

Menschen mit einer schweren Demenz würden schlichtweg verhungern, weil sie selbst weder in der Lage sind, die Notwendigkeit einer regelmäßigen Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme zu erkennen, noch das vorbereitete Essen selbständig einzunehmen. Besonders problematisch wird die Situation, wenn der Betreffende die Versuche, das Essen einzugeben, verweigert, z.B. den Mund nicht öffnen will, das eingegebene Essen nicht herunterschluckt oder wieder ausspuckt. Hält dieser Zustand über mehrere Tage an, bedarf es einer Entscheidung über das weitere Vorgehen, bei der die u.a. Ziele gleichermaßen zu berücksichtigen sind.

Zum Umgang mit dieser Problematik wird folgende, verbindliche Regelung getroffen:

- Ziele:**
1. **Leben erhalten: ausreichende Ernährung gewährleisten**
 2. **Menschenwürde achten: keine Nötigung oder unnötigen Leiden zufügen**

Richtlinien:

Vorbeugend:

1. Feste **Bezugspersonen zuordnen**, die jeweils das Essen eingeben. **Kein ständiges Wechseln!**
Geduld und persönliche Zuwendung durch vertraute Personen sind die beste Vorbeugung und Therapie bei Essverweigerung.
2. Frühere Ess- und Trinkgewohnheiten oder besonders geeignete Darreichungsmethoden und Hilfsmittel in Erfahrung bringen und berücksichtigen. (z.B. Gespräche mit Angehörigen, eigene Beobachtungen, Versuch und Irrtum)
3. Diesbezügliche Erfahrungen regelmäßig im Team austauschen und für alle sichtbar dokumentieren.

Bei Verweigerung:

4. Zunächst versuchen, **die Ursachen für die Verweigerung herauszufinden**: Was ist anders als sonst? Schmeckt dem Kranken das Essen womöglich nicht, oder könnte ihn etwas an der Atmosphäre oder an meinem Verhalten stören? u.a.m.
5. Falls möglich, Ursache ausschalten. Falls nicht möglich, Essenseingabe abbrechen und zu einem späteren Zeitpunkt erneut versuchen.

Wenn sich der Kranke ohne erkennbaren Grund permanent weigert, so dass eine Mangelernährung befürchtet werden muss:

6. Gemeinsam mit den Kollegen nach einer allgemein akzeptierten Lösung suchen, **die keine Zwangsernährung bedeutet.**

Führt auch diese Lösungsbemühung nicht zum Erfolg:

7. Konfliktgespräch mit allen Beteiligten veranlassen (pflegerische Bezugspersonen, Pflegedienstleitung, evtl. Heimleitung, Hausarzt, Angehörige/Betreuer):
Gemeinsam nach einer allgemein vertretbaren Lösung suchen und das Ergebnis protokollieren.

HINWEIS: Ob und welche Zwangsernährungsmaßnahme getroffen wird, darf nicht von der einzelnen Pflegeperson alleine entschieden werden. Nase zuhalten, Mund aufzwingen u.a.m. sind bereits Zwangsmaßnahmen! Da die Essenseingabe bei schwer dementen Menschen meist als unangenehme und belastende Pflegeaufgabe erlebt wird, sollte man sich im Team regelmäßig hierbei unterstützen (Problemgespräche, Supervision). Ein ständiger Wechsel oder das Delegieren an weniger qualifizierte Pflegepersonen ist keine Lösung, sondern nur eine Verlagerung des Problems.

Kommentar zum Standard Essverweigerung

Warum dieser Standard?

Zu diesem Standardentwurf kam es 1993 anlässlich einer Studie mit dem Titel: Esseneingeben bei schwer dementen Patienten in Pflegeheimen, die in der Zeitschrift Pflege veröffentlicht wurde. Dieser Artikel offenbarte, dass die Praxis für das elementare Pflegeproblem der Essverweigerung bislang keine akzeptable Lösung anzubieten hatte. Laut Studie wurde in etwa 80% der Fälle das genaue Gegenteil von den im nebenstehenden Standard aufgeführten Empfehlungen praktiziert:

