

**Der Mensch lebt nicht vom Brot allein
- ethische Aspekte der Ernährung von
Menschen mit Demenz**

*Dokumentation der
5. Fachtagung
25.9.bis 26.9.2007 im
Leineschloss Hannover*

"Der Mensch lebt nicht vom Brot allein - ethische Aspekte der Ernährung von Menschen mit Demenz".

5. Fachtagung der Deutschen Expertengruppe Dementenbetreuung e.V. in
Zusammenarbeit mit dem Zentrum für Gesundheitsethik der Ev. Akademie Loccum
25.9.bis 26.9.2007 im Leineschloss Hannover

Sehr geehrte Damen und Herren!

Liebe Kolleginnen und Kollegen!

Die Aufnahme von Nahrung dient nicht nur der Versorgung des Körpers mit Nährstoffen in ausreichender Menge. Das Essen ist vielmehr ein Bestandteil menschlicher Kultur. Über das Essen vermittelt sich insbesondere bei Menschen, die Unterstützung bei der Nahrungsaufnahme benötigen, Zuwendung und Kontakt zu ihren Mitmenschen. Dieses sicherzustellen, ist speziell bei der Betreuung und Pflege von Menschen mit Demenz mit besonderen Anforderungen verbunden.

Auf dieser Tagung haben wir uns aus anthropologischer, philosophischer, theologischer, medizinischer, pflegerischer und psychosozialer Sicht mit diesen Herausforderungen beschäftigt. Der reiche Erfahrungsschatz aus der häuslichen Betreuung wurde aus der Sicht einer Angehörigen vermittelt.

Die Deutsche Expertengruppe Dementenbetreuung e.V. und das Zentrum für Gesundheitsethik an der Ev. Akademie Loccum freuen sich über die große Teilnehmerzahl. Sie ist der Beweis dafür, dass wir mit dem Thema unserer Tagung das Richtige getroffen haben. Wir alle, die wir in der Dementenbetreuung arbeiten, werden täglich mit ethischen Fragen konfrontiert. Das Feld der Ernährung ist dabei besonders wichtig, da praktisch jeder demenzkranke Mensch im Verlauf seiner Erkrankung Probleme mit dem Essen und Trinken entwickelt. Vor dem Hintergrund der Diskussion über die Pflegequalität in Heimen, wollen wir nicht vergessen werden, dass die Bedingungen, unter denen die Pflegenden arbeiten, seit Jahren immer schwieriger werden. Trotzdem gelingt es an vielen Stellen, unser wachsendes Wissen in Pflege und Betreuung zu integrieren. Es war ein lebendiges Klima bei der Tagung, eine gute Mischung aus Zuhören und Diskutieren. Diese Tagung hat uns viel neues Wissen und viele Denkanstöße geschenkt. Alle Vorträge und unsere Diskussionen haben gezeigt: Das Nähren von Demenzkranken gelingt, wenn es in Kultur eingebettet ist. Es wird erforderlich sein, dass wir die Altenpflege als Teil unserer Kultur in die Diskussion bringen. Wir, die Deutsche Expertengruppe Dementenbetreuung, wollen unseren Teil dazu beitragen. Wir in der DED wollen auch in Zukunft den Rahmen für die fachliche Diskussion bieten und an der Verbesserung der Dementenbetreuung arbeiten.

Mechthild Lärm, 1. Vorsitzende der Deutschen Expertengruppe Dementenbetreuung e.V.
Christel Schulz, 2. Vorsitzende der Deutschen Expertengruppe Dementenbetreuung e.V.
Dr. P.H. Christa Wewetzer, Zentrum für Gesundheitsethik an der Evangelischen Akademie Loccum

Inhaltsverzeichnis

Grußwort der Bundesministerin für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Dr. Ursula von der Leyen,.....	5
„Essen und Trinken hält Leib und Seele zusammen“.....	7
1. Der Leib als Ausdruck von Identität.....	7
2. Zum Begriff der Identität.....	8
4. Personale Identität im sozio-kulturellem Kontext.....	9
5. Essen und Trinken ist Teil leiblichen Selbstausdrucks.....	9
6. Demenzkrankheit – allmählicher Zerfall der leiblichen Existenz.....	10
7. Der Begriff der Ernährung.....	11
8. Ernährung über PEG-Sonde.....	12
9. Zurück zum Ausgangspunkt.....	13
Warum ißt ein demenzkranker Mensch nicht?.....	15
Logopädische Therapie von Demenzerkrankten mit Dysphagie.....	16
Warum ißt ein demenzkranker Mensch nicht?.....	18
Nicht essen können – nicht essen wollen.....	18
1. Beginnende Demenz.....	18
2. Demenz im mittleren Stadium.....	19
3. Demenz im weit fortgeschrittenen Stadium.....	23
Zum Schluß noch drei Anmerkungen.....	24
Theologisch-anthropologische Aspekte des Umgangs mit Menschen mit Demenz	26
1. Essen und Nähren sind symbolische Handlungen.....	27
2. Die Missachtung der individuellen Bedürfnisse dementer Patienten.....	27
3. Der rechtliche Rahmen (Vorsorge-Vollmacht und Patientenverfügung) ist unbekannt.....	27
Zu 1.) Essen und Nähren als symbolische Handlungen.....	27
Zu 2. Die Missachtung der individuellen Bedürfnisse dementer Patienten.....	29
Zu 3. Der rechtliche Rahmen: Vorsorge-Vollmacht und Patientenverfügung.....	32
Zu 4. Vorausverfügungen als Inszenierung von Kommunikation	32
Rechtliche Aspekte bei der Ernährung von Menschen mit Demenz.....	34
Wenn die Lust am Essen fehlt – Möglichkeiten gewaltfreier Ernährung.....	38
Die Basale Stimulation® in der Pflege	40
Intrauterine "ORALE" Wahrnehmungsentwicklung.....	40
Die Insel im Haus Schwansen.....	41
Die Kunst des Alterns.....	43
Suche nach Glück.....	43
Selbstverwirklichung und Selbstentfremdung.....	43

Die jung gebliebenen Alten.....	45
Persona: Die Maske, die wir zeigen.....	46
Beziehungsprobleme.....	48
Sexualität im Alter	49
Alter und Tod.....	50
Urängste.....	52
Ungelöste Lebensthemen	53
Über die Ursprünge von Wertevorstellungen in der Pflege.....	55
1. Die Pflege und der Pflegeberuf.....	55
2. Die Kranken.....	57
3. Ausbildung in der Pflege.....	57
Welche demenzspezifischen Nahrungsangebote gibt es?.....	59
PEG – Beitrag zur Lebensqualität oder zur Hospitalisierung?.....	63
Impulsreferat Pro.....	63
PEG – Beitrag zur Lebensqualität oder zur Hospitalisierung?.....	64
Impulsreferat Contra.....	64
Der Prozess der Entscheidungsfindung.....	66
Essen und Trinken im Heim.....	69
Referentenliste	74
- Wer wir sind -.....	77

Grußwort der Bundesministerin für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Dr. Ursula von der Leyen,

für die 5. Fachtagung der DED vom 25.-26.9.2007 in Hannover

Ich freue mich, allen Teilnehmern der 5.Fachtagung der Deutschen Expertengruppe Dementenbetreuung auf diesem Wege meine Grüße und guten Wünsche zum Gelingen Ihrer Veranstaltung übermitteln zu können.

