Palliativmedizin – Palliative Care

Individuelle Ernährungstherapie verbessert Lebensqualität

Essen und Trinken ist bei Menschen, die eine Palliative Care benötigen, oft nur noch mit Einschränkungen möglich. Eine individuell angepasste Ernährung fördert Lebensqualität, lindert Beschwerden und ermöglicht Genussmomente. Das Potenzial der Ernährungstherapie wird im Rahmen der palliativmedizinischen Versorgung oft unterschätzt.

Autorin und Autor | Dr. oec. troph. Maike Groeneveld, Dr. med. Jann Arends

● Lebensqualität zu erhalten, ist das oberste Ziel der Palliativmedizin[1]. Genussvolles Essen und Trinken trägt für viele Menschen wesentlich zu ihrer Lebensqualität bei – in kranken Tagen sogar oft noch mehr als in gesunden. Eine an die individuellen Bedürfnisse und Wünsche von Patient:innen angepasste Ernährung kann Lebensqualität erhalten: durch Lindern von Symptomen, Vermeiden von Mangelernährung und Verbesserung des Wohlbefindens[2]. Ernährungsfachkräfte unterstützen das Palliative-Care-Team dabei, die sich verändernden Bedürfnisse der Patient:innen vorausschauend zu erkennen und professionell zu begleiten.

Palliative Aspekte der Ernährungstherapie

Die palliative Versorgung beginnt mit der Diagnose einer nicht heilbaren fortschreitenden Krankheit. Häufig handelt es sich um onkologische, neurologische oder internistische Erkrankungen [BOX 1]. Eine Erkrankung im palliativen Stadium kann rasch zum Tod führen, aber auch über Jahre stabil bleiben, zum Beispiel beim metastasierten Prostatakarzinom mit einer durchaus akzeptablen Lebensqualität.

In der Anfangsphase einer palliativen Versorgung erfolgen oft noch palliative Tumortherapien mit den primären Zielen der Lebensverlängerung und/oder Symptomkontrolle (z. B. Strahlentherapie, operative Verfahren, medikamentöse Therapien). Ernährungstherapie leistet hier einen wesentlichen Beitrag zum Prinzip der *best supportive care*. Mit Ernährungstherapie wird ein optimaler Ernährungszustand der Patient:innen angestrebt, um die Therapieverträglichkeit zu verbessern [BOX 2].

Eine Unter- bzw. Mangelernährung kann eine Vielzahl schwerwiegender Folgen haben, unter anderem Sarkopenie, Kachexie,



© Christoph Heinrich

Dr. oec. troph. Maike Groeneveld
Ernährungswissenschaftliche Beratung
Kaiserstraße 99
D-53113 Bonn
www.maike-groeneveld.de
mail@maike-groeneveld.de



Dr. med. Jann Arends
Medizinische Klinik I
Universitätsklinikum Freiburg
Hugstetter Straße 55
D-79106 Freiburg
jann.arends@ukf-reha.de

[BOX 1] **Häufige Krankheitsbilder in der Palliativmedizin**

- Onkologische (metastasierte) Erkrankungen nach Ende der kurativen Therapie
- Hämatologische fortschreitende Erkrankungen ohne kurative Option
- Neurologische Erkrankungen (degenerativ oder vaskulär) wie Demenz, Parkinson, ALS, MS
- Fortgeschrittene Herzkreislauferkrankungen, Herzinsuffizienz
- Niereninsuffizienz (mit Dialyse)
- Lungenerkrankungen wie COPD, Lungenfibrose
- Lebererkrankungen wie Leberzirrhose
- Mehrfachbehinderungen / ausgeprägte angeborene Stoffwechselerkrankungen
- Schwere psychische Erkrankungen wie chronische Formen der Depression, Schizophrenie, Anorexia nervosa
- Multimorbidität mit fortschreitender Gebrechlichkeit

Schwächung der Immunkompetenz, Zunahme medizinischer Komplikationen und eine erhöhte Sterblichkeit[3]. Von einer Prävention der Mangelernährung profitieren Patient:innen mit langer Lebenszeitprognose am meisten[4]. Ein frühzeitiges Screening und gezielte Ernährungsinterventionen sind nötig, um Mangelernährung zu vermeiden[5].

