

Medizinische Universität Graz

Bachelorarbeit zum Thema:

Ernährung am Lebensende - Einblick in die Palliativmedizin

Von

**Stephanie Tockner
0833305**

Vorgelegt bei:

OA Mag.theol. Dr. med.univ. Pilgram Erwin Horst

Facharzt für Innere Medizin, Arzt für Allgemeinmedizin, Theologe

Im Seminar:

Hospiz und Palliativpflege

Graz, im Juli 2011

Inhaltsverzeichnis

Ehrenwörtliche Erklärung	3
Einleitung	4
1. Palliativmedizin	5
1.1 Was ist Palliativmedizin?	5-6
1.2 WHO Definition von Palliativ Care	6-7
2. Nahrung und Nahrungsaufnahme	8
2.1 Nahrung als Voraussetzung für das Leben	8
2.2 Regulation der Nahrungsaufnahme	8-10
2.3 Ebenen und Dimensionen der Ernährung	10
2.3.1 Somatische Ebene	10
2.3.2 Psychisch Ebene	10
2.3.3 Soziokulturelle Einflussfaktoren	11-12
3. Nahrungsaufnahme in der Palliativmedizin	12
3.1. Gestörte Nahrungsaufnahme	13
3.1.1 Körperliche Einflussfaktoren	13
3.1.2 Psychische Einflussfaktoren	13-14
3.1.3 Soziale Einflussfaktoren	14
3.2 Gefahren einer gestörten Nahrungsaufnahme	14
3.2.1 Mangelernährung	14-15
3.2.2 Dehydratation	15-16
3.3 Künstliche Ernährung in der Endphase	17
3.3.1 PEG Sonde JA/NEIN	17-18
4. Familie und Umfeld	19
4.1 Trauer	19-20
5. Schlussfolgerung	21-22
6. Literaturverzeichnis	23-24
7. Abbildungsverzeichnis	25

Ehrenwörtliche Erklärung

Ich erkläre ehrenwörtlich, dass ich die vorliegende Bachelorarbeit selbstständig und ohne fremde Hilfe verfasst habe, andere als die angegebene Quellen nicht verwendet habe und die den benutzten Quellen wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen als solche kenntlich gemacht habe. Weiters erkläre ich, dass ich diese Arbeit in gleicher oder ähnlicher Form noch keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegt habe.

Graz, am. 28.7.2011

Unterschrift:.....*Stephanie Tschel*.....

Einleitung

Leben und Tod liegen nah beisammen und dennoch sind sie in ihrem Beginn und Ende unterschiedlich. Das Leben beginnt oft mit einem Lächeln, während der Tod mit einer Träne endet, aber in beiden Lebenssituationen sind wir auf Hilfe angewiesen. Seit ich mit dem Tod das erste Mal konfrontiert wurde, habe ich mich intensiv mit dem Thema „Sterben“ und im weiteren Sinn mit dem Thema Palliativmedizin auseinandergesetzt. Dennoch stellte sich mir immer wieder die Frage, wie Menschen, die an einer unheilbaren Krankheit leiden, ihren letzten Lebensweg gestalten bzw. verbringen.

In meiner Arbeit habe ich mich vor allem auf die „Ernährung am Lebensende“ spezialisiert. Auch Sterbende, haben die Grundinstinkte Hunger und Durst, und möchte diese stillen. Besonderheiten und Schwerpunkte der Palliativmedizin habe ich in meiner Arbeit zusammengetragen und näher erläutert.

Jeder Mensch stirbt seinen eigenen, individuellen Tod, aber Palliativpatienten, meiner Meinung nach, verlassen die Welt auf einen besonderen und einzigartigen Weg. Menschen, die genau gesagt bekommen, dass sie sterben werden, gehen mit der letzten Phase ihres Lebens anders um. Für diese Menschen bedeutet die Diagnose einer unheilbaren Krankheit, ein endgültiges Abschied nehmen von ihren Freunden, ihrer Familie und der Welt.

Ärzte, Pflegepersonal und Angehörige des Patienten stehen ihm in dieser schweren Zeit zur Verfügung, und versuchen ihm ein würdevolles und angemessenes Sterben zu ermöglichen. Meiner Meinung nach hat Cicely Saunders, eine Ärztin aus Großbritannien und medizinische Direktorin des St. Christophers Hospiz in London, die Zusammenarbeit und Verantwortung im medizinischen und pflegerischen Bereich der Palliativmedizin, sehr genau beschrieben:

„Das Sterben eines Menschen bleibt als wichtige Erinnerung zurück bei denen, die weiterleben. Aus Rücksicht auf sie, aber auch aus Rücksicht auf den Sterbenden ist es unsere Aufgabe, einerseits zu wissen, was Schmerz und Leiden verursacht, andererseits zu wissen, wie wir diese Beschwerden effektiv behandeln können. Was immer in den letzten Stunden geschieht, kann viele Wunden heilen, aber auch in unerträglicher Erinnerung bleiben.“

(Cicely Saunders)

1. Palliativmedizin

Palliativmedizin wird meist mit den Begriffen „Tod“, „Sterben“ und „Lebensverlängerung“ in Zusammenhang gebracht. Doch hinter diesem Fachgebiet der Medizin steckt viel mehr. Diese Disziplin beschäftigt sich mit schwerkranken Menschen, die an einer nicht heilbaren, weit fortschreitenden Krankheit leiden.

1.1 Was ist Palliativmedizin?

Palliativmedizin leitet sich aus dem Wort „*palliativ*“ ab, was sich wiederum aus dem lateinischen Wort „*pallium*“ ableitet, was „*Mantel*“ bedeutet. Sterbende Patienten werden wie „von einem Mantel“ umhüllt, man könnte sagen wie ein rohes Ei behandelt.

