# Ernährung bei Demenz – praktische und ethische Aspekte

Demenzerkrankungen gehen praktisch obligat mit einer Mangelernährung im Verlaufe der Erkrankung einher. Unabhängig von der Ätiologie der Demenz stellen sich somit im Krankheitsverlauf medizinethische Fragen zur Sinnhaftigkeit einer enteralen Zusatzernährung, sei dies durch orale Supplemente oder durch eine enterale Sondenkost (PEG-Sonde). Hier hilft uns die momentane Datenlage leider nicht viel weiter. So gibt es mehrere Studien, die belegen, dass eine enterale Sondenernährung weder den Ernährungszustand selbst noch das Überleben verbessern kann. Dennoch zeigt sich hier auch die Problematik ethischer Entscheidungen für den individuell Betroffenen, verglichen mit Daten von Kollektiven. Auch wird die Indikation zur Anlage einer Gastrostomiesonde häufig viel zu spät gestellt. In diesem Artikel soll das Für und Wider einer Ernährung bei Demenzerkrankung kritisch beleuchtet werden.

Cornel C. Sieber

### Demografie und Epidemiologie der Demenzerkrankungen

Die Geriatrie ist ein aufgrund der demografischen Entwicklung rasch an

Aktualität zunehmender Fachbereich der Medizin. Die Menschen werden immer älter, und dies bei besserer Gesundheit. So hat sich die durchschnittliche Lebenserwartung der Amerikaner im 20. Jahrhundert um knapp zwei Drittel erhöht. Dennoch geht Alter auch mit einer Tendenz zur Multimorbidität einher. Ebenfalls klar altersassoziierte Erkrankungen sind die Demenzen. Die zwei häufigsten sind der M. Alzheimer sowie die vaskulären Demenzformen. Während die Frage, ob die Entwicklung der alzheimerschen Erkrankung durch Ernährungsfaktoren mitbestimmt sein könnte, nach wie vor kontrovers besprochen wird und momentan doch eher mit Nein beantwortet werden kann, so wird die Verbindung eines metabolischen Syndroms mit den vaskulären Demenzen nicht angezweifelt. Weiter kann eine Mangelernährung Grund für reversible Demenzformen sein, wie am besten für den Vitamin-B12-Mangel belegt ist.

Im Verlaufe von Demenzerkankungen - unabhängig von ihrer Ätiologie stellen sich praktisch obligat Ernährungsprobleme ein. Da Demenzerkrankungen meist chronisch-progressive Prozesse sind, ergeben sich im Verlauf irgendeinmal ethische Fragestellungen hinsichtlich der Flüssigkeits- und Nahrungszufuhr. Da sich in den nächsten Jahren ausserdem die Zahl Demenzkranker aufgrund des demografischen Wandels in den westlichen Gesellschaften massiv erhöhen wird, sind solche Fragen auch in das Bewusstsein grösserer Bevölkerungskreise gerückt und machen auch vor gesundheitsökonomischen Fragestellungen («Ressourcen-Ethik») keinen

Aus meiner persönlichen Erfahrung als Leiter eines Ethikforums weiss ich auch, dass der wichtigste Grund für die Abfassung von Patientenverfügungen heute gerade den Bereich der Frage der Ernährung am Lebensende zentral betrifft. Hauptziel des vorliegenden Artikels soll denn auch sein, diese Fragen offen anzusprechen und weiter aufzuzeigen, dass die Datenlage gerade in diesem so wichtigen Bereich auch für die Ernährungsmedizin noch defizitär ist.

### Ernährungstherapie bei Demenzkranken – Allgemeines

Schon vor der Diagnose «Demenz» lässt sich häufig ein Gewichtsverlust verzeichnen, und so zeigen im Mittel Menschen bei Demenzdiagnose ein niedrigeres Körpergewicht auf als Vergleichskollektive (1, 2). Dies stellt die Frage, inwieweit ein Gewichtsverlust nicht ein Frühzeichen einer demenziellen Entwicklung sein kann. Im Verlauf verlieren dann Demente, die zu Hause gepflegt werden, weiter signifikant Gewicht. Ähnliches lässt sich selbstverständlich nicht nur bei zu Hause Gepflegten feststellen, doch hier zeigt sich, dass mit einer adäquaten Schulung dieser Gewichtsverlust zum Mindesten partiell verhindert werden kann. Dabei lässt sich zusätzlich auch eine Verzögerung im Ablauf kognitiver Leistungen dokumentieren (3). Dies mag partiell neben dem Effekt einer besseren Ernährung auch auf die verstärkte interpersonelle Interaktion zurückzuführen sein. Wichtig auf alle Fälle ist eine frühe und adäquate Diagnostik der Malnutrition, wofür es auch für betagte Menschen entwickelte Assessmentinstrumente gibt (4).