„Der Mensch lebt nicht vom Brot allein“: Essen und Trinken lassen sich nicht auf rein vitale Bedürfnisse reduzieren. Es kommt ihnen zentrale Bedeutung in unserem Leben zu. Entsprechend lang ist die Reihe von Aphorismen bis zu Volksweisheiten, die sich dazu äußern. Allen gemeinsam ist die Erkenntnis, dass uns Essen nicht nur am Leben, sondern auch im Leben hält. Nicht nur Energiezufuhr, sondern Lustgewinn und soziale Teilhabe verbinden sich mit der Nahrungsaufnahme.

Gemeinsame Mahlzeiten schaffen Identität. Ich halte es deshalb für einen Verlust, wenn der Alltag in vielen Familien eine gemeinsame Eßkultur nicht mehr zulässt. Sie fördert das Zusammengehörigkeitsgefühl und bietet Gelegenheit zu Kommunikation und sozialem Lernen.

Vielleicht liegt in der komplexen, vitalen Funktion der Nahrungszufuhr aber auch eine besondere Störanfälligkeit. Essen und fürsorglicher Zwang gehen gelegentlich schon im Kindesalter eine unselige Verbindung ein. Sorge um ausreichende und gesunde Ernährung kann dann zum Nährboden seelischer Störungen werden. Der Gefahr, dass sich im Alter ähnliche Probleme neu stellen, sollten wir ganz bewußt begegnen und gemeinsam nach Lösungen suchen, die selbstbestimmtes Leben, Würde und Genuss zulassen.

Wenn Menschen älter werden, ändern sich individuelle Eß - und Trinkgewohnheiten und damit auch Vorlieben und Abneigungen bezüglich Speisen und Getränken. Das hat physiologische und medizinische Gründe. Gleichzeitig übernehmen Mahlzeiten zunehmend die Funktion von Tagesstrukturierung und Anregung. Im Alter wird das Was und Wie des Essens eher noch wichtiger als in früheren Lebensphasen. Das gilt in besonderem Maße für Menschen, die an Demenz erkranken. Pflegende Angehörige wie das professionelle Pflegepersonal benötigen deshalb besonders gute Kenntnisse „rund ums Essen und Trinken“. Es gehört zu den Verdiensten der Deutschen Expertengruppe Dementenbetreuung, Hilfen aus der Praxis für die Praxis entwickelt zu haben, die erfolgreich Anwendung finden.

Niemand wundert sich heute mehr, wenn neben dem Bett Spiegeleier und Bratkartoffeln auf einem fahrbaren Herd brutzeln, wenn Fingerfood die guten Sitten sprengt und „Mangiare ambulare“ - Essen beim Umherlaufen statt am Tisch – angesagt ist.

Das alles hilft wenig und bleibt modische Tünche, wenn sorgfältige Beobachtung, Empathie und Geduld fehlen, um auf individuelle Bedürfnisse eingehen zu können.

Viele Fragen stellen sich, überlebenswichtige Entscheidungen sind zu fällen. Sind späte Krankheitsstadien erreicht, können Betroffene jedoch ihre Meinung nicht mehr eindeutig äußern.

Das ethische Dilemma, in das Angehörige und Pflegekräfte geraten, lässt sich nur überwinden, wenn es gelingt, in einem sorgfältigen Beratungsprozess alle an der Versorgung Beteiligten, insbesondere aber Angehörige, einzubinden und dabei offen zu bleiben für neue Einsichten. Was heute richtig erscheint, kann sich morgen wieder anders darstellen. Das Gleichgewicht zwischen Fürsorge und Autonomie ist ein äußerst labiles und bedarf immer wieder kritischer Überprüfung. Ich bin allen, die mit Phantasie, Kreativität und viel Mut zu unkonventionellen Ideen mehr Lebensqualität für Demenzkranke schaffen, sehr dankbar. Unser Wissen um die in Abhängigkeit vom Krankheitsverlauf wechselnden Bedürfnisse ist in den vergangenen Jahren eindrucksvoll gewachsen. Gesundheits- und Versorgungsforschung, die auch von der Bundesregierung gefördert werden, haben wichtige Beiträge geleistet.

Es bewegt sich viel. Das Bundeskabinett hat sich auf der Klausurtagung im August dieses Jahres darauf verständigt, ein nationales Zentrum zur Bekämpfung von Demenz zu gründen. Das „Leuchtturmprojekt Demenz“ der Bundesregierung wird Ende 2007 Forschungsfelder erschließen, die bislang im Schatten lagen.

Die neue Pflegeversicherung eröffnet gerade für Menschen mit Demenz ein Mehr an Leistungen und zugleich ein deutlich verbessertes Beratungs- und Koordinierungsangebot.

Dazu gehört auch, dass der Stellenwert des Bürgerschaftlichen Engagements gefördert und ausgebaut wird. Die Pflegequalität wird auf ein solides Fundament gestellt und Prüfergebnisse für Außenstehende nachvollziehbar vermittelt.

Der 3. Pflegebericht des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung, dessen Prüfergebnisse in den vergangenen Wochen die Schlagzeilen dominierten, belegt jedoch, dass selbst die rein vitalen Bedürfnisse von Heimbewohnern nicht immer selbstverständlich erfüllt sind. Darüber, wie viel mehr an sozialen Bedürfnissen offen blieben, sagt der Bericht nichts aus.

Es bedarf also noch viel gemeinsamer Anstrengung, um Lebensqualität für Pflegebedürftige zu sichern. Ich bin mir sicher, dass die Deutsche Expertengruppe Dementenbetreuung ihre Hausaufgaben macht. Weil ich Wert darauf lege, dass möglichst viele Einrichtungen davon profitieren, habe ich die Schirmherrschaft über die Initiative 2 x 20 IQM-Demenz übernommen.

„Man soll dem Leib etwas Gutes bieten, damit die Seele Lust hat, darin zu wohnen.“ Sir Winston Churchill, dem dieser Rat zugeschrieben wird, war sicherlich ein Genießer. Gutes Essen kann zwar kein Heilmittel für Demenz werden, aber ein Mittel, um Wohlbefinden – nicht nur für Menschen mit Demenz – zu befördern.

Ursula von der Leyen

„Essen und Trinken hält Leib und Seele zusammen“

Ethisch-anthropologische Überlegungen zu Essen und Nahrungsaufnahme

Irmgard Hofmann, München

„Mit Leib und Seele“ gilt im alltagssprachlichen Verständnis als Ausdruck für den ganzheitlichen Menschen. Wer „mit Leib und Seele“ für etwas einsteht, aktiviert sein ganzes Sein für eine Sache, er identifiziert sich damit und aktiviert dafür all seine körperlichen, emotionalen und geistigen Ressourcen. „Mit Leib und Seele“ steht für die Identität und Integrität einer Person.

Wenn Essen und Trinken Leib und Seele – also die Identität eines Menschen - zusammen hält, dann bedeutet Essen und Trinken offenbar weit mehr als die bloße Nahrungsaufnahme zum Lebenserhalt.

Machen wir die Gegenprobe: Essen und Trinken hält Körper und Seele zusammen.

Auch ohne Erläuterung ist erkennbar: Es fehlt beim Begriff des Körpers eine Dimension, die im Leibbegriff offensichtlich enthalten ist. Zum besseren Verständnis möchte ich daher zunächst auf den etwas in Vergessenheit geratenen Begriff des Leibes eingehen.

1. Der Leib als Ausdruck von Identität

Das deutsche Wort „Leib“ hat mehrere Bedeutungsvarianten: In seinem Ursprung ist Leib ein Synonym für Leben, in der Verbindung von „leib-eigen“ als „mit dem Leben zugehörig“. Dann bedeutet das Wort soviel wie „jemand selbst, persönlich“, als „leibhaftig“ anwesend – das umfasst die ganze Person. Die dritte Bedeutung von Leib bezieht sich auf den Bauch, speziell den Unterleib. „Leibschmerzen“ und „Leibesfrucht“ beschreiben diesen Zusammenhang.

