

Na Mahlzeit, wo bleibt da die Würde!

Darreichung der Nahrung – Ein Spagat zwischen würdevoller Pflegearbeit und moralischer Desensibilisierung

Der Text zum Vortrag am Pflegekongress 2021



Na Mahlzeit, wo bleibt da die Würde?

Darreichung der Nahrung –

Ein Spagat zwischen würdevoller Pflegearbeit und moralischer Desensibilisierung

Pflegekongress 2021

Na Mahlzeit!

Meisterhofer

Keywords: Nahrungsaufnahme, Handreichung der Nahrung¹, double-bind-Konflikt

Essen geht uns alle an

Essen ist ein wichtiger Bestandteil in unserem Leben. Anfängen von den Kleinkindern, die das selbständige Essen erst lernen müssen. Denken wir an“ Karotten- oder Spinatgesichter“. An lustige und weniger lustige Episoden bei der Unterstützung der Kleinen. Essen und Nahrung begleitet uns im weiteren Lebensverlauf immer wieder. Bei Geburtstagsfeiern, Erstkommunion, später Abschlussfeiern, Hochzeiten etc. Im Urlaub sind das Wetter und das Essen die häufigsten Qualitätsmerkmale der Urlaubsrückkehrer. Und in jüngster Zeit war das Öffnen der Gastronomie nach div. Pandemie-Lockdowns ein heiß diskutiertes Thema.

Im Fernsehen kann man indes seit Jahrzehnten diverse Kochsendungen mitverfolgen: ORF Fernsehküche, Volle Kanne, Frisch gekocht, Andi und Alex, Jamie Oliver, Enie backt, Grill den Henssler, Küchenschlacht, Das perfekte Dinner, Die Kochprofis, Tim Mälzer kocht!, Kitchen Impossible usw. - Essen und kochen wohin man schaut.

¹ In diesem Kontext werden die Formulierungen Darreichung, Unterstützung und Handreichung der Nahrung synonym verwendet (vgl. deutschsprachige Studien und Literatur)

Problemstellung

Mit zunehmender Pflegebedürftigkeit und Sorgeskultur (Care-Arbeit) haben viele unterschiedliche Personen Interesse am Gewicht, am Appetit, an der Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr der Betroffenen (Kinder, Angehörige, Ärzteschaft, Medizin, Pflegekräfte, Betreuungskräfte, Personenbetreuung, Diätologie etc.) (vgl.: Büscher/Krebs et al. 2018; Volkert 2015: 76ff.).

Menschen mit Demenz neigen mit fortschreitender Erkrankung zu einer geringeren Nahrungsaufnahme. Unterschiedliche Gründe können dafür ausschlaggebend sein: Zahnprobleme, Apraxien, Appetitlosigkeit, Magen- oder Darmerkrankungen, Infektionen oder (geräuschvolle) Umgebungsfaktoren sind nur eine Auswahl davon (vgl. S3-LL, Ernährungsstandard DGE, Becker/Dolenc et al. 2010; Wiener Dachverband 2016).

Auch Abwehrreaktionen oder ein Ortswechsel-gebundenes Relokalisationsstresssyndrom können zu einer reduzierten Nahrungszufuhr und in weiterer Folge zu einem Gewichtsverlust führen (vgl. Doenges/Moorhouse et al. 2019; S3-LL, Ernährungsstandard DGE, Becker/Dolenc et al. 2010; Wiener Dachverband 2016: 67). Diverse Studien, Publikationen, Assessments, Handlungsrichtlinien, Standards, und Konzepte ermitteln beeinflussende Faktoren, Kennzahlen, Merkmale, Wahrscheinlichkeiten, Items, Parameter und Gründe. (vgl.: Wiener Dachverband 2016: 71; Rüsing 2008: 38ff.; Volkert 2015: 76ff.). Prof. Dorothee Volkert spricht von mehr als 120 Faktoren für Mangelernährung (Die Schwester Der Pfleger 9/19, S. 23-25).