Im Alter nehmen physiologisch sowohl das Geruchs- wie das Geschmacksempfinden ab. Bei Demenzkranken ist dies oft aggraviert. Weiter kann es zu Dysgeusien kommen. All dies gilt es durch gute Beobachtung zu erfassen. Geschmacksverstärker wie Glutamat oder Gewürze (inklusive Zucker) können oft eine Verbesserung herbeiführen.

### Tabelle 1: Enterale Sondenernährung und Demenz – Gewichtsverlauf

- Studie, die Gewichtszunahme (über 6 Monate) zeigte: Peck A et al. J Am Geriatr Soc 1990; 38: 1195–1198 (30).
- Studien, die keine Gewichtszunahme zeigten: Callahan CM et al. J Am Geriatr Soc 2000; 48: 1048–1054 (31).

Dwolatzky T et al. Clin Nutr 2001; 20: 535–540 (32).

44 Nr. 5 • 2006

### Tabelle 2: Enterale Sondenernährung und Demenz – Mortalität

- Vier Studien bei geriatrischen dementen Patienten ohne Nachweis einer verringerten Mortalität:
  Nair S et al. Am J Gastroenterol 2000: 95: 133–136 (24).
  Mitchell SL et al. Arch Intern Med 1997; 157: 327–332 (33).
  Meier DE et al. Arch Intern Med 2001: 161: 594–599 (34).
  Murphy LM et al. Arch Intern Med 2003; 1351–1353 (35).
- Eine Studie, die Überlebensvorteile zeigte: Rudberg MA et al. J Parent Ent Nutr 2000; 24: 97–102 (20).

Bei entsprechend geeigneten Patienten ist eine Hilfe beim Einkaufen sowie bei der Vorbereitung und dem Kochen von Speisen ein wertvoller Ansatz. Auch in fortgeschrittenen Stadien kann die Einbeziehung der dementen Patienten in Speisezubereitung und Kochen das Verhältnis zur Nahrungsaufnahme verbessern und ihnen auch unabhängig hiervon Freude bereiten (5).

Weiter braucht es ein Umdenken, wie die Nahrung gegeben werden kann. Zwischenmahlzeiten, «Fingerfood» und weitere Adaptationen mögen helfen, die zu geringe Kalorienzufuhr zu verbessern. Auch kommt es nicht primär darauf an, ob «schön» gegessen wird, sondern viel mehr, dass überhaupt gegessen wird. Dies ist häufig für die Betreuenden (z.B. die Töchter) nicht einfach zu verstehen, die von den nun zu pflegenden Eltern erzogen wurden, mit Besteck zu essen und Ähnliches. An diesem Beispiel soll aufgezeigt werden, wie vielschichtig die Betreuung Demenzkranker per se ist, aber noch viel stärker, wenn es um die Nahrungszufuhr durch Angehörige geht.

Pflegefachpersonen und Fürsorgende im Umfeld des Patienten sind gezwungen, die emotionellen Aspekte zu reflektieren, denen sie bei ihrer Hilfe während der Nahrungsaufnahme von Dementen begegnen. Es bedarf hierbei oftmals einer bewussten Anstrengung, bestimmte Verhaltensweisen des Dementen wie das Offenhalten des Mundes während des Essens nicht als Ablehnung zu begreifen.

Ein angenehmes ruhiges Ambiente während der Mahlzeiten scheint sich ebenso günstig auf den Umfang der Nahrungsaufnahme auszuwirken wie die Präsentation eines frischen, appetitlichen Essens. So haben wir auf einer akut-stationären Abteilung für Geriatrie mit gutem Erfolg eine Essensecke geschaffen, wo primär demente Patienten gemeinsam die Mahlzeiten einnehmen. Tradierte kulturelle Aspekte der Ernährung bedürfen in unserer heutigen multikulturellen Gesellschaft auch hier der Beachtung.

Ferner zeigen die Ergebnisse verschiedener Studien, dass auch ungewöhnliche Ansätze erfolgreich sein können. So untersuchten Edwards und Kollegen die Wirkung, die das Aufstellen von Aquarien auf die Nahrungsaufnahme bei 62 dementen Heimbewohnern entfaltete. Diese Arbeit erstreckte sich über 16 Wochen und verwendete in der Kontrollgruppe eine Fototapete mit Meeresblick. In der Therapiegruppe, in deren Speiseraum die Aquarien aufgestellt waren, liess sich ein signifikanter Gewichtszuwachs beobachten. Die Autoren vermuten, dass die Heimpatienten mehr assen, da sie für längere Zeiten bei Tisch sassen, um den Fischen zuzuschauen, statt umherzuwandern. Lethargische Patienten wurden möglicherweise durch die Fische angeregt und waren aufmerksamer beim Essen. Die Einnahme von Supplementen sank in der Therapiegruppe um 25 Prozent (6). Nicht speziell für Demenzkranke gilt weiter, dass etwa ein Drittel mehr Kalorien gegessen wird, wenn der Betagte nicht allein zu Hause, sondern auswärts in Gesellschaft isst (7).