„Leib“ wird heute im allgemeinen Sprachgebrauch kaum mehr verwendet: Wir hören davon noch in einzelnen Worten oder Verbindungen wie „Leibgericht“, „wie er leibt und lebt“, oder in der christlichen Kirche, wenn vom „Leib Christi“ oder den „Gliedern eines Leibes“ die Rede ist. Auf der Straße ist das Wort mehr oder weniger verschwunden, vielfach wird es wohl vereinfacht durch Körper bzw. Körperlichkeit ersetzt. Allerdings: sowohl der Herkunft wie den sprachlichen Überresten nach ist offensichtlich, dass die Bedeutung des Wortes „Leib“ über die bloße Körperlichkeit hinaus geht. Leib umfasst neben der Körperlichkeit auch die Sinneseindrücke, die Empfindungen und Emotionen, wie ein Mensch sich selbst wahrnimmt und zum Ausdruck bringt. Denken wir an unsere Sprache, die den leiblichen Zusammenhang noch zeigt: „Das geht mir an die Nieren.“ „Etwas schlägt mir auf den Magen“ „Das raubt mir die Stimme.“ „Mir zerspringt der Kopf.“ „Etwas zwingt mich in die Knie.“ „Mir läuft die Galle über.“ „Das hat ihm das Rückgrat gebrochen.“ „Ich mag davon nichts hören.“ „Diesen Menschen kann ich nicht riechen.“ „Es ist zum Kotzen.“ All diese Metaphern benennen in der Regel weniger konkrete körperliche Beschwerden, vielmehr werden dadurch emotionale Befindlichkeiten leibhaftig zum Ausdruck gebracht.

Im naturwissenschaftlichen – und das heißt auch im medizinischen Zusammenhang ist der Begriff des „Leibes“ ebenfalls fast völlig aus dem Sprachwortschatz verschwunden. In der modernen Medizin wird praktisch ausschließlich von (menschlichen) Körper, Körperteilen oder Organismus gesprochen. Der Begriff „Körper“ (lat. corpus) ist allerdings in seiner Anwendung keineswegs auf den Menschen oder etwas Lebendiges begrenzt, vielmehr wird Körper als Ausdruck für jedes Gebilde mit räumlicher Ausdehnung¹ verwendet; körperliche Gebilde – auch menschliche Körper bzw. Körperteile - sind zählbar, messbar (Body Mass Index), reparierbar (Chirurgie) und austauschbar (Organtransplantation).

Im Gegensatz dazu ist nach dem Ethiker Otfried Höffe „unter dem menschlichen Leib die

¹ Vgl. Duden: Herkunftswörterbuch

angeborene organische Ganzheit zu verstehen, die durch seelisch-geistiges Erleben und Handeln organisiert und gestaltet wird.“² Das bedeutet, dass zum leiblichen Erleben immer auch die Psyche und das Bewusstsein des eigenen Ich gehört, während der Begriff des „Körpers“ genau von diesem Bewusstsein abstrahiert. Höffe fügt hinzu, dass uns „die Einheit des leiblichen Bewusstseins nicht von selbst gegeben, sondern aufgegeben ist. Wir sind biologisch vorgegebene Körperlichkeit, die aber zugleich wesentlich und willentlich angenommen und vom Bewusstsein organisiert werden muss.“ Erst durch diese Organisation werden wir zu einem „Ich“, zu einer selbständigen leibhaftigen Einheit, durch die wir uns selbst erkennen (Ich-Identität) und gleichzeitig von anderen unterscheiden können.

Der Philosoph Fellmann³ merkt an: „Identität ist keine Eigenschaft, die dem Menschen von Natur gegeben ist, sondern ein praktisches Selbstverhältnis, das er sich erringen muss.“

Wir alle wissen, wie schwierig das angesichts rasanter Veränderungsprozesse in unserer Lebenswelt sein kann – vermutlich kennen viele unter uns eigene – durchaus schmerzliche - Identitätskrisen, weil der Verlust tradierter Identitätsmuster zu neuem Aufbruch zwingt. Denn es geht in der Identitäts(neu)bildung eben nicht nur um die Übernahme neuer oder anderer Rollen, sondern vorrangig darum, neue Handlungs- und Deutungsmuster in unser individuelles Leben zu integrieren: Leib und Seele wieder in Einklang zu bringen.

Im 19. Jahrhundert schockierte der Philosoph Ludwig Feuerbach mit dem Diktum: „Der Mensch ist, was er isst!“ Heute wird dies eher als Kuriosität aufgefasst, doch ein wahrer Kern ist insofern enthalten, als Menschen sehr wohl mit der Wahl des Essens eine Selbstaussage treffen – ohne ganz in dieser aufzugehen. Vegetarier essen kein Fleisch, gläubige Muslime lehnen Schweinefleisch und Alkohol ab, orthodoxe Juden essen koscher, überzeugte Fleischesser machen sich über die „Körnerfresser“ lustig, überzeugte Teetrinker finden Kaffee schrecklich usw. Keine dieser Speisevorschriften oder Vorlieben lässt sich physiologisch, also durch den Organismus bedingt - erklären, da der Mensch dem Verdauungsapparat nach ein sog. Allesfresser ist, also grundsätzlich jegliche Nahrungsmittel zu sich nehmen kann. Auf der symbolischen Ebene dagegen spielt das Was und auch das Wie der Nahrungsaufnahme eine ganz entscheidende Rolle. Essen und Trinken ist für uns Menschen mehr als ein bloß materieller Vorgang, es ist Teil unserer personalen und auch unserer kulturellen Identität.

2. Zum Begriff der Identität

Der Begriff der Identität ist wesentlich von dem Wiener Kunstlehrer und Psychoanalytiker Erik Erikson⁴ geprägt. Demnach gibt Identität eine Antwort auf die Frage „Wer bin ich?“ Dazu gehört die realistische Einschätzung der eigenen Person mit ihrer spezifischen Vergangenheit im Rahmen der jeweiligen Kultur. Dazu gehören auch die Erwartungen der Gesellschaft an die eigene Person sowie der kritischen Auseinandersetzung damit. Identität ist zu verstehen als ein Gefühl von Kontinuität und Differenz, das sich wechselseitig bedingt und fördert. Ein stabiles inneres „Selbst“, das sich auch bei großen äußeren Veränderungen einigermaßen durchhält und unverwechselbar „Ich“ bleibt – oder (manchmal) auch wieder wird.

Zur Identitätsbildung gehört die persönliche Verpflichtung in den Bereichen berufliche Zukunft, Partnerbeziehung sowie religiöse und politische Standpunkte. Grundanliegen des menschlichen Individuums ist das Bemühen, sich selbst zu erkennen und das Streben, sich selbst zu gestalten. Selbsterkenntnis und Selbstgestaltung sind die grundlegenden, die entscheidenden Prozesse in der Identitätsentwicklung. Der Schwerpunkt der Identitätsbildung liegt bekanntermaßen in der Pubertätszeit, doch auch später taucht die Frage: „Wer bin ich?“ und „Wozu gehöre ich?“ – je nach persönlicher Lebenssituation –

² Otfried Höffe: Lexikon der Ethik

³ Ferdinand Fellmann: Kulturelle und personale Identität. S. 30

⁴ Erik H. Erikson: Identität und Lebenszyklus

durchaus wieder auf. Wer diese Fragen längerfristig nicht beantworten kann, wird krank. Dass es eine Verbindung zwischen Essen und Identität gibt, zeigt sich recht eindrücklich bei krankhaften Essstörungen wie Magersucht und Bulimie; diese Essstörungen gelten aus Ausdruck für ausgeprägte Identitätskrisen, einem Auseinanderfallen von Selbstbild und Fremdbild, das insbesondere in der Adoleszenzphase auftritt, aber auch später nicht ausgeschlossen werden kann. Lady Di ist wohl das berühmteste Beispiel dafür...

