

Künstliche Ernährung im Alter

Eine Entscheidungshilfe für Angehörige ...



.... und alle, die privat oder beruflich als Pflegende, Ärzte, Betreuer oder Therapeuten an der stellvertretenden Entscheidung für einen alten Menschen im häuslichen oder stationären Umfeld beteiligt sind.

Impressum

Herausgeber:

AOK-Bundesverband
Stab Medizin
Rosenthaler Straße 31
10178 Berlin

Ansprechpartner:

Dr. med. Dipl.-Psych. Jörg Lauterberg
AOK-Bundesverband, Stab Medizin

Konzeption und Herstellung:

KomPart-Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG, Berlin

Redaktion: Bettina Nellen

Grafik: Sybilla Weidinger, Kerstin Conradi

Druck: Richter Druck- und Mediacenter GmbH & Co. KG, Elkenroth

Diese Entscheidungshilfe wurde von Claudia Dinand, MScN (Projektdurchführung), Prof. Dr. Sabine Bartholomeyczik (Projektleitung), Department für Pflegewissenschaft, Universität Witten/Herdecke und Deutsches Zentrum für Neurodegenerative Erkrankungen (DZNE), Standort Witten, sowie Dr. med. Ursula Becker, Alfter bei Bonn (Beratung), erstellt und vom AOK-Bundesverband im Rahmen eines Forschungsprojektes gefördert und finanziert. Als Grundlage diente die von Susan Mitchell und Mitarbeitern am Ottawa Health Research Institute, Kanada, entwickelte und 2008 überarbeitete Entscheidungshilfe „Making Choices: Long Term Feeding Tube Placement in Elderly Patients“.

Mit erarbeitet wurde die hier vorliegende Entscheidungshilfe von einer Expertengruppe, der angehörten: Diplom-Pflegewirt (FH) Christian Kolb, Nürnberg; Prof. Dr. phil. Martin W. Schnell, Universität Witten/Herdecke; Prof. Dr. rer. nat. Dorothee Volkert, Universität Erlangen-Nürnberg; Dr. med. Rainer Wirth, St. Marienhospital Borken GmbH.

Besonderer Dank gilt den Angehörigen, Pflegenden und Ärzten, die sowohl bei der Textvalidierung als auch dem abschließenden Audit wertvolle Anregungen für diesen Leitfaden geliefert haben.

Diese Entscheidungshilfe steht zudem als Download unter www.aok.de/gesundheitsnavi → Entscheidungshilfen zur Verfügung.

Stand: April 2011

Inhalt

Liebe Angehörige	4
Wie kommt es zu Ernährungsproblemen?	7
1 Geringe Nahrungsaufnahme	7
2 Erhöhter Energie- und Nährstoffbedarf	7
3 Grunderkrankungen	8
4 Mögliche Folgen eines Ernährungsproblems	8
5 Erkennen eines Ernährungsproblems	8
Was kann bei Ernährungsproblemen getan werden?	10
1 Unterstützung der natürlichen Ernährung	10
2 Unterstützung durch künstliche Ernährung	11
Was bedeutet eine PEG für meinen Angehörigen?	13
1 Wie erfolgt die Ernährung über eine Sonde?	13
2 Ist normales Essen trotz Ernährungssonde möglich?	14
3 Was ist bei der Pflege der Sonde zu beachten?	15
4 Kann eine Ernährungssonde wieder entfernt werden?	15
Welche Fragen sollten vor einer Entscheidung geklärt werden?	17
1 Indikationen – wann ist eine Ernährungssonde sinnvoll?	17
2 Wie kann ich einen Nutzen feststellen?	18
3 Welche Risiken sind von einer Ernährungssonde zu erwarten?	19
Wer entscheidet?	20
1 Was ist eine stellvertretende Entscheidung?	20
2 Wie erkenne ich den mutmaßlichen Willen?	20
3 Wie und mit wem kann ich mich austauschen?	21
Wie würden Sie entscheiden? – Fallbeispiele	23
Glossar	26
Ausgewählte Literatur	27
Web-Links	27

Liebe Angehörige

Sie sollen jetzt oder vielleicht später stellvertretend für einen Ihnen nahestehenden Angehörigen eine Entscheidung für oder gegen eine künstliche Ernährung treffen. Wahrscheinlich fällt Ihnen diese Entscheidung nicht leicht. Entweder weil Sie nicht genau wissen, was unter einer künstlichen Ernährung zu verstehen ist, oder weil Sie nicht wissen, welche Konsequenzen damit verbunden sind. Vielleicht auch, weil Sie nicht genau wissen, wie Ihr Angehöriger entscheiden würde, wenn er oder sie sich selbst äußern könnte. Möglicherweise haben Sie auch das Gefühl, über Leben und Tod entscheiden zu müssen, und fühlen sich der Verantwortung nicht gewachsen, allein gelassen oder unter Druck gesetzt. Das geht vielen Angehörigen in Ihrer Situation ebenso.

Die Verantwortung für einen anderen Menschen zu übernehmen, ist immer eine schwere Aufgabe. Diese Broschüre soll Ihnen dabei helfen, eine Entscheidung im Sinne Ihres Angehörigen treffen zu können, und sie soll Sie ermutigen, sich die Verantwortung mit anderen Beteiligten zu teilen. Die Abbildung rechts macht Ihnen die möglichen Fragen und Entscheidungswege deutlich.

Sie erfahren in dieser Broschüre, was unter einer künstlichen Ernährung zu verstehen ist, welche Gründe es gibt, dass eine Ernährungssonde im Einzelfall notwendig sein kann, und welche dagegen sprechen. Die wichtigsten in dieser Broschüre verwendeten Fachbegriffe können Sie im *Glossar* nachschlagen.

Wir haben versucht, ein möglichst vielfältiges Spektrum an Möglichkeiten aufzuzeigen. Deshalb wird nicht alles, was wir in dieser Broschüre beschreiben, auf Ihre persönliche Situation übertragbar sein. Nehmen Sie sich Zeit, diesen Leitfaden in Ruhe zu lesen. In der Mitte dieser Broschüre ist zu Ihrer Unterstützung auch ein *Arbeitsbogen* eingehftet, den Sie durch Öffnen der mittleren Heftklammer herausnehmen können. Er soll Ihnen und eventuell anderen Beteiligten helfen, zu einer Entscheidung zu kommen. Diese wird aber subjektiv bleiben müssen. Überprüfen Sie Ihre Entscheidung immer mit der Frage: Was hätte mein Angehöriger in dieser Situation gewollt? Wie hätte er sich entschieden?

Wir hoffen, dass Ihnen die Broschüre weiterhilft.