Vor allem in Pflegeheimen ist der Anteil von Patienten mit Demenzerkrankungen sehr hoch, nicht selten sind sie auch der Grund für die Einweisung (8). Zirka 80 Prozent aller Bewohner von Pflegeheimen haben ein psychiatrisches Leiden, wovon zwei Drittel Demenzleiden sind (9). Viele dieser Patienten haben Zeichen einer Malnutrition. Depressionen sind ebenfalls sehr häufig bei dementen Menschen, aber leider nur zu oft nicht diagnostiziert. Man kann davon ausgehen, dass nur 6 bis 10 Prozent der dementen Patienten in Langzeitpflegestrukturen Antidepressiva erhalten (10, 11). Ein verminderter Appetit ist hingegen Zeichen einer Depression bei Dementen (12).

Daraus ergibt sich ein grosser Bedarf an Betreuungspersonen. Diese lassen sich aufgrund der niedrigen Natalität nicht im eigenen Lande finden. So werden es wohl Pflegepersonen aus fernen Kulturen sein, die Demenzkranke betreuen werden, wie wir es schon jetzt immer mehr in der Kleinkinderbetreuung sehen. Dieser sogenannte «care drain» ist für diese Länder eine Problematik per se, Sprachbarrieren sind aber gerade ein Hindernis bei der Betreuung Dementer. Die Problematik einer adäquaten Ernährung bei Demenzkranken zeigt somit archetypisch auf, wie wenig wir noch auf die Pflegeaufgaben, die mit einer noch nie da gewesenen Geschwindigkeit auf uns zukommen, vorbereitet sind.

Eine grosse Umfrage der britischen Alzheimer-Gesellschaft aus dem Jahr 2000 zeigte, dass viele Betroffene in Heimen und Krankenhäusern nicht genug zu trinken hatten, dass für sie keine ausreichende Auswahl an Speisen vorhanden war und dass man ihnen nicht genug Zeit zum Essen gab oder ihnen keine Hilfe bei den Mahlzeiten angeboten wurde. In dieser Studie hatten 33 Prozent der Betroffenen Probleme mit dem Schlucken, und 46 Prozent machten sich Sorgen über geringen Appetit und Gewichtsverlust. Die meisten der Patienten respektive ihrer Angehörigen wussten jedoch nicht, an wen sie sich mit ihren Problemen und Sorgen wenden sollten (13).

Diese Erhebung verdeutlicht, dass sich die Diskussion von Ernährungsschwierigkeiten bei Dementen nicht auf den Einsatz von enteraler Ernährung konzentrieren darf, sondern der Nahrungsaufnahme von De-

### Tabelle 3: Fragen vor und nach Platzierung einer PEG-Sonde bei Demenzkranken

- Eine PEG-Sonde sollte bei Ernährungsproblemen (gilt auch für Flüssigkeitszufuhr) nur bei leichter und mittelschwerer, jedoch nicht bei schwerer Demenzerkrankung gelegt werden.
- Eine PEG-Sonde sollte nicht Grund sein, eine partielle perorale Ernährung zu verhindern.
- Eine PEG-Sonde kann auch allein auf palliativ-medizinische Weise verwendet werden (z.B. zur Medikamentengabe).
- Eine PEG-Sonde muss, nur weil sie in situ ist, nicht benutzt werden; dies ist schon vor der PEG-Anlage mit den Betreuenden zu besprechen.

Nr. 5 • 2006 45

Tabelle 4: Orale Supplemente und Sondenernährung bei Demenzerkrankungen zur Verbesserung des Ernährungszustandes

(gem. Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Ernährungsmedizin [DGEM] und der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie [DGG]). (C) = Evidenzgrad Ref. 23

- Sie werden in frühen und mittleren Krankheitsstadien empfohlen (C)
- Die Entscheidung für Sondenernährung bei fortgeschrittener Demenz bleibt eine Einzelfallentscheidung (C)
- Bei final dementen Patienten wird keine Sondenernährung empfohlen (C)

menten frühzeitig bei jeder Mahlzeit Aufmerksamkeit geschenkt werden muss. Mehrere Arbeiten der letzten Jahre zeigen dabei, dass ein rasch progredienter Gewichtsverlust bei Morbus Alzheimer nicht zwingend und sogar eine Umkehr der Gewichtsentwicklung in frühen Stadien möglich ist.

