

Ernährungsprobleme in der Palliativmedizin

Günter Ollenschläger

Ärztliche Zentralstelle Qualitätssicherung, Köln

Zusammenfassung

Mangelernährung ist in der palliativmedizinischen Betreuung von Schwerkranken und Sterbenden ein häufiges Problem. Appetitlosigkeit und Gewichtsverlust sind Leitsymptome sowohl bei Patienten mit konsumierenden Infektionserkrankungen (AIDS, TBC) als auch bei krebskranken oder geriatrischen Patienten. Unabhängig von der ursächlichen Erkrankung trägt eine ausgeprägte Mangelernährung maßgeblich zum Verlust der Lebensqualität und zu erhöhter Morbidität von Palliativpatienten bei. Das subjektive Wohlbefinden von Schwerkranken wird stark durch den Appetitmangel und Gewichtsverlust beeinflusst. Appetitmangel und die Unfähigkeit zu essen werden von den Patienten häufig genauso belastend empfunden wie die krankheitsbedingte körperliche Beeinträchtigung. Das einzige Ziel in der palliativmedizinischen Ernährungstherapie muss deshalb die Stärkung des körperlichen und psychischen Allgemeinbefindens des Patienten sein. Eine gezielte Schulung des häuslichen Pflegepersonals und der Verwandten schwerkranker Patienten zum sensiblen Umgang mit dieser spezifischen Betreuungsproblematik ist wünschenswert. Insbesondere ist eine stationäre Behandlung der Betroffenen nur zu Zwecken der Ernährung zu vermeiden. Aggressive ernährungstherapeutische Interventionen – insbesondere die künstliche Ernährung – sollten in der Terminalphase so weit wie möglich unterlassen werden. Erst wenn sich die Prognose eines palliativ betreuten Patienten wider Erwarten verbessert, gelten die Strategien der kurativen Ernährungstherapie.

Sachwörter: Appetitlosigkeit, Ernährungstherapie, Lebensqualität, Mangelernährung, Palliativmedizin

Häufigkeit der Mangelernährung

Die Mehrzahl der Kranken, die in Kliniken, Heimen und anderen Institutionen betreut werden, sind fehlernährt. So wurde kürzlich aus einem Krankenhaus der Maximalversorgung berichtet, dass 40% der zugewiesenen Patienten unterernährt und 34% übergewichtig waren (1). Dabei ist Mangelernährung insbesondere in der Palliativmedizin eines der häufigsten Betreuungsprobleme: Appetitlosigkeit und Gewichtsverlust (bzw. fehlendes Wachstum bei Kindern) sind nicht Leitsymptome

nur der konsumierenden Erkrankungen (Neoplasien, AIDS, TBC), sondern aller schweren Gesundheits- und Befindlichkeitsstörungen.

• *Malignome:* Mangelernährung tritt in allen Stadien maligner Erkrankungen auf und wird bei etwa der Hälfte aller Tumorpatienten im *Erwachsenenalter* diagnostiziert – bei bestimmten Tumorarten (z. B. Malignome des Kopf-, Halsbereichs, der Schluckstraße und des oberen Gastrointestinaltraktes, bei hochmalignen Non-Hodgkin-Lymphomen,

beim kleinzelligen Bronchialkarzinom) ist der Anteil unterernährter Patienten noch größer.

Im Vergleich findet man Fehl- und Mangelernährung bei *krebskranken Kindern* seltener: Patienten mit umschriebenen Knochen- und Gewebstumoren sind zum Beispiel in etwa 17% der Fälle, bei Nachweis von Metastasen in weniger als 40% mangelernährt. Vermutlich ist aber die Anzahl der krebskranken Kinder mit Mangelernährung größer als in den bekannten Untersuchungen beschrieben. Bei Erwachsenen stieg die Häufigkeit der Fehlernährung von Tumorpatienten deutlich an, als man dazu übergang, den Ernährungszustand anhand des Gewichtsverlaufs anstelle einer einmaligen Wägung zu erfassen.