Claudia Dinand



Prof. Dr. Sabine Bartholomeyczik



Dr. med. Ursula Becker

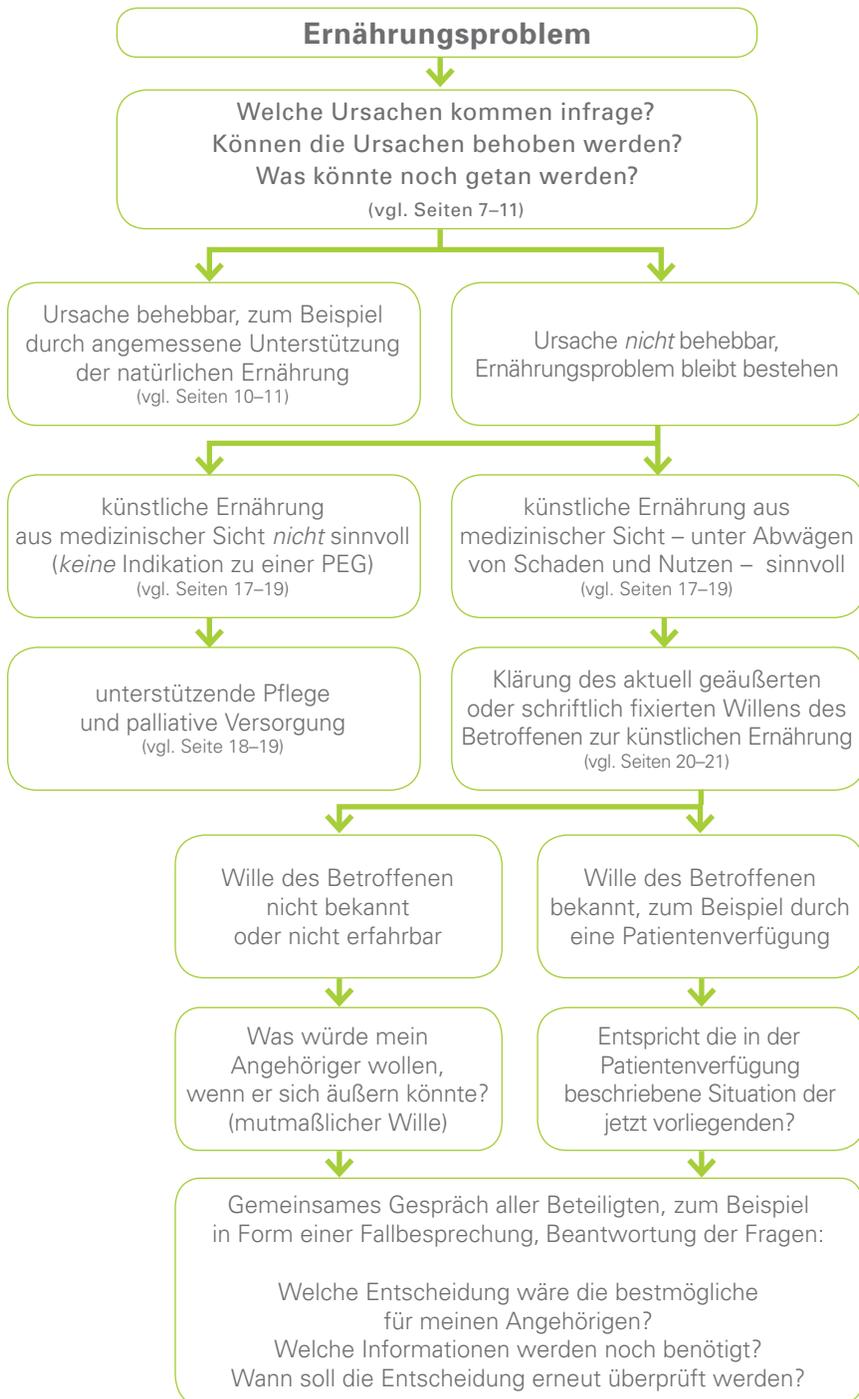


Abbildung 1: Entscheidungswege zur künstlichen Ernährung



**Das Essen soll zuerst das Auge
erfreuen und dann den Magen.**

Johann Wolfgang von Goethe, deutscher Dichter

Wie kommt es zu Ernährungsproblemen?

Situationen, in denen aus medizinischer Sicht eine künstliche Ernährung in Betracht kommt, können ganz verschieden sein. Allen gemeinsam ist eine problematische Ernährungssituation.

1| Geringe Nahrungsaufnahme

Bevor Sie eine Entscheidung über eine künstliche Ernährung für Ihren Angehörigen treffen, sollten Sie sich vergewissern, ob wirklich alle Ursachen für das vorliegende Ernährungsproblem bedacht sind.

Ursachen können körperliche Beeinträchtigungen sein, zum Beispiel:

- schlecht sitzende Zahnprothesen, Mundtrockenheit, gereizte Schleimhäute, Schmerzen beim Kauen
- zu wenig Kraft oder Beweglichkeit der Arme und Hände, um das Besteck zu greifen, den Becher/ die Gabel zu halten oder das Brot oder anderes zu schneiden
- Veränderungen der Wahrnehmung, zum Beispiel durch Schwierigkeiten beim Sehen, Riechen oder Schmecken
- Schluckstörungen
- Müdigkeit beim Essen, zum Beispiel durch Medikamente oder einen veränderten Schlaf-Wach-Rhythmus
- Schmerzen beim Sitzen, schlechte Lage (im Bett)

- Unfähigkeit zu zielgerichteten Handlungen beim Essen (vor allem bei Demenz)

Andere Gründe, warum es Menschen manchmal ablehnen zu essen:

- unappetitlich angerichtete Speisen, ungewohnter Geschmack, zum Beispiel durch wenig gewürzte Speisen
- depressive Grundstimmung
- abnehmendes Hunger- und Durstempfinden
- Ausdruck von Selbstbestimmung
- Umgebungsfaktoren, zum Beispiel Geräuschkulisse, Gerüche, inadäquate Hilfsmittel
- Essensangebot entspricht nicht den Vorlieben, dem Geschmack oder dem gewohnten Tagesrhythmus
- Angst vor Unverträglichkeiten
- Abneigungen persönlicher, religiöser oder kultureller Art

2| Erhöhter Energie- und Nährstoffbedarf

In bestimmten Fällen kann auch ein erhöhter Kalorienverbrauch zu einem Ernährungsproblem führen, zum Beispiel bei:

- Krankheit (Infektion, Fieber, offene Wunden, Durchfall und Erbrechen)
- Unruhe und ständigem Umherlaufen bei Demenz

3 | Grunderkrankungen

Es sind verschiedene Erkrankungen bekannt, die zu Ernährungsproblemen führen können. Eine Zusammenstellung zeigt Tabelle 1.

„Bevor Sie eine Entscheidung zu einer künstlichen Ernährung bei Ihrem Angehörigen treffen, sollten Sie sich vergewissern, ob wirklich alle Ursachen für das vorliegende Ernährungsproblem bedacht worden sind.“

4 | Mögliche Folgen eines Ernährungsproblems

Isst ein Mensch zu wenig oder ernährt er sich einseitig, kann das dazu führen, dass ihm wichtige Nährstoffe fehlen. In der Folge leidet er unter einer Mangelernährung, die Muskelmasse nimmt ab. Es kommt zu Gewichtsverlust. Dies kann wiederum führen zu:

- einer Schwächung des Allgemeinzustandes
- allgemeiner Kraftlosigkeit
- einer Einschränkung der Alltagsfähigkeit
- Sturzgefährdung
- Infektionsanfälligkeit

5 | Erkennen eines Ernährungsproblems

Um ein Ernährungsproblem rechtzeitig zu erkennen, können Sie Folgendes tun:

- Beobachten Sie Ihren Angehörigen

und führen Sie ein Ernährungstagebuch über Art und Menge der verzehrten Nahrungsmittel. Notieren Sie eventuelle Lieblings Speisen.

- Tauschen Sie sich mit den betreuenden Pflegekräften und dem behandelnden Arzt über Ihre Beobachtungen aus.
- Prüfen Sie beziehungsweise fragen Sie nach Veränderungen des Gewichts. Zusammen mit anderen Fragen zur Ernährungssituation kann so zum Beispiel ein Risiko für die Entwicklung einer Mangelernährung bestimmt werden. Mit diesen Informationen können Sie gezielte, auf Ihren Angehörigen angepasste Schritte einleiten, um eine solche Mangelernährung zu verhindern.

