

Gewissenskonflikte beim Essenreichen

Siegfried Borker

Das Essenreichen ist eine immer wiederkehrende und häufig durchgeführte Verrichtung in der täglichen Arbeit von Pflegenden. Trotz dieser Tag für Tag durchgeführten Pflegetätigkeit erscheint es so, als hätte das Essenreichen einen geringen Stellenwert in der Pflegepraxis. Diese Vermutung wird unterstützt durch die seltene Thematisierung in Fachzeitschriften und Büchern. Setzen sich Autoren mit der Lebensaktivität „Essen und Trinken“ auseinander, dann befassen sie sich überwiegend mit Sondenkostverabreichung, Sondenwechsel, Ernährungsberatung sowie mit der gesunden Ernährung. Der Prozeß des Essenreichens ist hingegen wenig geschrieben.

Übersicht

- Essenreichen
- Begriffsdefinition
- Ursachen von Eßstörungen
- Ethische Dilemma beim Essenreichen
- Alternativen

Essenreichen

Einige Autoren benutzen noch immer den Begriff des „Fütterns“. Es ist die Frage zu stellen, ob diese Bezeichnung noch gerechtfertigt ist, oder ob Essenanreichen, Esseneingeben und Essenreichen eher dem Prozeß entsprechen. In einer von mir durchgeführten Studie zum Essenreichen in der Pflege unterscheidet eine Pflegendende den Begriff Füttern und Essenreichen wie folgt (Borker, 1996: 1):

„Das Wort ‚Füttern‘ hat im ersten Moment keine negative Bedeutung für mich, doch bei genauerer Betrachtung beinhaltet es ‚nur‘, daß man den Patienten füttert – also dem Patienten das Essen gibt, damit er etwas im Magen hat und satt ist. ‚Essenreichen‘ hingegen sagt doch mehr aus. Es sagt aus, daß man dem Patienten zwar auch das Essen gibt, damit er satt ist, aber auch eventuell Ressourcen erkennt und diese fördert. Dazu kommt noch, daß das Essen ein wenig nett hergerichtet wird. Das Auge ißt ja auch mit“.

Wie die Pflegendende in diesem Zitat richtig zum Ausdruck bringt, zeigt sich schon in der Interpretation des Wortes „Essenreichen“, welche weitergefaßten pflegerischen Aufgaben hiermit verbunden sein können – in

diesem Fall das Erkennen und Fördern der Ressourcen des Patienten/Klienten. Aber auch die kulturelle Bedeutung des Essens spielt in diesem Zusammenhang eine Rolle. Denken wir selber mal daran, wie positiv wir einen Feiertag in Erinnerung haben, wenn das Essen besonders schön hergerichtet war und gut geschmeckt hat.

Begriffsdefinition

Es ist notwendig, den Begriff des Essenreichen für eine gemeinsame Diskussionsbasis zu bestimmen. Das Essenreichen möchte ich wie folgt definieren: Essenreichen ist eine von einem Pflegenden ausgeführte Tätigkeit zur Unterstützung des Patienten beim Essen und Trinken, zur Aufrechterhaltung seines physiologischen Gleichgewichts, zur Befriedigung des psychischen Wohlbefindens und zur Erhaltung des sozialen und kulturellen Umfeldes, um eine optimale Lebensqualität des Patienten zu fördern. Essenreichen umfaßt alle direkten pflegerischen Tätigkeiten während dieses Prozesses. Dazu gehören beispielsweise auch Anleitungs-, Kontroll- und Überwachungsaufgaben (Borker 1996, 20).

Ich habe mich bewußt für den Ausdruck „Essenreichen“ entschieden, auch wenn in pflegerischen Situationen gelegentlich der Anschein erweckt wird, als würden Pflegendende füttern. Besonders bei aggressiven pflegerischen Reaktionen, wenn beispielsweise der angereicherte Löffel überfüllt ist, oder das Essen im schnel-

len Intervall „hineingeschoben“ wird, erscheint der Begriff „Füttern“ gerechtfertigt. Doch sollte diese Handlung nicht zu schnell beurteilt werden. In vielen Situationen würde ich lieber von einem „fürsorglichen Zwang“ statt von einer aggressiven Handlung sprechen. So kann es durchaus möglich sein, daß der Pflegendende dem schon seit Tagen unter Appetitlosigkeit leidenden Patienten/Klienten zumindest etwas Nahrung mit Hilfe eines deutlich überfüllten Löffels zukommen lassen möchte, um ihn z.B. vor einer künstlichen Ernährung zu bewahren.