• *HIV-Infizierte und AIDS-Kranke:* Mangelernährung ist ebenfalls eine typische Begleiterscheinung der HIV-Infektion. Man schätzt, dass in den Frühstadien der Infektion ca. 30% der Erkrankten ungewollt Gewicht verlieren. Im Endstadium des AIDS leiden über 90% der Patienten an schwerster Unterernährung.

• *Geriatrische Patienten:* Alte Menschen haben ein erhöhtes Ernährungsrisiko: Nach dem Ernährungsbericht 1992 sollen etwa 20% der gesunden Senioren unterernährt sein. Im Krankheitsfall kann der Anteil an unterernährten Patienten mehr als zwei Drittel betragen. Mangelernährung findet man sowohl bei alten Menschen, welche zu Hause leben, als auch bei solchen in Heimen und Kliniken. Unzureichende Nahrungsaufnahme und Fehlernährung müssen bei allen alten Patienten ver-



mutet werden, die unter schweren Krankheiten leiden.

Folgen der Mangelernährung

Es ist mittlerweile unbestritten, dass Patienten mit Mangelernährung unter eingeschränkter Lebensqualität, erhöhte Morbidität (z. B. Pneumonie, Harnwegsinfekte, Abszesse, Wundheilungsstörungen) leiden. Möglicherweise wird auch die Lebenserwartung direkt vom Ernährungszustand beeinflusst. Zum Beispiel korreliert das Ausmaß der Tumorkachexie direkt mit dem Schweregrad der Grunderkrankung: Kachexie wird neben der Sepsis als die häufigste Todesursache bei Krebs angesehen.

Subjektives Wohlbefinden als Therapieziel in der Palliativmedizin

Das Wohlbefinden des Patienten ist vorrangiges Ziel aller palliativmedizinischen Maßnahmen. Dies gilt auch – und gerade – für ernährungstherapeutische Interventionen.

Dabei gehören Appetit und die Fähigkeit zu essen bei onkologischen Patienten zu den Hauptfaktoren, die die subjektive Befindlichkeit beeinflussen. Störungen des Appetits und der Gewichtsschwund haben für an konsumierenden Prozessen Erkrankten einen nahezu gleich hohen Stellenwert wie die Beeinträchtigung der körperlichen Leistungsfähigkeit (2).

Allerdings gilt dies wohl insbesondere für Patienten, die noch nicht das finale Krankheitsstadium erreicht haben. McCann und Mitarbeiter wiesen kürzlich darauf hin, dass Hungergefühl nur in den seltensten Fällen bei terminal Erkrankten – eine Rolle spielt (3).

Dementsprechend ist es einziges Ziel ernährungstherapeutischer Maßnahmen in der Palliativmedizin, das

körperliche und / oder psychische Allgemeinbefinden des Patienten zu stärken; sofern dies für den Betroffenen subjektiv wichtig ist.

Zum Beispiel kann durch konsequente Ernährungsbetreuung erreicht werden, dass ein terminal Kranker das Lebensende zu Hause erleben kann. So sollte die gezielte Aufklärung und Schulung der Betreuer eines terminal Kranken über die mit der Finalphase verbundenen Ernährungsprobleme dazu führen, dass keiner der Betroffenen nur zu Zwecken der Ernährung stationär betreut wird.

Aggressive ernährungstherapeutische Interventionen – insbesondere künstliche Ernährung – sollten so weit wie möglich in der Terminalphase vermieden werden.

Zur Ernährungsbetreuung des terminal Kranken gehört auch das einfühlsame Gespräch mit den Angehörigen über Sinn und Unsinn einer aggressiven Ernährungstherapie. Die Betreuer sollten den oft um die Ernährung besorgten Angehörigen vermitteln, dass Patienten, die in der letzten Phase ihres Lebens über sich selbst entscheiden können, künstliche Ernährung ablehnen, wenn sie sich dem Tode nahe fühlen (4).

Vor diesem Hintergrund gelten die nachfolgenden Empfehlungen nur

für solche Situationen, in denen der terminal kranke Patient subjektiv von Ernährungstherapie profitiert. Beispielhaft ist dies dargestellt in der Studie von Feuz und Rapin. 92% der betreuten 116 alten Krebspatienten konnten bis zum letzten Lebenstag auf normalem Wege die Nahrung zu sich nehmen, die sie wünschten (5).