Belfour Mount nahm das Wort „palliativ“ erstmalig in den Mund. Er war der Gründer des Palliative Care Service am Royal Viktoria Hospital in Montreal. (Dachverband von Palliativ- und Hospizeinrichtungen, 2011)

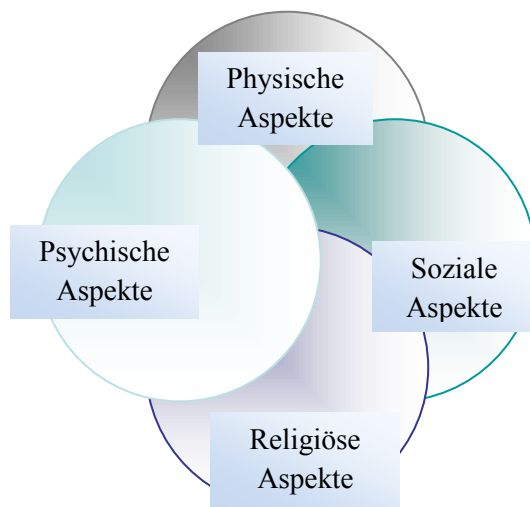


Abb. 1 Aspekte des Konzeptes für die Behandlung in der Palliativmedizin

Ärzte, Krankenschwestern, Angehörige, Freiwillige und noch viele andere Helfende, geben ihr Bestes, um den Patienten auf seinem letzten Lebensabschnitt zu begleiten. Dabei wird nicht das Leben verlängert, wie meist die Öffentlichkeit annimmt, sondern die Lebensqualität, in dieser letzten, meist so schwierigen Phase, verbessert und so gut als möglich aufrecht erhalten.

Die Verbesserung der Lebensqualität wird als Hauptziel der Palliativmedizin angeführt. Es muss sich dabei nicht immer um medizinische Tätigkeiten handeln, sondern es sind die kleinen Dinge die die Lebensqualität verbessern z.B. das Ermöglichen eines Friseurbesuch, das Zubereiten des Lieblingsessens, oder ein Besuch von einem nahe stehenden Angehörigen. Natürlich werden auch die medizinischen Tätigkeiten nicht außeracht gelassen, denn diese Disziplin bezieht sowohl die physischen Aspekte, wie z.B. Schmerztherapie, als auch die psychischen, sozialen und spirituellen Aspekte in das Konzept der Behandlung mit ein.

„Aufgabe und Ziel der Palliativmedizin ist es, die individuell notwendige Unterstützung anzubieten, damit der Patient die bestmögliche Lebensqualität in seiner ihm verbleibenden Lebenszeit erreichen kann. Dies wird ermöglicht durch die Kooperation kompetenter palliativmedizinischer und hospizlicher Einrichtungen mit Hausärzten, Sozialstationen und Krankenhausstationen, sodass eine optimale Behandlung rund um die Uhr überall dort gesichert werden kann, wo diese Patienten betreut werden. Der Patient soll selbst entscheiden können, ob er zu Hause oder in stationären Einrichtungen versorgt werden will.“ (Husebø, Klaschik, S.4, 2009)

1.2 WHO Definition von Palliativ Care

Die Weltgesundheitsorganisation definiert den Begriff Palliativ Care, welcher so viel wie schmerzlindernde Medizin bedeutet, folgendermaßen:

„Palliative care is an approach that improves the quality of life of patients and their families facing the problem associated with life-threatening illness, through the prevention and relief of suffering by means of early identification and impeccable assessment and treatment of pain and other problems, physical, psychosocial and spiritual.“ (WHO, 2011)

“Palliative Care:

- *provides relief from pain and other distressing symptoms;*
- *affirms life and regards dying as a normal process;*
- *intends neither to hasten or postpone death;*
- *integrates the psychological and spiritual aspects of patient care;*
- *offers a support system to help patients live as actively as possible until death;*
- *offers a support system to help the family cope during the patients illness and in their own bereavement;*
- *uses a team approach to address the needs of patients and their families, including bereavement counselling, if indicated;*
- *will enhance quality of life, and may also positively influence the course of illness;*
- *is applicable early in the course of illness, in conjunction with other therapies that are intended to prolong life, such as chemotherapy or radiation therapy, and includes those investigations needed to better understand and manage distressing clinical complications.” (WHO, 2011)*

Eine weitere internationale Definition hat die EAPC, die Europäische Gesellschaft für Palliativmedizin entwickelt, wobei sie sich stark an die obige Definition der WHO anlehnt: „Palliativmedizin ist die angemessene medizinische Versorgung von Patient/innen mit fortgeschritten und fortschreitenden Erkrankungen mit einer begrenzten Lebenserwartung, für die das Hauptziel der Begleitung die Lebensqualität ist. Palliativmedizin schließt die Bedürfnisse der Familie vor und nach dem Tod des Patienten ein“. (Bundespressedienst,2008)

Kurz zusammengefasst beinhaltet das Grundkonzept der Palliativmedizin folgende Merkmale:

- Akzeptanz des Sterbens als Teil des Lebens
- Schmerz- und Symptomkontrolle
- Psychische, soziale und spirituelle bzw. seelsorgerische Aspekte des Patienten, der Angehörigen und des Behandlungsteams
- Kommunikation und Ethik

Natürlich ist es nicht immer einfach, den Patienten den Wunsch zu erfüllen, in seiner letzten Lebensphase zu Hause zu sein, da oft die medizinische Versorgung aber auch die nötige Kompetenz der Angehörigen in den eigenen vier Wänden nicht gegeben ist.

2. Nahrung und Nahrungsaufnahme

Das Wort „*Ernährung*“ leitet sich aus dem mittelhochdeutsch stammenden „*narunge*“ ab, welches ursprünglich als „*das am Leben erhaltende*“, das „*Rettende*“ definiert wurde. Außerdem steht es in enger Verbindung mit dem Wort „*genesen*“. (VO Ernährung 2011)

Durst- und Hungergefühl gehört zu den Grundinstinkten des Menschen und begleiten uns unser ganzes Leben. Doch was, wenn diese nicht mehr funktionieren? Wenn wir keinen Appetit mehr nach unseren Lieblingsessen verspüren? Oder wir uns schon beim Frühstück quälen, um einen Bissen hinunter zu bekommen?

Wenn solche Fragen auftauchen, ist man meist krank, sehr krank.