Je nach Lebensphase der Erkrankung ergeben sich weitere Ansätze für die Ernährungstherapie [BOX 3]. Gemäss einer Befragung in Palliative-Care-Einrichtungen gaben 94% der Patient:innen einen Bedarf für Ernährungsberatung an. Sie wünschten sich Ideen für eine Verbesserung ihrer Nahrungsaufnahme oder Informationen zu oralen Nahrungssupplementen und künstlicher Ernährung[6]. Ernährungsmediziner:innen können im Rahmen eines multiprofessionellen Palliative-Care-Teams, in Zusammenarbeit mit speziell ausgebildeten Ernährungsberater:innen, professionelle Unterstützung bei solchen Fragen zur Ernährung anbieten[7]. Sie beurteilen den aktuellen Ernährungszustand, passen die Ernährung an die individuellen Bedürfnisse an und berücksichtigen dabei verschiedene Ernährungsregimes. Ausser der angepassten oralen Ernährung (z. B. konsistenzmodifizierte Kost bei Dysphagie oder maligner intestinaler Obstruktion) zählen dazu auch orale Nahrungssupplemente zum Ausgleich von Nährstoffmängeln sowie enterale und parenterale Ernährung.

Ernährungsprobleme und mögliche Interventionen

Ernährungsprobleme können durch ganz unterschiedliche Faktoren ausgelöst werden [BOX 4]. Wichtig ist das Management von Symptomen aufgrund von Lebensmittelunverträglichkeiten oder Einschränkungen der Verdauung[8]. Ernährungsprobleme treten aber nicht nur als Folge offensichtlicher Symptome wie Appetitlosigkeit oder Übelkeit auf, sondern können auch durch «verborgene» Beschwerden wie Schmerzen beim Kauen, Atemnot, Erschöpfung oder Missempfindungen der Haut (z. B. Kribbeln in den Händen) verursacht werden.

Alle rigiden Diäten (z. B. ketogene Diät) verstärken das Risiko für eine Mangelernährung und sollten soweit wie möglich beendet werden. Falls eine Anreicherung der Kost und orale Nahrungssupplemente beim Management einer Mangelernährung nicht ausreichen, ist eine enterale oder parenterale Ernährung erforderlich[9]. Derartige Ernährungsinterventionen sollen jedoch nur dann eingeleitet werden, wenn die erwarteten Vorteile die Belastungen durch die Therapie überwiegen[3]. Hierbei ist auch zu bedenken, dass das spätere Beenden einer künstlichen Ernährung unter Umständen belastender sein kann als der Verzicht auf den Beginn einer solchen Massnahme[10]. Wenn die geschätzte Lebenszeit weniger als ein Jahr beträgt, soll eine supplementierende enterale oder parenterale Ernährung kritisch auf Nutzen und Schaden evaluiert und reevaluiert werden[5].

Die Ernährung als «Essen müssen» kann auch Stress auslösen, sowohl bei den Betroffenen als auch bei den An- und Zugehörigen, zum Beispiel wenn Patient:innen nicht genügend Nahrung aufnehmen können. Dieses Phänomen wird als *eating related distress* (ERD) bezeichnet; es tritt bei fortgeschrittenen Erkrankungen – insbesondere bei Personen mit Kachexie – häufig auf[11,12]. Die Betroffenen reagieren auf den Stress im Zusammenhang mit der Ernährung mit Angst, Hoffnungslosigkeit, Enttäuschung, Schuldgefühlen oder Scham[13]. Für das Palliative-Care-Team gilt es, solche Stressreaktionen durch einen einfühlsamen Umgang mit Patient:innen und Angehörigen zu vermeiden.

