

Nahrungsverweigerung – was steckt dahinter?

Behandelbare Ursachen von bewussten Entscheidungen differenzieren

Was tun, wenn Nahrung und Flüssigkeit vehement abgelehnt werden? In der Onkologie, der Geriatrie und der Palliativmedizin kommt ein solches Verhalten häufig vor. Für das betreuende Team und auch die Angehörigen bedeutet das eine grosse Herausforderung, insbesondere wenn die Kommunikation eingeschränkt ist. Hier müssen alle Beteiligten differenziert vorgehen und ergründen, ob diese Entscheidung bewusst getroffen wurde oder ob behandelbare Gründe dahinterstecken.

Mirja Katrin Modreker

Besonders bei schwer kranken und älteren Menschen ist man im Praxisalltag häufig mit dem Problem der Nahrungsverweigerung konfrontiert. Meist schildern die Angehörigen und/oder die Pflegekräfte hierzu ihre Sorgen. Da Essen und Trinken bekanntlich viel mehr als nur Nahrungsaufnahme ist, kann sich eine mit Konflikten aufgeladene Situation zwischen Patienten und Betreuenden aufbauen.

Man unterscheidet folgende Patientengruppen:

1. Kognitiv klar orientierte Patienten, die sich zum Beispiel aufgrund weit fortgeschrittener (nicht) onkologischer Erkrankungen bewusst für den freiwilligen Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit (FVNF) entscheiden. Laut der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin ist der FVNF als eigene Handlungskategorie einzuordnen und weder als Suizid noch als Therapieverzicht zu werten (1).
2. Patienten, die aus somatischen Gründen (Dysphagie, Schmerzen) sowie wegen fehlenden Appetits Nahrung ablehnen (z. B. bei fortgeschrittenen onkologischen Erkrankungen).
3. Patienten mit psychiatrischen Erkrankungen (z. B. Anorexie, Depression).
4. Patienten mit deutlichen kognitiven Einschränkungen (z. B. fortgeschrittene Demenz).
5. Patienten in der Finalphase.

Die Übergänge können fließend sein, die Patienten können auch mehreren Gruppen zugeordnet werden.

MERKSÄTZE

- ▶ Bei der Nahrungsverweigerung unterscheidet man verschiedene Gruppen. Die wichtigste Differenzierung: Patienten, deren Erkrankung weit fortgeschritten ist und die sich bewusst für den freiwilligen Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit (FVNF) entscheiden.
- ▶ Abzuklären ist immer, ob es um organische und behandelbare Ursachen geht, wie Schleimhautschäden im Mund, eine Gastritis oder eine Dysphagie.
- ▶ Screenings auf Mangelernährung sollten erfolgen.
- ▶ Hat ein Patient offensichtlich mit dem Leben abgeschlossen, sollte man ein palliatives Vorgehen einleiten.

Weiteres Vorgehen

Zuerst sollte die Differenzierung zwischen FVNF und den anderen genannten Gründen erfolgen: Ein gut orientierter, einwilligungsfähiger Patient, der sich aufgrund einer fortgeschrittenen, final endenden Erkrankung bewusst entscheidet, Essen und Trinken aufzugeben, um so den Tod herbeizuführen, wird das klar artikulieren. Wichtig ist abzuklären, ob organische, behandelbare Ursachen für die ablehnende Haltung vorliegen, zum Beispiel:

- ▲ Schleimhautschäden im Mund? Ulzera? Rhagaden?
- ▲ Schlecht/falsch sitzende Zahnprothese? Druckstellen durch die Prothese?
- ▲ Ösophagusschäden? Gastritis? Ulcus ventriculi (Ösophago-Gastro-Duodenoskopie [ÖGD])?
- ▲ Dysphagie (Funktionelle endoskopische Schluck-Untersuchung: Flexible Endoscopic Evaluation of Swallowing [FEES])?

Mit erfolgreicher Behandlung der Erkrankungen ist wieder eine ungestörte Nahrungsaufnahme möglich. Patienten mit fortgeschrittener onkologischer Erkrankung zeigen häufig fehlenden Appetit, erschwert werden kann das durch die Nebenwirkungen der Chemotherapie und/oder der Medikation. Generell sollte immer eine Medikamentenanamnese erfolgen, da viele Arzneimittel zu einer Appetitminderung führen können (Kasten 1). Zudem sollte man nach psychiatrischen Grunderkrankungen fahnden: Depression, Anorexie, Demenz.