2.1. Nahrung als Voraussetzung für das Leben

Ernährung wird in vielen Fachbüchern, als eine Summe aller Vorgänge bezeichnet, durch die dem lebenden Organismus, in fester und flüssiger Form, Nahrung zugeführt wird. Sie ist wichtig für den Aufbau, Wachstum und Regeneration des Körpers und dient als Aufrechterhaltung aller Lebensvorgänge, die sowohl der körperlichen als auch der geistigen Leistung dienen. (VO Ernährung 2011)

Essen ist ein wesentlicher Bestandteil unseres täglichen Lebens. Wir benötigen die tägliche Zufuhr von Nahrungsmitteln um unsere Vorgänge im Körper, wie Atmung, Bewegung, Verdauung und Wachstum aufrecht zu erhalten. Sie dient uns zur Energiegewinnung.

2.2. Regulation der Nahrungsaufnahme

Das jeweilige Essverhalten eines Menschen ist durch viele Faktoren bestimmt, aber am wesentlichsten wirkt sich die kulturelle Umgebung auf die Essgewohnheiten eines Menschen aus. Zum Beispiel ist es in vielen Kulturen üblich, abends die Hauptmahlzeit einzunehmen, während andere diese bereits zu Mittag essen oder andere sehen Insekten und Würmer als Delikatesse während andere schon beim Gedanken der bloße Ekel überkommt.

Im Laufe des Lebens eignet sich jeder Mensch sein eigenes Essverhalten an, deshalb ist es auch schwer, Änderungen des Essverhaltens wie zum Beispiel eine Diätvorschrift anzunehmen und einzuhalten. (Borker, 2002)

Eine ausgewogene Ernährung setzt sich durch die regelmäßige Zufuhr von Eiweiß, Kohlenhydrate, Fette, Vitamine und Ballaststoffe zusammen.

Es gibt verschiedenste „Richtlinien“ wie sich der Mensch zu ernähren hat, zum Beispiel durch diverse Auflistungen der Nahrungszufuhr (Ernährungspyramide, Deutsche Gesellschaft für Ernährung, usw.) oder durch Vorgaben der täglichen Kalorienzufuhr.



DGE-Ernährungskreis®, Copyright: Deutsche Gesellschaft für Ernährung e.V., Bonn

Abb.2 DGE-Ernährungskreis

Nährstoffmangel, einseitige Ernährung, Diäten aber auch Krankheiten können sich negativ auf das Essverhalten des Menschen auswirken. Vor allem bei alten Menschen, die meist an mehreren Krankheiten gleichzeitig leiden, macht sich oft ein Nährstoffmangel (Eiweißmangel), aufgrund der physiologischen Veränderungen des Körpers bemerkbar. Ältere Personen „verlieren“ meist ihr Durst- und Hungergefühl und müssen deshalb bei ihrer täglichen Nahrungsaufnahme unterstützt werden. Aber auch Medikamente können eine Störung der Resorption von Nährstoffen bewirken, welche sich oft in Form von Erbrechen, Durchfall und Appetitlosigkeit zeigt. (Borker, 2002)

Die Regulierung der Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr beinhaltet drei Kernfragen:

- Warum beginnen wir zu essen und zu trinken?
- Warum beenden wir das Essen und Trinken?
- Warum essen und trinken wir genau das, was wir essen und trinken?

Diese Fragen versuchen verschiedene Modelle zu beantworten mit den zentralen Begriffen Hunger, Durst, Appetit und Sättigung. (Borker, 2002)

Wir beginnen zu Essen, weil wir Hunger oder Durst verspüren, den wir durch die Zufuhr von Nahrung oder Flüssigkeit stillen möchten. Trotzdem können wir auch ohne Hunger- oder Durstgefühl zu Essen beginnen. Die Sättigung wird als „Stoppsignal“ bezeichnet („ich habe genug“) und führt oft zur Beendigung des Essens. Unser Hungergefühl, „ich habe Hunger“, wird durch Nerven im Zentralnervensystem gesteuert. Die Kontraktionen eines leeren Magens, das bekannte Magenknurren, oder die Verminderung des Blutzuckerwertes, werden über Nerven an das Hungerzentrum im Hypothalamus geleitet. Durch eine unzureichende und fehlende Nahrungszufuhr, kann es zu einer Störung des Stoffwechsels kommen, die bis zum Hungertod führen kann. Bestimmte Lebensmittel lehnt der Mensch ab, weil sie ihm nicht schmecken oder er sich davor ekelt, sie als Nahrung ungeeignet oder giftig sind. Auch das Schmecken und Riechen von verschiedenen Speisen, kann sich auf das Essverhalten auswirken. Diese beiden Sinne dienen zur Identifizierung der Nahrung. Durch die zunehmende Umweltbelastung und den Alterungsprozess nimmt die Geschmacks- und Geruchsfähigkeit ab. (Borker, 2002)

2.3. Ebenen und Dimensionen der Ernährung

Die Ernährung des Menschen wird nicht nur von kulturellen Bedingungen bestimmt, sondern auch von anderen Faktoren, die im folgenden beschrieben werden.

2.3.1 Somatische Ebene

Zu den Somatischen bzw. den Körperlichen Einflussfaktoren zählen alle Faktoren, die Einschränkungen beim Essen, aufgrund von körperlichen Beschwerden, hervorrufen. Diese können sich in Form einer Krankheit, durch schadhafte, fehlende Zähne, eine entzündete Mundschleimhaut aber auch durch Kau- oder Schluckbeschwerden zeigen. (Borker, 2002)

2.3.2 Psychische Ebene

Stress kann einem buchstäblich auf den Magen schlagen und zu Appetitverlust führen. Aber auch Depressionen, Angst, Einsamkeit, Trauer und Aufregung zählen zu den psychischen Einflussfaktoren des Essverhaltens. Demenz und Essstörungen, wie Anorexia nervosa, sind Krankheiten die psychisch bedingte Essstörungen verursachen können. (Schreier M, Bartholomeyczik 2004, Borker 2002)

2.3.3 Soziokulturelle Einflussfaktoren

„Geld regiert die Welt“ – und auch das Essverhalten der Menschen. Personen mit einem niedrigeren Einkommen leisten sich oft weniger frische und vollwertige Lebensmittel, als Personen aus höheren Einkommensklassen. (Schreier M, Bartholomeyczik 2004)

Diese Personen bevorzugen aus Kostengründen oft Fertigprodukte, mit einem niedrigeren Anteil an Nährstoffen und Vitaminen, anstatt zu frischen, meist teureren Nahrungsmitteln zu greifen. Menschen aus unteren Schichten haben ein höheres Risiko an Übergewicht oder Diabetes zu erkranken, als Menschen aus den oberen Schichten. Sie wollen schnelles, sattmachendes Essen, zu niedrigen Preisen, welches sie oft in den fett- und kalorienreichen Fertigprodukten finden.