Zur Erfassung des Ernährungszustands stehen verschiedene Methoden zur Verfügung. Eine wichtige und oft angewandte Kenngröße ist die Bestimmung des Body-Mass-Index (BMI). Dabei wird die Körpergröße mit dem Körpergewicht in Beziehung gesetzt. Ein niedriger Wert kann Hinweise auf eine mögliche Mangelernährung geben. Bei alten und kranken Menschen kann es jedoch auch zu einer Fehleinschätzung kommen, zum Beispiel bei Wirbelsäulenverkrümmung oder starken Wassereinsparungen. Deshalb sollte der BMI immer in Zusammenhang mit anderen Parametern wie zum Beispiel Wadenumfang, Hautfaldendicke oder Hüft-Taillen-Umfang verwendet werden. Häufig wird bei älteren Menschen bei einem BMI von 20 kg/m² und weniger

Erkrankung	Folge
Neurologische Erkrankungen, zum Beispiel Schlaganfall, Multiple Sklerose, Parkinson, Amyotrophe Lateralsklerose (ALS)	Schluckstörungen durch die Funktionsbeeinträchtigung von Muskeln und Nerven. Dies kann eine Aspiration (Speichel oder Nahrungsbestandteile gelangen in die Luftröhre oder Lunge) zur Folge haben.
Tumore im Mund-, Rachen- oder Speiseröhrenbereich	mechanische Behinderung des Speisewegs
Demenz	<ul style="list-style-type: none"> • Kau- und Schluckstörungen • Vergessen von Hunger und Durst • Konzentrationsstörungen • Unfähigkeit, eine Handlung zu Ende zu führen
Depression	fehlender Appetit

Tabelle 1: Grunderkrankungen, die zu Ernährungsproblemen führen können

eine mögliche Mangelernährung angenommen. Ein viel eindeutigerer Hinweis auf ein hohes Risiko als eine einmalige

Messung ist aber eine schnelle, unbeabsichtigte Abnahme des Gewichts, zum Beispiel fünf Prozent in einem Monat.

BMI = Gewicht (in Kilogramm) : Größe² (in Metern)

Beispiel: Frau, 55 Kilogramm, 1,64 Meter

BMI = 55 kg : (1,64 m x 1,64 m) = 55 kg : 2,6896 m² = 20,45 kg/m²
 Ergebnis: „grenzwertig“

Beispiel: Mann, 65 Kilogramm, 1,85 Meter

BMI = 65 kg : (1,85 m x 1,85 m) = 65 kg : 3,4225 m² = 18,99 kg/m²
 Ergebnis: „Untergewicht“

Was kann bei Ernährungsproblemen getan werden?

1 | Unterstützung der natürlichen Ernährung

Essen und Trinken gehören zu den Grundbedürfnissen des Menschen. Was dem Einzelnen beim Essen wichtig ist, ist individuell sehr verschieden und von der persönlichen Lebensgeschichte und den individuellen Gewohnheiten abhängig.

Je mehr Sie über die Lebensgeschichte eines Menschen wissen, desto eher können Sie mithelfen, die Ernährungssituation stabil zu halten. Positiv auswirken können sich:

- Mahlzeiten, die sich an den individuellen Vorlieben (wichtig: Lieblings-speisen!) und der Lebensgeschichte orientieren

- Einfluss- und Wahlmöglichkeiten bei der Essensgestaltung (zum Beispiel was wird gegessen, wo wird gegessen, wann wird gegessen?)
- eine überschaubare und familiäre Atmosphäre während des Essens
- sinnlich ansprechende und kontrastreich angerichtete, stärker gewürzte Speisen
- genügend Zeit beim Essen; auch sollten gegebenenfalls außerhalb der üblichen Essenszeiten kleine Speisen angeboten werden

In besonderen Fällen kann es sinnvoll sein, hoch kalorische Nahrungszusätze (meist geschmacksneutral und in Pulverform erhältlich) oder Trinknahrung (in

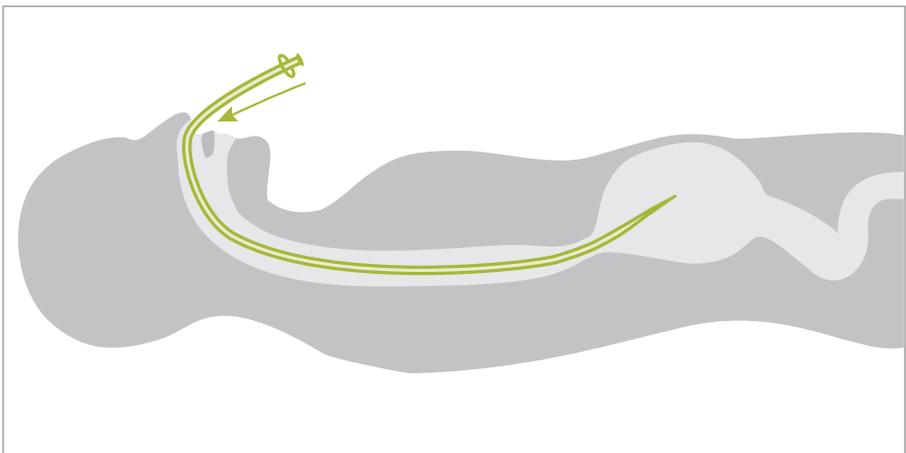


Abbildung 2: Ernährungssonde über die Nase (vorübergehend)

verschiedenen Geschmacksrichtungen (z. B. süß, salzig, sauer, bitter) zusätzlich anzubieten.

Bei Schluckproblemen sollte eine Fachperson hinzugezogen werden, zum Beispiel eine Logopädin, da diese über Kenntnisse rund um den Schluckakt verfügt. Sie kann Ihnen Tipps geben, wie das Schlucken sinnvoll und ungefährlich unterstützt werden kann. In der Regel können angedickte Speisen besser geschluckt werden als flüssige.

Unterstützung erhalten Sie auch bei weiteren Fachkräften: Beruflich Pflegende können Ihnen zeigen, wie die Nahrung richtig anzureichen ist. Ernährungsberaterinnen können Ihnen wertvolle Informationen zur Zusammensetzung der verschiedenen Mahlzeiten liefern.

2 | Unterstützung durch künstliche Ernährung

Manchmal ist es notwendig, einen Menschen über einen gewissen Zeitraum künstlich zu ernähren. Das kann – meist für einen überschaubaren Zeitraum und nicht auf Dauer – über Infusionen geschehen, um beispielsweise einen Flüssigkeitsmangel auszugleichen.

Zur Verabreichung solcher Infusionen sind in der Regel spezielle Zugänge/Katheter notwendig. Infusionen können bei einzelnen, meist akuten Erkrankungen wie zum Beispiel Durchfall und Erbrechen oder nach Operationen sinnvoll und effektiv sein. Eine dauerhafte

Vollernährung über Infusionen ist sehr selten.

Eine solche Vollernährung kann über die künstliche Ernährung mithilfe einer Sonde über die Nase (nasogastral) oder die Bauchdecke (perkutan) erfolgen.

„Je mehr Sie über die Lebensgeschichte eines Menschen wissen, desto eher können Sie mithelfen, die Ernährungssituation stabil zu halten.“

Sonden, die über die Nase in den Magen gelegt werden, werden durch ihre Lage im Gesicht häufig als störend erlebt und können bei längerfristiger Anwendung Druckgeschwüre in der Speiseröhre verursachen (Abbildung 2). Sie eignen sich daher in erster Linie für eine kurzfristige Anwendung. Ist eine künstliche Ernährung aus medizinischer Sicht längerfristig notwendig, kann die Ernährung über eine PEG (= perkutane endoskopische Gastrostomie) sinnvoll sein.



Es gibt kaum ein beglückenderes Gefühl, als zu spüren, dass man für andere Menschen etwas sein kann.

Dietrich Bonhoeffer, deutscher Theologe

Was bedeutet eine PEG für meinen Angehörigen?

Für eine längerfristige künstliche Ernährung wird eine sogenannte perkutane endoskopische Gastrostomie (PEG) vorgenommen. Es handelt sich dabei um einen medizinischen Eingriff, für den in der Regel ein kurzer Krankenhausaufenthalt nötig ist.

