

Inhaltsverzeichnis

1.	Zielsetzung	2
2.	Zielgruppe.....	2
3.	Definitionen.....	2
4.	Pathophysiologie.....	2
5.	Ursachen für Anorexie/Kachexie in der Palliative Care	3
6.	Symptome.....	4
7.	Mögliche Folgen der Anorexie/Kachexie	4
8.	Assessment	4
9.	Ethische Entscheidungsfindung	5
10.	Interventionsvorschläge bei Anorexie/Kachexie in der Palliative Care.....	5
11.	Anorexie/Kachexie in der terminalen Phase.....	7
12.	Dokumentation.....	7
13.	Querverweise.....	8
14.	Literaturverzeichnis	8
15.	Autoren	9
16.	Anhang	9

1. Zielsetzung

- Die Lebensqualität des Patienten wird verbessert.
- Die Pflegefachpersonen können Patienten und seine Angehörigen bei Ernährungsproblemen betreuen und beraten.
- Der Patient und seine Angehörigen sind in die Entscheidungsfindung mit einbezogen und der Patient erhält die für ihn individuelle Behandlung.

2. Zielgruppe

Palliativ-Patienten mit Anorexie/Kachexie

3. Definitionen

Von Appetitverlust (Anorexie) und Auszehrung (Kachexie: schwere Form der Abmagerung/Gewichtsverlust) sowie deren Auswirkungen sind bis zu 80% der Patienten mit fortgeschrittenen Tumorerkrankungen betroffen. Anorexie und Kachexie sind häufig miteinander verbunden, somit wird nachfolgend vom Anorexie/Kachexie Syndrom (ACS) gesprochen.

Das ACS tritt ebenfalls bei palliativen Patienten, die nicht an Tumorerkrankungen leiden, wie beispielsweise Patienten mit schweren Lungenerkrankungen, MS, ALS, chronischer Herz- oder Niereninsuffizienz, fortgeschrittene COPD, Demenz oder AIDS, häufig auf.

4. Pathophysiologie

Patienten können in unterschiedlichem Ausmass von einzelnen Ursachen betroffen sein. Es wird unterschieden zwischen:

Primärem ACS

Beim primären ACS entsteht der Gewichtsverlust durch einen Verlust des Kohlehydrat-, Fett- und Proteinstoffwechsel, welcher überwiegend durch eine aktivierte Entzündungsreaktion aufgrund der fortschreitenden Grunderkrankung verursacht wird.

Sekundärem ACS

Der Gewichtsverlust bei der sekundären ACS wird durch eine gestörte Nahrungszufuhr bei Geruchs-, Geschmacks-, Schluck-, Verdauungsstörung u.a. verursacht.

5. Ursachen für Anorexie/Kachexie in der Palliative Care

Primäre Ursachen für Anorexie/Kachexie

- Dysregulation des Zusammenspiels von unterschiedlichen neuronalen und humoralen Faktoren, die zum Teil im Hirnstamm wirken und die das Gefühl von Appetit und Sättigung steuern. Die Hintergründe der Dysregulation werden zurzeit noch erforscht
- Katabole Faktoren: chronisch entzündlicher Zustand und neuroendokrine Veränderung führen zu kataboler Stoffwechsellage und somit zu einem gesteigerten Abbau von Muskel- und Fettgewebe, zur zentralen Appetithemmung und Hemmung der Magen-Darm Peristaltik
- Proteolytische Faktoren
- Proinflammatorische Faktoren: Entzündungsreaktionen, verursacht durch die zugrundeliegende Krankheit selber
- Hypermetabolismus

Sekundäre Ursachen für Anorexie/Kachexie

Die meisten sekundären Ursachen sind potenziell korrigierbar und verdienen deshalb erhöhte Aufmerksamkeit, um erkannt und bei Vorhandensein gezielt behandelt zu werden.

