

# Nein, meine Suppe ess' ich nicht

## Ernährungstherapie in der palliativen Geriatrie



Susanne Bayer



Maria Maierhofer



Susanne Domkar

„Ich weiß, ich hab Krebs. Und ich weiß, dass es nicht wieder gut wird. Ich werde sterben und habe auch bereits einen Vorsorgedialog erstellt. Ich will nicht künstlich am Leben erhalten werden. Aber ich habe dauernd Durchfälle – bitte helfen Sie mir!“

So oder so ähnlich beginnen häufig Beratungsgespräche von DiätologInnen mit hochbetagten Menschen. Dabei handelt es sich nicht nur um BewohnerInnen mit onkologischen Erkrankungen. Vor allem in der Geriatrie werden auch Menschen mit neurologischen, Herz-Kreislauf-, Lungen-, Nieren- und vielen anderen Erkrankungen palliativ begleitet. Ein großer Schwerpunkt liegt dabei ebenfalls auf der Betreuung von Menschen mit Demenzerkrankungen oder anderen psychischen und kognitiven Einschränkungen. Oftmals können auch gar nicht eine oder mehrere Erkrankungen definiert werden, sondern es handelt sich um einen allgemeinen Schwächezustand, in der Literatur „Frailty“ genannt, dessen Leitsymptome die verringerte Muskelmasse und Muskelkraft, einhergehend mit verringerter Mobilität und Verlust der Selbstständigkeit, sind<sup>1</sup>.

Was bedeutet eine palliative Ernährungstherapie für DiätologInnen, aber ebenso für alle anderen Berufsgruppen, die in die

ser Phase mit der Pflege und Betreuung alter Menschen betraut sind?

Hier gibt es oft große Auffassungsunterschiede und manchmal erscheint es so, als gäbe es nur alles oder nichts – „mit Essen anfüllen bis zum Tod“ versus „nichts tun“. Es bedarf der Fähigkeit, das eigene Handeln jederzeit selbstkritisch zu reflektieren: Was ist das Ziel von Ernährung am Lebensende und was ist der Wunsch des sterbenden Menschen<sup>2</sup>?

Da wir es hier vor allem mit chronischen Erkrankungen zu tun haben, die zwar prinzipiell lebensbegrenzend sind, deren Verlauf im Gegensatz zu Krebserkrankungen aber schwer vorauszusehen ist, muss die Ernährungstherapie immer wieder evaluiert und gegebenenfalls angepasst werden. Die entsprechende Befundung, Zielformulierung, Durchführung, Evaluierung und Dokumentation findet im Rahmen des diätologischen Prozesses statt, der das methodisch-professionelle Handeln von DiätologInnen beschreibt<sup>3</sup>.

Obwohl im Rahmen der Qualitätsvorgaben des ÖBIG (Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen) in allen palliativ betreuenden Organisationseinheiten Österreichs die Verfügbarkeit einer Diätologin/eines Diätologen als Teil eines interprofessionellen Teams gefordert ist und unter den Leistungen

der stationären Einrichtungen die ernährungs-therapeutische Betreuung als ein Teil des Standardangebotes geführt wird<sup>4</sup>, werden sie in der Praxis nur selten und nicht routinemäßig in die Behandlung mit einbezogen<sup>5</sup>.

Die Gründe dafür sind sicherlich vielschichtig. Beginnend mit der personellen und zeitlichen Verfügbarkeit, die zwar, wie oben erwähnt, in Qualitätskriterien gefordert, aber nicht immer gewährleistet ist, bis hin zur Finanzierbarkeit. Diätologische Therapie wird von den Gebietskrankenkassen noch immer nicht refundiert und DiätologInnenstellen werden in den diversen Einrichtungen von Fördergebern selten finanziert.

Trotzdem wäre es ratsam, DiätologInnen als fixe Mitglieder in das multiprofessionelle Palliativ-Team zu integrieren, anstatt nur bei Bedarf ab und zu hinzuzuziehen.

Unterschiedliche Professionen haben in ihrer Behandlung unterschiedliche Ziele, die Symptome und Bedürfnisse der PatientInnen werden unbewusst stets durch die eigene professionelle Brille gefiltert.

Die ausgewogene Teamzusammensetzung ist daher entscheidend dafür, ob die Betreuung der PatientInnen wirklich ganzheitlich erfolgt<sup>6</sup>.