Schwierig wird es bei Patienten mit deutlichen kognitiven Defiziten, bei denen die Kommunikation eingeschränkt ist. Hier ist man auf die Fremdanamnese und die gute Beobachtungsgabe der Betreuenden angewiesen. Bei Patienten mit Demenz sollten deshalb folgende Fragen abgeklärt werden:

- ▲ Liegen organische Gründe vor? Wie weit man die Diagnostik bei dieser sehr vulnerablen Gruppe führen will, muss kritisch geprüft werden, zumal die Patienten häufig nicht verstehen, was bei der Untersuchung geschieht.
- ▲ Dysphagieabklärung: Da auch bei Patienten mit einer demenziellen Erkrankung sowie mit M. Parkinson ein erhöhtes Risiko für eine Dysphagie vorliegt und eine nicht erkannte Schluckstörung schwerwiegende Folgen haben kann (Aspirationen, Pneumonie usw.), empfiehlt sich, soweit möglich, eine logopädische Abklärung auch mit einer FEES-Untersuchung.
- ▲ Verkennen die Patienten die Nahrungsmittel als solche?

Kasten 1:

Medikamente, die in besonderem Masse zu einer Appetitminderung führen können

- ▲ Opioide (auch in Verbindung mit Übelkeit)
- ▲ Chemotherapie
- ▲ Antidepressiva (SSRI, trizyklische Antidepressiva)
- ▲ Antibiotika
- ▲ Theophyllin
- ▲ Digitalispräparate
- ▲ Neuroleptika
- ▲ Antikonvulsiva usw.

Kasten 2:

Betagte Patientin mit Abwehrhaltung – ein Fallbeispiel

Eine 91-jährige Patientin mit zunehmend kognitivem Abbau kommt trotz Pflegedienst und familiärer Unterstützung in ihrem Alltag nicht mehr zurecht. Nachdem sie zweimalig in der Nacht auf der Strasse desorientiert aufgefunden worden ist, zieht sie in eine Pflegeeinrichtung. Sie lebt sich dort gut ein, der kognitive Abbau schreitet zunehmend voran. Sie zeigt in ihrer Umgebung Freude am Leben. Zwei Jahre später muss sie mehrfach im Spital behandelt werden. Als sie dann einen schweren Schlaganfall erleidet, baut sie körperlich rasant ab. Durch die Hemiparese sind weder das Gehen noch die Armfunktion möglich, die Sprachfunktion ist beeinträchtigt. Trotz einer geriatrischen Frührehabilitation können nur marginale Erfolge in der Funktionsverbesserung erzielt werden. Auffällig ist zudem, dass sich die Patientin zunehmend emotional zurückzieht. Bereits im Spital lehnt sie des Öfteren das Essen ab. Die reduzierte Trinkmenge wird durch Infusionen kompensiert. Bei Rückkehr in die Pflegeeinrichtung lehnt sie nun fast immer vehement die Nahrung ab, beisst die Lippen zusammen, wendet den Kopf ab. Die Betreuer und die Familie machen sich Sorgen. In den Gesprächen mit dem Hausarzt wird die Gesamtsituation erörtert. Man ist sich einig, dass die Abwehrhaltung der Patientin als Zeichen dafür gedeutet werden kann: Sie kann und will so nicht mehr leben. Man beschliesst, ein palliatives Therapieprozedere im Sinne einer Best Supportive Care einzuleiten. Unter guter Symptomkontrolle lebte die Patientin noch einige Tage.

- ▲ Werden bestimmte Nahrungsmittel, Getränke abgelehnt? Hier ist die Biografiearbeit wichtig: Welche Speisen hat der Patient schon immer bevorzugt beziehungsweise abgelehnt?
- ▲ Auch die Umgebungssituation spielt eine Rolle: Liegt eine ruhige Atmosphäre vor? Bekommt der Patient Hilfestellung und Unterstützung?

