

Ernährung in der letzten Lebensphase

Vorbemerkungen, begleitende Gedanken

Essen und Leben gehören für viele Menschen aufs engste zusammen. „Essen hält Leib und Seele zusammen“. Solange jemand gut essen kann, fühlt er sich gut und gesund. Umgekehrt gilt: wer nicht mehr essen kann, ist krank. Für viele Menschen mit schweren Erkrankungen bedeutet nicht mehr ausreichend essen zu können, bald sterben zu müssen. Bei auszehrenden Erkrankungen wurde sehr lange eine unzureichende Kalorienzufuhr als Ursache der Tumorkachexie und nachfolgender Schwäche angenommen.

In den verschiedenen Kulturen und Religionen hat Nahrung einen unterschiedlichen Stellenwert, den es zu erfragen und zu achten gilt.

Im Laufe des Lebens entwickelt jeder Mensch bestimmte Essgewohnheiten und Rituale, an denen er hängt und die mit seinem Wohlbefinden eng verknüpft sind. Essen wird zum „Stimmungsbarometer“.

Essen kann darüber hinaus bedeuten, Gemeinschaft zu erleben. Gemeinsame Mahlzeiten in der Familie, mit Freunden oder Kollegen fördern soziale Kontakte, stehen für Genuss und Lebensqualität.

Die Frage „für wen ist es wichtig, dass der Patient isst“ kann bei Problemen allen Beteiligten gestellt werden. Sie kann Impuls geben für ein eingehendes Gespräch über die Bedeutung von Ernährung, aber auch Prognose des Krankheitsverlaufs und den möglicherweise nahenden Tod.

Häufig entwickelt und klärt sich dadurch weiterführend die Frage: „Welche Behandlung ist für diesen Patienten in dieser Situation die angemessene?“

Leitgedanken im Umgang mit Ernährung

Der Patient

Im Verlauf der Erkrankung machen viele Patienten die Erfahrung, dass sich Geschmack, Gewohnheiten und Lust am Essen stark verändern. Damit verändert sich auch die Bedeutung und der Stellenwert von Ernährung. Oft tritt eine Inappetenz auf, in deren Verlauf die Wichtigkeit von Essen abnimmt. Inappetenz kann aber auch eine große Bedeutung bekommen, wenn sie als „Warnsignal“ des Fortschreitens der Erkrankung gedeutet wird. Verstärkt wird dieses Erleben, wenn Angehörige darauf durch das Anbieten von Mahlzeiten mehrmals täglich derart immer wieder neu hinweisen.

Oft tritt Inappetenz gemeinsam mit anderen Symptomen wie Übelkeit, Erbrechen oder Schmerz auf. Diese Verbindung unterstreicht die Wahrnehmung des Patienten, wie schlecht es um ihn steht.

Der Krankheitsverlauf geht häufig mit zunehmender Schwäche und Kachexie einher, der Patient bringt dies ursächlich oft mit der Inappetenz, nicht mit der Grunderkrankung in Verbindung. Die Kachexie führt auch dazu, dass die Patienten durch die Krankheit „gezeichnet“ werden. Der Gewichtsverlust hat zur Folge, dass Kleidung nicht mehr passt, die körperliche Veränderung ist nun sichtbar. Wenn Angehörige, Freunde, Pflegende oder Ärzte dem Patienten das Gefühl vermitteln, er müsse essen, damit es ihm besser gehe, entsteht für den Patienten ein Konfliktfeld:

Zwingt er sich entgegen seiner Abneigung zum Essen, verstärken sich Symptome wie z.B. Übelkeit. Verzichtet er auf das Essen, riskiert er ebenfalls, dass sich sein Allgemeinbefinden verschlechtert und er zusätzlich die Bemühungen des Umfeldes nicht zufrieden stellt.

Die Probleme mit der Ernährung bzw. Nahrungsaufnahme können Patienten dazu bringen, sich aus Scham und Verzweiflung vor der Umwelt zurückzuziehen: Niemand soll sehen können und müssen, wie schlecht es mit der Ernährung bestellt ist.

Die Angehörigen

Für Angehörige ist das Mitbringen, Zubereiten oder Anbieten von Essen ein Zeichen der Zuneigung und Für-Sorge. Es ist etwas, das sie aktiv & konkret für den Kranken tun können.