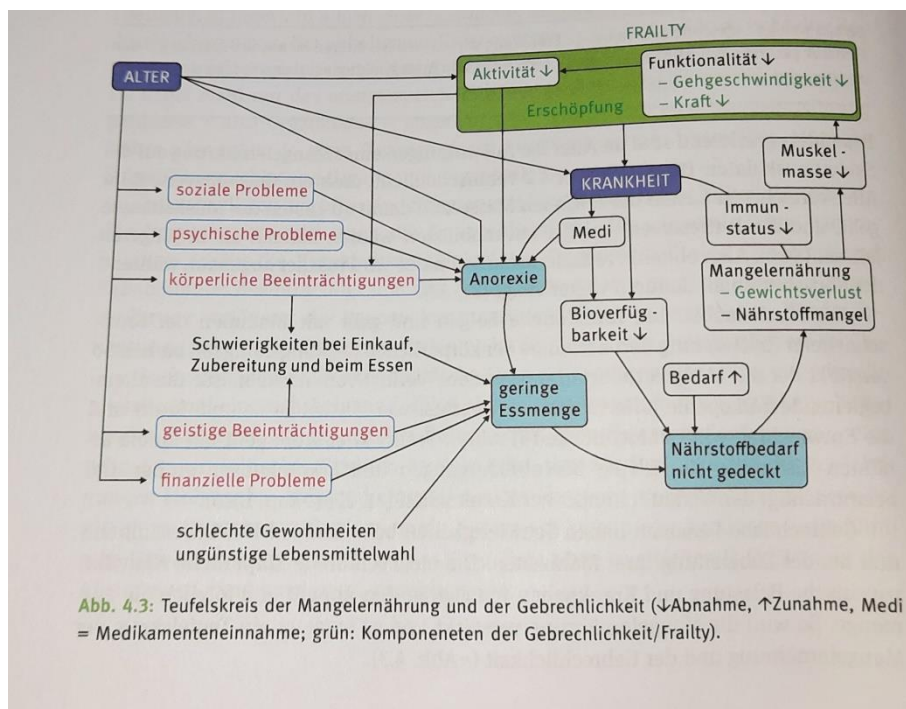


Abb.: Teufelskreis der Mangelernährung (Volkert 2015: 76)

Das Ganze ist nicht neu: Studien aus den 1980er Jahren; Literatur von Christian Kolb ab den 1990er Jahren, der sich bis heute intensiv mit der Nahrungsaufnahme von

Menschen mit Demenz, Pro und Contra PEG Sonden und Lebensqualität im Alter auseinandersetzt (Kolb 2002; Kolb in Volkert 2015²).

Die Themen Ernährung im Alter, unfreiwillige Gewichtsreduktion und beeinträchtigte Nahrungsaufnahme sind im häuslichen wie im stationären Setting präsent. Für Angehörige sowie für Pflege- und Betreuungskräfte gleichermaßen.

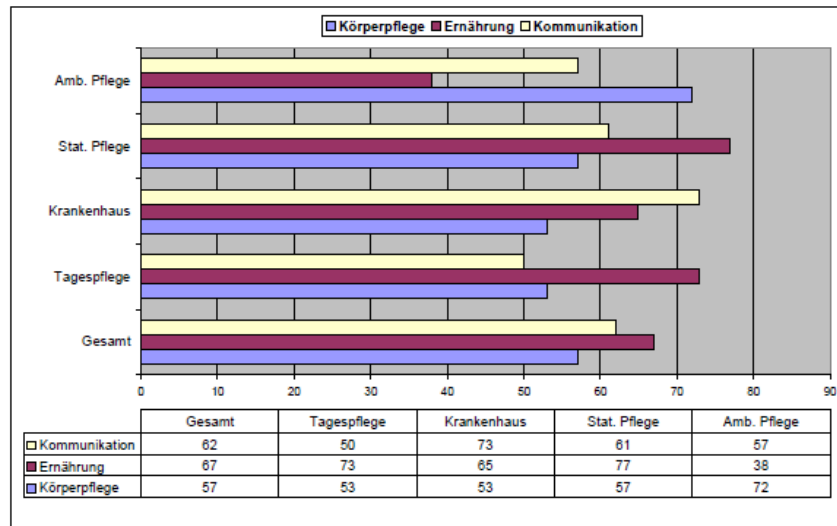


Abb.: Gesamt- und einrichtungstypenspezifische Ergebnisdarstellung und Diskussion (Rüsing 2008: 13)

Erhebungen, Abfragungen und Studien zeigen, dass die Handreichung der Nahrung mit zunehmender Herausforderung gerne ausgelagert bzw. an andere Personen abgegeben wird. Wenn das sogenannte Essen auf Rädern zu Hause nicht mehr alleine konsumiert werden kann, ist der nächste Schritt eine 24-Stunden-Personenbetreuung, mobile Dienste später der Eintritt in die stationäre Pflege und Betreuung. Im Langzeitpflegebereich kommen Angehörige häufig zur Unterstützung bei der Nahrungsaufnahme. Ein Ende dieser persönlichen individuellen Darreichung sind häufig Schluckstörungen und ablehnende Haltungen der betroffenen Person (vgl. Nagl-Cupal/ Kolland et al. 2018: 128, 222; Rüsing 2008).