Zu beachten ist, dass auch Essapraxie, Nahrungsablehnung, Dysphagie, allgemeiner Rückzug, Anorexie, Abulie sowie Desinteresse an der Nahrung Symptome der fortgeschrittenen Demenz sind (2).

Diagnostik auf Mangelernährung

Da eine unzureichende Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr, vor allem bei den beschriebenen Patientengruppen, schnell zur

Mangelernährung führen kann, sollten hier Screenings erfolgen, für den ambulanten Bereich zum Beispiel MUST, MNA-SF® oder MNA®. Zur Behandlung gibt es folgende Optionen:

- ▲ Behandlung der zugrunde liegenden somatischen Erkrankung nach diagnostischer Abklärung
- ▲ Dysphagie: Konsistenzanpassung der Nahrung, logopädische Betreuung (Schlucktraining), aufrechte Körperhaltung bei der Nahrungsaufnahme
- ▲ Psychiatrische Erkrankung: Behandlungspläne aufstellen (vgl. entsprechende Literatur)
- ▲ Medikation optimieren
- ▲ Flüssigkeitszufuhr bei drohender Exsikkose
- ▲ Therapie der Mangelernährung
- ▲ Eine Sondersituation ist die Finalphase. Die Symptomkontrolle (inklusive Mundpflege) und die Begleitung auch der Angehörigen sollten Priorität haben. Eine Flüssigkeitszufuhr im Finalstadium ist hinsichtlich der Symptomlinderung umstritten.

Wie kann man Patienten mit demenzieller Erkrankung und Nahrungsverweigerung noch helfen:

- ▲ eine ruhige entspannte Atmosphäre bieten
- ▲ Unterstützung beim Essen geben
- ▲ gemeinsame Mahlzeiten mit der Familie ermöglichen
- ▲ Patienten nicht zum Essen drängen
- ▲ Lieblingsspeisen anbieten
- ▲ Fingerfood ermöglichen
- ▲ verloren gegangene Tischmanieren akzeptieren
- ▲ bei Dysphagie: angepasste Kostform, Begleitung beim Essen, aufrechte Oberkörperhaltung.

PEG-Anlage bei Demenz?

Die aktuellen Leitlinien der ernährungsmedizinischen Fachgesellschaften sprechen sich bei fortgeschrittenerer Demenz klar gegen die Anlage einer PEG zur Ernährung aus. Ein Überlebensvorteil liess sich nicht belegen, die Komplikationsrate ist zudem erhöht. Inwieweit eine PEG-Ernährung hier zur Lebensqualität beiträgt, ist fraglich.

Wird ersichtlich, dass der Patient mit dem Leben abgeschlossen hat, nicht mehr essen und trinken will (vgl. *Kasten 2*) und ein Konsens im Betreuersteam besteht, sollte man ein palliatives Therapieprozedere einleiten. Das schliesst nicht aus, dem Patienten lieb gewordene Speisen oder Flüssigkeit anzubieten, jedoch ohne zu drängen. Hier kommt der «Genuss» ins Spiel (z. B. Schokolade), aber auch die Symptomlinderung (z. B. bei trockenem Mund). In unklaren Situationen oder bei unterschiedlicher Meinung von Betreuersteam und Angehörigen kann eine ethische Fallbesprechung sehr hilfreich sein. ▲

Dr. med. Mirja Katrin Modreker
 Chefärztin der Geriatrie Krankenhaus Land Hadeln,
 D-21762 Otterndorf
 E-Mail: mirjakatrin.modreker@khlh.de

Interessenkonflikte: Honorarvorträge für MSD, Novartis, Stipendium des Forschungskollegs Geriatrie der Robert Bosch Stiftung, Stuttgart.

Dieser Artikel erschien zuerst in «doctors today» 3/2021. Der leicht bearbeitete Nachdruck erfolgt mit freundlicher Genehmigung von Verlag und Autorin.

Literatur:

1. Radbruch L et al.: Positionspapier der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin zum freiwilligen Verzicht auf Essen und Trinken.
2. Frühwald T (2019): 29 Die PEG-Sonde bei Patienten mit fortgeschrittener Demenz – macht sie Sinn? In: Likar R et al. Ethische Herausforderungen des Alters. W. Kohlhammer Verlag 1. Auflage. S. 325