Kann oder will der Kranke jedoch nicht essen, reagieren viele mit Hilflosigkeit, aber auch mit Vorwürfen und leisem, auch lautem Druck. Auslöser ist meist die Angst, der Kranke könne, gerade weil er nichts mehr isst, verhungern. Besonders für Patienten und Angehörige früherer Generationen, die Krieg und Nachkriegszeit und damit Hunger erlebt haben, ist diese Vorstellung meist mit beängstigenden Erinnerungen verknüpft.

Auch Angehörige erleben es als Verlust, wenn sie aufgrund der Ernährungsprobleme des Patienten nicht mehr wie gewohnt gemeinsam mit dem Kranken essen und Mahlzeiten teilen können. Die Lebensqualität der Angehörigen ist dadurch oftmals ebenso stark eingeschränkt. Sie können mitunter Schuldgefühle entwickeln, selbst mit Genuss essen und Trinken zu können.

Der Druck, etwas tun zu müssen, führt teilweise zu unrealistischen Essenangeboten an den Patienten.

Ebenso werden unrealistische und überzogene Erwartungen an das therapeutische Team gestellt – „Sie müssen etwas tun“.

Insgesamt ist die Situation der Angehörigen geprägt von einer großen emotionalen Spannung.

Die Pflegenden

Für Pflegende ist das Thema Ernährung aufgrund oben beschriebener Komplexität häufig eine große Herausforderung, welche mit vielen Ambivalenzen verknüpft ist. Sie stehen oft im Spannungsfeld zwischen dem Patienten, der nicht essen kann oder mag, den Angehörigen, die zum Essen drängen, und möglicherweise eigenen Gefühlen von Hilflosigkeit und Zwängen.

Eine wichtige Leitfrage für Pflegende mit dem Thema Ernährung ist die genaue Problem- und Ressourcenanalyse. Danach richten sich die weiteren Begleitungsziele, die dann im Behandlungsteam formuliert werden müssen.

Ist das Problem behandelbar und die Behandlung sinnvoll (Zustand und Patientenwille) wird z.B. bei Passagehindernis, Übelkeit, Soor eine kausale Behandlung und die Kompensation einer Mangelernährung angestrebt (oral, enteral oder parenteral). Befindet sich der Patient jedoch in einer Phase, in der eine Ernährungstherapie keine positiven Ergebnisse erwarten lässt oder den Patienten eher belasten würde, ist es wichtig, den Druck des Essenmüssens zu verringern und nach anderen Formen der Zuwendung zu suchen. In dieser Phase der Umbewertung von Ernährung sind Patient und Angehörige in den Prozess einzubinden und zu begleiten.

Insgesamt ist das Thema Ernährung so komplex und von verschiedenen Faktoren abhängig, dass eine individuelle Vorgehensweise angezeigt ist. Pflegende benötigen ein hohes Maß an Sensibilität, um zu erfassen, in welcher Weise die Themen Ernährung und Essen beim Patienten und Angehörigen angesprochen werden können.

Ziele in Bezug auf Ernährung

Der Patient

- erhält angemessene, fachgerechte Beratung hinsichtlich der Themen Ernährung, Inappetenz, Schwäche und Kachexie
- fühlt sich mit seinen Fragestellungen, Ängsten und Nöten bzgl. des Themas Ernährung, Inappetenz, Schwäche und Kachexie ernst genommen
- erhält Entscheidungshilfen für oder gegen eine bestimmte Ernährungstherapie und damit verbundenen Interventionen
- leidet nicht an Hunger und Durst

Die Angehörigen

- erfahren Verständnis hinsichtlich ihrer Ängste und Nöte, die durch Inappetenz und Kachexie des Patienten entstehen
- lernen, mit ihrer Hilflosigkeit gegenüber der Inappetenz umzugehen
- lernen, die Wünsche des Betroffenen hinsichtlich der Nahrungsaufnahme zu akzeptieren
- lernen, andere Wege der Zuwendung zu finden