Menschen mit Demenz zu betreuen erfordert viel Wissen um die Person, um die Erkrankung und viel Reflexionsfähigkeit. Angehörige und Zugehörige dienen häufig oft als Brücke und Verbindungen zu den biografischen Vorlieben, Fähigkeiten und Gewohnheiten der zu Betreuenden. Dies kann vor allem bei der Nahrungsaufnahme vorteilhaft sein (vgl. Büscher/Krebs et al. 2018; Becker/Dolenc et al. 2010; Wiener Dachverband 2016). Eine unzureichende Nahrungs- und Trinkzufuhr bei Menschen mit Demenz wird bei vielen Pflegepersonen höchst belastend empfunden (vgl. Manthorpe et al. 2003, Borker 2002 zit. in: Rüsing 2008: 42f.). Zur Ernährungssituation im mobilen Pflegesetting im Vergleich zum stationären Bereich liegen differenziert betrachtet wenig bis kaum Daten vor. Generell ist das der geringen Datenlage im häuslichen Setting geschuldet (Rüsing DZD 2008).

Die Handreichung der Nahrung, das Essen reichen, führt zu einem sogenannten „double-bind-Konflikt“. Auf der einen Seite steht die Würde und Autonomie der zu betreuenden Person, auf der anderen Seite die ausreichende Nahrungsaufnahme als

² <https://nahrungsverweigerung.de/christian-kolb/> Zugriff am: 28.8.2021

Pflegeziel. Bei fortschreitender Demenzerkrankung, einem Ablehnungsverhalten und verminderten Appetit entsteht so ein Dilemma (vgl. Schwerdt 2005 zit. in: Rüsing DZD 2008; Kersting 2016).

Nach Auswertungen von Dementia Care Mapping Erhebungen birgt das komprimierte gemeinschaftliche Konsumieren von Mahlzeiten ab einer Größe von 15 Personen in einem Raum ein hohes Maß an personellen Abwertungen³ und ist oft das Gegenteil von personenzentrierter Pflege (vgl. Brooker 2009; Büscher/Krebs et al. 2018; DCM Evaluatorbericht Meisterhofer 2019⁴). Untertags oft einzeln oder zu zweit in seinen Gedanken versunken, so sitzen am Morgen bzw. zu Mittag oft 20 Mitwohnende unterschiedlichster Pflegegrade und Krankheitstypen in einem Raum. Die Mitarbeitenden sind hier noch nicht mitgezählt. Der Lärm der Kaffeemaschinen, oder das Geklapper des Bestecks, des Geschirrs⁵, das Geplauder am Nebentisch, das Pflegegespräch unter Pflegepersonen, ja womöglich noch der Radioberieselung im Hintergrund, Rufalarne oder Telefongeräusche usw. Sollte diese Umgebung 90% der Anwesenden unbeeindruckt seine Mahlzeit verzehren lassen, so sind es ca. 2-3 Personen, die dieses Environment in der Nahrungsaufnahme hemmen. (Brooker 2009; Kitwood 2019; Becker/ Kaspar et al. 2010)

Überraschender Weise zeigten sich 2014 und 2019 in DCM-Beobachtungen⁶ zu den Hauptmahlzeiten keine signifikanten positiven Effekte oder wohlwollende Höhepunkte bei Menschen mit demenziellen Erkrankungen. Es konnten keine gesteigerten Anzeichen in Bezug auf Wohlbefinden oder Lebensqualität wahrgenommen werden (Leu Feldstudie 2014⁷; Meisterhofer interne Erhebung 2019). Im Gegenteil, Essen reichen wird an Hilfskräfte, Zivildienstleistende, PraktikantInnen übergeben. Oft wechseln sich Pflegekräfte innerhalb einer Mahlzeit bei einer zu betreuenden Person ab – oder machen unterdessen selbst die vom Arbeitgeber vorgegebene Mittagspause. Dies wurde bereits in Studien von Bäckström und Norberg Anfang der 1990er festgehalten (vgl. Bäckström et al. 1993 zit. in: Rüsing DZD 2008; Norberg et al. 1993 zit. in: DZD 2008; Leu Feldstudie 2014, Meisterhofer interne Erhebung 2019).

