möglich (Morphin, MCP, Kalium, Haloperidol, Lorazepam (Off label use))
- Deligierbare Massnahme

# Ethische Konflikte Ernährung/Hydrierung

- **PEG = perkutane endoskopische Gastrotomie**

Indikation sehr kritisch zu stellen !!

## **Zentrale Frage:**

*Kann eine PEG Anlage mit supportiver künstlicher Ernährung bei dem betroffenen Patienten nachhaltig zur Erhaltung oder Verbesserung der Lebensqualität beitragen ?*

Weitere Indikation: PEG zur Verabreichung von dringend indizierten Medikamenten notwendig

## AUFSCHUB

Der Tod hat es in unsern Tagen nicht mehr so leicht: er muss sich plagen !

Die Medizin, die meisterliche, kommt mehr und mehr ihm auf die Schliche.

Er kann, selbst wenn es Gott befohlen, uns nicht, so mir nichts, dir nichts, holen.

Der Mensch fuhr früher rasch dahin- jetzt bremst man ihn mit Penicillin.

Und einer, der vor Gottes Stufen bereits so gut schien, wie gerufen:

Der Arzt, wer weiß, ob auch zum Glück ruft in das Leben ihn zurück.

Und doch, mag man ihn manchmal stoppen, läßt sich der Tod am End nicht foppen;

und mehr als einem tats schon leid, daß er nicht ging zur rechten Zeit