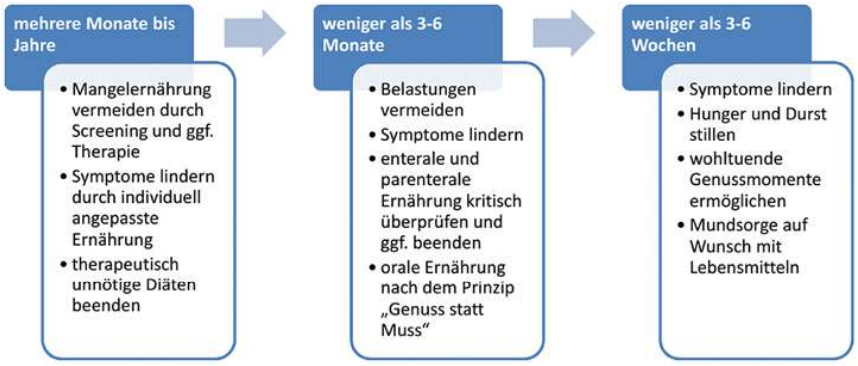
Enterale und parenterale Ernährung bei fortschreitender Erkrankung

Wenn die Erkrankung fortschreitet, verliert die ausreichende quantitative und qualitative Nährstoffversorgung an Bedeutung. Für die am Pflegeprozess Beteiligten kann diese Phase mit Unsicherheiten und Konflikten verbunden sein. Da alle Organe – auch die Verdauungsorgane – zunehmend schwächer werden, kann eine bedarfsdeckende Nährstoffzufuhr vom Körper unter Umständen nicht mehr adäquat verwertet werden und zu unnötigen Belastungen führen. Die Entscheidung, wie lange die Kontrolle des Gewichtsverlaufs und das Vermeiden von Mangelernährung relevant sind, ist häufig eine Gratwanderung, denn Krankheitsverläufe sind individuell sehr verschieden. Für Personen, die in die Betreuung von Palliativpatient:innen involviert sind, besteht oft das Problem, dass es in der Anfangsphase in der Regel deutlich zu wenig und in der Endphase der Erkrankung häufig zu viel Engagement in Bezug auf die Ernährung gibt[14]. →

[BOX 2] **Ziele der Ernährungstherapie im Rahmen von Palliative Care**

- **Symptommanagement:** Anpassen der Ernährung an therapie- und krankheitsbedingte Einschränkungen wie Übelkeit, Appetitlosigkeit, Diarrhoe, Obstipation
- **Wohlbefinden und Genuss:** Auswahl von wohlschmeckenden und bekömmlichen Mahlzeiten, Genusserlebnisse ermöglichen, vertraute Essgewohnheiten berücksichtigen
- **Kulturelle, soziale und spirituelle Bedürfnisse:** Isolation bei Mahlzeiten vermeiden, Angehörige einbeziehen, religiöse Prinzipien berücksichtigen

[BOX 3] **Ernährungsinterventionen in Abhängigkeit von der Lebenszeitprognose (gemäss[4])**



Eine Entscheidung zu treffen, ab wann eine Nahrungs- und/oder Flüssigkeitszufuhr mehr schadet als nützt, ist oft schwierig, zumal eine Reduktion der Nahrungs- und/oder Flüssigkeitszufuhr sowohl für das Palliative-Care-Team als auch für Angehörige und Nahestehende mit grossen emotionalen Belastungen verbunden ist. Gespräche mit allen Beteiligten sollten frühzeitig und proaktiv geführt werden. Keinesfalls sollte die Nahrungs- und/oder Flüssigkeitszufuhr allein deshalb fortgesetzt werden, um Konflikte oder rechtliche Risiken zu vermeiden. Flüssigkeitsgaben dürfen reduziert und auch beendet werden. Der Verzicht auf Flüssigkeit kann in der Sterbephase durchaus positive Effekte haben, unter anderem die Linderung von Schmerzen, eine geringere Sekretproduktion und weniger Flüssigkeitsansammlungen [BOX 5][15].

Die künstliche Zufuhr von Flüssigkeit hat keinen Einfluss auf das Durstgefühl. Eine trockene Mundschleimhaut lässt sich nur durch eine konsequente und regelmässige Mundpflege vermeiden. Die Basismundpflege kann durch individuelle Genusserlebnisse nach den Vorlieben der Patient:innen ergänzt werden, zum Beispiel durch den Einsatz von wohlschmeckenden und angenehm riechenden Lebensmitteln wie Mandelöl oder Kokosmilch.