Mithilfe einer Magenspiegelung wird ein weicher Kunststoffschlauch durch die Bauchwand in den Magen gelegt. Dazu ist eine leichte Betäubung (keine Vollnarkose) ausreichend. Im Magen verhindert eine weiche Halteplatte das Herausziehen (Abbildung 3 auf Seite 14). Dieser Vorgang dauert insgesamt etwa 15 Minuten.

1 | Wie erfolgt die Ernährung über eine Sonde?

Flüssige Nahrung wird je nach Hersteller aus einer Flasche oder einem Beutel durch einen Schlauch in den Magen geleitet. Die Sondennahrung wird industriell hergestellt und ist so aufbereitet, dass sie vom Darm gut verwertet werden kann. Sie enthält alle Nährstoffe, die für Ihren Angehörigen nötig sind. Um unterschiedlichen Bedarfssituationen gerecht zu werden, gibt es verschiedene Produkte.

Man unterscheidet zwei Darreichungsformen:

Kontinuierliche Gabe: Die Nahrung wird über viele Stunden (etwa 16 Stunden pro Tag) mithilfe der Schwerkraft oder einer Pumpe verabreicht. Dieses Verfahren vermindert das Risiko eines unbemerkten Hochlaufens der Nahrung durch die Speiseröhre in die Luftröhre und damit die Aspirationsgefahr. Ein Nachteil ist, dass die Bewegungsfähigkeit durch die ständige Ernährung eingeschränkt ist. Das kann bei Ihrem Angehörigen dazu führen, dass er sich „angebunden“ fühlt und/oder dass Folgeprobleme wie zum Beispiel ein Druckgeschwür (Dekubitus) entstehen.

Bolusgabe: Hierbei wird die Nahrung portionsweise zu den normalen Essenszeiten gegeben. Diese Form entspricht dem natürlichen Rhythmus einer Mahlzeit mit Sättigungsgefühl und Appetitphasen und schafft Pausen für Aktivitäten, setzt aber eine normale Magen-Darm-Funktion voraus.

Welche Form der Gabe letztlich gewählt wird, muss im Einzelfall und nach Verträglichkeit entschieden werden. In beiden Fällen ist eine Hochlagerung des Oberkörpers von mindestens 30 Grad unbedingt notwendig, damit Nahrung nicht in die Luftröhre gelangt.

Auch Wasser, Tee und Medikamente (siehe auch Hinweise auf Seite 15 unter

„Was ist bei der Pflege der Sonde zu beachten?“) können durch die Ernährungssonde gegeben werden.

2 | Ist normales Essen trotz Ernährungssonde möglich?

Ja, wenn keine medizinischen Gründe dagegen sprechen. Generell sollte sogar so viel wie möglich weiter über den Mund gegessen werden. Die angebotene Menge muss jedoch der Schluckfunktion und dem Appetit angepasst sein.

Es ist wichtig, dass die Schluckfähigkeit im Rahmen einer sogenannten Schluck-

diagnostik in regelmäßigen Abständen von einem Spezialisten, zum Beispiel einem Logopäden, ausgetestet wird.

Bei ausgeprägter Schädigung von Muskeln und Nerven, die für den Schluckakt verantwortlich sind, muss manchmal die Verabreichung jeglicher Nahrung über den Mund unterbleiben. Es besteht dann ein regelrechtes Schluckverbot. In solchen Fällen gewinnt eine regelmäßige und gründliche Mundpflege besonders an Bedeutung. Sie wirkt dem Durstgefühl, das durch einen trockenen Mund verursacht wird, entgegen. Zur Mundpflege eignen sich in Flüssigkeit ge-

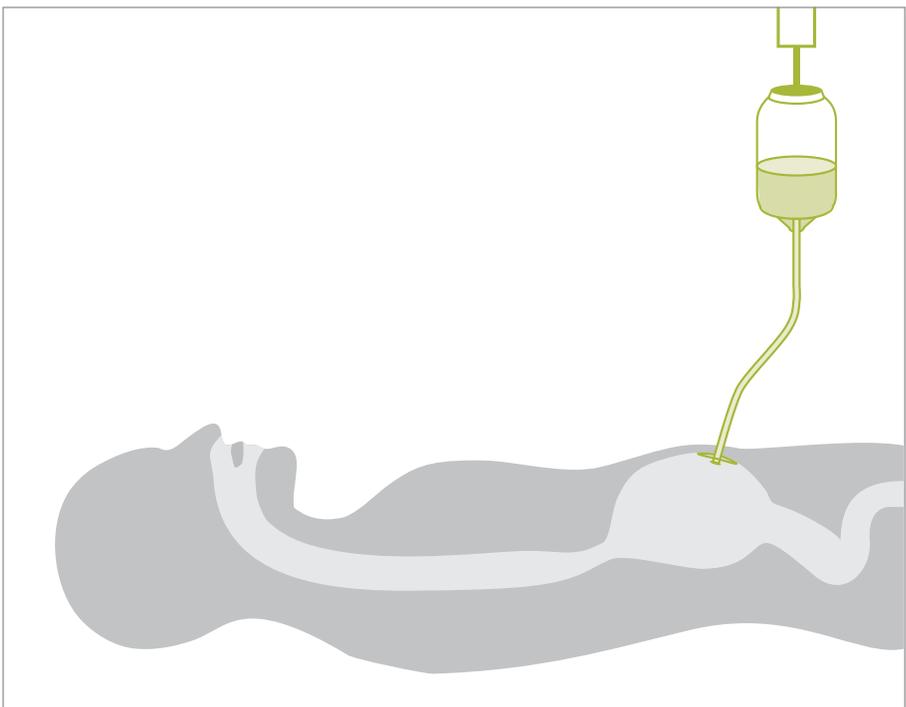


Abbildung 3: PEG-Ernährungssonde (dauerhaft)

tränkte Tupfer oder kleine Eiswürfel, die sich im Mund auflösen. Sie können hierfür fast alle Flüssigkeiten benutzen, nicht nur Wasser und Tee, sondern auch Säfte oder – wenn ansonsten nichts dagegen spricht – alkoholische Getränke wie Wein und Bier.

3| Was ist bei der Pflege der Sonde zu beachten?

Damit die Sonde lange funktionstüchtig bleibt, muss regelmäßig überprüft werden, ob sie dicht ist, nicht verstopft und ob die flüssige Nahrung korrekt einläuft. In der Regel übernimmt eine erfahrene Fachkraft diese Aufgabe.

Die häufigste Ursache für eine Verstopfung der Sonde sind Medikamentenreste, die die Sonde von innen verkleben. Medikamente sollten daher grundsätzlich einzeln gegeben und mit etwas Wasser nachgespült werden. Da nicht jedes Medikament ohne Wirkungsverlust über eine Sonde gegeben werden kann, wird der behandelnde Arzt die Medikation daraufhin überprüfen und gegebenenfalls auf geeignete Präparate oder andere Verabreichungsformen umstellen.

Wichtig bei der Versorgung und Pflege einer PEG ist die Vermeidung von zu starkem Zug, um zu verhindern, dass die Ernährungssonde unbeabsichtigt entfernt wird. Andererseits muss auch darauf geachtet werden, dass sie nicht in die Magenwand einwächst. Die Einstichstelle in der Bauchdecke sollte daher mehrmals pro Woche gesäubert, der Hautzustand überprüft und die Sonde vorsichtig drehend vor und zurückge-

schoben werden. In der Regel überprüfen Pflegekräfte die Funktionsfähigkeit der Sonde.

Die Ernährungssonde hält bei korrekter Bedienung und Pflege einige Jahre.

4| Kann eine Ernährungssonde wieder entfernt werden?