Gründe für reduzierte Nahrungsaufnahme sind:

Zentral	Magen-Darmtrakt	Medikamentös induziert
<ul style="list-style-type: none"> • Akuter oder chronischer Entzündungszustand • Schmerzen • Angst • Depression • Nausea/Emesis • Geruchs-/Geschmacksstörung 	<ul style="list-style-type: none"> • Mukositis (Stomatitis, Oesophagitis) • Ulzerationen • Stenosen • Motilitätsstörung (medikamentös induziert, durch Organomegalie) 	<ul style="list-style-type: none"> • Opioide • Erbrechen • Gastroparese • Obstipation • NSAR • 5-HT3-Antagonisten

Andere sekundäre Gründe

- Eine zu gesunde Ernährung (Diätfehler: "zu gesund" essen oder mit zu wenig Fett und Eiweiss)
- Soziale Gründe (niemand kocht, alleinstehend)
- Finanzielle Umstände
- Alternative Krebsdiäten (Hungerkuren)
- Bettlägrigkeit
- Senile ACS

6. Symptome

Bei Patienten treten häufig Symptome wie Fatigue, Schwäche, Dyspnoe (durch den Abbau der Atemhilfsmuskulatur) oder „early-satiety“ (frühes Sättigungsgefühl) auf.

7. Mögliche Folgen der Anorexie/Kachexie

- Gewichtsverlust, Muskelschwund, Defizit von Mikronährstoffen, Vitaminen
- Weitere Inappetenz
- Chronische Nausea
- Asthenie, Fatigue
- Einschränkung der Lebensqualität
- Verminderte körperliche Leistungsfähigkeit und Funktionen
- Psychosoziale Belastung von Patient und Angehörigen
- Schlechtere Prognose
- Erhöhte Komplikationsrate (Chirurgie, medikamentöse Tumorbehandlung)
- seelisch mit Problemen des veränderten Körperbildes, des sichtbaren Verfalls
- unrealistische Erwartungen an die Möglichkeit einer Umkehrung durch die richtige Ernährung und die daraus resultierende Frustration und Schuldgefühle sowie Depressivität

8. Assessment

Um das ACS frühzeitig erfassen zu können, sollte ein regelmässiges, einfaches Screening bei palliativen Patienten durchgeführt werden.

Typische Screening-Parameter

- Energiezufuhr
- Körpergewicht
- Gewichtsverlust
- Erfassung mit ergebnisorientiertes Patienten Assessment Acute Care (ePA-AC)
- Einschätzung des Schweregrad der Erkrankung mit Nutritional Risk Screening (NRS) (Anhang 1)
- Ausmass der Inflammationsreaktion und Bestimmen Kaliumphosphat, Magnesium, Natrium und Glucose (Refeedingsyndrom)
- Erwartungen des Patienten/der Angehörigen an die Ernährung und deren Bedeutung

9. Ethische Entscheidungsfindung

Bedeutung für Patienten und Angehörige

Ernährungsprobleme stellen oftmals extreme Belastungen für die Patienten und ihre Angehörigen dar. Es ist für die Angehörigen oftmals sehr schwer, Liebe und Fürsorge nicht mehr durch die Zubereitung von Essen ausdrücken zu können. Sich diesem Wunsch zu widersetzen ist für den Betroffenen schwierig. Die Patienten können mit ihrem Erscheinungsbild nicht zufrieden sein und sich sozial zurückziehen. Für den Patienten kann Anorexie/Kachexie existentiellen Stress bedeuten (bspw. Gewichtsverlust als Zeichen des unkontrollierten Tumorwachstums, Gewichtsverlust führt zum Tod). Wichtig ist, dass «der Patient nicht isst, weil er stirbt» und nicht, dass «der Patient stirbt, weil er nicht isst. »

Unterstützungsmöglichkeiten für Angehörige

- Hinweisen, dass das Wohlbefinden des Patienten immer im Vordergrund steht
- Erläutern, dass Druck die Appetitlosigkeit verstärkt und es normal ist, bei einer schweren Krankheit weniger Nahrung aufzunehmen
- Erklären, dass eine erhöhte Nahrungszufuhr zusätzliche Probleme wie Nausea und Emesis auslösen kann
- Andere Zuwendungsformen vorschlagen: Mundpflege, Körperpflege, Spaziergänge, Gespräche, Vorlesen, aufmerksame Berührung
- Ermutigen, Gefühle, Ängste, Konflikte und ambivalente Gefühle zuzulassen und auszusprechen