In der heutigen, schnelllebenden Zeit, soll auch das Essen wenig Zeit in Anspruch nehmen. Fast Food Restaurants und Schnellimbisse stehen an oberster Stelle, wenn es darum geht, das Magenknurren zu beenden. Wir Essen, während wir von einem Termin zum nächsten hetzen mal schnell einen Happen Pizza, oder eine Wurstsemmel um das „lästige“ Gefühl des Hungers zu befriedigen, und das meist alleine.

Aus Studien zeigt sich, dass Menschen, die in Gesellschaft Essen, zum Beispiel beim Abendessen mit der Familie, mehr zu sich nehmen und das Essen dadurch bewusster genießen, als wenn sie sich schnell eine „Kalorienbombe“ in der Mittagspause hineinstopfen oder den ganzen Tag aufgrund des Arbeitsstresses nichts zu sich nehmen. (Borker, 2002)

Geburtstage, Familienfeiern, Hochzeiten, Taufen aber auch Begräbnisse, sind immer durch eines miteinander verbunden – dem Essen. Es lässt sich erkennen, dass wir Menschen, egal zu welchem Anlass, gerne und ausgiebig Essen. Zu solchen Anlässen nehmen wir uns die Zeit zum Essen und genießen es richtig, gemeinsam mit unserer Familie an einem Tisch zu sitzen. „*Beim Essen kommen die Leut' zman*“, könnte es ausgedrückt werden und es stimmt wirklich. Alltägliche Probleme und Ereignisse werden oft und gerne bei einem guten Essen besprochen und auch Geschäftsessen sind häufig Basis für ein erfolgreiches Zusammenarbeiten.

Die Esskultur des Menschen hat sich im Laufe der Jahre vielfach verändert. Egal welche Einflüsse, sei es religiöser oder sozialer Natur, ein Nahrungsmittel haben anfangs alle Menschen gemeinsam, die Muttermilch. Erst nach der Geburt, wird unser Essverhalten geprägt und wir gleichen unser Essverhalten unserer jeweiligen Kultur, Religion oder sozialen

Einflüssen an. Die Vielfalt der Kulturen beeinflusst auch das menschliche Essverhalten. Während in den einen Kulturen Schweinefleisch als Grundnahrungsmittel angesehen wird, verzichten andere aus religiösen Gründen ganz darauf, um die Tiere zu ehren, anstatt sie zu essen.

3. Nahrungsaufnahme in der Palliativmedizin

Im letzten Lebensabschnitt eines Patienten sind Ärzte, Pflegekräfte und Angehörige darum bemüht, ihm eine Zeit ohne bzw. wenig Schmerzen zu ermöglichen.

In der Finalphase, also in der letzten Phase des Lebens, sollte dem Patienten, so lange wie möglich die orale Nahrungsgabe erhalten bleiben. Natürlich ist diese Art der Verabreichung zeitaufwendig und mit jeder Menge Unterstützung von Pflegenden und Angehörigen verbunden, aber das Gefühl noch schmecken und schlucken zu können, ist laut Studien, für Betroffene ein gutes und wohltuendes Gefühl, ein Gefühl dass ihnen, sozusagen, vermittelt „*Ich kann noch essen, also lebe ich noch*“. Bei der Verabreichung von Speisen für Palliativpatienten sollten einige Dinge beachtet und eingehalten werden:

- Berücksichtigung der Essgewohnheiten - Patienten nach seinen Lieblingsspeisen befragen
- Zubereiten von kleineren Portionen anstatt großen Mengen
- Behandlung von Kau- und Schluckbeschwerden (Bsp.: Mundpflege)
- Ausreichende Flüssigkeitszufuhr - Patienten immer wieder etwas zu Trinken anbieten
- Atmosphäre beim Essen anpassen
- Abwechslungsreiche Kost
- Übelkeit, Erbrechen beachten – vermehrt Schonkost einsetzen
- Schulung der Angehörigen – auf was sie bei der Essenzubereitung für den zu Pflegenden achten müssen – Kranke haben ein anderes Geschmacksverhältnis als Gesunde, reagieren auf Gewürze anders

(Werni M, Popp W, Wilkens W, 2001)

Ein wesentlicher Teil der Ernährungs- und Flüssigkeitssubstitution in der Palliativmedizin ist das Einbeziehen des Patienten in die Essenswahl. Die jeweiligen Betroffenen sollten bei der Zubereitung, Auswahl und Zusammensetzung der Speisen selbst mitbestimmen können. (Werni M, Popp W, Wilkens W, 2001)

3.1. Gestörte Nahrungsaufnahme

Krankheit ist, wie im vorigen Kapitel angeführt, ein wesentlicher Einflussfaktor für das Essverhalten des Menschen. In der Palliativmedizin, wo Patienten den letzten Abschnitt ihres Lebens antreten, kommt es häufig zu Appetitverlust oder anderen Beeinträchtigungen, die die Essensaufnahme beeinflussen. Vor allem im Bereich der Palliativmedizin kommt das Phänomen einer gestörten Nahrungsaufnahme immer wieder zum Vorschein.

3.1.1 Körperliche Einflussfaktoren

Menschen, die sich in ihrem letzten Lebensabschnitt befinden, den Tod vor Augen haben und jeden Tag unzählige Schmerzmittel schlucken müssen, können Aufgrund der Nebenwirkungen diverser Medikamente, wie Übelkeit, Erbrechen, und Appetitlosigkeit kein Hungergefühl mehr empfinden und verweigern dadurch das Essen.