Die Pflegenden

- kennen die Ursachen von Ernährungsstörungen, Inappetenz und Kachexie bei Tumorpatienten
- erkennen den Ernährungszustand des Patienten
- erkennen die Bedeutung von Ernährung für den Patienten und seine Angehörigen und differenzieren diese (unterschiedliche Wünsche, Hoffnungen)
- gewährleisten, dass jede Ernährungsart individuell auf die Bedürfnisse des Patienten abgestimmt und seinem Krankheitsverlauf entsprechend dynamisch angepasst wird (Wunschkost, kleine Portionen, selbstbestimmte Essenszeiten)
- sind in der Lage, eine gemeinsame Zieldefinition mit Angehörigen und Patienten bezüglich der Ernährung zu erarbeiten
- erkennen beim Patienten, den Angehörigen und bei sich selbst die Probleme und Belastungen, die durch die Begrenzung der Ernährungstherapie (bezüglich parenterale und enterale Ernährung) möglicherweise entstehen und können damit umgehen
- akzeptieren die Entscheidung des Patienten hinsichtlich der Ernährungstherapie
- reflektieren mögliche Konfliktfelder, die sich aus den unterschiedlichen Haltungen beteiligter Berufsgruppen ergeben können und überlegen, welche Rolle sie in diesem Feld einnehmen
- haben einen Überblick über gebräuchliche Ernährungssonden und zentralvenöse Zugänge

Ursachen von Ernährungsstörungen

- Mundtrockenheit
- Schmerzhafte Mundproblematik
 - > Entzündungen im Mund-Rachenraum
 - > Soor
 - > Schlecht sitzendes Gebiss
- Dysphagie (Schluckbeschwerden)
- Durstgefühl
- Geschmacksveränderungen
- Übelkeit/Erbrechen
- Inappetenz
- Störungen im Stoffwechsel
- Psychische und soziale Faktoren wie Angst, Depression, Einsamkeit

Maßnahmen zur Ernährung

Ernährungsanamnese:

- Erfassung des Ernährungszustandes (ausreichend, unter- bzw. mangelernährt)
- Wie viele Mahlzeiten isst der Patient am Tag?
- Wann isst der Patient? (Tageszeiten)
- Was isst der Patient? (Lebensmittelauswahl, Abneigungen)
- Wie viel trinkt der Patient am Tag?
- Braucht der Patient Hilfe bei der Essenaufnahme?
- Was hindert den Patienten am Essen?
- Stellt fehlende Nahrungs- bzw. Flüssigkeitsaufnahme ein Problem dar?
- Wenn ja, für wen?
- Welche Bedeutung hat Ernährung für den Patienten?

Pflegerische Maßnahmen

Appetitanregung und –steigerung

- Medikamentös, z.B. Pepsinwein
- Kleine Portionen, appetitlich anrichten (Aperitif, ein Glas Wein oder Bier aufs Tablett)
- Essen in Gesellschaft
- Individuelle Zeiten und Gewohnheiten beibehalten

Zusatznahrung

- Wunschkost
- Hochkalorische Trinknahrung
- Sondenkost
- Reisschleimrezept bei schmerzhaftem Mund (siehe Leitlinien Mundpflege bei Schmerzhaftem Mund)

Unterstützende Maßnahmen

- Beratung der Angehörigen, dass eine zu hohe Nährstoffzufuhr zusätzliche Probleme auslösen kann z.B. Übelkeit, Erbrechen, Obstipation, Völlegefühl, usw.
- Unterstützung der Angehörigen, den Schwerpunkt der Begegnung auf „andere Dinge“ zu setzen als auf Essen, z.B. Körperpflege, Spaziergänge machen, Gespräche, Berührung, Lesen. Wichtig ist hierbei, dass neue Begegnungsformen dem Patienten entsprechen und nicht zu erneuter Überforderung führen.
- „Erlaubnis geben“, weniger essen zu dürfen
- Ermutigen Liebesspeisen wenn gewünscht noch einmal zu kauen, zu schmecken und dann ggf. auszuspucken (Genuss statt Muss)
- Patienten und Angehörigen die Angst vor dem „Verhungern“ bzw. dem „Verdursten“ nehmen.

Literatur

- BORDE D: Enterale Ernährung. In: Aulbert E, Zech D (Hrsg.): Lehrbuch der Palliativmedizin. Stuttgart 1997
- KELLNHAUSER E et al. (Hrsg.): Pflege. 9. völlig neu bearbeitete Aufl., Stuttgart 2000
- KERN M: Palliativpflege – Richtlinien und Standards. Bonn 2000
- LÜBKE HJ: Parenterale Ernährung. In: Aulbert E, Zech D (Hrsg.): Lehrbuch der Palliativmedizin. Stuttgart 1997
- OLLENSCHLÄGER G: Ernährungsprobleme in der Palliativmedizin. In: Aulbert E, Zech D (Hrsg.): Lehrbuch der Palliativmedizin. Stuttgart 1997