

Künstliche Ernährung (PEG-Sonde) am Lebensende

Erstmals hatte der Gesprächskreis Ethik in der Medizin am 29. Januar 2009 zu einer öffentlichen Veranstaltung in die Sächsische Landesärztekammer eingeladen. Denn nachdem die Themen Sterbebegleitung, Patientenverfügung und medizinische Indikation unter ethischen Aspekten ausführlich im Gesprächskreis diskutiert worden waren, schien es als folgerichtig, anhand eines Beispiels einzelne Fragestellungen explizit beleuchten zu lassen. Für das Thema der künstlichen Ernährung konnte ein hervorragender Referent gewonnen werden. Dessen dezidierte Darstellung des Themas führte zu einer interessanten Diskussion bei den rund 60 Gästen. An dieser Stelle druckt das „Ärzteblatt Sachsen“ deshalb eine Kurzfassung des Referates ab.

Künstliche Ernährung (PEG-Sonde) am Lebensende – Medizinische Implikationen und ethische Grenzen

*Prof. Dr. med. Christian Löser
(Kassel)*

Der Beitrag, den eine ernährungsmedizinische Betreuung im Rahmen der Palliativmedizin leisten kann, ist vielschichtig und komplex. Auf alle Fälle kann er keinem allgemein gültigen Schema folgen, sondern muss individuell und frei von den häufig vorhandenen Pauschaleinstellungen („man kann den Patienten doch nicht verhungern lassen“, „die Infusion ist das Letzte, was wir noch tun können“) sein. Das Ziel der Ernährungstherapie im Rahmen der Palliativmedizin ist vom Charakter her präventiv und nur an der Frage orientiert, ob der Patient von den zur Verfügung stehenden Maßnahmen in der Tat profitiert. Das primäre Ziel ist der Erhalt und sekundär die erneute Steigerung des Wohlbefindens sowie der Lebensqualität des Patienten in psychischer wie physischer Hinsicht. Nach unserem heutigen Kenntnisstand ist Ernährung Prävention von

Komplikationen und notwendigen Krankenhausaufenthalten und dient neben dem unmittelbaren Erhalt des Ernährungszustandes primär dem Erhalt von Wohlbefinden und Lebensqualität. Unter dieser Überzeugung muss eine ernährungsmedizinische Betreuung so früh einsetzen, wie klinisch notwendig, da eine einmal eingetretene Reduktion des Ernährungszustandes und konsekutiv der Lebensqualität nur schwer rückgängig zu machen sind. Das grundsätzliche Problem, das es für die in die Betreuung des Palliativpatienten Involvierten zu lösen gilt, ist das, dass es in der Anfangsphase in der Regel deutlich zu wenig und in der Endphase der Erkrankung häufig zu viel Engagement in Bezug auf die Ernährung gibt.

Die praktische Ernährung von Schwerkranken folgt folgenden Grundsätzen: Abwechslungsreiche, wohlschmeckende Wunschkost, Berücksichtigung individueller Essgewohnheiten, häufige, kleine Mahlzeiten, viel trinken, individuell würzen, ansprechend servieren, ggf. appetitanregende Getränke, Essen in angenehmer Umgebung und gut gelüfteten Räumen, Vermeiden von Nahrungsmittelunverträglichkeiten und adäquate Behandlung ggf. auftretender individueller Probleme. Wenn in der Frühphase einer infausten Erkrankung diese Maßnahmen zu keiner adäquaten Kalorien- und Flüssigkeitszufuhr führen, stehen als weitere Maßnahmen die zusätzliche Gabe von Supplement- und Trinknahrung (Tetrapaks, Suppen, Joghurts etc.) zur Verfügung, die es mittlerweile in mehr als 30 verschiedenen Geschmacksrichtungen gibt und die individuell ausprobiert und eingesetzt werden sollten. Eine so durchgeführte frühzeitige ernährungsmedizinische Betreuung hilft den Verlust der Lebensqualität zu verringern, vermeidet Krankenhausaufenthalte und Komplikationen und ermöglicht eine Betreuung zu Hause.

Für die Terminalphase einer Erkrankung gelten andere Grundsätze. Hier sollte eine aggressive ernährungsmedizinische Intervention vermieden werden. Hier steht ausschließlich die

Frage im Vordergrund, ob subjektive Befindlichkeitsstörungen oder Symptome wie Hunger und Durst durch eine ernährungsmedizinische Intervention zu lindern oder behebbar sind. Patienten, die nicht mehr in der Lage sind, an einer Entscheidung für oder gegen eine bestimmte Ernährungstherapie mitzuwirken, weil sie anhaltend somnolent oder komatös sind, sollten keine Ernährungstherapie erhalten. Klinische Studien belegen, dass schwer kranke Patienten in der Terminalphase in mehr als 60 Prozent nicht unter Hungergefühl leiden, ca. 35 Prozent weder Hunger noch Durstgefühl haben und dass in fast 100 Prozent der Fälle die Patienten symptomfrei sind, wenn sie nur geringe Mengen Nahrung und Flüssigkeit erhalten und Allgemeinmaßnahmen wie Mundpflege und gegebenenfalls Applikation von Eiswürfeln durchgeführt werden. Ernährungsmedizinische Erwägungen sind hier primär von vorhandenen Beschwerden und Symptomen sowie der individuell auszuprobierenden Linderung durch Flüssigkeits- und Nahrungszufuhr abhängig.