Double-bind Konflikt – Dilemma zwischen veränderter beeinträchtigter Nahrungsaufnahme und individueller Unterstützung

„Wie halten Pflegekräfte es aus, wenn sie im Alltag immer wieder erleben, dass sie das „Gute“, also eine Pflege, die sich am individuellen Patienten und seinen Bedürfnissen ausrichtet, nicht verwirklichen können? Die Antwort lautet: moralische Desensibilisierung.“ (Kersting 2016: 9) Detlef Rüsing beschreibt die Rolle und das Erleben von Pflegenden bei der Ernährung von Menschen mit demenziellen Veränderungen. Im Kopf hat man alle Leitlinien, Konzepte, Vorgaben⁸. Im Vorfeld

³ Abwertungen / Detraktionen können sein: Zu hohes Tempo, zu hoher Lärmpegel, zu viele Menschen in einem Raum, zur Machtlosigkeit verurteilen durch zu rasche Übernahme der Unterstützung etc.

⁴ Internes Dokument

⁵ Koch-Straube 2003: 96: „Die Mahlzeiten: Die Ruhe vor dem Sturm.“ „... das Geklapper der Bestecke ist vorherrschend.“

⁶ Dementia Care Mapping, nicht-teilnehmende Beobachtung zur Erhebung von Wohlbefinden und Lebensqualität bei Demenz nach Tom Kitwood

⁷ <https://docplayer.org/132152243-Essen-als-event-essen-als-event-strukturierte-beobachtungen-im-dementia-care-mapping-dcm.html> Zugriff am: 28.8.2021

⁸ Leitlinien und Ernährungsstandards auf der einen Seite (vgl. S3-LL, Ernährungsstandard DGE, Becker/Dolenc et al. 2010; Wiener Dachverband 2016), Unterstützung in der Wahrnehmung der Dilemmata zur Unterstützung der Pflegekräfte auf der anderen Seite (Kersting 2016).

werden alle Screenings, Assessments und Ernährungsbiografie- und Anamnesebögen ausgefüllt. Es gibt die diversen Heilbehelfe, Pflegehilfsmittel und Trink- und Esshilfen. In der Küche arbeiten geriatrisch geschulte Kochprofis und kochen altersgerechte konsistenzmodifizierte Mahlzeiten...

... und doch isst die zu unterstützende Person nicht das komplette Mahl auf (vgl. Rüsing 2008: 42ff.; Heidler 2010).

Gefühle, welche in diesen sogenannten double-bind-Konflikten auftreten können, lassen sich wie folgt beschreiben: Hilflosigkeit, Schuldgefühle, Pflichtgefühl, innere Ablehnung, Ärger, Verdrängung, Überforderung. Bei unschönem Ausspucken von Essen oder Würgereflexen kann es zusätzlich bei den Pflegepersonen zu Scham- und Ekelgefühlen führen (vgl. Rüsing 2008: 42ff.; Heidler 2010; Kersting 2016).

Entgegenwirken, ein Auftrag an das Pflegemanagement⁹:

- Aufklärung
- Raum schaffen für Reflexion
- Offenheit im Umgang mit Dilemmata und double-bind-Konflikte im Pflegealltag
- Fallbesprechungen
- Herbeischaffen jeglicher Essutensilien und Pflegehilfen
- Räumliche Adaptierung
- Gestaffelte Essenszeiten (Motto: Weg vom Speisesaal, hin zum Restaurant-Charakter, Menü-Reihenfolge)
- Multidisziplinäre Ernährungsvisiten
- Hinterfragen der Servier-Vorgänge, Menü-Reihenfolge
- Round-Table mit Angehörigen (vor allem in der mobilen Hauskrankenpflege)
- Gezielte Fortbildungen
- Nicht teilnehmende Beobachtungen und Auswertungen namens Dementia Care Mapping speziell im Zeitraum der Mahlzeiten
- Keine Blind-Abfrage der Menü-Auswahl; zielgruppen-gerechter mit Fotos und Kostproben, Probetellern etc.