3. Funktionen der Identität⁵

Personale Identität, das untergründige aber kontinuierliche Bewusstsein von Ich – im Sinne von „Ich denke, ich fühle, ich spüre..“ ist zugleich Voraussetzung und Ausdruck dafür, wie wir uns zu uns selbst und zu unserer Umwelt verhalten. Wem dieses Bewusstsein von „Ich“ verloren geht, der leidet an Orientierungslosigkeit, verliert mit dem Bezug zu sich selbst auch den Bezug zur Umwelt. Personale Identität ist die Voraussetzung zur Entwicklung stabiler Beziehungen ebenso wie für die Aneignung theoretischen und praktischen Wissens, indem das Ich verschiedene Vorstellungen für sich zu einem verständlichen Ganzen vereint. Im Bereich moralischen Handelns wird es noch deutlicher: Moralische Handlungen sind definitiv an Personen gebunden und setzen eine gewisse „Zurechnungsfähigkeit“ voraus. Moralisches Handeln, eigene Lebensgestaltung nach reflektierter sittlicher Überzeugung ist nachgerade ein permanenter Aufbau von personaler Identität. Ähnliches lässt sich von kreativem Leistungen sagen. Kreativität, die sich etwa in künstlerischem oder sozialem Schaffen zeigt, trägt ebenfalls zur Identitätsbildung bei, ist Ausdruck individueller Phantasie.

Wir haben im Laufe unseres Lebens viele Rollen inne: als Tochter oder Sohn, Mann oder Frau, Mutter oder Vater, Arbeitnehmerin, Verwandter, Vereinsmitglied, Politiker, Freundin, Konkurrent, Christ, Bürger etc. Personale Identität, die Fähigkeit, sich mit sich selbst identifizieren zu können, zeigt sich darin, dass wir diese Rollen nicht bloß spielen, sondern sie mit Leben erfüllen und als Teil unserer individuellen Geschichte zu einer Einheit zusammenführen, die „Ich“ sagen kann, die „mit Leib und Seele“ zu sich steht.

4. Personale Identität im sozio-kulturellem Kontext

Die personale Identitätsentwicklung geschieht allerdings nicht im luftleeren Raum, sondern in einem prägenden, Orientierung bietendem soziokulturellen Kontext. Makroperspektivisch heißt das etwa: Wir leben in Deutschland, mitten im christlich geprägten Europa, mit geografisch abwechslungsreichen Gebieten in gemäßigttem Klima. Es ist ein wirtschaftlich erfolgreiches Land mit demokratisch-föderaler Struktur, reichem Kulturerbe und einer oft blutigen Geschichte. Auch wer nicht immer glücklich ist mit den Gegebenheiten unseres Landes, kann den identitätsstiftenden Charakter national-geografischer Zugehörigkeit dennoch kaum leugnen.

Auf der Mikroebene leisten Familie, Nachbarschaft und Schule mit ihren vielfältigen Bezügen und in regionaler Zugehörigkeit den identitätsstiftenden Kontext. Personale Identitätsentwicklung geschieht dauerhaft in der individuellen Auseinandersetzung mit der jeweiligen soziokulturellen Umgebung, ich kann das Angebotene für mich annehmen oder auch ablehnen, mich integrieren oder abgrenzen, das gilt auch für Essen und Trinken.

5. Essen und Trinken ist Teil leiblichen Selbstausdrucks.

Wir müssen Essen und Trinken, um zu überleben. Doch nur im konkreten existentiellen Überlebenskampf werden wir alles irgendwie Essbare – ohne Rücksicht auf Geschmack, Hygiene, Tradition oder Kultur – hinunterschlucken und selbst dann ist es nicht sicher.

Im Normalfall unterscheiden wir – häufig unbewusst – aber doch ziemlich genau, was, wann und auch wie bzw. mit wem wir essen.

Der Vorgang des Essens und Trinkens lässt sich nicht auf den Stoffwechsel reduzieren, er

⁵ Ich beziehe mich in bei diesem Beitrag wesentlich auf einen Aufsatz von Ferdinand Fellmann: „Kulturelle und personale Identität“ von 1997.

hat ganz viele Facetten: Ich esse, weil ich Hunger oder auch nur Appetit auf etwas habe. Mit anderen Menschen Essen gehen ist verknüpft mit der Freude auf das Zusammensein, auch mit der Freude auf etwas Besonderes. Gemeinsame Mahlzeiten in der Familie sind Zeiten der Begegnung und des Austausches über den Tag. Wenn es etwas zu feiern gibt, ist das mit Essen und Trinken verbunden; Feiern ist ein Ausdruck der Freude, des Teilen wollens mit Anderen: Hochzeitsfeiern ohne Essen und Trinken sind – zumindest in den mir bekannten Kulturen nahezu unvorstellbar und ein echter Affront gegen die Gäste. In der Kirche „gemeinsam Mahl feiern“ drückt meine Verbundenheit mit Christus und den anderen Christen aus.

Manchmal esse ich nur, weil ich Lust dazu habe, manchmal auch aus Frust. Wenn ich meine Mutter besuche, schlage ich mir den Bauch voll, weil ich ihre Kochkunst liebe und nicht weiß, wie lange ich noch Gelegenheit dazu haben werde. Hin und wieder allerdings „schlägt mir etwas auf den Magen“ oder mir ist schlecht, dann esse ich wenig oder nichts.

In Zeiten harter körperlicher Arbeit hatten in den meisten Küchen große Portionen deftiger, kalorienreicher Speisen Vorrang. Heute, wo viele Menschen mangels ausreichender Bewegung mit Übergewicht kämpfen, wird immer häufiger leichte Kost bevorzugt. Außerdem soll Kochen schnell gehen, weil kaum mehr jemand die Zeit hat –bzw. sich die Zeit nimmt –, stundenlang am Herd zu stehen. Oder der neue Trend: Man lädt nicht mehr zum Essen ein sondern zum gemeinsamen Kochen... man denke nur an die unzähligen Kochsendungen im Fernsehen.

Manche Menschen brauchen unbedingt drei Mahlzeiten am Tag, andere finden das viel zu viel, die nächsten wiederum sagen, lieber fünf kleine als eine große Mahlzeit. Hier spielt sicher die permanente Berieselung der Werbung über „gesunde Ernährung“ eine große Rolle.

Die Aufforderung „Lass uns etwas trinken gehen!“ dürfte kaum jemand so verstehen, als ginge es nur darum, den körperlichen Durst zu löschen. Vielmehr wird damit signalisiert, da wünscht jemand Gesellschaft, möchte der Andere vielleicht mit mir reden oder auch nur mit mir zusammen sein. In Mittel- und Norddeutschland geht man dazu in die Kneipe, gerne an den Tresen, in Süddeutschland vielfach ins Wirtshaus oder im Sommer in den Biergarten. Trotz aller Globalisierung auch der Essensgewohnheiten spielen regionale Bezüge in der Wahl der Speisen nach wie vor eine große Rolle. Weißwürste werden sicher nicht mit Hannover in Verbindung gebracht, umgekehrt wissen die wenigsten Bayern etwas mit Grünkohl anzufangen.