Nebenwirkungen wie Appetitlosigkeit können durch die Gabe von Medikamenten, wie Kortikosteroide gelindert werden, die auch stimmungsaufhellend wirken. Übelkeit und Erbrechen wird oft mit Metoclopramid behandelt. Entzündungen der Mundschleimhaut und Trockenheit in der Mundhöhle können durch Mundspülungen mit zum Beispiel Salbei- oder Kamillenextrakten verbessert werden. Patienten mit einem Ösophagus- oder HNOKarzinom sind aufgrund der fortschreitenden Schluckbeschwerden auf eine PEG-Sonde angewiesen (Näher Informationen zur PEG-Sonde im Kapitel 3.4), die nicht ohne Einverständniserklärung und Aufklärung des Patienten bzw. deren Angehörigen angelegt werden darf. (Werni M, Popp W, Wilkens W, 2001).

3.1.2 Psychische Einflussfaktoren

Palliativpatienten die an einer unheilbaren Krankheit leiden, meist im Bett, zu Hause aber oft auf einer Palliativstation ihren letzten Lebensabschnitt verbringen, leiden oft an Stimmungsschwankungen oder fallen in eine Depression. Gefühle wie Trauer, Sinnlosigkeit, Angst aber auch Schmerzen wirken sich negativ auf den Appetit aus.

„Warum soll ich essen, wenn ich eh bald sterben werde?“, ist mit Sicherheit eine der häufigsten Fragen, die sich diese Patienten stellen. Doch psychische Probleme die mit dem Verlauf einer unheilbaren Krankheit verbunden sind, können, wenn sie früh genug erkannt werden, deutlich zu einer Verbesserung der Lebensqualität beitragen und den letzten Abschnitt eines Lebens würdevoller gestalten.

3.1.3 Soziale Einflussfaktoren

Angehörige von Patienten, die sich in der Finalphase befinden, müssen über den Zustand ihrer Lieben aufgeklärt werden. Es muss ihnen verdeutlicht werden, dass diese Patientengruppe, ein anderes Hungergefühl aufzeigt, als sie selbst, die gesund sind. Aussagen wie „Komm iss was, dann geht's dir besser“, „Oder du hast ja kaum was gegessen“ hört man oft von Angehörigen. Dabei muss aber berücksichtigt werden, dass Palliativpatienten das Essen nicht aufgedrängt werden soll. Den Betroffenen muss da Gefühl des Zwangs, Essen zu müssen, genommen werden.

Aber auch die Umgebung, wie die Gestaltung des Zimmers oder der Essensgabe und das jeweilige Pflegepersonal spielen eine wichtige Rolle bei den sozialen Einflussfaktoren. Pflegehelfer oder Krankenschwestern können durch Zureden die Motivation zum Essen beeinflussen und oft sogar mit Erfolg.

3.2 Gefahren einer gestörten Nahrungsaufnahme

Die tägliche Flüssigkeits- und Nahrungszufuhr ist lebensnotwendig. Die Verabreichung von Essen und Flüssigkeiten ist im medizinischen und pflegerischen Bereich ein Ausdruck der Hilfe und Fürsorge pflegebedürftiger Menschen. Bei einer gestörten Nahrungsaufnahme kann es zu Folgeerkrankungen wie Mangelernährung oder Dehydration kommen.

3.2.1 Mangelernährung

„Mangelernährung bedeutet ein Ungleichgewicht in der Zufuhr von Energie (Kohlenhydrate, Fette), Proteinen, Vitaminen, Spurenelemente zum Bedarf einer Person. Dieses Ungleichgewicht kann entweder aus einer unzureichenden Nahrungszufuhr, einem erhöhten Bedarf oder einer veränderten Verwertung von Nährstoffen resultieren. Die Folgen sind ein veränderter Stoffwechsel, eine verschlechterte Funktion und schließlich ein Verlust an Körpergeweben.“ (Initiative gegen Mangelernährung, 2011)

Erschöpfung, blasse Haut, starker Haarausfall, schwacher Muskeltonus, übermäßige Darmgeräusche, Bauchkrämpfe, Schmerzen, Diarrhöe und ein Gewichtsverlust von 5% in 3 Monaten bzw. 10% in 6 Monaten sind Hinweise auf eine Mangelernährung. Im medizinischen Fachbereich wird anstatt „Mangelernährung“ der Begriff „Malnutrition“ verwendet. „Untergewicht“, „Unterernährung“ oder „Fehleernährung“ sind Synonyme für Mangelernährung. (Borker, 2002)

3.2.2 Dehydratation

„Unter Dehydratation ist eine Verminderung des Wassergehaltes im gesamten Körper zu verstehen, die Infolge einer ungenügenden Flüssigkeitszufuhr oder eines starken Flüssigkeitsverlustes entsteht.“ (Borker, , 2002, S.46)

Dehydration, kurz Flüssigkeitsmangel, kann durch eine verminderte Harnausscheidung gekennzeichnet sein. Dabei liegt die tägliche Harnausscheidung unter 300ml. Der medizinische Ausdruck einer verminderten Harnausscheidung wird als „Oligurie“ bezeichnet. Ein dunkel gefärbter Urin, Übelkeit, Kopfschmerzen, niedriger Blutdruck, Schwindel, Konzentrationsschwierigkeiten, verminderte Speichelproduktion, Müdigkeit und Verstopfung sind die wesentlichen Symptome einer Dehydration. Die Folgen eines andauernden Flüssigkeitsverlustes können schwerwiegend sein. Durch Wassermangel wird die Regulation des Salz- und Wasserhaushaltes über die Niere eingeschränkt. Desweiteren kommt es aufgrund der verminderten Flüssigkeitszufuhr zu einer Verdickung des Blutes, was zu den Risiken eines Schlaganfalls zählt. (Borker, 2002)

Pro- und Kontraaktive Aspekte für die Flüssigkeitssubstitution bzw. dagegen werden aber in vielen Studien bzw. Fachbüchern genannt.