Ursachen von Eßstörungen

Warum leidet der Patient/Klient unter Appetitlosigkeit? Warum spuckt er das Essen immer wieder aus? Hierzu ist eine Einteilung der Eßstörungen in den folgenden vier Bereichen möglich:

- Körperlicher Bereich
- Psychischer Bereich
- Sozialer Bereich
- Kultureller Bereich

Veränderte Mundstrukturen wie etwa Entzündungen der Mundschleimhaut, eine Verletzung an der Zunge, eine schlecht sitzende Zahnprothese, Schluckstörungen, oder eine Verlegung des Verdauungsweges durch einen Tumor sind Beispiele für körperliche Ursachen. Einige Krankheiten verursachen Eßstörungen, wie beispielsweise die Arthritis. Die Funktionseinschränkung der Gelenke

kann die Nahrungsaufnahme erschweren. Kaubewegungen können schmerzhaft sein und somit Schwierigkeiten beim Essen verursachen. Die Mobilität, z.B. den Löffel mit der Hand zum Mund zu führen, ist durch Schmerzen häufig eingeschränkt. Der an Parkinson erkrankte Patient kann durch seine Verlangsamung und Händezittern erhebliche Koordinierungsschwierigkeiten haben. Ein an Alzheimer erkrankter Patient/Klient vergißt möglicherweise zu essen, eventuell verweigert er die Nahrung, und es besteht das Risiko der Mangelernährung.

Streß und Ängste können die psychische Verfassung des Kranken so stark beeinflussen, daß dieser die Lust am Essen verliert.

Je älter der Mensch wird, um so größer ist die Gefahr einer potentiellen körperlichen oder psychischen Abhängigkeit von anderen Personen. Und diese Abhängigkeit kann einen nachhaltigen Einfluß auf das Eßverhalten und den Appetit des alten Menschen nach sich ziehen, so daß er die Lust am Essen verliert (Juchli 1994, 308, Brunen und Herold et al. 1995, 231).

Als Ursache für Eßstörungen im sozialen Bereich sind beispielsweise die Einsamkeit und die Vernachlässigung eines Patienten/Klienten zu nennen. Eine „kulturell bedingte Eßstörung“ kann darin begründet sein, daß eine Religion, wie etwa die eines Mohammedaners, bestimmte Nahrungsmittel nicht erlaubt. So darf dieser bekanntlich kein Schweinefleisch zu sich nehmen, und er muß im Monat Ramadan eine strenge Fastenregel einhalten.

Ethische Dilemma beim Essenreichen

Es gibt viele Situationen, in denen der Pflegende ein schlechtes Gewissen während des Essenreichens empfindet. Man kann diese Situationen grob drei Bereichen zuordnen, nämlich dem Aktionalen, Emotialen und Kognitiven Bereich (AEK-Modell, vgl. Borker, 1996, 20). Der „Aktionale Bereich“ beinhaltet das Handeln,

das Agieren bzw. das Tun des Pflegenden, beispielsweise während einer Nahrungsverweigerung des Patienten/Klienten. Der „Emotionale Bereich“ umfaßt die Gefühlsebene des Pflegenden, z.B. Mitleid mit einem Patienten/Klienten, der aufgrund eines Zungentumors oral keine Nahrung mehr zu sich nehmen kann. Der „Kognitive Bereich“ bezieht sich auf die rationalen Überlegungen und Verarbeitungen von Gewissen und Schuld des Pflegenden. Als extremes Beispiel könnte hier eine Situation genannt werden, in welcher der Patient/Klient während des Essenreichens an Nahrungsresten erstickt ist, und der Pflegende, der das Essen gereicht hat, sich an dessen Tod schuldig fühlt. In den von mir durchgeführten Interviews gaben mir Pflegende Antworten zu der Frage, wann sie ein schlechtes Gewissen bekommen. Sie bekommen ein schlechtes Gewissen, wenn sie sich nicht genügend Zeit beim Essenreichen nehmen, andere Dinge wichtiger sind als das momentane Essen anreichen, oder wenn sie denken, daß sie etwas falsch gemacht haben.

Weitere Antworten ließen die Vermutung aufkommen, daß Pflegende das Essenreichen nicht als ihre pflegerische Tätigkeit im eigentlichen Sinne verstehen. So hatten sie ein schlechtes Gewissen, daß sie nun 20 Minuten herumsitzen müssen, um das Essen zu reichen, während ihre Kollegen ihre Arbeiten mit erledigen mußten. Wiederum andere überlegten, welche Arbeit sie in der Zeit hätten schaffen können, in der sie „stundenlang“ das Essen reichten. Einige waren so ungeduldig, daß sie das Essenreichen abbrachen und einen Schüler holten, der das Essen dann weiterreichte.

