

# Ernährung in der Onkologie

Grundlagen und klinische Praxis - Mit Handouts zum Download

Bearbeitet von  
Hartmut Bertz, Gudrun Zürcher, Lothar Kanz, Stephan C. Bischoff

1. Auflage 2014. Taschenbuch. 454 S. Paperback  
ISBN 978 3 7945 2804 2  
Format (B x L): 16,5 x 24 cm

[Weitere Fachgebiete > Medizin > Klinische und Innere Medizin > Onkologie,  
Psychoonkologie](#)

Zu [Inhaltsverzeichnis](#)

schnell und portofrei erhältlich bei

  
DIE FACHBUCHHANDLUNG

Die Online-Fachbuchhandlung [beck-shop.de](http://beck-shop.de) ist spezialisiert auf Fachbücher, insbesondere Recht, Steuern und Wirtschaft. Im Sortiment finden Sie alle Medien (Bücher, Zeitschriften, CDs, eBooks, etc.) aller Verlage. Ergänzt wird das Programm durch Services wie Neuerscheinungsdienst oder Zusammenstellungen von Büchern zu Sonderpreisen. Der Shop führt mehr als 8 Millionen Produkte.

**Tab. 8-2** A. S. P. E. N. (*American Society for Parenteral and Enteral Nutrition*): Leitlinien zur parenteralen Ernährung in der Palliativsituation (August et al. 2009)

#### Nutzen von einer parenteralen Ernährung haben Patienten mit:

- einem guten Performance-Status (Karnofsky-Score > 50 %)
- inoperablem Darmverschluss
- minimalen Symptomen der Krankheit, auch bei Beteiligung großer Organe wie Gehirn, Leber und Lunge
- einer Krankheitsprogression ohne Schmerzen

#### Indikationen zur parenteralen Ernährung sind gegeben bei:

- Patienten, die physisch und emotional fähig sind, an ihrer eigenen Versorgung teilzunehmen
- Patienten mit einer geschätzten Lebenserwartung von > 40–60 Tagen
- Patienten mit starker sozialer und finanzieller Unterstützung einschließlich einem geeigneten Home-Care-Service
- Patienten, bei denen Versuche mit weniger invasiven medizinischen Therapien fehlgeschlagen sind, wie Appetitstimulanzien und enterale Ernährung

**Tab. 8-3** DGEM-Leitlinien zur künstlichen Ernährung in der Sterbephase (nach Arends et al. 2007)

- kurz vor dem Lebensende benötigen die meisten Patienten nur minimale Mengen an Nahrung und wenig Flüssigkeit zum Stillen von Hunger und Durst
- es ist keine künstliche Ernährung erforderlich
- durch Exsikkose induzierte agitierte Verwirrheitszustände können durch parenterale Infusion von Kochsalzlösung (bis ca. 1 000 ml/d) kontrolliert werden
- im Krankenhaus und zuhause kann Flüssigkeit subkutan infundiert werden und auch als Träger von Medikamenten dienen

deutung. Eine parenterale Ernährung sollte immer durch ein erfahrenes Team durchgeführt werden, da sonst eine erhöhte Infektionsgefahr besteht. In der Palliativphase ist das primäre Ziel einer künstlichen Ernährung die Verbesserung der Lebensqualität und nicht die Lebensverlängerung. Ethische Aspekte sollten dabei intensiv diskutiert werden (Weimann et al. 2009).

## 8.3 Sterbephase

In der Sterbephase stehen die Linderung quälender Beschwerden und das Stillen eines subjektiven Durst- und Hungergefühls im Vordergrund. Flüssigkeit und Nahrung gehören zur Basispflege, wozu aber die Zustimmung des Patienten Voraussetzung ist. Nach den Leitlinien der DGEM ist eine künstliche Ernährung in der Sterbephase nicht erforderlich (s. Tab. 8-3). Auch die A. S. P. E. N. stellt fest, dass der palliative Gebrauch einer Ernährungstherapie bei terminal Kranken selten indiziert sei. Die parenterale Flüssigkeitszufuhr führt allerdings zu kontroversen Diskussionen. Eine Untersuchung belegt, dass die meisten sterbenden Patienten nicht über Hunger und Durst klagen (McCann et al. 1994). Es gibt kein Hinweis, dass eine Flüssigkeitssubstitution dem Sterbenden Erleichterung verschafft. Unzweifelhaft führt keine Zufuhr von Nahrung zu einer Mangelernährung und keine Flüssigkeitszufuhr zur Dehydratation (Geppert et al. 2010). Der „trockene Mund“ ist zwar ein Zentralsymptom Sterbender, Durst und „trockener Mund“ korrelieren jedoch nicht mit dem Ausmaß der Hydratation oder der intravenösen Flüssigkeitszufuhr. Hospizmitarbeiter berichten auch, dass beim Versterben in Dehydratation, die Patienten subjektiv weniger über Erstickungsanfälle