Positive Faktoren für eine Flüssigkeitssubstitution:

- Dehydration führt zu Störungen des Elektrolythaushaltes, daraus können sich Unruhe, Bewusstseinsstörungen und Muskelkrämpfe beim Patienten entwickeln.
- Es gibt keine wissenschaftliche Begründung, dass eine Flüssigkeitssubstitution das Sterben künstlich verlängert.
- Patient klagt über Durst, die durch orale Gabe nicht gestillt werden kann.
- Es muss geklärt werden ob sich der jeweilige Patient in der Finalphase befindet oder es sich nicht um eine Agonie handelt. Agonie geht mit Erscheinungen wie motorische Unruhen, Krämpfe, Rasselatmung des Patienten hervor und zeigt den unmittelbaren Eintritt des Todes an. (Husebø, Klaschik, 2009)

Negative Faktoren für eine Flüssigkeitssubstitution:

- Parenterale Flüssigkeitszufuhr erschwert die Betreuung zu Hause und kann zu Lungenödemen (=Wasseransammlungen in der Lunge) führen
- Sterbende die bei klarem Bewusstsein sind, haben selten Durst, solange die Mundschleimhaut feucht und sauber ist.
- Derzeit gibt es keine wissenschaftliche Begründung, dass eine minimale Flüssigkeitszufuhr das Leben verkürzt oder Leiden vergrößert
- Es liegen keine wissenschaftliche Beweise vor, dass Flüssigkeitssubstitutionen dem Sterbenden Erleichterung bringen. (Husebø, Klaschik, 2009)

Grundsätzlich muss jedem Patient das Recht auf Selbstbestimmung gewährleistet werden, welches besagt, dass jeder Patient, sofern er noch Handlungs- und Urteilsfähig ist, eine Behandlung zulassen oder ablehnen darf.

3.3. Künstliche Ernährung in der Endphase

Patienten, die sich weigern zu Essen oder aufgrund ihrer Krankheit nicht mehr selbständig Essen können, werden unter Berücksichtigung, bestimmter Vorschriften, künstliche Ernährungsformen verabreicht.

Von künstlicher Ernährung spricht man, wenn eine Art der Verabreichung von Nahrung gewählt wird, die von der natürlichen Verabreichung abweicht. Diese künstliche Art der Verabreichung kann entweder „*enteral*“ oder „*parenteral*“ erfolgen. „*Enteral*“ wird durch flüssige Kost, über den Darm verabreicht, während „*parenteral*“ über eine Sonde oder Infusion, unter Umgehung des Darms erfolgt. (Borker, 2002)

3.3.1 PEG Sonde JA/NEIN

Zeigt der Patient Schluckstörungen, Appetitverlust, Ablehnung des Essens und Anzeichen einer Aspiration, welche beim Eindringen von Flüssigkeit oder Nahrung in das Atmungszentrum auftreten kann, kurz Erstickungsgefahr, an, sollte eine künstliche Ernährung in Form von Sonden ins Auge gefasst werden. (Mazzola, 2010)

Perkutane endoskopische Gastrostomie, oder kurz PEG, steht für eine Form der künstlichen Ernährung. PEG- Sonden sind seit den 80er Jahren im medizinischen Bereich etabliert. Bei Schluckbeschwerden, Verweigerung des Essens oder wenn die natürliche, orale Gabe des Essens nicht mehr möglich erscheint, sollte eine künstliche Ernährungsform gewählt werden. Vor- und Nachteile der PEG-Sonde sind unter Medizinern umstritten, trotzdem lässt sich ein Vorteil in der Erhaltung der Lebensqualität und in der Vorbeugung der Mangelernährung erkennen. (Mazzola, 2010)

Aufgrund der ständigen Weiterentwicklung in Medizin und Technik hat sich die künstliche Ernährung über Sonden stark verbessert. Nebenwirkungen wie Entzündungen und Unverträglichkeit sind aufgrund des medizinischen und technischen Fortschritts stark zurück gegangen.

Trotzdem stellt sich im Bereich der Palliativmedizin immer wieder die Frage ob die Ernährung in der Endphase, als Indikation oder doch eher als Kontraindikation gesehen werden soll. Wie in den vorigen Kapiteln angeführt, benötigt unser Körper tägliche Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme, um den Stoffwechsel aufrecht zu erhalten. In der Finalphase verändern sich aber die Grundbedürfnisse, wie Essen und Trinken. (Ernährungs- und Flüssigkeitssubstitution in der Palliativmedizin, 2001)

Jeder Mensch gelangt im Laufe einer unheilbaren Erkrankung an einem Punkt, an dem es kein Zurück mehr gibt. An dieser Stelle sollte sich die Frage gestellt werden, ob es überhaupt richtig ist, einen schwerkranken und sterbenden Menschen eine Magensonde zu verabreichen. (Antonczyk, Dommach, 2003)

Um eine einigermaßen verantwortliche Entscheidung zu treffen können folgende Fragen berücksichtigt werden:

- Wie weit ist die Krankheit fortgeschritten?
- Wie weit ist der Kranke in seinem Sterbeprozess?
- Welche Beschwerden hat der Kranke?
- Welches Ziel hat das Einlegen einer Sonde?
- Bringt die Magensonde wirklich Lebensqualität für den Kranken?
- Wird auch Leiden durch die Sonde verlängert?
- Ist die Zufuhr der Flüssigkeit zu Hause möglich oder muss der Kranke dazu in ein Krankenhaus? Möchte er dies?
- Wem wäre eine Magensonde die größere Hilfe: dem Kranken oder dem Umfeld, dem es schwer fällt, die Situation und das Nichtstun auszuhalten? (Antonczyk, Dommach, S. 47, 2003)

Eine künstliche Ernährung, anhand einer PEG Sonde, sollte nur dann durchgeführt werden, wenn die jeweilige Zustimmung des Patienten bzw. dessen Angehörigen gegeben ist. Ein Patient, kann eine Behandlung immer ablehnen, egal wie wichtig die Behandlung aus medizinischer Sicht für seinen Gesundheitszustand scheint.

4. Familie und Umfeld

Jeder Mensch reagiert individuell auf eine Erkrankung. Die einen ziehen sich zurück und lassen niemanden an sich ran, während andere in ihrem letzten Lebensabschnitt richtig aufblühen, um stark zu sein – stark zu sein, für Familie und Freunde.