Der typische Erkrankungsverlauf in der



Geriatric ist oftmals von Phasen der Verschlechterung, abwechselnd mit längeren Erhaltungsphasen und auch Erholungsphasen gekennzeichnet. Eine einmal getroffene Entscheidung für oder gegen eine bestimmte Maßnahme ist niemals endgültig, sondern muss im weiteren Verlauf der Betreuung immer wieder hinterfragt und an die derzeitige Verfassung bzw. die Bedürfnisse der Betroffenen angepasst werden, wie auch ein Palliativmediziner im Gespräch feststellt:

„Es gibt solche, die überleben nur kurz und es gibt welche, die über viele, viele Jahre mit ganz, ganz wenig Ernährung auskommen und das macht viele BehandlerInnen in der Entscheidung unsicherer – auch beim Erleben „fast sterbend“ und bei der nächsten Visite sitzend und essend! Und ich finde, das ist auch das Schöne daran, dass es diesen Erfolg auch gibt. Das macht es aber umso schwieriger mit der Einschätzung.“

Gerade in dieser letzten Lebensphase kann eine angepasste Ernährung zur Symptomlinderung und Erhaltung der individuellen Lebensqualität beitragen.

Die Empfehlungen in einer Terminalphase unterscheiden sich selbstverständlich gravierend von der Zeit davor. „Ernährung“ als lebenserhaltende und therapieunterstützende Maßnahme verliert am Lebensende zunehmend an Bedeutung. Die Linderung von vorhandenem Durst und Hunger sowie die Förderung von Lebensqualität rücken in den Vordergrund, wogegen in der unmittelbaren Sterbephase kaum noch Hunger und Durst verspürt werden (terminale Anorexie). Im Sterbeprozess ist künstliche Ernährung generell nicht indiziert, eine künstliche Flüssig-

keitszufuhr nur in Ausnahmefällen erforderlich. Symptome wie Mundtrockenheit und Durst können durch gezielte und professionelle Mundpflege in den allermeisten Fällen ausreichend gelindert werden.

Das oberste Ziel aller Maßnahmen zur Ernährung am Lebensende muss sein, Wohlbefinden zu ermöglichen! Dies kann nur erreicht werden, wenn man dem (hoch-)betagten Menschen, egal ob dement oder nicht dement, respektvoll und persönlich begegnet<sup>2</sup>.

Es ist jedoch wenig zielführend, die ernährungstherapeutische Betreuung erst in der Terminalphase zu beginnen – hier stellt sich öfter die Frage der Beendigung einer laufenden Therapie. In den Wochen, Monaten, ja oft Jahren davor laufen im besten Fall kurative und palliative Anteile der Behandlung und Pflege parallel zueinander, mit unterschiedlicher Schwerpunktsetzung, je nach Allgemeinzustand und aktuellen Symptomen.

Ein Fallbeispiel aus der Praxis zeigt sehr anschaulich, wie wechselhaft so eine Geschichte verlaufen kann:

Herr M. ist 56 Jahre alt und an einer frühen Form von Alzheimer erkrankt. Er ist bei seinem Einzug örtlich, zeitlich und zu seiner Person nicht mehr orientiert, erkennt auch seine Verwandten meist nicht. Obwohl er seit Jahren in Österreich lebt und gut Deutsch gesprochen hat, spricht er jetzt nur mehr in seiner Muttersprache ungarisch. Er isst sehr gerne und freut sich immer

auf die Mahlzeiten. Nach dem Essen trägt er sein benutztes Geschirr immer selbst in die Teeküche des Wohnbereiches zurück. Laut Body Mass Index ist er übergewichtig und nimmt durch seine Freude am Essen weiterhin zu. Aufgrund der fortschreitenden Demenz besteht jedoch die latente Gefahr einer Mangelernährung, daher wäre eine Reduktionsdiät hier kontraindiziert! Die Freude und die Lust am Essen zu erhalten, muss das erklärte Ziel sein. Mögliche gesundheitliche Folgen einer Adipositas sind nicht mehr relevant.

Nach einigen Monaten bemerkt das Pflegepersonal, dass Herr M. zwar das Frühstück weiterhin mit Appetit isst, jedoch alle anderen Mahlzeiten unberührt lässt. Daraufhin wird ihm zu Mittag und abends ebenfalls ein Striezel mit Butter und Marmelade angeboten, wie er ihn auch zum Frühstück bekommt. Hr. M. ist hocheifrig und isst wieder 3x täglich, allerdings nur Striezel mit Butter und Marmelade. Durch eine vollbilanzierte Trinknahrung wird die Eiweiß- Vitamin- und Mineralstoffzufuhr zusätzlich unterstützt um Komplikationen wie z.B. einen Dekubitus zu verhindern.

Nach einigen Wochen ist diese Phase wieder vorbei und Herr M. isst wie zuvor Suppe, Fleisch, Kartoffeln, Käsebröte und so weiter. Die Trinknahrung konnte dann auch wieder abgesetzt werden. Hier war es wichtig, auf die Wünsche des Bewohners einzugehen, ohne Angst vor einseitiger Ernährung – er hätte sonst wohl deutlich an Gewicht abgenommen und möglicherweise durch körperliche Schwäche und einen

nachfolgenden Sturz seine Mobilität eingebüßt. Genauso wichtig war aber, dass ihm das tägliche Menü dennoch immer wieder angeboten wurde, um zu erkennen, wann sich diese Vorliebe möglicherweise wieder ändert.