Essen und Trinken in der letzten Lebensphase

In den letzten Lebenswochen oder -tagen sollen alle Behandlungsmassnahmen nach dem Prinzip des *comfort terminal care* gestaltet werden. Einer der Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung lautet: «Ein offensichtlicher Sterbevorgang soll nicht durch lebenserhaltende Therapien künstlich in die Länge gezogen werden. Darüber hinaus darf das Sterben durch Unterlassen, Begrenzen oder Beenden einer begonnenen medizinischen Behandlung ermöglicht werden, wenn dies dem Willen des Patienten entspricht. Dies gilt auch für die künstliche Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr.»[16] Die Ernährung soll soweit wie möglich oral erfolgen, und die schwerkranke Person soll nur noch das essen, was sie wirklich mag, und so viel, wie sie möchte[17]. Hunger und Durst als subjektive Empfindungen sollen immer gestillt werden, wenn die sterbende Person dies möchte. Regelmässige Mahlzeiten und eine formale Trinkmenge sind aber nicht mehr relevant.

Essbiografische Aspekte am Lebensende

Der sterbende Mensch nimmt vielleicht nur noch kleinste Häppchen zu sich, aber diese können für ihn eine grosse Bedeutung haben, wenn sie eine Verbindung zu seinem früheren Leben oder zu seinen Nahestehenden schaffen[18]. Der Geschmack oder Duft eines Leibgerichts kann auch noch im Sterbeprozess angenehme Gefühle auslösen und als positiv empfunden werden. Individuell gestaltete Genusserlebnisse können beruhigen, beleben und kurzfristig sogar Schmerzen lindern. Oft sind es einfach zu erfüllende Wünsche, die grosse Freude auslösen, beispielsweise ein Lieblingsdessert. Deshalb ist es hilfreich, wenn das betreuende Team die Lieblingsspeisen und -getränke der Patient:innen kennt.

Unterstützende Instrumente für die Gestaltung solcher Genussmomente sind die Essbiografie und die Genussampel der Sektion Ernährung der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin[19–21].

[BOX 4] **Häufige Ursachen für Ernährungsprobleme bei Palliativpatient:innen**

- **Emotional:** Trauer, Depression, Ängste, Scham, Stress, Einsamkeit
- **Psychosozial:** Soziale Isolation, Armut, verändertes Körperbild (Ödeme, Amputationen), exulzerierende Wunden
- **Physisch:** Erschöpfung, Schwäche, Fatigue, Schmerzen, Dyspnoe
- **Dysfunktion des Gastrointestinaltrakts:** Appetitlosigkeit, Störungen des Geschmacks- und Geruchsempfindens, Kau- und Schluckstörungen (Dysphagie), Übelkeit und Erbrechen, Mukositis, Reizmagen, Völlegefühl, Gastroparese, maligne intestinale Obstruktionen, Meteorismus, Blähungen, Diarrhoe, Steatorrhoe, Obstipation (auch opioidinduziert)

[BOX 5] **Mögliche belastende Auswirkungen der künstlichen Ernährung und Flüssigkeitszufuhr am Lebensende (gemäss[15])**

- Vermehrte Schleim- und Sekretbildung in den Atemwegen, dadurch Atemnot und Rasselatmung
- Übelkeit, Durchfälle und andere Verdauungsbeschwerden
- Risiko für Aspiration und damit Lungenentzündung
- Wassereinlagerungen an Armen und Beinen und Lungenödeme
- Belastungen durch die Sonde oder den zentralen oder peripheren Zugang
- Hyperglykämien, Hyperlipidämie, Harnstoffanstieg, Elektrolytentgleisung

Beide Instrumente sind auf den Internetseiten der DGP zum kostenlosen Download erhältlich. Im Rahmen einer Essbiografie werden individuelle Vorlieben der schwerkranken Menschen frühzeitig erfasst, möglichst zu Beginn des Aufenthalts in einer Klinik oder Einrichtung. Diese Angaben können dann in kompakter Form in einer Genussampel dokumentiert und für das Pflegeteam und alle Besucher:innen gut sichtbar im Patientenzimmer platziert werden.