Das Umgehen mit einer Krankheit bezieht viele Einflussfaktoren, wie Familie, Arbeit/Beruf und die Stärken bzw. Schwächen eines Patienten mit ein. Eine 83-jährige Patientin, die seit mehreren Jahren im Pflegeheim wohnt, die Diagnose Pankreaskarzinom erhält, wird anders reagieren, als ein 54-jähriger selbständiger Gastwirt, mit der gleichen Diagnose, der zu Hause Frau und Kinder zu versorgen hat. Familienmitglieder, die bald sterben werden, hinterlassen in der eigenen Familie eine Lücke. Durch ihre Krankheit zerstören sie das Gleichgewicht eines Familiensystems, welches sich aber gegen diese Änderung wehrt. Bei vielen Familienmitgliedern trifft die Erkrankung Krebs, oder eine andere unheilbare Krankheit auf Unverständnis, Wut und Trauer. Die Aufklärung bezüglich einer Krankheit ist der Grundstein, für das Akzeptieren der notwendigen Veränderungen innerhalb einer Familie. (Husebø, Klaschik, 2009)

Angehörige und Freunde fühlen sich oft hilflos und wissen nicht, wie sie helfend zur Seite stehen können. Dabei sind es schon kleine Dinge, wie Essenseingabe, Mundpflege, das Vorlesen der Zeitung, eines Buches oder dem Patienten einfach das bloße Gefühl, von Geborgenheit und Verständnis zu vermitteln. Familie und enge Freunde des sterbenden Patienten müssen lernen, mit der neuen, ungewollten Situation zu Recht zu kommen. Sie müssen akzeptieren, dass sich Wünsche und Bedürfnisse ihres „Liebsten“ verändern.

4.1 Trauer

Eine Familie, die ein Familienmitglied auf seinem letzten Lebensweg begleitet, stößt meist an ihre Grenzen. Die Natürliche Reaktion, von Trauer und Verzweiflung, auf den nahestehenden Verlust eines Menschen ist normal und menschlich. Schon in der Kindheit werden wir von Verlusten geprägt, wie der Verlust des Lieblingsspielzeugs, der Verlust der Kindergartenfreunde, mit Beginn der Schulzeit, oder auch der Verlust der ersten Milchzähne. Im Laufe unseres Lebens entwickelt sich unser Gefühl des Verlustes.

Was in der Kindheit als Drama und großes Besorgnis erschien kommt uns als Erwachsener lächerlich und unsinnig vor.

Die Reaktion auf Verluste ist wie, die Reaktion auf eine Erkrankung, individuell. Verluste, die allein durchgestanden werden müssen, sind grundsätzlich schwerer zu ertragen. (Husebø, Klaschik, 2009)

Sigmund Freud beschrieb in seinem Werk „Trauer und Melancholie“:

„Trauer ist regelmäßig die Reaktion auf den Verlust einer geliebten Person oder einer an ihre Stelle gerückten Abstraktion wie Vaterland, Freiheit, ein Ideal usw. [...] Es ist auch bemerkenswert, dass es uns niemals einfällt, die Trauer als einen krankhaften Zustand zu betrachten und dem Arzt zur Behandlung zu übergeben, obwohl sie schwere Abweichungen vom normalen Leben mit sich bringt. Wir vertrauen darauf, dass sie nach einem gewissen Zeitraum überwunden sein wird und halten eine Störung derselben für unzweckmäßig, selbst für schädlich.“ (Sigmund Freud, 1982)

Der Sinn des Trauerns liegt darin, mit dem Verlust eines Menschen umzugehen und den Schmerz des Verlustes zuzulassen. Trauer wirkt sich nicht nur negativ auf die Lebensqualität aus, sondern sie kann auch neue Kräfte frei setzen, die dem Angehörigen helfen, mit dem Verlust umzugehen. (Husebø, Klaschik, 2009)

5. Schlussfolgerung

Anhand meiner Recherchen zum Thema „Ernährung am Lebensende“ bin ich zu dem Schluss gekommen, dass egal, wie weit die Krankheit fortgeschritten ist, die Ernährung- und Flüssigkeitssubstitutionen eine wichtige Rolle spielen, aber oft nicht für den Betroffenen selbst, sondern häufiger für deren Angehörige.

Der natürliche Verlauf des Alterns sieht voraus, dass wir mit zunehmendem Alter an Funktionen des Körpers verlieren. Unser Hunger und Durstempfinden nimmt ab, unser Geschmackempfinden verändert sich und einfache Tätigkeiten, wie zum Beispiel das Gehen oder Aufstehen vom Stuhl fallen uns schwer, da unsere Knochen immer mehr an Substanz verlieren. Im Falle einer Krankheit, schaltet unser Körper automatisch auf „Sparflamme“, um dem Organismus die nötige Ruhe zu gönnen, die er braucht, um wieder Energie aufbauen zu können. Auch in dieser Situation nimmt unser Hunger- und Durstempfinden meist ab. Deshalb finde ich es verwunderlich, warum gerade in der Terminalphase, in der, der Körper sich auf den Tod vorbereitet, dem Sterbenden, meiner Meinung nach, die Nahrung- und Flüssigkeitsgabe nahe zu aufgedrängt wird. Ich stimme zu, dass einem Menschen, der aufgrund seiner unheilbaren Krankheit nicht mehr selbst Essen und Trinken kann oder aufgrund von Schluckbeschwerden, bei der Nahrungs- und Essensgabe medizinische Unterstützung angeboten wird, aber in der letzten Phase, kurz vor dem Tod, auf eine PEG-Sonde oder ähnliches zu drängen finde ich fraglich. Der Körper schaltet wie bei einer „normalen“, „harmlosen“ Erkrankung bei z.B. einer Grippe einen Gang zurück, nur dass er z.B. bei einem unheilbaren Tumor, sich sozusagen auf den Prozess des Sterbens vorbereitet. Atem- und Herzfunktionen werden verlangsamt, Vorgänge im Organismus wie Verdauung oder Speichelsekretion werden vermindert und das Durst- und Hungerempfinden nimmt ab. Ich finde, dass die Terminalphase dem Körper das Signal gibt bzw. darauf hinweist, dass der Zeitpunkt des Todes kurz bevor steht, und es sich dabei nicht um eine Qual für den Sterbenden handelt, sondern um eine Erlösung bzw. eine Befreiung von der Krankheit.