6. Demenzkrankheit – allmählicher Zerfall der leiblichen Existenz

Ungeachtet der Entstehungsursache zeigt sich dementielle Veränderung in einem zunehmenden Verlust von Orientierung und Ich-Identität. Häufig beginnend mit einer gewissen „Vergesslichkeit“ folgen zeitliche und räumliche Desorientierung bis hin zu der Unfähigkeit, die engsten Familienmitglieder zu erkennen oder sich selbst im Spiegel. Demenzkrankheit ist eine chronische Krankheit, die unausweichlich zum Tode führt. Ein sichtbares Merkmal ist der zunehmende Verlust einer stabilen Ich-Identität sowie ein allmählicher körperlicher Verfall. Nach dem eingangs geschilderten Verständnis von Leiblichkeit könnte man auch sagen, der Leib zerfällt zusehends.

Mir sind keine verifizierten Studien bekannt, wann bzw. in welchem Stadium die Lust oder auch die Fähigkeit zu Essen und zu Trinken bei dementieller Krankheit tatsächlich verloren geht. Aus den wenigen persönlichen Erfahrungen im Umgang und in der direkten Pflege von demenzkranken Menschen und aus Gesprächen mit Altenpflegerinnen ergibt sich für mich aber folgendes Bild: Zu Beginn aber auch in fortgeschrittenem Stadium essen und trinken demenzkranke Menschen sehr wohl. Voraussetzung ist, dass es sich um Speisen und Getränke handelt, die sie mögen und das heißt oftmals süße Sachen. Gehörten zu ihrer Biografie feste Essenszeiten, dann löst der Hinweis auf die bekannten Zeiten nahezu

reflexhaft die Bereitschaft aus, jetzt eine Mahlzeit einzunehmen. Anders herum, stimmt die Zeit nicht, wird auch der Nachmittagskaffee abgelehnt. In Gesellschaft mit anderen essen sie leichter und mehr als wenn sie alleine essen sollen. Das Hunger- und Durstgefühl nimmt im Alter nachgewiesenermaßen ab, darüber scheinen sich Ernährungswissenschaftler einig zu sein.⁶ Demenzkranke Menschen sind in der Regel alt, auch für sie dürfte entsprechend gelten, dass sie Hunger und Durst weniger empfinden. Von daher ist die Wahrscheinlichkeit, dass sie Essen und Trinken schlicht vergessen, sehr hoch, eben weil das entsprechende Mangelgefühl fehlt, sie nicht an Hunger und Durst leiden. In einem Münchner Altenheim steht daher in allen Räumen jederzeit greifbares, Appetit anregendes „finger food“, sehr zum Entsetzen der Hygieniker und auch des MDK, aber der Erfolg gibt der Einrichtungsleitung recht. Die Ernährungssituation der alten Leute hat sich deutlich verbessert, auch wenn ihr Körpergewicht weiterhin nicht dem vom MDK empfohlenen Body-Mass-Index entspricht. Aber der Schluss, der sich daraus ziehen lässt und den wir durchaus auch aus eigenem Erleben kennen: Selbst wenn wir keinen Hunger haben und wir sehen etwas Appetitliches zum Essen, greifen wir dennoch zu – aus purer Lust.

Trotzdem – und auch das gehört zum Bild: Langfristig können viele demenzkranke Menschen gar nicht so viel essen und trinken, dass sie nicht – entsprechend ihrem hohen Kalorienverbrauch – abmagern würden. Natürlich kann das Probleme in der Pflege verursachen, aber mir scheint, die müssten handhabbar sein.

Und irgendwann kommt bei allen der Zeitpunkt, wo sie wenig bis gar nichts mehr zu sich nehmen wollen, egal mit welchen Tricks ihnen etwas angeboten wird. Häufig geht das Hand in Hand mit zunehmender Immobilität. Oft könnten sie noch schlucken, aber sie tun es nicht mehr (funktionale Schluckstörung), manche wehren sich vehement gegen alle Versuche, sich Essen eingeben zu lassen, kneifen den Mund zu, spucken aus usw.

Ist es vermessen die These aufzustellen, dass demenzkranke Menschen damit ihre autonomen Restfunktionen, die noch bestehende leibliche Restintegrität nutzen, um uns kurz vor dem endgültigen Zerfall ihrer Leiblichkeit mitzuteilen, dass jetzt der Zeitpunkt des Sterbens gekommen ist? Könnte es sein, dass sie spüren, der Tod naht! Könnte es sein, dass damit das Bedürfnis, „Leib und Seele zusammenzuhalten“ dem Einverständnis zum Sterben weicht?

Spätestens jetzt taucht die Frage nach der PEG, nach künstlicher Ernährung über eine Bauchsonde auf.

7. Der Begriff der Ernährung

Laut Zeit-Lexikon ist Ernährung „die Aufnahme der Nahrungsstoffe für das Wachstum, die Erhaltung und die Fortpflanzung eines Lebewesens“ und weiter: „die aufgenommenen Nährstoffe werden im Verdauungskanal in eine lösliche und damit resorbierbare Form gebracht, mit dem Blut in die verschiedenen Gewebe transportiert und dort in den einzelnen Zellen mit Hilfe von Enzymen abgebaut.“ Ernährung ist also ein Wort aus der Wissenschaftssprache und hat mit unserem Alltagserleben wenig gemein - auch wenn alle Lebewesen Nahrung brauchen, um ein primäres, existentielles Bedürfnis zu decken.

Ludwig Wittgenstein brachte der Philosophie bei, dass ein Wort, ein Begriff aus seinem Gebrauch in der Alltagssprache lebt. Wie gebrauchen Sie den Begriff „Ernährung“? Welche Assoziationen verbinden Sie damit? Ich selbst esse und trinke sehr gerne, aber ich denke selten daran, dass ich mich ernähre – obwohl das natürlich auch der Fall ist. Zu Ernährung fällt mir aber automatisch das Gesundheitsdiktat ein: „Ernähren Sie sich gesund. Bleiben Sie fitt!“ Der Begriff der Ernährung ist für mich verbunden mit Diäten und Kalorienzählen, mit Künstlichkeit (Du darfst), Vitaminzusätzen, Verdauungsproblemen, Orientierung am Body-Mass-Index, sowie nicht essen oder trinken dürfen, was mir schmeckt, weil es ungesund sei.

⁶ Vgl. dazu die Studien der Deutschen Gesellschaft für Ernährung DGE und für Ernährungsmedizin DGEM

Um nach dieser Aufzählung einem Missverständnis vorzubeugen: Ich lehne keineswegs gesundes Essen ab; gesundes Essen bedeutet für mich aber sehr viel mehr als zähl- und messbare Einheiten. Dazu gehört, dass das Essen appetitlich angerichtet ist, es mir schmeckt, der Zeitpunkt stimmt, am liebsten noch mehrere Menschen mitessen und niemand davon spricht, er müsse jetzt eigentlich fasten.

Der Ernährungsbegriff abstrahiert von all diesen Dingen. Ernährung steht für ein primär körperbezogenes Konzept und setzt vor allem auf das physische Optimum eines lebenden Organismus. Demnach ist gesund, wenn Eiweiß, Kohlehydrate, Fett, Vitamine und Mineralstoffe in richtiger Menge und in rechtem Verhältnis zueinander aufgenommen werden. Das teilen uns Ernährungswissenschaftler und auch die Pharmaindustrie unermüdlich mit. Leibliche Integrität im Sinne eines Selbstverhältnisses des Menschen zu sich selbst und zu seiner Umwelt spielen dabei keine Rolle.