## Nahrungssupplemente bei Demenzerkrankungen

Zuerst gilt es, mögliche Gründe für eine insuffiziente Nahrungszufuhr zu suchen. Nach Ausschluss somatischer Ursachen – der Demenzkranke ist praktisch immer multimorbid – helfen folgende einfache Fragen meist weiter:

- Sind adäquate Mahlzeiten überhaupt vorhanden?
- Ist das Essen an den Betroffenen adaptiert?
- Will der Demenzkranke überhaupt essen?
- Kann der Demenzkranke die gereichten Speisen essen?
- Wird qualitativ oder quantitativ ungenügend gegessen?

Vor der Einleitung einer enteralen Zusatzernährung müssen somit intensive Anstrengungen unternommen werden, eine ausreichende Nahrungsund Flüssigkeitszufuhr auf oralem Wege zu erreichen. Dies schliesst eine Beurteilung der Sprech- und Schluckfähigkeit mithilfe logopädischer und radiologischer Verfahren ein. Vor allem bei vaskulärer Demenz sind Schluckstörungen – mit oder ohne rezidivierende Aspirationspneumonien – sehr häufig. Hier braucht es speziell geschulte interdisziplinäre Teams so-

wohl für die Diagnostik wie für die nachfolgende Therapie.

Interventionsstudien in Langzeitpflegestrukturen zeichnen ein unklares Bild (Tabellen 1 und 2). Eines der Hauptprobleme ist, dass zwar häufig ein Gewichtszuwachs (zirka 5 kg über 6 Monate) durch Supplemente erreicht werden kann (14-16), dass aber diese Daten nur selten mit Untersuchungen zur Funktionalität verbunden werden. Gerade für in der Geriatrie Tätige ist dies aber essenziell. Ziel jeglicher therapeutischer Massnahmen sollte sein, über den Erhalt von Funktionalität zum Beispiel durch Verhinderung einer Malnutrition und hier speziell einer Sarkopenie - die Selbstständigkeit zu erhalten, da dies zentral mit der Lebensqualität interferiert. Gerade der Erhalt einer möglichst hohen Lebensqualität kann bei einer chronisch-progressiven Erkrankung wie der Demenz nicht genügend hoch gewertet werden.

Entschliesst man sich zu einer Supplementgabe, so sollte die tägliche zusätzliche Kalorienmenge 400–600 kcal betragen. Die Supplemente sind zwischen den Hauptmahlzeiten zu verabreichen, um nicht einen Appetitverlust zu induzieren.

### Enterale Ernährung über eine Sonde bei Demenz

Eine enterale Ernährung kann mittels dreier unterschiedlicher Verfahren verabreicht werden. Es sind dies die Anlage einer nasogastrischen Sonde, die perkutane Gastrostomie (PEG) sowie die chirurgische Jejunostomie. Erstere ist nur für eine temporäre Nahrungszufuhr im Bereich von Tagen oder wenigen Wochen geeignet. PEG und Jejunostomie hingegen eignen sich für eine unbefristete enterale Nahrungszufuhr, wobei die Indikation zu Letzterer bei fehlendem endoskopischem Zugang zum Magen/Jejunum oder bei unmöglicher perkutaner Punktion gestellt wird.

Vor Einleitung einer enteralen Ernährung über eine Sonde müssen verschiedene grundsätzliche Aspekte mit Hinblick auf eine richtige Indikationsstellung berücksichtigt werden (siehe auch *Tabelle 3*). Es sind dies:

- der Patientenwille bezüglich einer enteralen Ernährung beziehungsweise der mutmassliche Wille, falls eine angemessene persönliche Willensbekundung zum betreffenden Zeitpunkt nicht mehr möglich ist
- die Schwere der Grunderkrankung

- die individuelle Lebenserwartung des Betroffenen
- seine zu erwartende Lebensqualität mit und ohne enterale Ernährung
- eventuell zu erwartende Komplikationen und Beeinträchtigungen im Rahmen der enteralen Ernährung.

Eine 1999 veröffentlichte Metaanalyse von Finucane, die die Resultate einer enteralen Ernährung bei fortgeschrittener Demenz auf verschiedene Parameter, wie Aspirationspneumonie, Druckulzera, Ernährungszustand inklusive Morbidität und Mortalität, untersuchte, ergab primär negative Resultate (17). Diese Arbeit hat eine Kontroverse über die Sinnhaftigkeit der PEG ausgelöst (18, 19). Wenngleich man der Arbeit zugutehalten muss, dass sie versucht hat, die stark heterogenen Studien zu analysieren, so zeigt sie eben auch die Grenzen von Metaanalysen, wenn es um Individualentscheide geht, wie dies bei der Indikationsstellung für eine PEG-Anlage immer der Fall ist und auch sein soll.