Familie, Angehörige und Freunde sind oft diejenigen, die kaum die Diagnose einer unheilbaren Krankheit akzeptieren können. Meiner Meinung sind oft die Angehörige die Leidenden in dieser Situation und selten der Patient.

Sie fühlen sich hilflos gegenüber der Krankheit und um etwas „Tun“ zu können, kämpfen sie oft mit allen ihnen zur Verfügung stehenden Mitteln gegen den bevorstehenden Tod ihrer Lieben an. „Du musst ja Essen“ und „Trink noch was“ sind tägliche Sätze die der Sterbende zu hören bekommt. Aber haben wir uns schon mal die Frage gestellt, ob ein Sterbender in seiner letzten Lebensphase überhaupt noch das Gefühl „Hunger“ und „Durst“ empfindet? Sind vielleicht Anzeichen wie Erbrechen, Übelkeit, Magenbeschwerden Signale dafür, dass der Körper nicht mehr in der Lage ist, Nahrung aufzunehmen oder zu verwerten?

In Zukunft sollten diese Fragen näher untersucht werden und anhand von mehreren Studien miteinander verglichen werden. Ich meine, dass solche Studien auch nicht anhand von Fragen an den Betroffenen gemacht werden müssen, sondern anhand von Beobachtungen durchgeführt werden könnten. Zum Beispiel, wie reagiert ein Mensch auf die Gabe von einem Glas Wasser – abgeneigt oder doch dankend? Wird das Essen bei sich behalten, oder muss man nach jedem Essen mit Durchfall oder Erbrechen rechnen? Wie ist die Reaktion auf kalte bzw. warme Speisen? Solche Fragen sind aus meiner Sicht wichtig und sollten in Zukunft mehr berücksichtigt werden. Aus Erfahrung musste ich leider erkennen, dass dies oft nicht der Fall war und wenig auf die Bedürfnisse und Wünsche der Betroffenen Rücksicht genommen wurde, sondern eher die Bedürfnisse der Angehörige im Vordergrund standen.

In diesem Zusammenhang stellt sich mir die Frage: „Wer ist eigentlich der Patient?“ Der Sterbende oder doch die Angehörigen die nicht mit ansehen können, dass ihr Liebster, aus ihrer Sicht, leidet. Es liegt in der Natur des Menschen, helfen zu wollen, aber es fällt uns schwer, eingestehen zu müssen, dass in manchen Situationen die „Hilflosigkeit“ überwiegt.

Es fällt schwer einen Menschen gehen zu lassen und trotzdem gehört der Tod zu unserem Leben und zeichnet unser Ende. Jeder Mensch ist individuell, und besonders Sterbende haben ihre eigenen, speziellen Bedürfnisse, die berücksichtigt und beachtet werden müssen um ihnen ein würdevolles Sterben zu ermöglichen den – „*Unwürdig können die Umstände des Sterbens sein, nicht aber das Sterben selbst*“. (VO Ethik, 2011)

8. Literaturverzeichnis

Antonczyk E, Dommach C., (2003): Was ich an der Begleitung kranker und sterbender Menschen wissen muss, Gütersloher Verlagshaus GmbH, Gütersloh.

Borker S. (2002): Nahrungsverweigerung in der Pflege, Verlag Hans Huber.

Husebø S, Klaschik E. (2009): Palliativmedizin, Grundlagen und Praxis, 5.Auflage.

Körner U, Biermann E, Bühler E, Oehmichen F, Rothärmel S, Schweidtmann W (2004). Ethische und rechtliche Gesichtspunkte. Thieme Verlag.

Mazzola R (2010): Langfristige Sondenernährung bei einwilligungsunfähigen Menschen mit Demenz', Thieme Verlag.

Müller-Busch H.C, Simon A, J, Schildmann, (2007): Ethik in der Palliativmedizin. Thieme Verlag.

Schreier M., Bartholomeyczik S. (2004): Mangelernährung bei alten und pflegebedürftigen Menschen, Ursachen und Prävention aus pflegerischer Perspektive. Review/Literaturanalyse.

Weibler-Villalobos, (2005): Ernährungsstörungen bei Demenz – Sondenernährung und alternative Versorgungskonzepte', 2005, Thieme Verlag.

Werni M, Popp W, Wilkens W (2001): Ernährung- und Flüssigkeitssubstitution in der Palliativmedizin. Journal für Ernährungsmedizin. Ausgabe für Österreich. 12-15.

Internetquellen:

Diplomarbeit von Ransmayr Sara: Entwicklung und Implementierung klinischer Ethikkomitees: Erfahrungen aus Deutschland und ihr Lernpotenzial für Österreich www.theses.univie.ac.at/10764/1/2010-07-15_0606471.pdf, 3.4.2011

Geschichte der Ernährung:

http://www.univie.ac.at/nutrigenomics/teaching/vo_kulturgeschichte/1_Einfuehrung.pdf,
15.7.2011

Hospiz- und Palliativführer Österreich www.hospiz.at/pdf_dl/Hospizfuehrer_2008.pdf,
19.4.2011

Hospiz Österreich, Dachverband von Palliativ- und Hospizeinrichtungen www.hospiz.at,
22.4.2011

Initiative gegen Mangelernährung www.mangelernaehrung.at, 4.5.2011

Journal für Ernährungsmedizin www.kup.at/ernaehrungsmedizin, 4.5.2011

WHO www.who.int/cancer/palliative/definition/en/, 19.4.2011

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1:

Aspekte des Konzepts für die Behandlung in der Palliativmedizin (eigene Quelle)

Abbildung 2:

Deutsche Gesellschaft für Ernährung (2003)

(<http://www.dge.de/modules.php?name=News&file=article&sid=413>, 22.5.2011)