Herr M. hatte im weiteren Verlauf immer wieder Phasen, wo es ihm schlechter ging – mal aufgrund eines Infektes, mal aufgrund sommerlicher Hitze – und das Körpergewicht konnte daher nicht auf dem Ausgangsniveau gehalten werden. Von einem Krankenhausaufenthalt kam er sogar mit einer Nasensonde zurück, da er dort fast alle angebotenen Speisen verweigert hatte. „Zuhause“ im Pflegeheim entfernte er sich die Sonde umgehend selbst und begann langsam, aber sicher wieder zu essen. Seit längerer Zeit hat er vermehrt Schluckbeschwerden und isst daher Breikost – seine Freude am Essen hat er sich jedoch erhalten können, auch wenn er dabei mittlerweile volle Unterstützung braucht. Seine geliebten Zigaretten kann er jetzt nicht mehr rauchen, da er nichts mehr damit anzufangen weiß, aber auch das haben ihm die PflegerInnen ermöglicht, solange es ging. Er hat bis heute eine intakte Haut, kann im Rollstuhl mobilisiert werden und summt mit einem Lächeln alte Schlager.

Was können DiätologInnen beitragen, um dem Begriff „Palliative Care“ gerecht zu werden? Was muss noch getan werden, wenn nichts mehr zu machen ist?

- Die Erhaltung eines individuell adäquaten Ernährungszustandes: Ziel ist ausdrücklich nicht die Erreichung des optimalen Ernährungszustandes oder des errechneten Bedarfs, sondern möglichst mit dem/der Betroffenen festzulegen.
- Die Erhaltung einer möglichst guten subjektiven (!) Lebensqualität: Maß-

nahmenplanung gemeinsam mit dem/der Betreffenden, seinen/ihren An- und Zugehörigen und Betreuungspersonen.

- Die Verhinderung/Therapie von Dekubitalulcera und anderen Folgen einer Mangelernährung: Da eine Mangelernährung die Lebensqualität entscheidend beeinflusst, hat sie in der Ernährungstherapie höchste Priorität. Andere Ziele (optimale Blutzuckereinstellung und andere Stoffwechselformparameter, sowie präventive Ernährungsempfehlungen) treten in den Hintergrund.
- Eine beratende Unterstützung bei der Umsetzung einer bedürfnisgerechten Ernährung: Empfehlungen bei Übelkeit, Völlegefühl, Appetitlosigkeit, Verdauungsproblemen, Kau- und Schluckstörungen u.v.m.
- Die fachliche Expertise bei der individuellen Entscheidung über Beginn, Anpassung und/oder Beendigung einer enteralen Ernährungstherapie: Auch hier wird die Ernährung an das spezifische Therapieziel angepasst und laufend evaluiert.
- Die Unterstützung bei der Entwicklung eines bedürfnisorientierten Speisangebot für palliative BewohnerInnen: Wunschkost im Rahmen der Möglichkeiten – durch angepasste Strukturen im Verpflegungsbereich kann die erforderliche Flexibilität erreicht werden.
- Die fachliche Beurteilung: Als Schutz vor nicht wissenschaftlichen bzw. die Lebensqualität einschränkenden oder sogar gesundheitsschädlichen „Diäten“.
- Die laufende Aktualisierung von Fachwissen sowie die Kenntnis über aktuelle ernährungstherapeutische Möglichkeiten: Ernährung bei Palliative Care muss ein fixer Bestandteil von Aus- und Weiterbildungen sein. Dies gilt für alle Berufsgruppen, die Teil des Versorgungsnetzes alter Menschen sind, sowohl intra- als auch extramural.

Die Mitarbeit von DiätologInnen in den interdisziplinären Palliativ- und Hospizteams kann die Qualität der Betreuung deutlich steigern und sowohl Angehörige und PatientInnen, als auch Angehörige von anderen Gesundheitsberufen unterstützen und entlasten. Das Wichtigste dabei ist, dass die individuellen Bedürfnisse der KlientInnen immer im Mittelpunkt stehen und die Maßnahmenplanung nur unter Einbeziehung und nur mit Zustimmung der Betroffenen erfolgt – ein

Grundsatz, der nicht nur in der palliativ Care selbstverständlich sein sollte.

Unsere diätologische Begleitung erstreckt sich im Laufe des Lebens von einer präventiven, zur behandelnden und weiter zur bedürfnisorientierten Therapie bis hin zu Akzeptanz, dass Betroffene manchmal Essen ablehnen und wir nichts dagegen tun können. Gemeinsam Entscheidungen treffen bedeutet Verantwortung teilen zu können und niemals das Ziel – die Fürsorge für den Betroffenen – aus den Augen zu verlieren.

