

Flüssigkeit und Ernährung

Das Leben geht zu Ende – Was wird wichtig?

Methode: Lehrgespräch, Materialsammlung am Flipchart
Arbeitsblatt für Praxisauftrag: Zeit: ca. 3 – 4 Wochen
Auswertung in einer Unterrichtseinheit von 45 – 90 min

Zeit: 20 – 30 Minuten

Begleitende Gedanken

Inappetenz oder der Verlust der Fähigkeit, Nahrung oder Flüssigkeit auf natürlichem Weg aufzunehmen, stellt häufig für alle am Begleitungsprozess Beteiligten ein erhebliches Problem dar. Zwischen der Einsicht, dass in der letzten Lebensphase dieser Verlust zum natürlichen Verlauf gehören kann (→ Finalphase) und der gerade in längeren Krankheitsverläufen immer wieder entstehenden Frage, ob nicht mit einer „künstlichen“ Zufuhr von Flüssigkeit oder Nahrung Symptome wie Mund- oder Hauttrockenheit, Durstgefühl und Bewusstseinsveränderung doch positiv beeinflusst werden können, entsteht ein mitunter starkes Spannungsfeld. Angehörige, Patient, Pflegende und Ärzte erleben diesen Prozess sehr unterschiedlich und einmal gefällte Entscheidungen können durch das täglich sich ändernde Gesamtbild des Kranken immer wieder infrage gestellt werden.



Der Patient

Im Verlauf der Erkrankung machen viele Patienten die Erfahrung, dass sich Geschmack, Gewohnheiten und Lust am Essen stark verändern. Damit verändern sich auch die Bedeutung und der Stellenwert von Ernährung. Oft tritt eine Inappetenz auf, in deren Verlauf die Wichtigkeit von Essen abnimmt oder der Verlust besonders stark zu spüren ist. Die positiven Erfahrungen und Assoziationen, die ein Patient im bisherigen Leben mit Essen und Trinken verbunden hat, verlieren zunehmend an Bedeutung. Versuche, Wohlbefinden und Gesundheit durch Essen und Trinken erzeugen zu können, schlagen fehl. Inappetenz bekommt dann eine tiefere Bedeutung, wenn sie als Zeichen des Fortschreitens der Erkrankung wahrgenommen wird und damit das Gefühl einer Bedrohung verbunden ist. Verstärkt wird dieses Erleben, wenn Angehörige oder Pflegende durch das Anbieten von Mahlzeiten und die damit verbundene Nötigung zum Essen mehrmals täglich immer wieder neu darauf hinweisen.

Wenn Angehörige, Freunde, Pflegende oder Ärzte dem Patienten das Gefühl vermitteln, er müsse essen bzw. ernährt werden, damit es ihm besser gehe, entsteht für den Patienten ein Konfliktfeld: Zwingt er sich entgegen seiner Abneigung zum Essen, verstärken sich Symptome wie Übelkeit, Völlegefühl oder Schmerzen. Kommt er dem natürlichen Impuls der Nahrungsabneigung nach, gerät er häufig in Konflikt mit den Erwartungen seines sozialen Umfelds.

Die Probleme mit der Ernährung (bzw. Nahrungsaufnahme) können Patienten dazu bringen, sich aus Scham und Verzweiflung zurückzuziehen: Niemand soll sehen können und müssen, wie schlecht es mit der Nahrungsaufnahme (Ernährung) und damit um ihn bestellt ist.

Die Angehörigen

Für Angehörige ist das Mitbringen, Zubereiten oder Anbieten von Essen ein Zeichen der Zuneigung und Fürsorge. Oft liegt darin die letzte Möglichkeit, die im gemeinsamen Leben lieb gewordenen Gewohnheiten und Gesten zu bewahren und zu leben. Es ist etwas, das sie aktiv und konkret für den Kranken tun können. Kann oder will der Kranke (jedoch) nicht essen, reagieren viele mit Hilflosigkeit, aber auch mit Vorwürfen und leisem, manchmal auch lautem Druck. Auslöser ist die Angst, der Kranke könne, gerade weil er nichts mehr isst oder trinkt, verhungern oder verdursten. Besonders für Patienten und Angehörige älterer Generation, die die Kriegs- und Nachkriegszeit und damit Hunger erlebt haben, ist diese Vorstellung meist mit beängstigenden Erinnerungen verknüpft.

Angehörige erleben es als schmerzlichen Verlust, wenn gemeinsame Mahlzeiten mit all ihren positiven Bedeutungen nicht mehr wie gewohnt stattfinden können. So können sie mitunter Schuldgefühle entwickeln, weil sie selbst noch mit Genuss essen und trinken können. Der Druck, etwas tun zu müssen, führt teilweise zu unangemessenen Essenangeboten und unrealistischen Erwartungen an den Patienten.

Ebenso werden überzogene Erwartungen an das therapeutische Team gestellt: „Sie müssen doch etwas tun!“ Insgesamt ist die Situation der Angehörigen geprägt von einer großen emotionalen Spannung.

Die Pflegenden

Die Pflegenden stehen oft im Spannungsfeld zwischen dem Respekt der Wünsche des Patienten, der nicht essen kann oder mag und den Erwartungen der Angehörigen, die zum Essen drängen, sie leiden an dem eigenen Hin- und Her-Gerissen-Sein zwischen Mit-Fühlen und Wissen.

Grundlage für einen kompetenten Umgang mit Fragen der Ernährung und Flüssigkeitszufuhr ist eine eingehende Problem- und Ressourcenanalyse. Ist das Problem behandelbar und die Behandlung sinnvoll (Zustand und Patientenwille) wird z.B. bei Passagehindernis, Übelkeit oder Soor eine kausale Behandlung und die Kompensation einer Mangelernährung angestrebt (oral, enteral oder parenteral). Befindet sich der Patient jedoch in einer Phase, in der eine Ernährungstherapie keine positiven Ergebnisse erwarten lässt oder den Patienten eher belasten würde, ist es wichtig, den Druck des Essenmüssens zu verringern und nach anderen Formen der Zuwendung zu suchen. In dieser Phase der Umbewertung der Bedeutung von Ernährung sind Patient und Angehörige in den Prozess einzubinden und zu begleiten.

Praxisauftrag

Arbeitsblatt mit folgendem Auftrag:

- Beobachten Sie, wie an Ihrem Einsatzort mit Fragen der Ernährung und Flüssigkeitszufuhr bei Sterbenden umgegangen wird.
- Beachten Sie dabei folgende Aspekte besonders und halten Sie Ihre Beobachtungen schriftlich fest:
 - Welche Wünsche und Bedürfnisse äußern die Patienten selbst?
 - Wie wird vom Pflegepersonal mit diesen Wünschen umgegangen und wie finden sie Eingang in die Pflegeplanung?
 - Welche Möglichkeiten im Rahmen der Speiserversorgung gibt es, diesen Wünschen nachzukommen?
- Formulieren Sie die Ergebnisse Ihrer Beobachtungen schriftlich in einem Praxisbericht.

Lernziele

- Die Teilnehmer erkennen, dass die Einschränkungen in der Ernährung von Palliativpatienten organisatorische Änderungen nach sich ziehen können.
- Die Teilnehmer finden Möglichkeiten, mit veränderten Ernährungsgewohnheiten von Palliativpatienten umzugehen.

Literatur: DGP Sektion Pflege, Pflegeleitlinien, Stand 10/2004