Freiwilliger Verzicht auf Essen und Trinken

Der freiwillige Verzicht auf Essen und Trinken (FVET) beruht auf einer bewussten Entscheidung einer Person, die infolge unerträglichen und anhaltenden Leidens auf Essen und Trinken verzichtet, um den Tod vorzeitig herbeizuführen[22]. Aufgrund der Absicht, den Eintritt des Todes zu beschleunigen, unterscheidet sich der FVET von der Situation des nachlassenden Appetits, die sich im Sterbeprozess oft spontan einstellt. Der angestrebte Prozess des Sterbens durch den FVET verläuft über etwa 7–21 Tage, meistens 10–14 Tage[23]. Die Dauer bis zum Eintritt des Todes wird in erster Linie durch den körperlichen Ausgangszustand und den Krankheitsverlauf der betroffenen Person bestimmt. Mitglieder multiprofessioneller Teams in Pflegeeinrichtungen und Kliniken sollten sich inhaltlich mit der Thematik des FVET auseinandersetzen, damit sie Sterbewillige im Bedarfsfall adäquat begleiten können.

Im Hinblick auf den praktischen Ablauf des FVET ist es sinnvoll, schrittweise vorzugehen[24,25]. Um Nebenwirkungen zu minimieren, sollte der schwerkranke Mensch nicht abrupt, sondern schrittweise auf feste Nahrung verzichten. Wichtig ist, die Flüssigkeit zunächst weiterhin zuzuführen, damit Abbauprodukte (z. B. Harnsäure) besser ausgeschieden werden können. Nach einigen Tagen kann die Flüssigkeitszufuhr je nach Wunsch der Schwerkranken schrittweise reduziert werden. Der FVET ist ein Prozess, der bis zu einem gewissen Zeitpunkt reversibel ist, wenn der/die Sterbewillige sich dazu entscheidet. Bei der Wiederaufnahme der Nahrungsaufnahme besteht die Möglichkeit, dass ein Refeeding-Syndrom auftritt. Diesem sollte mit geeigneten Mitteln vorgebeugt werden[26]. O

Bibliografie

[1] Deutsche Krebsgesellschaft, Deutsche Krebshilfe & AWMF: S3-Leitlinie Palliativmedizin für Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung, Langversion 2.2. www.leitlinienprogramm-onkologie.de/leitlinien/palliativmedizin (2020).

[2] Groeneveld M, et al.: Ernährungstherapie in der Palliativmedizin. Praxishandbuch Ernährung in der Palliativmedizin 1–24 (Elsevier, München, 2025).

[3] Arends J: Struggling with nutrition in patients with advanced cancer: nutrition and nourishment-focusing on metabolism and supportive care. Ann Oncol 2018; 29(suppl_2): ii27–ii34.

[4] Arends J, et al.: Cancer cachexia in adult patients: ESMO Clinical Practice Guidelines. ESMO Open 2021; 6(3): 100092.

[5] Deutsche Krebsgesellschaft, Deutsche Krebshilfe & AWMF: S3-Leitlinie Ernährung und Ernährungsmedizin in der Onkologie, Langversion 1.0. www.leitlinienprogramm-onkologie.de/leitlinien/klinische-ernaehrung-in-der-onkologie (2026).

[6] Amano K, et al.: Perception of need for nutritional support in advanced cancer patients with cachexia: a survey in palliative care settings. Support Care Cancer 2018; 26: 2793–2799.

[7] Erickson N, et al.: Nutrition care is an integral part of patient-centred medical care: a European consensus. Med Oncol 2023; 40: 112.

[8] Götte S, et al.: Ernährungstherapie bei palliativen Veränderungen/Erkrankungen im Verdauungstrakt. Praxishandbuch Ernährung in der Palliativmedizin, 263–324 (Elsevier, München, 2025).

[9] Götte S, et al.: Allgemeine und gezielte Ernährungsinterventionen. Praxishandbuch Ernährung in der Palliativmedizin, 65–161 (Elsevier, München, 2025).

[10] Häusermann S: Essen ist Leben – Leben ist Essen. Ernährung in der Palliative Care. Ars Medici 2014; 17: 762–766.

[11] Amano K, et al.: Integration of palliative, supportive, and nutritional care to alleviate eating-related distress among advanced cancer patients with cachexia and their family members. Crit Rev Oncol Hematol 2019; 143: 117–123.