„Hat der Abend auch keine Sonne, so hat er doch Sterne.“ (Karl F. W. Wander)

**Susanne Bayer**  
**Susanne Domkar**  
**Maria Maierhofer**

Diätologinnen, Arbeitskreis „Geriatric & Ernährung“ des Berufsverbandes der Diätologen Österreichs

Quellen:

1 Frühwald T.: "Frailty", in: Böhmer F., Füsgen, I.: "Geriatric. Der ältere Mensch mit seinen Besonderheiten.", Böhlau Verlag 2008

2 Volkert D. (2015). Ernährung im Alter. Walter de Gruyter GmbH, Berlin/Boston, 155-161

3 Hofbauer, A., Kerner, G., Pail, E., Purtscher, A., Scherer, C., Kerner, G., ... Tammegger, M. (2011). Der diätologische Prozess als Instrument der Qualitätssicherung. JEM, 13(1), 18–19.

4 Bitschnau, K., Borovnyak, E., Eisl, C., Krainz, C., Peltari, L., Rupacher, E., ... Werin-Koulik, M. (2014). Abgestufte Hospiz- und Palliativversorgung für Erwachsene. Wien. Retrieved from [http://www.bmg.gv.at/cms/home/attachments/3/6/7/CH1071/CMS1103710970340/broschuere\\_hospiz-\\_und\\_palliativversorgung\\_1\\_12\\_2014.pdf](http://www.bmg.gv.at/cms/home/attachments/3/6/7/CH1071/CMS1103710970340/broschuere_hospiz-_und_palliativversorgung_1_12_2014.pdf)

5 Domkar, S (2015). Ernährungstherapie in der palliativ Care. Die Rolle der Diätologin/des Diätologen im interdisziplinären Team. Masterthesis, FH Campus Wien.

6 Klarare, A., Hagelin, C., CJ, F., & Fossum, B. (2013). Team interactions in specialized palliative Care teams: a qualitative study. J Palliat Med, 16(9), 1062–1069.



# Sichere Hygiene in Heimen: Ausbildung zum/r ReinigungstechnikerIn!

Für Sie als LeiterIn eines Alten- oder Pflegeheims haben Gesundheit und Wohlbefinden der BewohnerInnen oberste Priorität. Ein/e ReinigungstechnikerIn garantiert Ihnen Top-Reinigungsqualität und maximale Hygienesicherheit.

Wie lassen sich die täglichen Reinigungsanforderungen mit einem erstklassigen Ergebnis erfüllen? Worauf kommt es bei den verschiedenen Materialien an? Wie werden Reinigungsabläufe nachhaltig und kostensparend optimiert? In der 8-tägigen Ausbildung zum/r ReinigungstechnikerIn



Wesentliches Praxiswissen zur professionellen Reinigung – mit der 8-tägigen Ausbildung zum/r ReinigungstechnikerIn in der hollu Akademie.

in der hollu Akademie erhalten die TeilnehmerInnen wesentliches Fachwissen zur professionellen Reinigung. Investieren Sie in größtmögliche Hygienesicherheit und somit in die Gesundheit Ihrer BewohnerInnen! Der richtige ergonomische Einsatz

der Reinigungsprodukte und Systeme trägt zudem zum Wohlbefinden Ihrer MitarbeiterInnen bei und reduziert die Krankenstände. Kurse finden regelmäßig bei hollu in Wien, Wolfen und Zirl statt. Interessiert? Einfach Ihre Anfrage an [akademie@hollu.com](mailto:akademie@hollu.com) senden. Ausführliche Informationen zum gesamten Kursangebot & Anmeldung in der hollu Akademie auf [www.hollu.com](http://www.hollu.com)

#### Kundenservice hollu Akademie

Salzstraße 6, 6170 Zirl  
Telefon: +43 5238 52800 344  
[akademie@hollu.com](mailto:akademie@hollu.com)  
[www.hollu.com](http://www.hollu.com)

## MEHR WISSEN. MEHR SICHERHEIT!

### holluakademie

Das Know-how rund um Reinigung & Desinfektion direkt im Haus. Jetzt Ihren Hygienebeauftragten zur Weiterbildung anmelden!

Jetzt für Seminar anmelden!

- DIPLOMIERTER HYGIENEMANAGER
- DESINFEKTOR

Tirol, Linz/Wolfen & Wien: Termine auf Anfrage unter [akademie@hollu.com](mailto:akademie@hollu.com)

hollu Systemhygiene GmbH | Tel. +43 5238 52800 | [www.hollu.com](http://www.hollu.com)



Weitere Seminare  
finden Sie auf  
[www.hollu.com](http://www.hollu.com).