Bedeutung für Pflegefachpersonen

Pflegende stehen oft im Spannungsfeld zwischen Respektieren der Wünsche des Patienten, der nicht essen kann oder mag und den Erwartungen der Angehörigen, welche zum Essen drängen. Der Entscheidungsfindungsprozess gewinnt eine grosse Bedeutung. Die Grundlage der Entscheidungsfindung ist die Anamnese. Durch das Aufstellen einer Prioritätenliste können gemeinsame Ziele möglicher Therapien sowie möglicher Nebenwirkungen derselben besprochen werden. Patienten und ihre Angehörigen werden in den Entscheidungsfindungsprozess eingebunden, ohne ihnen die gesamte Verantwortung über die getroffenen Entscheidungen aufzubürden. Das Fokussieren auf erreichbare Ziele kann Schuldgefühle lindern, die Autonomie fördern und schliesslich zur verbesserten Lebensqualität beitragen.

10. Interventionsvorschläge bei Anorexie/Kachexie in der Palliative Care

Allgemeine Interventionen

- Wichtige Frage: Liegt eine sekundäre Kachexieform vor oder sind sekundäre Formen Teil der Ursache? - sekundäre Ursachen erkennen und behandeln
- Gemäss ethischer Entscheidungsfindung Therapieziele mit Patient und Angehörigen vereinbaren
- Geschätzte Nahrungsaufnahme erfassen und dokumentieren
- Nutritional Risk Screening durchführen und analysieren

- Ernährungsberatung einbeziehen
- Erhaltung eines gewissen individuellen Essrituals des Patienten, Atmosphäre schaffen
- Portionengrösse anpassen
- Fingerfood
- Plastikbesteck bei Geschmacksveränderungen, da diese durch Metallbesteck verstärkt werden können.
- gemeinsames Essen auf Wunsch ermöglichen
- Aperitif als Appetitanreger eine halbe Stunde vor dem Essen anbieten (z. B.: Sanbitter orange, Crodino, Schweppes Ginger, Aperol Orange/Tonic, Martini bianco, Pastis)
- Gegebenenfalls enterale oder parenterale Ernährung in Erwägung ziehen
- Verbesserung der körperlichen Aktivität
- Psychosoziale Beratung von Patient und Angehörigen
- Behandlung assoziierter Symptome (Depression, Dyspnoe...)

Multiprofessionelle Zusammenarbeit

Bei Anorexie/Kachexie spielt die multiprofessionelle Zusammenarbeit eine wichtige Rolle. Die nachfolgenden multiprofessionellen Dienste können nach Absprache mit dem Patienten involviert werden:

- Ernährungsberatung
- Psychoonkologin/Psychoonkologe
- Physiotherapie
- Seelsorge

Verschiedene Interventionen

Steigerung der Kalorienaufnahme

Individuelle Ernährungsberatung

- Individuelle Beratung zur Steigerung der Energie- und Nährstoffaufnahme
- Energieanreicherung der Ernährung durch z. B. Rahm, Fett oder Maltodextrin
- Nahrungssupplemente wie Trinknahrung. Für besseres Empowerment den Patienten verschiedene Produkte und Geschmacksrichtungen anbieten, oder Dosierung anpassen (3-4-mal pro Tag Fortimel in einem Medikamentenbecher verabreichen: bessere Akzeptanz der Trinknahrung)

Enterale Ernährung

- Vor allem indiziert, wenn sekundäre Kachexieformen mit Störung im Magen-Darm-Trakt (oral bis anal) vorliegen z.B.: HNO-Tumore, Stenosen, schwere Oesophagitis

Parenterale Ernährung

- Patienten mit kataboler Stoffwechsellage, z.B. als Folge der Tumoraktivität.