Es liegen gegenwärtig fünf Studien zur Anwendung der enteralen Ernährung bei Patienten mit fortgeschrittener Demenz vor. Die Zahl der eingeschlossenen Patienten pro Studie betrug zwischen 41 und 1386. Vier dieser Arbeiten konnten nach Beobachtungszeiträumen zwischen 2 und 12 Monaten keinen signifikanten Unterschied in der Überlebensrate zwischen der enteral gegenüber der oral ernährten Gruppe nachweisen. Lediglich eine Datenbankanalyse konnte nach 30 Tagen eine auf die Hälfte reduzierte Mortalität in der enteral ernährten Gruppe dokumentieren (20). Diese lag bei 15 Prozent. Auch nach einem Jahr war ein signifikanter, wenngleich geringer Unterschied zwischen den beiden Therapiegruppen erhalten. Nach Angaben der Autoren waren in dieser Studie die beiden Gruppen bezüglich Demenzgrad, Komorbiditäten, funktionellem Status und Body-Mass-Index (BMI) vergleichbar.

Generell leidet die Wertigkeit der Studiendaten zum Thema enterale Ernährung und Demenz an der Heterogenität der untersuchten Patientenpopulation sowie bei Vergleich einer enteral via Sonde oder PEG ernährten Gruppe mit einer oral ernährten Gruppe an der meist fehlenden Randomisierung. Neben hohen Mortalitätszahlen wurde in anderen Arbeiten ein langes Überleben beobachtet. Diese Unterschiede dürften wesentlich in den unterschiedlichen Komorbi-

46 Nr. 5 • 2006

Tabelle 5: Prozentuale Anlage von PEG-Sonden bei Demenzkranken in den USA (VA-Krankenhäuser – n = 413 627 Demenzkranke retrospektiv analysiert)

1990: 1,17% 1994: 1,81% 1996: 1,83% 2000: 1,41% 2001: 1,25%

Aus: Braun UK et al. JAGS 2005; 53: 242–248 (28).

ditäten sowie in den verschiedenen Stadien der Demenzerkrankung begründet sein. So zeigten mehrere Analysen, dass Schluckschwierigkeiten und Schluckunfähigkeit einen unabhängigen Risikofaktor für die Mortalität von Demenzkranken darstellen und dies unabhängig vom Vorliegen einer PEG ist (21, 22).

Aufgrund der vorliegenden Studienergebnisse kommt die Expertenkommission, die unter der Schirmherrschaft der Deutschen Gesellschaft für Ernährungsmedizin (DGEM) und der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie (DGG) die Leitlinie Enterale Ernährung in der Geriatrie verfasste, zu dem Resümee, dass sich die Frage nach einer Lebensverlängerung durch eine enterale Sondenkost gegenwärtig nicht zufriedenstellend beantworten lässt (Tabelle 4 [23]).

Da die Prognose bei über Sonde ernährten Demenzpatienten sehr unterschiedlich sein kann, wird jedoch in frühen und mittleren Krankheitsstadien eine ausreichende und hochwertige Ernährung empfohlen. Besteht nämlich eine Hypalbuminämie als Zeichen einer Mangelernährung schon bei der PEG-Anlage, sind die Resultate schlecht (24). Für fortgeschrittene Demenzstadien wird mit Verweis auf die vorliegende Datenlage keine Empfehlung für eine Sondenernährung ausgesprochen. Die Anlage einer PEG soll in diesen Fällen immer eine Einzelentscheidung sein (Tabelle 4).

Die Entscheidung bezüglich der Durchführung einer enteralen Ernährung bedarf immer einer differenzierten Beurteilung des Einzelfalles. In diese Entscheidungsfindung müssen die Angehörigen, falls vorhanden, der gesetzliche Betreuer, die Pflegekräfte, die behandelnden Therapeuten und Ärzte einbezogen werden (25). In Zweifelsfällen ist das Vormundschafts-

gericht einzuschalten. Sollte sich der Zustand des Patienten im Verlauf stabilisieren und die orale Nahrungszufuhr weiterhin unzureichend sein, ist die Indikation zur PEG erneut zu diskutieren.

Zwar findet sich für die PEG eine niedrige Komplikationsrate zwischen 0 und 2 Prozent. Dennoch liegt in mehreren Arbeiten die perinterventionelle Mortalität zwischen 6 und 28 Prozent. Dies ist in erster Linie durch die Grunderkrankung und die Komorbidität der Patienten bedingt.

Eine Auswertung von 361 konsekutiven Patienten aus Grossbritannien, bei denen PEG gelegt wurden, erbrachte für die Untergruppe der Demenzkranken eine höhere Mortalitätsrate, als sie in der Gruppe der Nicht-Demenzkranken zu beobachten war. Die 30-Tage-Mortalität lag für die Demenzkranken bei 54 Prozent, die 1-Jahres-Mortalität bei 90 Prozent gegenüber 28 Prozent und 63 Prozent in der Gesamtgruppe (26). Weder für die PEG noch für die Jejunostomie konnte bisher eine Verminderung des Auftretens von Aspirationspneumonien nachgewiesen werden. Pick und Mitarbeiter zeigten für Heiminsassen hingegen, dass sowohl das Vorliegen einer nasogastralen Sonde als auch eine PEG sogar prädisponierende Faktoren für das Auftreten von Aspirationen darstellen können (27).