Der Pflegende gerät schnell in einem Gewissenskonflikt, wenn er in einer Situation zwischen zwei oder mehreren Verhaltensweisen wählen muß. Dieser Konflikt zeigt sich um so mehr, je unsicherer der Pflegende ist und je schwieriger ihm die Entscheidung fällt, oder je schwerwiegender die Folgen seiner Entscheidung für den Patienten/Klienten sind. Eine Pflegende äußerte sich hierzu in einem Interview wie folgt:

„Ich habe in einem Zimmer schon mal parallel das Essen angereicht.

Parallel bedeutet, daß zwei Patienten im Zwei-Bett-Zimmer das Essen angereicht bekommen haben, da es aus Personalmangel nicht anders möglich war. ... In der Zeit, indem er gekaut hat, bin ich zum Nächsten gegangen und habe ihm was gegeben. Daran kann ich mich erinnern, das habe ich schon mal gemacht. ... Ich hatte da ein schlechtes Gewissen“ (zit. n. Borker 1996: 80).

In der geschilderten Situation befindet sich der Pflegende in einem ethischen Dilemma, weil er versucht, gleichzeitig zwei an ihn gestellten Anforderungen gerecht zu werden.

Anforderung 1: Das Essen in Würde zu reichen. Anforderung 2: Die noch anliegende Stationsarbeit zu erledigen. Dieser Konflikt verursacht ein schlechtes Gewissen bei dem Betroffenen. Das „Gewissen“, verstanden als eine Urteilsbasis zur zweifelsfreien Begründung der allgemeinen moralischen Überzeugungen und Normen versagt in den oben geschilderten Situationen. Solche Situationen, in denen *„Menschen in intensiven Beziehungen Befehle/Botschaften erhalten, die sich widersprechen oder wo der eine Befehl den anderen verneint“* (Ökerlund und Norberg 1993, 46), nennt man auch double-bind-Situationen.

Noch deutlicher wird eine double-bind-Situation am Beispiel eines Patienten/Klienten, der keine Nahrung (weder oral noch intravenös) zu sich nehmen möchte, da er den Wunsch hat, zu sterben. Entscheidet sich der Pflegende für das „In Würde Sterben lassen“, so kann er unter Umständen ein schlechtes Gewissen bekommen, da er den Patienten letztendlich verhungern läßt. Entscheidet er sich jetzt für die Lebenserhaltung, bedeutet diese Entscheidung unter Umständen, den Patienten/Klienten gegen dessen Willen zu ernähren. Auch wenn es sich „nur“ um eine hochkalorische Infusionslösung handelt, die gegen den Willen des Patienten/Klienten angelegt wird, handelt es sich genaugenommen um eine Zwangsernährung. Die Gesellschaft wird z.B. in Gestalt von Freunden oder Verwandten in diesem Falle dem Pflegenden die Frage stellen, was er dort macht. Eine Zwangsernährung

ist kaum mit den Werten und Normen, die von einer Gesellschaft als eine Verbindlichkeit für jedes Mitglied anerkannt sind, vereinbar. Israelische Pflegenden könnten sich in der oben geschilderten Situation auf ihren Ethos „Leben erhalten“ stützen. Sie haben im Vergleich zu deutschen Pflegenden, die sich eher mit dem Ethos „Lebensqualität erhalten“ identifizieren, eine Rechtfertigung – sogar eine Verpflichtung, den Patienten/Klienten unter Umständen mit „Zwang“ zu ernähren, um ihn am Leben zu erhalten (vgl. hierzu die Vergleichsstudie von Norberg und Hirschfeld 1995).

Läßt sich der Pflegende nicht genügend Zeit beim Essenreichen, versucht er sein schlechtes Gewissen mit Hilfe einer Copingstrategie zu kompensieren, wie es im folgenden Zitat deutlich wird. *„Ich habe eine Patientin, bei der ich ... die Grundpflege durchführe, das Frühstück reiche und den Arbeitsplatz aufräume. Nach der Grundpflege setze ich sie in den Sessel und reiche ihr das Brot und den Kaffee, doch gleichzeitig laufe ich herum, um Ordnung zu schaffen, sonst komme ich mit der Zeit nicht aus. ... Hier plagt mich das Gewissen. Oft bin ich auch im Mittagseinsatz bei ihr, dann versuche ich es wiedergutzumachen, indem ich Frau X. ordentlich an den Tisch setze, das Essen möglichst appetitlich auf dem Tisch anrichte, und ich bringe ihr ab und zu ihren Lieblingspudding mit“* (zit. nach Borker 1996, 80).

Organisationsstrukturen haben einen großen Einfluß auf die täglichen Arbeit des Pflegenden. Häufig engen sie ihn bei seiner pflegerischen Ausübung ein. Der Pflegende sieht sich in einem Sachzwang, da er „nur“ mit der Ausübung seiner Pfllegetätigkeit variabel reagieren kann. Es leuchtet ein, daß in diesen Situationen die Pflegequalität enorm leidet.