Besserung der gastrointestinalen Toleranz
<p>Prokinetika</p> <ul style="list-style-type: none">• Metoclopramid (Primperan®)<ul style="list-style-type: none">○ 4x10mg/d• Domperidon (Motilium®)<ul style="list-style-type: none">○ 4x10mg/d
Appetitsteigerung
<p>Gestage</p> <p>Wirkung kommt erst nach mehreren Wochen, Wirkung ist dosisabhängig Cave NW</p> <ul style="list-style-type: none">• Medroxyprogesteroni acetat (Farlutal®)<ul style="list-style-type: none">○ 500-1000mg/d• Megestrolacetat (Megestat®)<ul style="list-style-type: none">○ 150-1600mg/d <p>Kortikosteroide</p> <ul style="list-style-type: none">• Prednisonum (Prednison®)<ul style="list-style-type: none">○ 20-50mg/d, nur kurzfristige Wirkung (ca. 4 Wochen) – Cave NW
Antiinflammatorisch
<p>Tumortherapie (falls Tumor noch anspricht)</p> <p>Kortikosteroide</p> <ul style="list-style-type: none">• Prednisonum (Prednison®)<ul style="list-style-type: none">○ 20-50mg/d, nur kurzfristige Wirkung (ca. 4 Wochen) – Cave NW

In der Tabelle werden häufig verwendete Medikamente dargestellt. Es besteht kein Anspruch auf Vollständigkeit. Die Verordnung der Medikamente liegt in der Verantwortung des zuständigen Arztes.

11. Anorexie/Kachexie in der terminalen Phase

Das primäre Ziel ist die Linderung von Beschwerden. Eine, ohne Anpassung an die veränderten Bedürfnisse, fortgeführte Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr kann den Sterbenden und seine Angehörigen unzumutbar belasten. Eine künstliche Ernährung ist in dieser Phase nicht erforderlich.

12. Dokumentation

- Dokumentation der Interventionen in der Pflegeplanung

13. Querverweise

- Mangelernährung, Pflegediagnose NANDA

14. Literaturverzeichnis

- Arends, J. (2005). *Tumorinduzierte Stoffwechselveränderungen und Tumorkachexie*. Hallbergmoos: TravaCare.
- Blum, D. & Strasser, F. (2015). Anorexie und Kachexie. In H. Neuenschwander & C. Cina (Hrsg.). *Handbuch Palliativmedizin* (3. Aufl.). Bern: Hans Huber Verlag.
- Del Fabbro, E., Dalal, S., & Bruera, E. (2006). Symptom control in palliative care – Part II: Cachexia/anorexia and fatigue. *Journal of Palliative Medicine*, 9(2). 409-421.
- Doenges, M., Moorhouse, M.F., & Geissler-Murr, A.C. (2002). *Pflegediagnosen und Massnahmen*. (3. überarb. Aufl.). Bern: Hans Huber Verlag.
- Eyhmüller, S. (2018). *Palliativmedizin Essentials*. (2. überarb. Aufl.). Bern: Hans Huber Verlag.
- Hürlimann, B. (2015). *Empowerment bei Tumorpatienten – ein Lösungsansatz bei Mangelernährung?* Beitrag zum 18. Internationalen Seminar zu Onkologische Pflege-Fortgeschrittene Praxis. Universität St. Gallen
- Karthaus, M. & Frieler, F. (2004). Essen und Trinken am Ende des Lebens. Ernährung bei Krebspatienten in der palliativen Onkologie und Palliativmedizin. *Wiener Medizinische Wochenschrift*, 154 (9-10), 192-198.
- Kondrup, J. et al. (2003). ESPEN Guidelines for Nutrition Screening 2002. *Clinical Nutrition*, 22 (4), 415-421.
- Neuenschwander, H. (2006). *Palliativmedizin*. Bern: Krebsliga Schweiz.
- Omlin, A. & Strasser, F. (2008). Ernährung bei Anorexie-Kachexie-Syndrom. *Onkologie*, 1, 31-35.
- Schuler, U. (2017). Kachexie. In B. Steffen-Bürgi, E. Schärer-Santschi, D. Staudacher & S. Monteverde (Hrsg.), *Lehrbuch Palliative Care* (3. vollst.überarb. u. erw. Aufl., S. 279-284). Bern: Hogrefe Verlag.
- Strasser, F. (2004). Die Symptomkontrolle bei Anorexie und Kachexie. *Onkologie*, 1, 5-8.
- Omlin, A. & Strasser, F. (2007). Tumorkachexie. *Der Onkologe*, 7, 577-583.
- Strasser, F. & Bruera, E. (2002). Update on Anorexia/Cachexia. *Journal of Hematology Oncology Clin North Am*, 16 (3), 589-617.
- Strasser, F., Stanga, Z., Rousset, C., Papalini, M. & Zürcher, T. (2004). Palliation von Appetitverlust und Mangelernährung. *Palliative-ch*, 1, 6-15.
- Student, J.C. & Napiwotzky, A. (2007). *Palliative Care: wahrnehmen-verstehen-schützen*. Stuttgart: Thieme Verlag.
- Squaratti-Heinzmann, E. & Sester, S. (2017). Die Lust am Essen fördern. *Krankenpflege*, 4, 12-13.
- Neuenschwander, H. & Cina, C. (Hrsg.). (2015). *Handbuch Palliativmedizin*. Bern: Hans Huber Verlag.