Indikationen zur Ernährungstherapie

Bewahren und Steigern des subjektiven Befindens sind die einzigen Indikationen zur Ernährungstherapie in der Palliativmedizin. Verbessert sich die Prognose eines mit dem Ziel der Palliation betreuten Patienten wider Erwarten, gelten die bekannten Strategien der kurativen Ernährungstherapie (6–9).

Patienten, die nicht mehr in der Lage sind, an der Entscheidung für oder gegen eine bestimmte Ernährungstherapie (insbesondere die künstliche Ernährung) mitzuwirken, weil sie somnolent oder komatös sind, sollten keine Ernährungstherapie erhalten, da in einer solchen terminalen Phase ein Nutzen für den Patienten nicht belegt ist. Primär müssen Schmerzen, Angst und Durst vermieden werden. Die Zu-

Tabelle 1. Ernährungsformen für Schwerkranke.

- **Oral**
 - Normalkost (Wunschkost)
 - Normalkost + Zusatzernährung (Nährstoff-Supplemente)
 - Adaptierte Kost (spezielle Zubereitungen, z. B. passiert)
- **Gastral** (NDD = nährstoffdefinierte Diäten)
 - Nasogastrale Sonde
 - Perkutane endoskopische Gastrostomie (PEG)
- **Intestinal** (CDD = chemisch definierte Diäten)
 - Nasoduodenale Sonde
 - Nasojejunale Sonde
 - PEG
 - Katheter-Jejunostomie
- **Parenteral**
 - Periphervenöse Ernährung (kurzzeitig, oder in Kombination mit oraler/gastrointestinaler Ernährung)
 - Zentralvenös („Totale parenterale Ernährung“)



fuhr von Nährsubstraten ist im Vergleich hierzu von sekundärer Bedeutung. Auf der anderen Seite darf dem Betroffenen die Nahrungszufuhr – auf normalem oder künstlichem Applikationsweg (Tabelle 1) – nicht vorenthalten werden, solange dies seine Lebensqualität fördert.

Praxis der Ernährungstherapie in der Palliativmedizin

Die üblichen Ernährungsempfehlungen für Gesunde (Eiweiß bis zu 10 Energieprozent, Kohlenhydrate 50–60 Energie-%, Fett 25–30 Energie-%) spielen in der Palliativmedizin keine Rolle. Der Bedarf richtet sich allein nach den Wünschen des Patienten.

Es ist immer wieder behauptet worden, dass die Nahrungsaufnahme auf normalem Wege für schwer kranke Patienten nahezu unmöglich sei – oder dass orale Ernährung das Befinden des kritisch Kranken zumindest stark beeinträchtigt. Diese These ist mittlerweile durch systematische Untersuchungen an Tumorpatienten, AIDS-Kranken und geriatrischen Patienten im Finalstadium widerlegt worden (5–7).

Allerdings ist orale Ernährungstherapie nur dann erfolgreich, wenn sie individuell, d.h. auch mit einem hohen personellen Betreuungsaufwand, durchgeführt wird (Tabelle 2).

Grundsätzlich ist es notwendig, dem Kranken *Wunschkost* anzubieten; der Patient muss seine Speisenabfolge- und Zusammensetzung bzw. -Zubereitung selbst beeinflussen können.

Ein fester Speiseplan ist wegen der häufig wechselnden Appetit-, Geschmacks-, Kau-, Schluckprobleme nicht sinnvoll. Vielmehr ist das unkritische Angebot von Standardkost („Einheitskost“) wahrscheinlich die häufigste Ursache von Fehl- und Mangelernährung im Krankenhaus. Eine weitere Voraussetzung für den Erfolg oraler Ernährung sind – vor

Tabelle 2. Allgemeine Richtlinien für die orale Ernährungstherapie Schwerkranker.