- zu 1.: Statt feste Bezugspersonen zuzuordnen, bestand die Tendenz zum häufigen Wechsel
- zu 2.: Weil sich folglich keine Pflegeperson primär für den Pflegebedürftigen zuständig fühlte und alle jeweils nur Ausschnitte vom Patienten/Bewohner und seiner Situation wahrnahmen, blieb dieser Ansatz ebenfalls Theorie.
- zu 3.: Das Problem der Essverweigerung war kaum Thema von Teambesprechungen, noch wurden andere Bewältigungshilfen angeboten bzw. gesucht. (Jede Pflegeperson versuchte entsprechend ihrer persönlichen Einschätzung und Strategie, alleine damit klarzukommen.)
- zu 4.: Etwa 80% der Pflegenden fühlten sich bei Verweigerung sofort dem 1. ZIEL verpflichtet und somit auch berechtigt, gegen den Widerstand des Patienten/Bewohners das Essen irgendwie "einzutrichtern", wobei die bewährten Tricks und Kniffe (Nasezuhalten, Löffel bis zum Rachen einführen u.a.m.) angewandt wurden. Nur etwa 20% lehnten diese Zwangsmaßnahmen ab und verließen unverrichteter Dinge (und mit einem unguten Gefühl) das Zimmer.
- zu 5.: Eine gezielte Ursachensuche wurde in keinem Falle unternommen.
- zu 6.: Wenn der Demente nachhaltig die Nahrungsaufnahme verweigerte, wurde der Arzt eingeschaltet. Dieser ordnete i.d.R. Sondenernährung (Zwangsernährung) an.
- zu 7.: Zu einer, von allen gemeinsam getragenen Lösung, bei der die Gesamtsituation des Pat./Bew. zur Diskussion stand, kam es nicht. Vielmehr nahm sich die Pflege aus der Verantwortung und gab das Problem an den Arzt ab. Dieser konnte bei der bestehenden Rechtslage kaum anders entscheiden, als die Ernährung im Rahmen der medizinischen Möglichkeiten fortsetzen zu lassen.

Qualitätssicherung:

Angesichts dieser Differenz zwischen der bestehenden Qualität, so wie sie durch die Studie 1993 in Schweden 'gesichert' wurde, und dem vorliegenden Standardentwurf, stellt sich nun die Frage:

Welche Qualität muss (gesetzlich vorgegeben), kann (Leisbarkeit), sollte (gewünscht) gesichert werden?

- Da sowohl Lebenserhaltung als auch Menschenwürde definierte Grundrechte und bürgerliche Pflichten darstellen, sind die aufgeführten Pflegeziele per Gesetz vorgegeben.
- Weil der Pflegebedürftige jedoch die lebenserhaltende Ernährung verweigert, entsteht ein Zielkonflikt. Setzt man sich über diese Verweigerung einfach hinweg und ernährt ihn gegen seinen "Willen", kann dies als Missachtung seiner Würde gewertet werden. Selbst wenn dem Dementen jede Entscheidungsfähigkeit aberkannt wird, dürften seine emotionalen Reaktionen, als die einzigen ihm verbliebenen Äußerungsmöglichkeiten, nicht übergangen werden.
- In der Praxis lässt sich jedoch, auch in anderen Zusammenhängen, eine einseitige Tendenz zur Lebenserhaltung beobachten, selbst wenn diese deutlich im Widerspruch zum Willen und der Würde des betreffenden Menschen steht. Vielfach wird gar nicht erst der Versuch unternommen, diese beiden Ziele in Einklang zu bringen. (Wo kein Kläger, da kein Richter!)
- Will eine Einrichtung dem gesetzlichen Anspruch genügen, müsste sie eine Vorgehensweise

entwickeln, mit der gerade in Grenzsituationen die Beachtung der Menschenwürde sowie der Lebenserhaltung sichergestellt werden könnten. (Wenn für andere Notfallsituationen Vorkehrungen getroffen werden, warum nicht für diese?)

• Mit der im Standard vorgesehenen Systematik lassen sich beide Ziele gleichermaßen berücksichtigen. Mehr kann man m.E. nicht tun, und weniger sollte man nicht tun!

Die Leistbarkeit bzw. Umsetzung dieser Richtlinien stehen auf einem anderen Blatt. Dabei werden wohl einige Hürden in der Praxis zu überwinden sein. Denn Bezugspflege ist vielerorts ebenso noch Theorie, wie fallbezogene Teamgespräche. Vollkommen abwegig jedoch erscheint vielen Pflegenden, mit denen ich diesen Standard diskutiert habe, die Vorstellung von gemeinsamen Entscheidungsprozessen mit Arzt und Angehörigen, wie in Punkt 7 vorgesehen. Dabei appelliert genau dieser Punkt an das berufliche Selbstverständnis von Pflege im ursprünglichen Sinne. Anstatt dass sich die Pflegenden zurückziehen (indem sie die Entscheidung einzig dem Arzt überlassen), wenn der Kranke ihre Unterstützung am nötigsten braucht, sollten sie daraufhin wirken, als gleichrangige Partner in solche Entscheidungsprozesse einbezogen zu werden. Vergleichbar einem Qualitätszirkel, bei dem jeder unabhängig von Rang und Namen zur Lösungsfindung beiträgt, könnten m.E. auch Konfliktsituationen wie diese gelöst werden.

Weil es so viele offiziellen Ethikkommissionen gar nicht geben kann, wie es elementare Konfliktsituationen gibt, könnte dieses Vorgehen eine Alternative sein.

Literaturempfehlung:

Kesselring, A. (1993) Esseneingeben bei schwer dementen Patienten in Pflegeheimen. - vier Studien.

Pflege, Verlag Hans Huber, 6.Jahrgang, Heft 1/ Febr. 1993.

weitere Literatur s. Standard Demenz und Suizid