Der Einsatz einer PEG ist auch deutlich abhängig von der kulturellen Verwurzelung der Betreuung von betagten Menschen. So werden einerseits in den USA pro Jahr mehr als 200 000 PEG-Sonden angelegt, während diese Technik in Griechenland praktisch noch inexistent ist. Dies führt auch dazu, dass mitunter kritisiert wird, dass die Indikation zur Platzierung einer PEG-Sonde zu leicht und auch aufgrund der einfachen Handhabung - es braucht keine Person, die die Nahrung zeitaufwendig eingibt - aus pekuniären Überlegungen gestellt wird. Gerade dieser kritische ethische Diskurs hat dazu geführt, dass tendenziell wieder weniger PEG-Sonden gelegt werden, wie eine kürzlich in den USA publizierte Arbeit zeigt (Tabelle 5) (28).

### **Ethische Aspekte**

Ein klassisches pflegerisches und ethisches Dilemma in Bezug auf die Nahrungszufuhr bei Dementen ist die Frage, ob durch die Nahrungszufuhr für den Betroffenen eine Stresssituation entsteht oder ob durch das Sistieren einer adäquaten Nahrungszufuhr eine Malnutrition mit all ihren Konsequenzen erst induziert wird. Man nennt dies den «double-bind conflict» (29). Dieser sollte immer wieder in Teambesprechungen oder mit betreuenden Angehörigen thematisiert werden. Es ist dies auch einer der Momente, wo divergente Meinungen bezüglich der Anlage einer PEG offenkundig werden können.

Die PEG ist somit – 20 Jahre nach ihrer Einführung – zu einer Art Metapher in Bezug auf die Sinnhaftigkeit von pflegerischen Massnahmen bei Demenzkranken geworden. Die Datenlage (siehe oben) ist nach wie vor ungenügend. Dies nicht nur im Hinblick auf klassische «outcome data», sondern auch bezüglich eines interdisziplinären Diskurses. Dabei sollte die Symbolik der PEG nicht ausser Acht gelassen werden; rein optisch imponiert sie ja wie eine wieder implantierte Nabelschnur.

Bioethische Fragen gegenüber ethischen Überlegungen zu einer an Demenzkranke adaptierten Therapie müssen deshalb künftig auch im Bereiche der Nahrungszufuhr interdisziplinär thematisiert werden. Gerade auch ein mehr «palliativ» orientierter Betreuungszugang bei Betagten – und demente Menschen sind in der grossen Mehrheit betagt – mag in dreierlei Hinsicht die momentan vorherrschenden bioethischen Sichtweisen bereichern:

- 1) Die mehr palliativ orientierte Pflege gibt ein gesundes Gegengewicht zur vorherrschenden rein bioethischen Sichtweise. Eine interpretative Ethik orientiert sich hier mehr an den bestehenden Versorgungsstrukturen und den Bedürfnissen Betroffener und ihrer Umgebung.
- 2) Eine mehr begleitende Medizin zeigt die Einseitigkeit heutiger moralischer Prinzipien auf, nämlich die der Autonomie. Der Betroffene muss nicht nur im Hinblick auf seine ihm eigenen Leiden gesehen werden, sondern auch als Mitglied einer näheren persönlichen Umgebung, die ihn betreuen kann.
- 3) Eine geriatrisch orientierte Palliativmedizin erinnert auch an gewisse menschliche Spezifika, die in einer postmodernen Gesellschaft gerne vergessen werden: den (dementen) Menschen mehr als Bürger denn als Konsumenten zu sehen.

In diesem Kontext spielt die Ernährung eine weit grössere Rolle als das alleinige Zuführen von Nährstoffen.

Nr. 5 • 2006 47

Hilfsbedürftige – auch aus einer persönlichen Hilflosigkeit heraus – zu «laben», ist tief in allen Gesellschaften verankert. So ist Essen geben eine Interaktion mit Dementen, wo andere Sinnesreize krankheitsbedingt ins Leere zielen. Hier die richtigen Entscheidungen zu treffen, kommt einer Gratwanderung gleich, wo die Routen immer wieder neu justiert werden müssen und sollen.