- Abwechslungsreiche, wohlschmeckende Wunschkost
- Berücksichtigung der individuellen Eßgewohnheiten
- Häufig kleine Mahlzeiten anbieten, ausreichend trinken
- Individuelles Aromatisieren / Würzen der Speisen
- Ansprechendes Servieren
- Essen in angenehmer Umgebung
- Vermeiden von Nahrungsmittel-Aversionen,- Unverträglichkeiten
- Prävention bzw. Behandlung von Kau-, Schluckstörungen
- Prävention bzw. Behandlung von Anorexie, Übelkeit, Erbrechen
- Prävention bzw. Behandlung von abdominellen Beschwerden, Diarrhoen
- Regelmäßige, kompetente Diätbetreuung
- Ernährungsschulung der Angehörigen

allem beim primär inappetenten Patienten – die *ernährungstherapeutische Beratung* durch eine Fachkraft sowie die psychologische Führung. Auch die Angehörigen dürfen nicht mit einer Broschüre über Ernährungsprobleme alleingelassen werden, sie müssen – bei häuslicher Pflege des Kranken – in der Ernährungsbetreuung geschult werden..

Toleriert der Schwerkranke die *Nahrung ausschließlich in flüssiger Form* sind in erster Linie Getränke oder passierte Speisen nach individuellem Wunsch anzubieten.

Teilweise empfiehlt es sich, aus Gründen der Praktikabilität industriell hergestellte, trinkfertige Nährstoff-definierte Diäten (NDD, sogenannte trinkbare Sondenkost) zu verwenden. NDD werden besser vertragen, wenn sie laktosearm (am besten laktosefrei) sind. Insbesondere bei HIV-Positiven ist der Laktosemangel eine häufige Ursache von Diarrhoen. Laktosesensible HIV-Positive vertragen im Durchschnitt 10 bis 18 g Laktose pro Tag. Vollständige Laktoseintoleranz (Akzeptanz von maximal 1 g pro Tag) ist sehr selten.

Die Geschmacksrichtungen von NDD müssen häufig gewechselt werden; am ehesten werden individuell aromatisierte NDD-Zubereitungen über einen längeren Zeitraum toleriert.

Einseitige Ernährungsformen sind bei schwerst kranken Patienten zu

meiden, da die fehlende Abwechslung der Speisen die Lebensqualität des Betroffenen deutlich beeinträchtigt.

Roborierende medikamentöse Therapie

Führen die oben genannten Strategien der oralen Ernährungstherapie nicht zum Erfolg, wird häufig der Versuch unternommen, auf medikamentösem Weg den Ernährungszustand kritisch Kranker positiv zu beeinflussen.

Sind die Ernährungsprobleme die Folge chronischer Appetitlosigkeit, besteht im Prinzip die Möglichkeit, den Gewichtsverlauf durch Beseitigung des Appetitmangels günstig zu beeinflussen. Werden die zugrundeliegenden Ursachen individuell erkannt, spezifisch behoben und langfristig vermieden, kann sich der Ernährungszustand des Betroffenen verbessern. Hingegen ist der Einfluss unspezifischer Appetitstimulanzien und Roboranzen – gemessen an den Ergebnissen wissenschaftlicher Studien – häufig unbefriedigend. Das heißt aber nicht, dass eine solche Therapie grundsätzlich abzulehnen ist. In der Palliativmedizin sind alle Therapieversuche gerechtfertigt, die dem schwer kranken Patienten ein Mehr an Lebensqualität vermitteln können. Zu diesem Zweck werden alteingeführte Hausmittel als Appetitanreger empfohlen, wie z. B. alko-



holische Pflanzenextrakte, Pepsinwein etc. Andererseits kommen auch chemisch definierte Substanzen wie Cyproheptadin, Glukokortikoide, Antidepressiva, Tranquillanzien und Antiemetika, Megestrolacetat zum Einsatz. Für alle diese Therapieempfehlungen liegen positive Einzelfallberichte vor. Es fehlen jedoch prospektive, kontrollierte Studien über ihre langfristige Wirksamkeit – insbesondere auch hinsichtlich der Prognose der Behandelten. Insbesondere für solche Therapeutika, bei denen – trotz hoher Behandlungskosten – ein Zusammenhang zwischen Gewichtszunahme und Lebensqualität nicht belegt ist (8), sollte die Indikation sehr zurückhaltend gestellt werden.