Ja, eine Sonde kann wieder entfernt werden, wenn die Gründe, die ursprünglich

„Die Sondenernährung muss in regelmäßigen Abständen daraufhin überprüft werden, ob es noch gute Gründe dafür gibt und das angestrebte Ziel auch erreicht wird.“

zu einer PEG-Anlage geführt haben, nicht mehr zutreffen. Das kann sein, wenn Ihr Angehöriger

- wieder ausreichend essen und trinken kann oder
- nicht, wie erhofft, von der Sonde profitiert und das Therapieziel nicht erreicht wird.

Auf jeden Fall muss die Beibehaltung einer Sondenernährung in regelmäßigen Abständen auf ihre Gültigkeit überprüft werden. Übersteigt der Schaden den möglichen Nutzen oder entspricht die Maßnahme nicht mehr dem mutmaßlichen Willen, gibt es keine ethischen oder juristischen Gründe, die Sonde weiter einzusetzen. Ein hierzu wichtiges Urteil hat der Bundesgerichtshof gefällt (siehe unter Web-Links auf Seite 27).



**Der kürzeste Weg zwischen
zwei Menschen ist ein Lächeln.**

Chinesisches Sprichwort

Welche Fragen sollten vor einer Entscheidung geklärt werden?

Wichtig vor der Entscheidung für eine Ernährungssonde ist eine auf die individuelle Situation ausgerichtete ärztliche Aussage zur medizinischen Notwendigkeit und zu einem Therapieziel. Dabei ist zu unterscheiden, ob es sich um eine vorübergehende Störung handelt, die mithilfe einer PEG überbrückt werden kann, oder um eine nicht therapierbare fortschreitende Grunderkrankung. Wichtige Fragen, die Sie sich und anderen beteiligten Personen zum Beispiel im Rahmen einer Fallbesprechung stellen sollten, sind:

- Was soll eine künstliche Ernährung bewirken? Was erhoffe ich mir für meinen Angehörigen von der Anlage einer PEG?
- Kann die PEG diese Erwartungen erfüllen? Welcher Nutzen ist tatsächlich erwartbar?
- Entspricht eine solche Maßnahme dem Willen meines Angehörigen? Wie würde er entscheiden, wenn er sich äußern könnte?
- Wann und unter welchen Bedingungen sollte die Entscheidung erneut überprüft werden?

1 | Indikationen – wann ist eine Ernährungssonde sinnvoll?

Je nachdem, welche Ursache für das Ernährungsproblem Ihres Angehörigen verantwortlich ist, kann eine PEG mehr

oder weniger die an sie gestellten Erwartungen erfüllen. Man weiß jedoch, dass vor allem die Menschen davon profitieren, deren Allgemeinzustand allenfalls mäßig reduziert ist und die sich nicht in der Endphase einer voranschreitenden chronischen Krankheit befinden.

Medizinisch unstrittig ist die Anlage einer PEG bei

- Menschen mit ausgeprägten Schluckstörungen, beispielsweise nach einem Schlaganfall. Hier wird die Ernährung mithilfe einer Sonde so früh wie möglich empfohlen. Innerhalb der ersten 14 Tage wird in der Regel über eine Nasensonde ernährt. Bei ausbleibender Besserung der Schluckstörung sollte dann nach 14 bis 28 Tagen auf eine PEG-Sonde gewechselt werden.
- Menschen, bei denen tumorbedingt der natürliche Speiseweg versperrt wird oder die vor und nach einer Chemotherapie keine Nahrung bei sich behalten können.

In diesen Situationen hilft eine frühzeitige Ernährung über eine PEG, den Allgemein- und Ernährungszustand zu stabilisieren und damit zur Erholung und Wiedererlangung von Fähigkeiten beizutragen, zum Beispiel am alltäglichen Leben teilzunehmen und wieder selbstständig essen und trinken zu können.

Bei Menschen mit chronisch verlaufenden neurologischen Erkrankungen wie Parkinson, Multipler Sklerose oder ALS (Amyotrophe Lateralsklerose), die in fortgeschrittenen Stadien mit einer Schluckstörung einhergehen können, kann eine Ernährungssonde ebenfalls Entlastung bringen und oft die Prognose verbessern. Hier bahnt sich eine Entscheidung für oder gegen eine Sonde langsam an. Sie können also in Ruhe entscheiden.

Für alte und pflegebedürftige Menschen, insbesondere für Menschen mit Demenz, ist häufig ein langsam fortschreitender, chronischer Gewichtsver-

„Entscheidungen für oder gegen eine Magensonde sind immer für die individuelle Situation abzuwägen.“

lust der Auslöser, sich für eine Ernährungssonde zu entscheiden. Hier ist ein Nutzen durch eine PEG nicht so eindeutig zu bestimmen. Prüfen Sie gemeinsam möglichst mit Ihrem Angehörigen, mit den betreuenden Ärzten und Pflegefachkräften, ob wirklich alle Ursachen erkannt und entsprechende Maßnahmen zur Stabilisierung der Ernährungssituation ausgeschöpft wurden.

Für Menschen mit einer fortgeschrittenen Demenz konnte ein Nutzen durch eine Ernährung über eine PEG bislang

nicht nachgewiesen werden. Weder konnte die Lebenserwartung noch die Lebensqualität gesteigert noch eine Aspiration oder das Entstehen von Druckgeschwüren dadurch vermieden werden. Manche verwirrte Menschen mussten sogar an den Händen fixiert werden, damit sie sich die Sonde nicht gewaltsam entfernen.

Menschen, die bereits vor Anlage einer PEG pflegebedürftig waren, werden wahrscheinlich auch mit einer PEG auf Hilfe angewiesen bleiben.

Menschen am Ende des Lebens profitieren in der Regel nicht mehr von der Ernährung über eine PEG. Menschen in dieser Lebensphase verspüren oft wenig oder keinen Hunger und Durst. Das Aufdrängen von Nahrung widerstrebt sogar ihren Bedürfnissen. Andere Formen der Förderung von Wohlbefinden, zum Beispiel das Befeuchten des Mundes mit getränkten Tupfern oder die Gabe von Flüssigkeit in Form kleiner Eiswürfel zur Durststillung oder bei Mundtrockenheit, stehen hier im Vordergrund.

2| Wie kann ich einen Nutzen feststellen?

Von einem Nutzen durch eine Ernährungssonde wird gesprochen, wenn sie sich positiv auf die Situation Ihres Angehörigen auswirkt, indem sie

- die Ernährungssituation stabilisiert oder verbessert
- den Gesundheitsstatus positiv beeinflusst oder weitere Verschlechterungen verhindert

- die Lebensqualität steigert
- das Allgemeinbefinden verbessert
- die Alltagsfähigkeiten erhält oder wiederherstellt
- die Lebenserwartung erhöht

Ein Nutzen liegt nicht oder nur eingeschränkt vor, wenn sich keine positiven Effekte nachweisen lassen.

Von einem Schaden kann gesprochen werden, wenn sich die Ernährungssonde negativ auf die Situation Ihres Angehörigen auswirkt, indem sie

- Schmerzen oder Komplikationen verursacht
- die Lebensqualität einschränkt
- Alltagsfähigkeiten reduziert
- ein perspektivloses Leiden unnötig verlängert

3| Welche Risiken sind von einer Ernährungssonde zu erwarten?

Die Anlage einer PEG ist im Vergleich mit anderen medizinischen Eingriffen aus technischer Sicht eine einfache und sichere Methode, um eine dauerhafte und ausgewogene Ernährung sicherzustellen. Die häufigste Komplikation durch die Anlage selbst ist eine Wundinfektion und kommt in etwa 15 von 100 Fällen vor. Weniger häufig sind Wundschmerzen oder Blutungen nach der Anlage. Sie gelten als leichte Komplikationen. Manchmal können auch Durchfälle oder Übelkeit und Erbrechen durch die künstliche Ernährung auftreten.