15. Autoren

- Liliane Bayard, Katja Leiggener und Andrea Perrollaz in Zusammenarbeit mit Doris Bittel-Passeraub/MAS P.C., Dr. Catherine Mengis Bay und Netzwerk Palliative Care Oberwallis
- Aktuelle Version angepasst durch Andrea Schmid, Katja Leiggener und Synthia Beney in Zusammenarbeit mit Dr. Catherine Mengis Bay und Netzwerk Palliative Care Oberwallis

16. Anhang

Anhang 1: Nutritional Risk Screening (NRS 2002) nach Kondrup et al., (2003).

Richtlinie Anorexie/Kachexie in der Palliative Care

Vorscreening:

• Ist der Body Mass Index < 20,5 kg/m ² ?	ja	nein
• Hat der Patient in den vergangenen 3 Monaten an Gewicht verloren?	ja	nein
• War die Nahrungszufuhr in der vergangenen Woche vermindert?	ja	nein
• Ist der Patient schwer erkrankt? (z.B. Intensivtherapie)	ja	nein

⇒ Wird eine dieser Fragen mit „Ja“ beantwortet, wird mit dem Hauptscreening fortgefahren
 ⇒ Werden alle Fragen mit „Nein“ beantwortet, wird der Patient wöchentlich neu gescreent.
 ⇒ Wenn für den Patienten z.B. eine große Operation geplant ist, sollte ein präventiver Ernährungsplan verfolgt werden, um dem assoziierte Risiko vorzubeugen.

Hauptscreening:

Störung des Ernährungszustands	Punkte
Keine	0
Mild Gewichtsverlust > 5%/ 3 Mo. <u>oder</u> Nahrungszufuhr < 50-75% des Bedarfes in der vergangenen Woche	1
Mäßig Gewichtsverlust > 5%/ 2 Mo. <u>oder</u> BMI 18,5-20,5 kg/m ² <u>und</u> reduzierter Allgemeinzustand (AZ) <u>oder</u> Nahrungszufuhr 20-60% des Bedarfes in der vergangenen Woche	2
Schwer Gewichtsverlust > 5% / 1 Mo. (>15% / 3 Mo.) <u>oder</u> BMI <18,5 kg/m ² und reduzierter Allgemeinzustand oder Nahrungszufuhr 0-25% des Bedarfes in der vergangenen Woche	3

+

Krankheitsschwere	Punkte
Keine	0
Mild z.B. Schenkelhalsfraktur, chronische Erkrankungen besonders mit Komplikationen: Leberzirrhose, chronisch obstruktive Lungenerkrankung, chronische Hämodialyse, Diabetes, Krebsleiden	1
Mäßig z.B. große Bauchchirurgie, Schlaganfall, schwere Pneumonie, hämatologische Krebserkrankung	2
Schwer z.B. Kopfverletzung, Knochenmarktransplantation, intensivpflichtige Patienten (APACHE-II >10)	3

+ 1 Punkt, wenn Alter ≥ 70 Jahre

≥ 3 Punkte	Ernährungsrisiko liegt vor, Erstellung eines Ernährungsplanes
< 3 Punkte	wöchentlich wiederholtes Screening. Wenn für den Patienten z.B. eine große Operation geplant ist, sollte ein präventiver Ernährungsplan verfolgt werden, um das assoziierte Risiko zu vermeiden

Übersetzt und bearbeitet von Dr. Tatjana Schütz, Dr. Luzia Valentini und Prof. Dr. Mathias Plauth. Kontakt: eike-tatjana.schuetz@charite.de, Tel. 030-450 514 059