### **Zusammenfassung und Konklusion**

«Man ist, solange man isst» - dieser Slogan hat zwar seine inhaltliche Wahrheit, doch ist er aus medizinethischer Sicht gerade beim Demenzkranken mit Zeichen einer quantitativen oder qualitativen Mangelernährung differenziert zu interpretieren. Die Datenlage zur enteralen Ernährung über eine PEG-Sonde beim schwer dementen Patienten ist dergestalt, dass neben den ethischen Überlegungen auch bei Anlage einer solchen meist eine Gewichtszunahme nicht erreicht werden kann und auch das Überleben nicht verlängert wird. Insgesamt werden PEG-Sonden - so denn indiziert meist zu spät gelegt, und dies mag ein Grund für die schlechten Resultate sein. Da die Indikationsstellung wie auch der Zeitpunkt zur Anlage einer PEG-Sonde immer eine ethische Entscheidung auf einem schmalen Grat bleiben wird, ist das frühzeitige Abfassen von Patientenverfügungen, inklusive der Angabe eines Bevollmächtigten, nicht nur sinnvoll, sondern auch für die sich im Dilemma befindenden Betreuenden - vorab die Familie wünschenswert.

Die PEG, heute häufig als Schreckensgespenst gesehen, mag unter solchen Umständen ein Segen sein. Bevor aber zur Anlage einer Ernährungssonde geschritten wird, sollten alternative Ernährungskonzepte immer überdacht und versucht werden.

#### Korrespondenzadresse:

Prof. Cornel C. Sieber
Lehrstuhl Innere Medizin V (Geriatrie)
Friedrich-Alexander-Universität
Erlangen-Nürnberg
Chefarzt Klinik II, Klinikum Nürnberg
Prof.-Ernst-Nathan-Strasse 1
D-90419 Nürnberg
E-Mail: sieber@klinikum-nuernberg.de

#### Bibliografie:

- 1. Wang SY, Fukagawa N, Hossain M, Ooi WL. Longitudinal weight changes, length of survival, and energy requirements of long-term care residents with dementia. J Am Geriatr Soc 1997; 45: 1189–1195.
- 2. Barrett-Connor E, Edelstein SL, Corey-Bloom J, Wiederholt WC. Weight loss precedes dementia in community-dwelling older adults. J Am Geriatr Soc 1996; 44: 1147–1152.
- 3. Riviere S, Gillette-Guyonnet S, Voisin T, Reynish E, Andrieu S. Lauque S, Salva A, Frisoni G, Nourhashemi F, Micas M, Vellas B. A nutritional education program could prevent weight loss and slow cognitive decline in Alzheimer's disease. J Nutr Health Aging 2001; 5: 295–299.

  4. Bauer JM, Volkert D, Wirth R, Vellas B, Thomas D, Kondrup J, Pirlich M, Werner H, Sieber CC. Diagnosing malnutrition in the elderly. Dtsch Med Wochenschr 2006; 131: 223–227.

  5. Riviere S, Gillette-Guyonnet S, Andrieu S, Nourhashemi F, Lauque S, Cantet C, Salva A, Friends
- Nourhashemi F. Lauque S, Cantet C, Salva A, Frisoni G, Vellas B. Cognitive function and caregiver burden: predictive factors for eating behaviour disorders in Alzheimer's disease. Int J Geriatr Psychiatry 2002; 17: 950–955.
- Edwards NE, Beck AM. Animal assisted therapy and nutrition in Alzheimer's disease.
   West J Nursing Res 2002; 24: 697–712.
   De Castro JM, Stroebele N. Food intake in the
- real world: implications for nutrition and aging. Clin Geriatr Med 2002; 18: 685–697. 8. Balestreri L, Grossberg A, Brossberg GT. Be-
- havioral and psychological symptoms of dementia as a risk factor for nursing home placement. Int Psychogeriatr 2001; 12 (Suppl 1): 59–62.
- 9. Rovner BW, German PS, Broadhead J. The prevalence and management of dementia and other psychiatric disorders in nursing homes. Int Psychogeriatr 1990; 2: 13–24.
- 10. Heston LL, Gerrard J, Makris L. Inadequate treatment of depressed nursing home elderly. J Am Geriatr Soc 1992; 40: 117–122.
- 11. Burns BJ, Wagner HR, Taube JE et al. Mental health service use by the elderly in nursing homes. Am J Public Health 1993; 83: 331.
- 12. Miller DK, Morley JE, Rubenstein LZ, Pietruszka FM. Abnormal eating attitudes and body image in older undernourished individuals. J Am Geriatr Soc 1991; 39: 462.
- 13. Alzheimer's Society. Food for thought. London: Alzheimer's Society, 2000.
- 14. Wouters-Wesseling W, Wouters AE, Kleijer CN, Bindels JG, de Groot CP, van Staveren WA. Study of the effect of a liquid nutrition supplement on the nutritional status of psycho-geriatric nursing home patients. Eur J Clin Nutr 2002; 56: 245-251.
- 15. Faxen-Irving G, Andren-Olsson B, af Geijerstam A, Basun H, Cederholm T. The effect of nutritional intervention in elderly subjects residing in group-living for the demented. Eur J Clin Nutr 2002; 56: 221–227.
- 16. Lauque S, Arnaud-Battandier F, Gillette S, Plaze JM, Andrieu S, Cantet C, Vellas B. Improvement of weight and fat-free mass with oral nutritional supplementation in patients with Alzheimer's disease at risk of malnutrition: a prospective randomized study. J Am Geriatr Soc 2004; 52: 1702–1707.
- 17. Finucane TE, Christmas C, Travis K. Tube feeding in patients with advanced dementia: review of the evidence. JAMA 1999; 282: 1365–1370. 18. Kim YI. To feed or not to feed: tube feeding in patients with advanced dementia. Nutr Rev 2001; 59: 86–88.
- 19. Li I. Feeding tubes in patients with severe dementia. Am Fam Physiciam 2002; 65: 1605–1610.