Dafür spricht auch die Definition der „Mangelernährung“ von der Deutschen Gesellschaft für Ernährung in ihrer Broschüre „Mangelernährung im Alter“.⁷

„Mangelernährung ist definiert als ein Zustand des Mangels an Energie, Protein oder anderen Nährstoffen, der mit messbaren Veränderungen der Körperfunktionen verbunden ist, einen ungünstigen Krankheitsverlauf zur Folge hat und durch Ernährungstherapie reversibel ist.“

8. Ernährung über PEG-Sonde

Seit 1982 ist es möglich, Menschen, die nicht mehr selbsttätig essen und trinken können, Nahrung und Flüssigkeit über die sog. PEG, (percutane endoskopische Gastrotomie), die „Bauchsonde“, zuzuführen. Diese Möglichkeit ist in vielen Fällen ein echter Segen. Die PEG löste damit die Nahrungszufuhr über die Nasensonde ab, den oft quälenden Schlauch im Hals ernährungsbedürftiger Menschen. Eine PEG ermöglicht es auch, eine langfristige Ernährung über die Venen, also durch Infusionen abzulösen, was aus vielen Gründen deutlich weniger belastend für die Menschen ist.

Damit können etwa auf Intensivstationen lange Leidenszustände überbrückt werden, bis ein Mensch wieder selbsttätig essen kann. Menschen mit organisch bedingten Schluckstörungen, wie sie z.B. bei Krebs oder diversen Muskelerkrankungen auftauchen können, müssen nicht mehr daran zugrunde gehen. Die meisten Menschen mit diesen Erkrankungen sind bei vollem Bewusstsein, sie leiden tatsächlich an Hunger- und Durstgefühlen und sie können einer Sonde zustimmen oder sie auch ablehnen. Wie gesagt, die Erfindung der PEG ist ein echter Segen.

Aber wie bei vielen Dingen, kann einer segensreichen Erfindung auch ein Fluch anhängen. Anders formuliert: Jede Medaille hat zwei Seiten und die größte Stärke eines Verfahrens ist oft zugleich ihre größte Schwäche. Die PEG ist relativ einfach zu legen, das Ernährungsverfahren standardisiert, die Kostenfrage geklärt. Das verleitet dazu, keinen echten Abwägungsprozess im Einzelfall mehr durchzuführen. Im Deutschen Ärzteblatt vom September 2001 wird berichtet, dass jährlich 140.000 neue PEG-Sonden gelegt werden, davon 98.000 (70 %) bei Heimbewohnerinnen. Davon wiederum über 50 % bei Menschen mit fortgeschrittener Demenz, die „die Nahrungsaufnahme verweigern“, das sind etwa 50.000 Menschen. Die Zahlen dürften heute noch höher ausfallen, da die Zahl demenzkranker Menschen zunimmt und der individuelle Abwägungsprozess weiterhin kaum die Regel sein dürfte. Schon gar nicht angesichts der regelmäßigen Katastrophenmeldungen über Fehl-, Mangel-, und unterernährte Menschen im Alter.

Prof. Gerd Richter, Gastroenterologe und Medizinethiker in Marburg kommt zu folgenden

⁷ Deutsche Gesellschaft für Ernährung in Zusammenarbeit mit dem Bundesministerium für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz: „Mangelernährung im Alter“, Stand 12/2006, <http://www.dge.de/pdf/fitimalter/Flyer-Mangelernaehrung-im-Alter.pdf>

Schlüssen⁸:

1. Die Entwicklung von großen Schwierigkeiten bei der Nahrungsaufnahme von Menschen mit fortgeschrittener Demenz ist meist gekoppelt an die Situation der völligen Hilfsbedürftigkeit in allen Aktivitäten des täglichen Lebens. „Gerade die Probleme mit dem Essen bei diesen Patienten können als Anzeichen dafür gesehen werden, dass diese Patienten sich im Endstadium ihrer Demenzerkrankung befinden... Die hier festgestellten Symptome entsprechen denen von Menschen, die sich wegen anderer Erkrankungen, z.B. Tumoren, im Endstadium befinden.“
2. In einer Literaturrecherche von Finuncane et al. wurden alle Arbeiten „zum Thema enterale Ernährung bei Patienten mit fortgeschrittener Demenz aus den Jahren 1966-1999 zusammen gestellt. Das Ergebnis: Die Daten stützen in keiner Weise die Annahme, dass eine Sondenernährung in diesem Stadium irgendeine Verbesserung der Situation darstellt, vielmehr droht eher eine Verschlechterung im sozialen Bereich.
 - PEG-Sonden führen zu keiner signifikanten Lebensverlängerung gegenüber jenen Menschen, die per Hand gefüttert werden.
 - Aspiration (Verschlucken) und entsprechend Aspirationspneumonien werden nicht reduziert
 - Der Gewichtsverlust und die Mangelernährung wird dadurch nicht aufgehoben.
 - Die Lebensqualität wird aller Wahrscheinlichkeit nach kaum positiv beeinflusst, weil a) fraglich ist, ob Patienten im Endstadium der Demenz fehlende Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme überhaupt als Belastung wahrnehmen, b) die Vielfalt möglicher Komplikationen der Sondenernährung die Belastung tendenziell erhöhen und c) die Entscheidung zur Sondenernährung in der Regel dazu führt, dass die Versuche, Essen einzugeben und damit auch ein Geschmacks- und Zuwendungserlebnis zu ermöglichen, eingestellt werden.

9. Zurück zum Ausgangspunkt

„Essen und Trinken hält Leib und Seele zusammen.“ Das vorgängige Bewusstsein unserer Leiblichkeit ist Voraussetzung und Ausdruck unseres Verhältnisses zu uns selbst und zu unserer Umwelt, unserer personalen und kulturellen Identität. Der Begriff „Leib“ weist somit weit über den bloßen Körper oder Organismus hinaus.

Essen und Trinken sind einerseits elementare körperliche Bedürfnisse insofern, als wir sterben, wenn wir unseren Körper nicht ernähren. Essen und Trinken sind aber auch Teil unserer sozio-kulturellen Identifikation und ebenfalls Ausdruck unseres Selbst im Verhältnis zu uns selbst und zu anderen. Das gilt auch, wenn wir die Nahrungsaufnahme ablehnen.

Menschen mit dementieller Erkrankung verlieren zusehends ihren Bezug zu sich selbst und ihrer Umwelt. Ihre leiblich-geistige Einheit gerät langsam aus den Fugen, bruchstückhaft wird das Erleben – soweit dies von Außen beurteilbar ist. Je mehr ihre Welt aus den Fugen gerät, desto mehr brauchen sie orientierende Zuwendung. Dies geschieht z.B. auch darin, dass ihnen immer wieder die Möglichkeit von appetitanregendem Essen und Trinken angeboten wird. Trotzdem kommt der Zeitpunkt, wo sie nichts mehr annehmen wollen, Essen und Trinken immer häufiger ablehnen. Meine These lautet: Demente Menschen spüren, wann der Zeitpunkt gekommen ist, wo „Essen und Trinken nicht mehr Leib und Seele zusammen hält“, sondern der Tod sich meldet, aber sie können sich uns nicht mehr anders mitteilen, als eben

⁸ Ernährungs- und Flüssigkeitstherapie bei terminal kranken Menschen in „Ernährungsmedizin. Prävention und Therapie“, 3. Auflage 2006

durch die regelmäßige Ablehnung von Essen und Trinken.