Literaturverweis

Bartholomeyczik, S., Halek, M., Sowinski, C., Besselmann, K., Dürrmann, P., Haupt, M., Kuhn, C., Müller-Hergl, C., Perrar, K. M., Riesner, C., Rüsing, D., Schwerdt, R., van der Kooij, C., Zegelin, A Rahmenempfehlungen zum Umgang mit herausforderndem Verhalten bei Menschen mit Demenz in der stationären Altenhilfe, Witten: Dt. Bundesministerium für Gesundheit 2006.

Becker, S., Kaspar, R., Kruse, A. H.I.L.DE.: Heidelberger Instrument zur Erfassung der Lebensqualität demenzkranker Menschen (H.I.L.DE.) 2010.

Brooker, D., Surr, C., Müller-Hergl, C., Riesner C. Dementia Care Mapping (DCM) 8. Grundlagen und praktische Anwendung Witten: Bradford Dementia Group/Universität Witten/Herdecke, 2009.

Büscher, A., Krebs, M., Moers, M., Schiemann, D., Stehling, H., Stomberg, D. Expertenstandard Beziehungsgestaltung in der Pflege von Menschen mit Demenz, Osnabrück: Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP), 2018.

⁹ Vgl. Rüsing 2008: 43ff.; Heidler 2010; Büscher/Krebs et al. 2018

- Doenges, M.E., Moorhouse, M.F., Geissler-Murr, A.C. Pflegediagnosen und Maßnahmen, Bern: Huber, 2019.
- Heidler, M.-D. Nahrungsverweigerung bei geriatrischen Patienten – Formen, Ursachen und Management. Brandenburg Klinik, Bernau-Waldsiedlung. NeuroGeriatric 2010; 7 (2–3): 49 – 53.
- Kitwood, T. Demenz. Der person-zentrierte Ansatz im Umgang mit verwirrten Menschen Bern. Huber, 2019.
- Koch-Straube, Ursula. Fremde Welt Pflegeheim. Eine ethnologische Studie. 2003. 3. Auflage. Hans Huber Verlag, Bern.
- Kojar, M. in: Likar, R., Bernatzky, G., Pipam, W., Janig, H., Sadjak, A. (Hrsg.): Lebensqualität im Alter. Therapie und Prophylaxe von Altersleiden, Wien/New York, Springer Verlag, 2005. Kommunikation im Alter, S. 31-37.
- Kolb Nahrungsverweigerung bei Demenzkranken. PEG-Sonde – ja oder nein? 2002.
- Nagl-Cupal, M., Kolland, F., Zartler, U., Mayer, H., Bittner, M., Koller, M., Parisot, V., Stöhr, D., Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz (Hg.). Angehörigenpflege in Österreich. Einsicht in die Situation pflegender Angehöriger und in die Entwicklung informeller Pflegenetzwerke. Universität Wien, 2018.
- Reuschenbach, B., Mahler, C. Pflegebezogene Assessmentinstrumente: Internationales Handbuch für Pflegeforschung und –praxis, 2020.
- Rüsing, D. Herausforderungen und Ernährung – zwischen Kalorienzufuhr und Lebensqualität Probleme und Wissensbedarfe im Umgang mit demenzerkrankten Menschen unter besonderer Berücksichtigung der Ernährungsproblematik. Arbeitspapier des DZD. Landesinitiative Demenz-Service NRW. Private Universität Witten/Herdecke gGmbH, Department Pflegewissenschaft, 2008.
- Störmer, N. Du störst! Herausfordernde Handlungsweisen und ihre Interpretation als „Verhaltensstörung“, Frank&Timmer, Leipzig: Verlag für wissenschaftliche Literatur, 2013.
- Volkert, Dorothee (Hg.). Ernährung im Alter. Walter de Gruyther GmbH. Berlin/Boston, 2015.
- Wiener Dachverband. Handlungsleitlinie Demenzielle Erkrankungen Teil 2, 2018.

Über die Autorin

Marina Meisterhofer, MSc ist diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegerin und verfügt über ein Diplom in Sozialmanagement und Pflegemanagement. Sie arbeitet als Pflegedirektorin beim Hilfswerk Burgenland und ist zusätzlich mobile Demenzberaterin und Dementia Care Mapping Approved Userin.