- 20. Rudberg MA, Egleston BL, Grant MD, Brody JA. Effectiveness of feeding tubes in nursing home residents with swallowing disorders. J Parenter Enteral Nutr 2000; 24: 97–102.
- 21. Gillick MR. Rethinking the role of tube feeding in patients with advanced dementia. N Engl J Med 2000; 20: 206–210.
- 22. Cefalu CA. Appropriate dysphagia evaluation and managment of the nursing home patient with dementia. Ann Long Term Care 1999; 7: 447–451
- 23. Volkert D, Berner YN, Berry E, Cederholm T, Coti Bertrand P, Milne A, Palmblad J, Schneider S, Sobotka L, Stanga Z; DGEM (German Society for Nutritional Medicine); Lenzen-Grossimlinghaus R, Krys U,Pirlich M, Herbst B, Schutz T, Schroer W, Weinrebe W, Ockenga J, Lochs H. ESPEN Guidelines on Enteral Nutrition: Geriatrics. Clin Nutr 2006; 25: 330–360.
- 24. Nair S, Hertan H, Pitchumoni CS. Hypoalbuminemia is a poor predictor of survival after percutaneous endoscopic gastrostomy in elderly patients with dementia. Am J Gastroenterol 2000; 95: 133–136.
- 25. Monteleoni C, Clark E. Using rapid-cycle quality improvement methodology to reduce feeding tubes in patients with advanced dementia: before and after study. BMJ 2004; 329: 491–494.
- 26. Sanders DS, Carter MJ, D'Silva J, et al. Survival analysis in percutaneous endoscopic gastrostomy feeding: A worse outcome in patients with dementia. Am J Gastroenterol 2000; 95: 1472–1475.
- 27. Pick N, McDonald A, Bennett N, et al. Pulmonary aspiration in a long-term care setting: Clinical and laboratory observations and an analysis of risk factors. J Am Geriatr Soc 1996; 44: 763–768.
- 28. Braun UK, Rabeneck L, McCullough LB, Urbauer DL, Wray NP, Lairson DR, Beyth RJ.

  Decreasing use of percutaneous endoscopic gastrostomy tube feeding for veterans with dementia racial differences remain. J Am Geriatr Soc 2005: 53: 242–248.
- 29. Akerlund BM, Norberg A. An ethical analysis of double blind conflicts as experienced by careworkers feeding severely demented patients. Int J Nursing Studies 1985; 22: 207–216.
- 30. Peck A, Cohen CE, Mulvihill MN. Long-term enteral feeding of aged demented nursing home patients. J Am Geriatr Soc 1990; 38: 1195–1198.
- 31. Callahan CM, Haag KM, Weinberger M, tierney WM, Buchanan NN, Stump TE, Nisi R. Outcome of percutaneous endoscopic gastrostomy among older adults in a community setting. J Am Geriatr Soc 2000; 48: 1048–1054.
- 32. Dwolatzky T, Berezovski S, Friedmann R, Paz J, Clarfield AM, Stessman J, Hamburger R, Jaul E, Friedlander Y, Rosin A, Sonnenblick M. A prospective comparison of the use of nasogastric and percutaneous endoscopic gastrostomy tubes for long-term enteral feeding in older people. Clin Nutr 2001; 20: 535–540.
- 33. Mitchell SL, Kiely DK, Lipsitz LA. The risk factors and impact on survival of feeding tube placement in nursing home residents with severe cognitive impairment. Arch Intern Med 1997; 157: 327–332.
- 34. Meier DE, Ahronheim JC, Morris J, Baskin-Lyons S, Morrison RS. High short-term mortality in hospitalized patients with advanced dementia: lack of benefit of tube feeding. Arch Intern Med 2001; 161: 594–599.
- 35. Murphy LM, Lipman TO. Percutaneous endoscopic gastrostomy does not prolong survival in patients with dementia. Arch Intern Med 2003; 163: 1351–1353.

48 Nr. 5 • 2006