Spätestens in dieser Phase stellt sich die Frage nach Ernährung über PEG-Sonde. Dabei sollte uns aber bewusst sein, dass diese Ernährungsform nur anbietet, dem Körper die zum organischen Überleben erforderlichen Nährstoffe zuzuführen. PEG-Sonden ernähren ausschließlich den Körper. Der Leiblichkeit zugehörige Wahrnehmungen, die nicht nur, aber auch über „normales“ Essen und Trinken vermittelt werden wie Schmecken, Riechen, Schlucken, Zuwendung, Nähe, Austausch, Beziehungsgestaltung, kulturelle Zugehörigkeit etc. werden damit nicht substituiert. Eher im Gegenteil: Mit dem Nicht-Akzeptieren ihres Nicht-mehr-Essen-Wollens (bei natürlich regelmäßigem Angebot), oft noch moralisch negativ konnotiert mit der Aussage „verweigert Nahrungsaufnahme“ berauben wir meines Erachtens nach die betroffenen Menschen ihrer letzten Möglichkeit, in leiblicher Integrität aus dem Leben zu scheiden. Und darin sehe ich persönlich eine echte Verletzung der menschlichen Würde.

Warum ißt ein demenzkranker Mensch nicht?

Schluckstörungen bei Demenzkranken – Ursachen und Interventionsmöglichkeiten

Hendrik Leßmann, Priv.Doz. Dr. med. Alexander Rösler, Hamburg

Die Häufigkeit und Ausprägung von Dysphagien (hier im Sinne einer Störung des Nahrungsbolustransports durch Mund und Pharynx) bei Patienten mit demenziellen Syndromen sind kaum untersucht. Es ist unbestritten, dass Pneumonien die häufigste Todesursache bei Demenzerkrankten ist. Es wird angenommen, dass diese Pneumonien zum großen Teil Aspirationspneumonien sind. Dysphagien sind eine der wichtigsten Ursachen von Aspirationspneumonien, zu deren Risikofaktoren aber auch Immobilität, schlechter Ernährungszustand, Immunschwäche und schlechte orale Hygiene gehören. Ob eine Verbesserung der Schluckstörung zu einer Reduktion von Aspirationspneumonien und damit zu einer Senkung der Mortalität führt, ist nicht bekannt.

Wir untersuchten retrospektiv mit Hilfe der Fiberoptischen Endoskopischen Evaluationen des Schluckens (FEES) 581 Patienten im Albertinen Haus seit 2001. Nur 46 davon hatten die Hauptdiagnose einer Demenz. Patienten mit HNO-ärztlichen Erkrankungen und Schlaganfällen in den vergangenen 6 Wochen wurden ausgeschlossen. Die Patienten wurden jeweils nach Schluckscreening (Wasserschlucktest) oder pflegerischen Auffälligkeiten bei der Nahrungsaufnahme und nach logopädischer Untersuchung zur FEES angemeldet. Das Vorgehen und die Ergebnisse sind in Abb. 1. dargestellt.

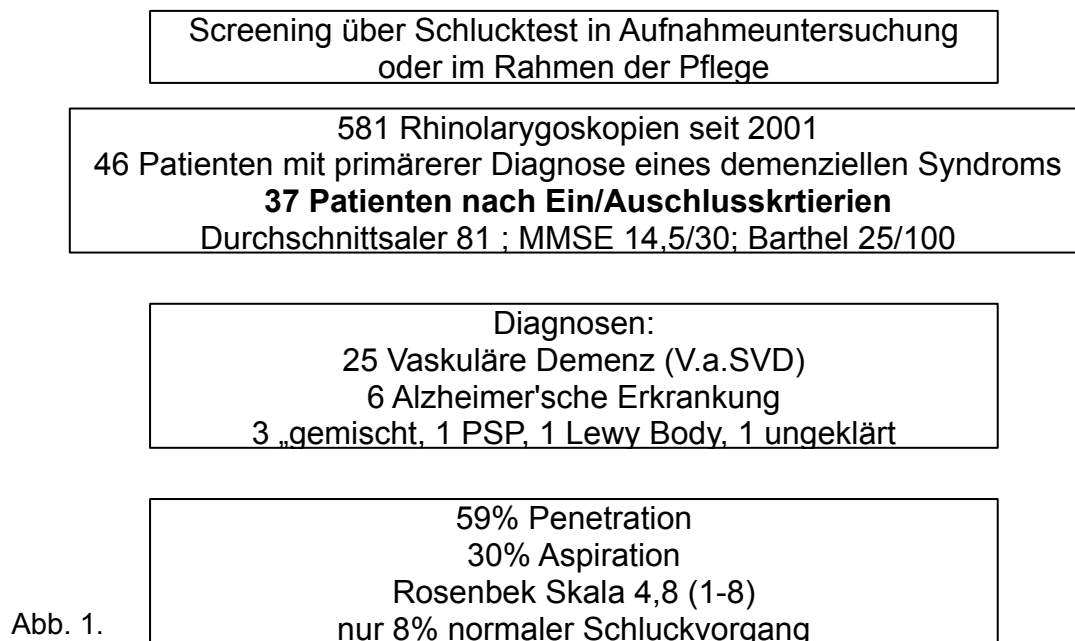


Abb. 1.

Nur 8 der allerdings vorselektierten Patienten zeigten einen völlig normalen Schluckvorgang. Dreißig Prozent aspirierten bei der Untersuchung. Des Weiteren wurde untersucht, inwieweit die Einschränkungen des Schluckvorgangs (Rosenbek Skala) mit dem Ausprägungsgrad der Demenz (anhand des Mini-Mental Status) und der Aktivitäten des täglichen Lebens (Barthel Index), korrelierten. Es fand sich kein signifikanter Zusammenhang bei der Gesamtgruppe. Nach diagnostischen Gruppen aufgeteilt, fand sich bei den wenigen Patienten mit Alzheimer'scher Erkrankung ein signifikanter Zusammenhang zwischen MMSE und Ausprägung der Schluckstörung. Da nur 6 Patienten an einer wahrscheinlichen Alzheimer Erkrankung litten, bedarf dieses Ergebnis einer weiteren Prüfung. Ein fehlender Zusammenhang zwischen Demenzgrad und Ausprägungsgrad der Schluckstörungen ist bei der heterogenen Gruppe Vaskulärer Demenzen einerseits und dem weit verteilten Netz der

neuronalen Zentren, die am Schluckvorgang beteiligt sind, nicht verwunderlich. Die Zunahme einer Schluckstörung mit Zunahme der Demenzausprägung bei der Alzheimer'schen Erkrankung wäre bei einem symmetrischen kortikalen Degenerationsprozess, der auch z.B. für das Schlucken so wesentliche Zentren wie die Inselregion und die Opercularregion betrifft, gut erklärbar.

Die gewonnenen Ergebnisse fügen sich gut ein in das Bild, welches man von den bisherigen wenigen Untersuchungen der Dysphagie bei Demenzpatienten hat. Eine Übersicht bietet Tabelle 1.

Publikation	Methoden	Hauptergebnisse
Feinberg et al., Radiology 1992	Prospektiv, n=131 Mittelschwer-schwere Demenz Videoflourooskopie	Mittelschwer-schwere Demenz In 21% geänderte Therapie Zuordnung Dysphagie zu Demenztyp nicht möglich
Horner et al., Alz Dis Assoc Dis, 1994	Prospektiv, n=25 Mittelschwer-schwere Alzheimer'sche Erkrankung Videoflourooskopie	24% Aspiration: Schwer dement/moderat: 44/13% 84% patholog. Befunde: Verlangsamte Reinigung, Verlängerte orale Phase Verzögerte Reflextriggerung
Priefer et al., Dysphagia 1997	Prospektiv, n=25 (10 leichtgradige Patienten mit Alz. Erkrankung, 15 Kontrollen) Videoflourooskopie	Verlängerte orale Transitzeit für krümelige Konsistenzen, Verlängerte Schluckzeit für Flüssigkeiten

Danach ergibt sich folgende Zusammenfassung: zwischen 24-74% von mittelgradig oder schwer betroffenen Demenzpatienten zeigen bei Schluckuntersuchungen eine Aspiration. Bei leichtgradig betroffenen Patienten mit Alzheimer'scher Erkrankung scheinen orale Transportstörungen im Vordergrund zu stehen. Zumindest bei Patienten mit Vaskulärer Demenz ergibt sich kein Zusammenhang zwischen Demenzgrad und Grad der Schluckstörungen. Ausführlichere Untersuchungen und insbesondere Therapiestudien bei diesen Patienten erscheinen dringen erforderlich.