Schwere Komplikationen kommen selten vor. Dazu gehören zum Beispiel eine

Lungen- oder Bauchfellentzündung oder eine Verletzung des Darms.

Zu den Langzeitkomplikationen und Problemen einer Ernährungssonde zählen beispielsweise die Lockerung, Undichtigkeit, Verstopfung oder das Einwachsen in die Bauchwand. Diese Komplikationen können durch gute Pflege vermieden werden.

Menschen, die vor einer PEG Nahrung aspiriert haben, tun dies meist auch nach der Sondenanlage. Selten, dann aber besonders gefährlich ist die sogenannte stille Aspiration, weil sie unbemerkt verläuft. Dabei geraten Nahrungsbestandteile in die Atemwege und können nicht wieder abgehustet werden. Dies kann zu einer Lungenentzündung führen.

Viele der Aspekte, die es zu bedenken gilt, können nur subjektiv aus der Sicht Ihres Angehörigen eingeschätzt werden. Nicht immer sind klare Antworten möglich. Entscheidungen für oder gegen eine PEG sind immer für die individuelle Situation abzuwägen. Eine Entlastung kann es sein zu wissen, dass es weitere Möglichkeiten gibt, mit denen Sie Ihrem Angehörigen Zuwendung und Wohlbefinden vermitteln können. Besonders in Situationen, in denen Heilung nicht mehr möglich ist, hilft eine gute palliative Versorgung. Sie umfasst die Linderung der Beschwerden, eine einfühlsame Begleitung und gute Kommunikation aller Beteiligten untereinander. In besonderen Fällen können Sie auch eine spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) in Anspruch nehmen.

Wer entscheidet?

Vor einer Entscheidung für oder gegen eine PEG steht eine vom Arzt festgestellte medizinische Indikation. Bei der Anlage selbst handelt es sich um einen medizinischen Eingriff. Diesem muss Ihr Angehöriger oder gegebenenfalls sein gesetzlicher Vertreter zustimmen, nachdem er über mögliche Folgen vom behandelnden Arzt aufgeklärt wurde. Ohne dieses Einverständnis ist ein solcher Eingriff rechtswidrig.

„Es sind die Wünsche und Bedürfnisse Ihres Angehörigen, die respektiert werden müssen, auch wenn Sie persönlich für sich vielleicht anders entscheiden würden.“

Solange Ihr Angehöriger selbst entscheiden kann, also einwilligungsfähig ist, gilt sein aktuell geäußerter Wille. Auch bei bestehender gesetzlicher Betreuung können gegebenenfalls einzelne Fragen mit Ihrem Angehörigen besprochen werden.

Die meisten Menschen, bei denen die Entscheidung für oder gegen eine Ernährungssonde getroffen werden muss, können diese Einwilligung aufgrund Ihres gesundheitlichen Zustandes nicht mehr geben. Die Beurteilung der Einwilligungsfähigkeit ist primär Aufgabe des Arztes,

die Beurteilung des mutmaßlichen Willens Aufgabe des gesetzlichen Vertreters. Eine Entscheidung muss im gemeinsamen Gespräch getroffen werden.

Bei Uneinigkeit zwischen verschiedenen beteiligten Personen, die nicht durch wiederholte Gespräche geklärt werden kann, kann das Betreuungsgericht eingeschaltet werden.

1 | Was ist eine stellvertretende Entscheidung?

Unter einer stellvertretenden Entscheidung versteht man eine Entscheidung, die jemand in Vertretung eines Menschen trifft, der vorübergehend oder dauerhaft nicht in der Lage ist, dies selbst zu tun. Um eine solche stellvertretende Entscheidung zu treffen, muss jemand dazu berechtigt werden. Dies ist zum Beispiel dann der Fall, wenn eine Person einem vertrauten Menschen eine Vorsorgevollmacht erteilt hat, die auch den Bereich der Gesundheitsfürsorge umfasst. Das Gleiche gilt, wenn das Betreuungsgericht jemanden als gesetzlichen Betreuer einsetzt. Weiterführende Informationen hierzu finden Sie unter „Ausgewählte Literatur“ auf Seite 27.

2 | Wie erkenne ich den mutmaßlichen Willen?

Beobachten Sie Ihren Angehörigen genau und bedenken Sie alles, was Sie

über seine Werte, seine ethischen und religiösen Überzeugungen und sonstigen Wertvorstellungen wissen. Fragen Sie andere Familienmitglieder, Freunde oder gute Bekannte, die Ihren Angehörigen gut kennen, und überlegen Sie, ob er sich in dieser Situation der Krankheit für oder gegen eine Ernährungssonde entschieden hätte.

Bedenken Sie auch, dass das, was Ihr Angehöriger will, nicht immer das Gleiche ist, was Sie für sich in der gleichen Situation wollen. Es sind die Wünsche Ihres Angehörigen, die respektiert werden müssen, auch wenn Sie nicht damit einverstanden sind.

Je früher Sie diese Angelegenheiten mit Ihrem Angehörigen besprechen, desto besser und einfacher wird Ihnen die Entscheidung fallen und desto sicherer können Sie seine Wünsche berücksichtigen und auf die aktuelle Situation übertragen.

Hat Ihr Angehöriger eine Patientenverfügung verfasst, kann diese sehr hilfreich und entlastend sein, vorausgesetzt, sie ist auf die jetzige Situation anwendbar.

3| **Wie und mit wem kann ich mich austauschen?**

Viele Angehörige in Ihrer Situation fühlen sich unter Druck und durch die Verantwortung stark belastet. Gespräche mit Pflegenden und Ärzten zeigen deutlich, dass es auch den anderen beteiligten Personen manchmal schwerfällt, eine klare Entscheidung zu fällen. Gera-

Wenn Ihr Angehöriger nicht selbst entscheiden kann, gilt – soweit erfolgt – sein vorausverfügter Wille, der zu einem früheren Zeitpunkt als Patientenverfügung schriftlich festgelegt wurde, sofern er auf die jetzige Situation anwendbar ist.

Liegt keine Patientenverfügung vor, muss nach dem mutmaßlichen Willen des Patienten gehandelt werden.

Kann dieser nicht ermittelt werden, so muss eine Entscheidung zum Wohle Ihres Angehörigen von Dritten getroffen werden.

Bei Uneinigkeit zwischen den beteiligten Personen, die nicht durch wiederholte Gespräche oder zum Beispiel eine Ethikberatung geklärt werden können, kann das Betreuungsgericht eingeschaltet werden.

de in solchen Situationen hat es sich als sinnvoll erwiesen, wenn alle Beteiligten miteinander ins Gespräch kommen und in Form einer Fallbesprechung ihre Beobachtungen und Einschätzungen austauschen und die unterschiedlichen Sichtweisen zusammentragen. Dazu zählen Sie als Stellvertreter und/oder ein bestellter Betreuer, die betreuenden Ärzte und Pflegekräfte und gegebenenfalls auch andere Therapeuten, die in den Prozess einbezogen sind (Logopäden, Ernährungsberater, Seelsorger).

In besonders schwierigen Entscheidungssituationen hat es sich bewährt, eine Ethikberatung in Anspruch zu nehmen.



**Man weiß nie, was daraus wird,
wenn die Dinge verändert werden.
Aber weiß man denn, was daraus wird,
wenn sie nicht verändert werden?**

Elias Canetti, Schriftsteller und Literatur-Nobelpreisträger

Wie würden Sie entscheiden?

Im Folgenden stellen wir Ihnen drei Fallbeispiele vor, die auf realen Gegebenheiten beruhen und für diese Broschüre angepasst wurden (siehe Borker 2002 und Wirth 2009 unter „Ausgewählte Literatur“ auf Seite 27). Sie sollen Ihnen zeigen, wie andere Menschen eine Entscheidung getroffen haben. Die Beispiele beurteilen nicht, ob falsch oder richtig entschieden wurde.