Schlussfolgerungen

Einziges Ziel ernährungstherapeutischer Maßnahmen in der Palliativmedizin ist die Stärkung des körperlichen und / oder psychische Allgemeinbefinden des Patienten, sofern dies für den Betroffenen subjektiv wichtig ist. Durch konsequente Ernährungsbetreuung kann erreicht werden, dass ein terminal Kranker das Lebensende zu Hause erleben kann.

Aggressive ernährungstherapeutische Interventionen – insbesondere künstliche Ernährung – sollten so weit wie möglich in der Terminalphase vermieden werden. Die Betreuer sollten den oft um die Ernährung besorgten Angehörigen vermitteln, dass Patienten, die in der letzten Phase ihres Lebens über sich selbst entscheiden können,

künstliche Ernährung ablehnen, wenn sie sich dem Tode nahe fühlen. Verbessert sich die Prognose eines mit dem Ziel der Palliation betreuten Patienten wider Erwarten, gelten die bekannten Strategien der kurativen Ernährungstherapie.

Abstract

Malnutrition in palliative medicine

Malnutrition is a frequent problem in the palliative care of the seriously ill and dying. Want of appetite and loss of weight are direct symptoms of patients with consumptive infectious diseases (AIDS, TBC) as well as cancer or geriatric patients. Severe malnutrition significantly contributes to a loss of quality of life and increases morbidity of palliative patients. The subjective well-being of seriously ill patients is heavily influenced by want of appetite and loss of weight. Patients often find want of appetite and the incapability to eat as pressing as the physical impairment caused by the disease.

Therefore the sole aim of palliative dietotherapy has to be to strengthen the general physical and mental condition of the patient. A specific training of home care staff and relatives of seriously ill patients in dealing sensitively with this problem of care is desirable. Above all, in-patient treatment of affected patients for the sole purpose of feeding has to be avoided. Aggressive dietotherapeutic interventions, especially artificial feeding, should be refrained from as far as possible in the terminal phase. Only if the prognosis of a patient in palliative treatment is improving contrary to expectations are strategies of curative dietotherapy valid.

Key words: dietotherapy malnutrition, palliative medicine, quality of life, want of appetite

Literatur

1. McWhirter JP, Pennington CR (1994) Incidence and recognition of malnutrition in hospital. *Br Med J* 308: 945–948
2. Thomas W, Ollenschläger G (1991) Ernährung und subjektives Wohlbefinden. In: Schauder P (Hrsg) Ernährung und Tumorerkrankungen. Basel: Karger Verlag, S. 343–362
3. McCann RM, Hall WJ, Groth-Juncker A (1994) Comfort care for terminally ill patients. The appropriate use of nutrition and hydration. *JAMA* 272: 1263–1266
4. Lo B, McKeid G, Saika G (1986) Patient attitudes to discussing life-sustaining treatment. *Arch Intern Med* 146: 1613–1615
5. Feuz A, Rapin CH (1994) An observational study of the role of pain control and food adaptation of elderly patients with terminal cancer. *J Am Diet Assoc* 94: 767–770
6. Ollenschläger G (1995) Ernährung bei HIV-Infektion und AIDS. In: Biesalski HK, Fürst P, Kasper H et al (Hrsg) Ernährungsmedizin, Stuttgart: Thieme Verlag, S. 417–422
7. Ollenschläger G (1997) Ernährungsprobleme in der Palliativmedizin. In: Aulbert E, Zech D (Hrsg) Lehrbuch der Palliativmedizin. Stuttgart: Schattauer, S. 556–564
8. Osoba D, Murray N, Gelmon K, et al (1994) Quality of life, appetite and weight change in patients receiving dose intensive chemotherapy. *Oncology* 8: 61–69

Korrespondenzadresse:

Prof. Dr. Dr. med. Günter Ollenschläger, Ärztliche Zentralstelle Qualitätssicherung, Aachener Straße 233-237, D-50931 Köln
Tel.: 0221-4004 500/501, Fax: 0221-4004 590, E-mail: azq@dgn.de