[12] Fachgruppe Palliative Care SVDE: Ernährungstherapie Palliative Care, Pocket Guide für Ernährungsberaterinnen und Ernährungsberater SVDE und medizinisch-therapeutische Berufsgruppen (2018).

[13] Kunz S, Scheuer K: Bis zuletzt? Ernährungstherapie in verschiedenen Palliativphasen. Veränderung des Ziels und der Themen der Ernährungstherapie im Verlauf der Krankheit. palliative.ch 2024; 22: 27–32.

[14] Löser C: Ernährung in der Palliativmedizin. Unter- und Mangelernährung, 342–353 (Thieme, Stuttgart, 2010).

[15] Stoian M, et al.: Nutrition and Hydration at the End of Life in Intensive Care and General End-of-Life Care Settings: Balancing Clinical Evidence, Patient-Centered Care, and Ethical and Legal Principles-A Narrative Review. Nutrients 2025; 17: 3705.

[16] Bundesärztekammer: Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung. Dtsch Arztebl 2011; 108: A346–A348.

[17] Grundsatzstellungnahme «Essen und trinken im Alter». Ernährung und Flüssigkeitsversorgung älterer Menschen. https://md-bund.de/fileadmin/dokumente/Publikationen/SPV/Grundsatzstellungnahmen/_EssenTrinken_im_Alter_Lesezeichen.pdf (2020).

[18] Wicks V, et al.: The role of food as part of person-centred palliative care: An exploratory ethnographic study. Palliat Care Soc Pract 2025; 19: 26323524251364281.

[19] Sektion Ernährung der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin: Handreichung. Essbiografische Fragen zur Begleitung in der palliativen Lebensphase. www.dgpalliativmedizin.de/images/RZ_241211_Handreichung.pdf (2025).

[20] Sektion Ernährung der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin: Fragebogen. Gesprächsleitfaden zur palliativen Essbiografie. www.dgpalliativmedizin.de/images/RZ_241211_Gespraechsleitfaden.pdf (2025).

[21] Sektion Ernährung der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin: Meine persönliche Genussampel. www.dgpalliativmedizin.de/images/RZ_241211_Genussampel_Ansicht.pdf (2025).

[22] Radbruch L, et al.: Positionspapier der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin zum freiwilligen Verzicht auf Essen und Trinken. www.dgpalliativmedizin.de/phocadownload/stellungnahmen/DGP_Positionspapier_Freiwilliger_Verzicht_auf_Essen_und_Trinken%20.pdf (2019).

[23] Wechkin H, et al.: Clinical Guidelines for Voluntarily Stopping Eating and Drinking (VSED). J Pain Symptom Manage 2023; 66: e625–e631.

[24] Groeneveld M, Bullermann-Benend M: Freiwilliger Verzicht auf Essen und Trinken bei Menschen mit lebensbegrenzenden Erkrankungen. Ernährungs Umschau 2023; 70: M518–M522.

[25] Sektion Ernährung der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin: Zur Begleitung beim freiwilligen Verzicht auf Essen und Trinken (FVET). Handreichung der Sektion Ernährung der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin, 4. überarbeitete Auflage (2025).

[26] Selig L: Das Refeeding-Syndrom bei Risikopatient*innen in der Klinik. Vorbeugen, erkennen und behandeln. Ernährungs Umschau 2023; 70: M621–M628.

Zur weiteren Vertiefung des Themas «Ernährung in der Palliativmedizin»

- Praxishandbuch «Ernährung in der Palliativmedizin» (Hrsg. Bullermann-Benend, Groeneveld, Rolker, Götte, Arends) gibt einen Überblick über das komplexe Themengebiet. Ein Kapitel widmet sich der symptomorientierten Ernährungstherapie. Weitere Kapitel beschreiben die Ernährungstherapie bei Veränderungen im Verdauungstrakt, bei neurologischen Erkrankungen und am Lebensende.
- Fortbildung «Ernährung in der Palliativmedizin» der Deutschen Gesellschaft für Ernährung, Bonn, 30.11.–01.12.2026 www.dge.de/qualifizierung/seminare/veranstaltungen-detailseite/?tx_seminars_pi1%5BshowUid%5D=479&cHash=9fb5fd6e2f986c255e742045dae1c738