Beispiel 1 – Herr Herrmann

Herr Herrmann ist 87 Jahre alt, kinderlos. Seine Frau ist vor einigen Jahren verstorben. Seit zwei Jahren lebt er auf eigenen Wunsch nach einem Sturz in einem Altenheim. Die Verwirrtheit nimmt langsam zu. Die ehemalige Nachbarin kümmert sich um ihn.

Nach einem Krankenhausaufenthalt beginnen Essprobleme. Herr Herrmann isst und trinkt fast nichts mehr und lehnt das Essen ab. Eine Altenpflegerin sagt, wenn man eindringlicher versuchte, das Essen zu reichen, würde er aggressiv. Eine einberufene Fallkonferenz mit dem behandelnden Hausarzt, den Pflegenden und der Nachbarin ergibt keine behebbaren Gründe dafür, warum er nicht essen mag. Der Hausarzt und ein Neurologe veranlassen erneut eine Krankenseinweisung, um eine Infektion auszuschließen. Herr Herrmann erhält zunächst eine Nasensonde zur künstlichen

Ernährung, die er sich aber mehrfach herauszieht.

Die Nachbarin ist wegen dieser Behandlungsform sehr skeptisch. Sie meint, dass Herr Herrmann nicht mehr leben will, wenn er sagt: „Mutter hilf, ich kann nicht mehr.“ Eine Patientenverfügung liegt nicht vor.

Trotz der Bedenken der Nachbarin bessert sich der Gesundheitszustand von Herrn Herrmann zunächst durch die künstliche Ernährung. Er wirkt wacher und aufgeschlossener. Die Nachbarin ist sehr erstaunt, wie gut es Herrn Herrmann wieder geht. Die behandelnden Ärzte halten deshalb eine PEG für indiziert und beantragen die Einrichtung einer Betreuung durch das Gericht.

Beispiel 2 – Frau Meyer

Frau Meyer ist 92 Jahre alt und lebt in einem Altenheim. Seit drei Wochen liegt sie wegen eines Harnwegsinfekts, einer Lungenentzündung und weil sie zu wenig isst im Krankenhaus. Frau Meyer spricht wenig und reagiert selten auf Fragen. Sie wirkt kraft- und teilnahmslos. Nach wenigen Bissen möchte sie in der Regel nicht mehr weiter essen.

Die Tochter von Frau Meyer ist die vom Gericht bestellte Betreuerin. An ihrem 92. Geburtstag hatte Frau Meyer noch

mit ihrer Familie Kaffee getrunken und Torte gegessen, einen Monat später wurde sie ins Krankenhaus eingewiesen. Die Mutter lehne es ab zu essen. Zudem fiebere sie und sei unruhig. Es wird eine Schilddrüsenüberfunktion festgestellt. Eine medikamentöse Behandlung behebt die Unruhezustände, aber mit dem Essen klappt es nach wie vor nicht. Es wird über eine künstliche Ernährung diskutiert.

Trotz bestehender Essprobleme wird Frau Meyer nach dem vierwöchigen Krankenhausaufenthalt ins Altenheim zurückverlegt. Nach einer Infektion ist eine erneute Einweisung erforderlich und eine künstliche Ernährung über eine PEG soll erfolgen. Die Tochter ist dagegen, will die Entscheidung jedoch nicht allein treffen und bespricht sich mit ihrer Tochter, die Ärztin ist. Nach einem gemeinsamen Gespräch mit dem Arzt beschließen sie, keine PEG legen zu lassen, da die Familie der Auffassung ist, Frau Meyer solle in Frieden sterben dürfen. Die Tochter sagt: „Auch früher schon, als meine Mutter noch zu Hause lebte, war sie unglücklich, weil sie viel allein war. Sie hatte keine Lust mehr zum Leben und (...) wollte am liebsten auf den Friedhof. Sie hat immer gesagt, sie möchte nicht in ein Altenheim. Sie möchte aus ihrer Wohnung herausgetragen werden. Das war ihr größter Wunsch (...) und das hat sie im Heim in letzter Zeit auch immer wieder betont.“

Dennoch haben die Angehörigen Angst, eine falsche Entscheidung zu treffen. Eine Rücksprache mit den betreuenden

Pflegenden bestätigt aber ihren Eindruck. Auch sie sind der Ansicht, dass Frau Meyer keinen Hunger mehr verspürt und dass sie einfach nicht mehr kann und will. Insofern bleibt die Entscheidung bestehen.

Beispiel 3 – Frau Schulze

Frau Schulze ist 73 Jahre alt. Seit etwa zehn Jahren leidet sie an einem Parkinson-Syndrom. Bis vor einem Monat konnte sie sich in ihrer Wohnung noch selbstständig fortbewegen. Seit drei Wochen ist sie jedoch vollständig bettlägerig. Die Nahrungsaufnahme ist seit etwa drei Monaten deutlich reduziert, als sie in einem Krankenhaus stationär aufgenommen wird. Aktuell ist sie nicht mehr in der Lage, auch nur kleine Mengen an Nahrung oder Flüssigkeit zu sich zu nehmen. Daher gelingt auch die Einnahme der Parkinson-Medikamente nicht. Frau Schulze weist vielfältige Druckgeschwüre an Rücken und Füßen und Wassereinlagerungen in den Beinen auf. Sie ist schläfrig und kommunikationsunfähig. Frau Schulze steht seit etwa einem Jahr unter amtlicher Betreuung durch ihren Sohn und hat vor zwei Jahren eine Vorsorgevollmacht unterschrieben, in der sie klar zum Ausdruck bringt, dass sie künstliche Ernährung nicht wünscht, sofern ein nicht behandelbarer Zustand erreicht ist.

Die behandelnden Ärzte empfehlen zur Therapie der Druckgeschwüre, der Wassereinlagerungen und der parkinsonbedingten Bewegungsunfähigkeit eine künstliche Ernährung, über die

auch die Verabreichung der Medikamente sichergestellt werden kann. Ob sich der Zustand bessern wird, bleibt angesichts des stark reduzierten Allgemeinzustandes unsicher. Nach intensiver Beratung kommen behandelnde Ärzte und Sohn überein, den Behandlungserfolg mit einer zunächst zeitlich begrenzten künstlichen Ernährung zu testen und nach drei Wochen zu überprüfen. Bessert sich der Zustand von Frau Schulze binnen dieser drei Wochen hinsichtlich ihrer Mobilität und Kommunikationsfähigkeit, so ist vereinbart, die Therapie fortzuführen und auf eine künstliche Ernährung mittels PEG zu wechseln. Für den Fall, dass diese Ziele nicht erreicht werden, ist ein vollständiger Therapieabbruch vorgesehen. Diese Vereinbarung wird in der Krankenakte dokumentiert.

Die Ernährungssonde durch die Nase wird am zweiten Tag der stationären Behandlung platziert und von Frau Schulze gut toleriert. Mit Anlage der Sonde erhält Frau Schulze auch ihre medikamentöse Parkinson-Behandlung. Der Kostaufbau gelingt rasch und komplikationslos. Bereits nach vier Tagen wird sie auf diese Weise ausreichend ernährt. Im Verlauf der zweiten Woche bessert sich auch die Benommenheit, und die Druckgeschwüre zeigen durch die zusätzliche Wundbehandlung und konsequente Lagerungstherapie eine deutliche Heilungstendenz. Die Bewegungsstarre bessert sich jedoch nicht. In der dritten Woche bessert sich der Zustand nicht weiter. Frau Schulze bleibt kommunikations- und bewegungs-

unfähig. Entsprechend der Therapievereinbarung werden die künstliche Ernährung und die Parkinson-Therapie nach Ablauf der drei Wochen abgebrochen. Die Behandlung wird im Sinne einer rein palliativen, symptomorientierten Therapie verändert, die Ernährungs-sonde entfernt. Die Familie des Sohnes erklärt sich bereit, angesichts des überschaubaren Lebenshorizonts die Patientin bei sich zu Hause aufzunehmen und mithilfe eines palliativmedizinisch geschulten Pflegedienstes zu versorgen. Nach weiteren drei Wochen der liebevollen häuslichen Pflege verstirbt Frau Schulze. Der Sohn bringt gegenüber den behandelnden Ärzten zum Ausdruck, dass er ein gutes Gefühl dabei habe, jede Therapiechance genutzt zu haben, aber auch den verfügbaren Willen seiner Mutter respektiert und beachtet zu haben.