Da der Pflegende die von der Institution geforderte Pflegequalität nicht erreichen kann, gerät er immer wieder in Gewissenskonflikte – eventuell sogar in ein ethisches Dilemma. Besonders in „Krisensituationen“ (z.B. plötzlicher Personalausfall) fühlt der Pflegende sich genötigt, seine pflegerische Unterstützungen auf ein Minimum zu beschränken.

Alternativen

Nun stellt sich natürlich die Frage, wie Pflegenden aus ihrem Dilemma herauskommen. Die schwer veränderbaren Strukturen (wie etwa die Belieferung der Großküche mit tiefgefrorenen Nahrungsmitteln oder das Tablettsystem, das Essendosierungen kaum zuläßt) geben den Pflegenden immer weniger Spielräume zur Durchführung einer flexiblen und individuellen Pflege. Hier ist es nötig, Bausteine in die Organisationsstrukturen zu integrieren, wie etwa die traditionelle Teeküche auf den Stationen, die leider in den letzten Jahren immer mehr abgeschafft wurde oder keine Berücksichtigung bei der Planung neuer Einrichtungen findet. Weiterhin muß über flexible Essenszeiten, besonders für Patienten/Klienten mit Eßstörungen, nachgedacht werden. Eine „Schnelle Küche für den Extrawunsch“, die in das Konzept der Großküche eingebunden sein muß, halte ich für eine sinnvolle Hilfe für den Pflegenden. Im übrigen sollte natürlich den Pflegenden von ihrem Arbeitgeber Gelegenheit gegeben werden, sich im Rahmen von Teamsupervision zu entlasten oder an entsprechenden Fortbildungen teilzunehmen.

Denken wir zurück an die Situation des Patienten, der die Nahrung ablehnt, da er einen Sterbenswunsch hat. Muß die Nahrungsablehnung als ein Hilferuf verstanden werden, da der Patient sich einfach nur nach Anerkennung und Zuwendung sehnt? Resultiert hieraus sein Sterbenswunsch? Um diese Fragen beantworten zu können, benötigen Pflegenden spezielles Fachwissen, das z.Z. in Deutschland noch nicht ausreichend vorhanden ist. Die Schaffung einer Kommission im Krankenhaus, die den Pflegenden ethische Unterstützung in Form von Beratungen anbietet, ist für die pflegerische Zukunft unabdingbar. Auf folgende Fragen des Pflegenden müssen die Kommissionsmitglieder vorbereitet sein: Was mache ich, wenn ein dementer Patient/Klient mir das Essen während des Essenreichens immer wieder ins Gesicht spuckt? Wie gehe ich vor, wenn der Patient/Klient die Nahrung verweigert? Wie bewältige ich meine Schuldgefühle, wenn ein Patient/Klient durch mein Ver-

schulden verstorben ist? Deutlich zeigt sich nun, wie vielschichtig der Prozeß des Essenreichens ist. Vermutlich lassen sich die oben angesprochenen Themen auch auf weitere Pflegesituationen transferieren, wie etwa auf das Waschen eines Patienten/Klienten, das Fiebermessen und das Schlafen im Krankenhaus/Heim. Damit der Pflegeberuf auch in Zukunft ein professioneller und attraktiver Beruf bleibt, sind weitere Pflegeforschungen notwendig, die der Praxis dienlich sind.

Siegfried Borker,
Diplom-Kaufmann
(FH) Krankenpflegemanagement.
Schiefe Güntke 1, 49090 Osnabrück

Literatur

Åkerlund, B.M. und Norberg, A. (1993): Eine ethische Analyse von „double bind“-Konflikten bei Pflegenden, die schwer dementen Patienten das Essen eingeben müssen. In: *Pflege*, 6. Jg., Nr. 1, S. 45-48

Borker, S. (1996): Essenreichen in **Brunen, M.H. und Herold, E.E. (Hrsg) (1995):** *Ambulante Pflege: Die Pflege Gesunder und Kranker in der Gemeinde*, Band 1: Grundlagen, Pflegeanleitung, Pflegeberatung, Pflegeproze, Ganzheitliche, integrative Pflege, Kommunikative Methoden. Hannover: Schlüter'sche Verlagsanstalt

Juchli, J. (1994): *Pflege: Praxis und Theorie der Gesundheits- und Krankenpflege*. 7. neubearbeitete Auflage. Stuttgart, New York: Georg Thieme Verlag,

Norberg, A. und Hirschfeld, M. (1995): Ethische Entscheidungen im Zusammenhang mit der Ernährung schwer dementer Patienten – Ein Vergleich zwischen Israel und Schweden. In: *Pflege*, 8 Jg.,