Ein extrazelluläres Volumendefizit kann auf der einen Seite zu Mundtrockenheit, Durst, Reizbarkeit, Müdigkeit, Somnolenz, Orthostase oder unangenehmen Mundgeschmack führen. Viele dieser Symptome können allein durch gezielte Lokalmaßnahmen (zum Beispiel Mundpflege) adäquat gelindert werden. Auf der anderen Seite können diese Symptome in der Terminalphase durch einen Rehydratationsversuch mit zum Beispiel 1000 bis 1500 ml Flüssigkeit über 24 Stunden behandelt werden, wobei im Fall einer Symptomlinderung die Flüssigkeitssubstitution fortgeführt werden muss. Mundtrockenheit und Durst sind nicht unbedingt korreliert mit dem Hydrationszustand des Patienten. Die Erfahrung zeigt, dass Flüssigkeitsgabe das Symptom Durst oft nicht adäquat bessern kann.

Ganz wichtig ist, dass Symptome und Beschwerden, die im Rahmen einer Flüssigkeits- oder Nahrungszufuhr auftreten können (zum Beispiel



Prof. Dr. med. Christian Löser

Übelkeit, Erbrechen, Diarrhoe, Obstipation, abdominelle Schmerzen) individuell adäquat mit der Vielzahl der heute therapeutisch zur Verfügung stehenden Möglichkeiten behandelt werden.

Die ernährungsmedizinische Betreuung schwer kranker Patienten mit infauster Prognose wirft zudem eine Vielzahl von grundsätzlichen ethischen Fragen auf. Künstliche Ernährung ist keine symbolische Behandlung bei infauster Prognose der Grunderkrankung. Dieser Einschätzung folgend, währe eine künstliche Ernährung eher der Therapie zuzuordnen und der medikamentösen Behandlung vergleichbar. Wird die Ernährung andererseits zu den Grundbedürfnissen eines Menschen gerechnet, so wäre eine künstliche Ernährung auch Teil der Grundpflege, welche die Sauerstoffgabe, die Analgesie und die Flüssigkeitszufuhr umfasst. Nach dieser Einschätzung müsste die künstliche Ernährung auch bei infauster Prognose bis zum Lebensende durchgeführt werden. Die Zuordnung der künstlichen

Ernährung zur Therapie oder Grundpflege ist eine grundsätzliche Entscheidung.

Der Einsatz von interventionell gelegten Ernährungssonden (zum Beispiel PEG-/PEJ-Sonden) im Rahmen einer palliativmedizinischen Ernährung wirft eine Vielzahl von ethischen Fragen auf, die nur individuell und nicht allgemeingültig zu entscheiden sind. Die Ernährung über eine PEG-/PEJ-Sonde ist keine terminale Maßnahme bei Patienten mit infauster Prognose. Das Legen einer PEG-Sonde bedarf immer einer klaren medizinischen Indikation; eine PEG darf niemals aus Gründen der Zeit-, Personal- und Kostenersparnis gelegt werden. In der Terminalphase einer Erkrankung kann eine PEG-Sondenanlage ethisch dann geboten sein, wenn Leiden und Symptome wie Durst, Flüssigkeitsmangel, Hunger, die notwendige Applikation von Medikamenten oder „die Angst zu verhungern“ bei gleichzeitiger Unfähigkeit einer adäquaten oralen Versorgung vorliegen und vorher ein limitierter Behandlungsversuch über eine nasogastrale Sonde zu einer adäquaten Symptomlinderung geführt haben. Hier kann im „Grenzfall“ auch die Hinzuziehung einer Ethik-Kommission sinnvoll sein. So kritisch die Indikation für eine künstliche Ernährung über eine PEG-/PEJ-Sonde in der Terminalphase einer Erkrankung zu stellen ist, so offensiv sollte die Möglichkeit einer zusätzlichen Ernährung über ein enterales Sondensystem bei nicht mehr adäquat möglicher oraler Nahrungsaufnahme in der Frühphase einer progredienten schweren Erkrankung individuell erwogen werden. Prospektive klinische Studien belegen

sehr eindrucksvoll, dass auch bei Patienten mit progredienter infauster Grunderkrankung die Lebensqualität der Patienten signifikant durch eine zusätzliche Ernährung über eine PEG-Sonde verbessert werden kann. Diese signifikante Verbesserung der Lebensqualität gilt sowohl für Patienten mit benigner wie auch für Patienten mit maligner Grunderkrankung, für kooperative sowie nichtkooperativ, komatöse wie auch für Patienten mit Tumorkachexie. Darüber hinaus belegen prospektive klinische Studien auch, dass die subjektive Akzeptanz der PEG-Sonde bei dem betroffenen Patienten exzellent ist. Gerade in der Frühphase einer progredienten schweren Erkrankung kann nach unserem heutigen Wissensstand eine gezielte ernährungsmedizinische Betreuung auch unter Einsatz von additiver künstlicher Ernährung über eine PEG-Sonde nicht nur den Ernährungszustand des Patienten erhalten und ggf. verbessern, sondern darüber hinaus auch eindeutig die Befindlichkeit und Lebensqualität des Patienten signifikant verbessern. Hier gilt der Grundsatz, möglichst frühzeitig und objektiv mit den Betroffenen über die zur Verfügung stehenden ernährungsmedizinischen Möglichkeiten zu sprechen. Unter diesen Kautelen kann die Ernährungsmedizin einen wesentlichen Beitrag für die Befindlichkeit und die individuelle Lebensqualität der betroffenen Patienten leisten.

Kontakt:
Prof. Dr. med. Christian Löser
Medizinische Klinik,
Rotes Kreuz Krankenhaus Kassel
Hansteinstraße 29
34121 Kassel