Ihr persönlicher Arbeitsbogen

Nachdem Sie nun gelesen haben, wie andere Bevollmächtigte/Betreuer entschieden haben, können Sie nun selbst mithilfe des Arbeitsbogens, der sich in der Mitte dieser Broschüre befindet und durch Öffnen der mittleren Klammer herauslösen lässt, schrittweise zu einer Entscheidung kommen. Sie können den Bogen auch dem behandelnden Arzt, dem Krankenhausteam oder anderen betreuenden und an der Pflege beteiligten Personen zeigen. Vielleicht werden so noch offene Fragen, insbesondere zur Prognose Ihres Angehörigen, beantwortet, bevor Sie ihn vollständig ausfüllen können. Lassen Sie sich Zeit.

Glossar

Amyotrophe Lateralsklerose (ALS) · unheilbare chronische Erkrankung des Nervensystems, bei der es zur Schwächung oder Lähmung sämtlicher Muskelfunktionen kommen kann

Apathisch · teilnahmslos

Aspiration · versehentliches Eindringen körpereigener oder körperfremder flüssiger oder fester Bestandteile/Nahrung in die Luftröhre

Dekubitus · Druckgeschwür/
Wundliegen

Demenz · chronisch fortschreitende und bisher unheilbare Krankheit des Gehirns mit Einschränkungen des Gedächtnisses und anderer höherer Gehirnfunktionen mit Auswirkungen auf das Denken, Sprechen und die Alltagsfähigkeit

Exsikkose · Austrocknung des Körpers infolge eines Flüssigkeitsmangels

Gastral · den Magen betreffend

Indikation · der medizinische Grund für eine bestimmte Therapie oder Diagnostik

Intravenös · in die Vene

Logopädie · Stimm-, Sprech- und Sprachheiltherapie

Multiple Sklerose · chronisch entzündliche Erkrankung des Rückenmarks mit vielfältigen Auswirkungen auf die Empfindungs- und Bewegungsfähigkeit

Nasogastral · über die Nase in den Magen

Mangelernährung · ein anhaltendes Defizit an Energie und/oder Nährstoffen im Sinne einer negativen Bilanz zwischen Aufnahme und Bedarf mit Konsequenzen und Einbußen für Ernährungs- und Gesundheitszustand

Oral · über den Mund

Palliativmedizin · aktive, ganzheitliche Behandlung von Menschen mit einer schweren, unheilbaren Erkrankung und begrenzter Lebenserwartung. Ziel ist, unter Beherrschung von Schmerzen und/oder anderer Beschwerden mithilfe von psychologischer, sozialer und spiritueller Unterstützung ein Höchstmaß an Lebensqualität zu erreichen.

Parkinson · chronische Erkrankung, bei der das Absterben von Nervenzellen des Mittelhirns zu Bewegungsverlangsamung bis hin zur Starre führen kann; geht häufig mit unwillkürlichem Zittern einher

Perkutane endoskopische Gastrostomie (PEG) · medizinischer Eingriff, bei dem mithilfe eines Endoskops (= mehr oder weniger flexibler Schlauch, der mit einer Lichtquelle und einem optischen System zur Lagekontrolle ausgestattet ist) ein Schnitt durch die Bauchdecke in den Magen erfolgt, um einen Zugang für eine Ernährungssonde zu verankern; siehe auch Abbildung 3 auf Seite 14

Ausgewählte Literatur

Borker S (2002): Nahrungsverweigerung in der Pflege. Eine deskriptiv-analytische Studie. Bern: Verlag Hans Huber

Bundesärztekammer (2010): Empfehlungen der Bundesärztekammer und der Zentralen Ethikkommission bei der Bundesärztekammer zum Umgang mit Vorsorgevollmacht und Patientenverfügung in der ärztlichen Praxis. Deutsches Ärzteblatt, Jahrgang 104, Heft 13

DNQP (Hrsg.) (2010): Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege: Expertenstandard Ernährungsmanagement zur Sicherstellung und Förderung der oralen Ernährung in der Pflege. Entwicklung – Konsentierung – Implementierung. Osnabrück: Fachhochschule Osnabrück

Jox RJ, Heßler HJ, Borasio GD (2008): Entscheidungen am Lebensende, Vorsorgevollmacht und Patientenverfügung. Nervenarzt, Jahrgang 79, Heft 6, 729–739

Schnell MW (2009): Patientenverfügung. Begleitung am Lebensende im Zeichen des verfügbaren Patientenwillens – Kurzlehrbuch für die Palliative Care. Bern: Verlag Hans Huber

Wirth R (2009): Ethische Fragen bei der künstlichen Ernährung geriatrischer Patienten. In: Weimann A, Körner U, Thiele F (Hrsg.). Künstliche Ernährung und Ethik. DGEM. Lengerich: Pabst-Verlag, 101–113

Web-Links

www.aok.de

Den Forschungsbericht „Ablauf der Entscheidungsprozesse zur Anlage einer perkutanen endoskopischen Gastrostomie (PEG)“ finden Sie unter: www.aok-forschungsberichte.de

www.bundesgerichtshof.de

Pressemitteilung „Abbruch lebenserhaltender Behandlung auf der Grundlage des Patientenwillens ist nicht strafbar“ sowie Urteil: www.bundesgerichtshof.de → Entscheidungen → Entscheidungsdatenbank des Bundesgerichtshofs → Link „Zugang zur Entscheidungsdatenbank des Bundesgerichtshofs“ → unter „Dokumentsuche“ das Datum 25.06.2010 eingeben → für das Urteil Aktenzeichen „2 StR 454/09“ anklicken

www.dgem.de

Enthält alle Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Ernährungsmedizin (DGEM) und der European Society for Clinical Nutrition and Metabolism (ESPEN) zum Download

www.gesundheitsamt.bremen.de

„Enterale Ernährung in der stationären Altenpflege in Bremen: Hat sich die Prävalenz von PEG-Sonden geändert? Ein Vergleich der Erhebungen 2003 und 2009 (Bericht 04/2010)“ und „Enterale Ernährung über PEG-Sonden in der stationären Altenpflege“ (Bericht 09/2004); www.gesundheitsamt.bremen.de → Veröffentlichungen → unter „2010“ und „2004“

www.nahrungsverweigerung.de

Umfangreiches Material inklusive Linksammlung als Entscheidungsgrundlage bei Menschen mit Demenz

www.stmas.bayern.de

Künstliche Ernährung und Flüssigkeitsversorgung. Leitfaden des Bayerischen Landespflegeausschusses (2008), Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen; www.stmas.bayern.de → Publikationen → Pflege → bis zur Broschüre scrollen

www.tropenlinik.de/Archiv/PEG.pdf

Mitchell SL, Tetroe JM, O’Conner AM, Rostom A, Villeneuve C, Hall B (2008): Long Term Feeding Tube Placement in Elderly. Deutsche Übersetzung von Mitarbeitern der Tropenlinik Paul-Lechler-Krankenhaus, Tübingen: Ernährungssonde: Ja oder nein? – Eine Entscheidungshilfe