und Ertrinkungsgefühle klagen (Fine 2006). Ferner haben sie weniger Husten, Überwässerung, Einnässen, Ödeme und abdominelle Beschwerden. Flüssigkeitssubstitution führt dagegen zu einer Zunahme der Darmsekrete mit Übelkeit und Erbrechen (Fine 2006; Andrews et al. 1993). Eine Lebensverlängerung wird durch Hydratation nicht erreicht (Burge 1996). Auch die Anlage von Zugängen ist nicht mehr nötig. Alle Entscheidungen sollten im Team und – so lange es noch möglich ist – mit dem Patienten und danach mit dessen Angehörigen besprochen werden. Dass das Beenden von Ernährung oder Flüssigkeitsgabe oder auch beides erst gar nicht zu beginnen zu vermehrten Schmerzen oder Leiden des Patienten führt, wurde nie gezeigt (Zerwekh 1997). Wichtig ist zu klären, ob Unruhe, Bewusstseinsstörungen oder Muskelkrämpfe durch Exsikkose bedingt sind bzw. die Agonie bei Dehydratation falsch als Finalphase interpretiert wird. Ferner führen Dehydratation und prärenale Niereninsuffizienz auch zu einer Akkumulation von Morphinderivaten mit ihren entsprechenden Nebenwirkungen.

Das bedeutet, dass bei einem bewusstseins eingeschränkten Patienten, bei dem nicht klar ist, ob es sich um die unmittelbare Sterbephase handelt oder eine Exsikkose vorliegt, der Versuch einer parenteralen Flüssigkeitszufuhr durchgeführt werden sollte. Diese sollte bei maximal 1 000–1 500 ml/Tag liegen und kann intravenös oder auch subkutan erfolgen (De Stoutz et al. 1995). Kommt es zu keiner Verbesserung der Vigilanz sollte auf weitere parenterale Flüssigkeitszufuhr verzichtet werden, da der Patient sich in der Sterbephase befindet.

Die ethische Entscheidung „Flüssigkeit in der Sterbephase zu geben oder nicht zu geben“ sollte in der terminalen Phase nicht leicht genommen werden. Dies entspricht den Empfehlungen des deutschen Bundesgerichtshofs

(Foster u. Carpenter 2007; Kemptener Fall, BGHSt 40, 257 ff):

- Die Entscheidung, die Therapie einzustellen, sollte nicht leicht genommen werden.
- Bedeutendes Gewicht haben die früheren Anweisungen des Patienten.
- Religiöse Sichtweise, Alter, Lebenserwartung, Leiden, Schmerzen und persönliche Werte des Patienten sollen beachtet werden.
- Liegen keine Informationen vor, folgen die Entscheidungen den generellen moralischen Werten.

Eine spezielle Ernährungstherapie ist nicht verbindlich im Falle einer aussichtslosen oder „End-of-Life-Situation“. Die Entscheidung zur Ernährungstherapie sollte auf einer effektiven Patienten-Angehörigen-Kommunikation und realistischen Zielen basieren und mit Respekt auf die Autonomie des Patienten getroffen werden (A. S. P. E. N Guidelines 2009; Heyland et al. 2003).

Das Wichtigste, um den Durst zu stillen, ist die Anfeuchtung der Mundschleimhaut. Den Speichelfluss anzuregen, ist möglich durch:

- gefrorene Getränke (Saft, Cola, Bier, Sekt),
- Zitronenbonbons und
- gefrorene Ananas.

Als weitere Möglichkeit und auch zur persönlichen Kontaktaufnahme für Angehörige dient die regelmäßige Mundpflege und Befeuchtung – beispielsweise durch Mundspülen, Auswischen oder durch die klassischen Zerstäuber mit der Lieblingsflüssigkeit (Saft, Cola, Bier, Sekt) – entsprechend dem Geschmack des Patienten. Auch die intensive Lippenpflege und schluckweises Trinken fördern den Kontakt und führen zur Symptomkontrolle, möglicherweise auch zur Verbesserung der Lebens- respektive Sterbequalität – den Hauptzielen der Palliativmedizin.