Logopädische Therapie von Demenzerkrankten mit Dysphagie

Dysphagietherapie ist berufsübergreifend und interdisziplinär: Envolviert und engagiert sind Logopäden, Pflegende, Ergotherapeuten, Ärzte, Angehörige u.a. Dysphagietherapie ist in Deutschland Teil der Ausbildung zum Logopäden. Ziel logopädischer Dysphagietherapie ist eine ausreichende, sichere Ernährung zu erreichen mit möglichst geringen Einschnitten in die Lebensqualität. Dabei stehen nach Anlage einer PEG Sicherheit und Lebensqualität im Vordergrund.

Therapieverfahren der logopädischen Dysphagietherapie sind

- a) restituierend,
- b) kompensatorisch
- c) adaptierend.

Ad a)

Ziel restituierender Therapie ist, eine verlorene oder reduzierte Funktion (hier des fazio-oralen Traktes) wieder verfügbar zu machen.

Zum Beispiel mittels:

- Tonusregulation
- Anbahnung physiologischer Bewegungen / Koordination
- Verbesserung der Wahrnehmung (taktil, thermal, Geschmack)

Maßnahmen restituierender Therapie können beispielsweise sein:

aus der FDT (Funktionelle Dysphagie Therapie):

- Widerstandsübungen, Bewegungsübungen
(Shaker-Maneuver, Masako-Maneuver, effortful swallowing)
- Kräftigung der Artikulation
- Thermosonden-Stimulation, Vibration
- gustatorische Reize
- Nach Möglichkeit Erarbeitung eines Eigen-Übungsprogrammes

aus der F.O.T.T. (Fazio-Orale-Trakt-Therapie nach K. Coombs):

- Ganzheitlicher Einbezug der Wechselwirkung von Haltung, Tonus, Atem, Stimme, Schlucken.

Ad b)

Ziel der kompensatorischen Therapie: Maßnahmen erarbeiten, die während der Mahlzeit einen optimalen Einsatz verbliebener Restfunktionen ermöglichen.

Zum Beispiel:

- Portionierungsstrategien
- Reinigungsstrategien
- Handlungsveränderung / Lagerung

Ad c)

Ziel adaptierender Therapie ist eines Anpassung des Umfeldes, um einen optimalen Einsatz verbliebener Restfunktionen zu ermöglichen.

Zum Beispiel:

- strukturierende und sichernde Essensbegleitung
- Lagerung
- Ess- und Trinkhilfen
- Art der Darreichung (Löffeldruck, fingerfood)
- Diätetik (Konsistenz der Speisen und Getränke, Geschmack, Temperatur)

Therapiebegleitend nimmt Angehörigenarbeit großen Raum ein.

Die Therapieinhalte sind unterschiedlich gewichtet abhängig von der Schwere der Demenz, d.h. dem erreichbaren Grad verlässlicher Mitarbeit. Bei ungenügender Akzeptanz oder Mitarbeit des Erkrankten bleiben adaptierende Therapieverfahren und Angehörigenarbeit wichtige Maßnahmen.

Somit kann eine logopädische Intervention bei Demenzerkrankten mit Dysphagie aus einer begrenzten oder fortlaufenden erhaltenden Übungstherapie bestehen, oder nach wenigen diagnostisch-beratenden Einheiten sinnvoll beendet sein.

Warum ißt ein demenzkranker Mensch nicht?

Versuch einer Antwort aus pflegerischer und sozialpsychologischer Sicht

Bettina Rath, Wetzlar

Vorbemerkung:

Auch nicht-demenzkranke alte Menschen essen häufig zu wenig und verlieren an Gewicht. Im Unterschied zu den demenzkranken Menschen kommt es jedoch ganz selten vor, dass sie überhaupt nichts mehr essen und infolgedessen zu verhungern drohen, ein Risiko, welches bei Demenzkranken in allen Krankheitsstadien durchaus gegeben ist. Das macht die Problematik besonders dramatisch und die Suche nach Ursachen und daraus abgeleiteten Lösungsversuchen so unerlässlich.

In meinen Ausführungen sind die Gründe für ein Nicht-Essen, die in den Bereich der Medizin fallen, nicht thematisiert, obwohl sie unbedingt in Betracht zu ziehen sind, wenn es darum geht, die Ursachen einer Nahrungsverweigerung bei einem demenzkranken Menschen zu erkennen, also z .B. zusätzliche Erkrankungen, auch Fieber oder sogar schon eine Erkältung, welche nach unserer Erfahrung zu einer kompletten Essensverweigerung führen kann, Schluckstörungen, körperliche Schmerzen oder Unwohlsein, Probleme mit den Zähnen und insgesamt im Mundbereich, Obstipation, allgemeine Mangelzustände, auch Vitaminmangel, und, ganz besonders wichtig, Nebenwirkungen von Medikamenten, und zwar nicht nur Psychopharmaka, sondern z.B. auch Antibiotika. Alles Genannte und vieles mehr kann die körperliche Ursache dafür sein, dass ein demenzkranker Mensch nicht isst.

In meinem Vortrag geht es also nur um pflegerische und sozialpsychologische Aspekte der Frage, warum demenzkranke Menschen nicht essen.

Woran liegt es, dass sie, anders als die Gesunden, nicht nur schlecht essen, sondern dass es gar nicht so selten vorkommt, daß sie gar nicht essen? Es gibt dafür zahlreiche Gründe, und es muß bei jedem einzelnen demenzkranken Menschen, der nicht oder dramatisch zu wenig isst, herausgefunden werden, welcher Grund oder welche Gründe ausschlaggebend sind. Ich versuche im Folgenden, die Flut möglicher Ursachen, die speziell bei demenzkranken Menschen vorliegen können, ein wenig zu bündeln und zu systematisieren.

Nicht essen können – nicht essen wollen

In der Literatur wird bei der Frage der Ursache primär danach unterschieden, ob der demenzkranke Mensch nicht essen kann oder ob er nicht essen will, ob also eine mangelnde Fähigkeit zur Nahrungsaufnahme vorliegt (orale Dyspraxie) oder eine Nahrungsverweigerung (Resistenz) Die Unterscheidung zwischen Können und Wollen ist durchaus hilfreich, die Zuordnung allerdings nicht immer leicht.

1. Beginnende Demenz

Schauen wir uns die Situation eines alleinlebenden Menschen mit beginnender Demenz an einem Beispiel an, eine Situation, wie ich sie sehr häufig als gesetzliche Betreuerin erlebe. Herr Paul, der alleine zu Hause lebt, hatte sich den linken Arm gebrochen und die ambulante Nachbehandlung nicht wahrgenommen, so dass der Bruch schlecht verheilte. Als er deshalb wieder ins Krankenhaus kam, wurde eine gesetzliche Betreuung eingerichtet. Zu dieser Zeit ging er täglich zum Mittagessen in ein benachbartes Seniorenstift und kaufte sich regelmäßig Brot, Butter Marmelade, Aufschnitt, Kaffee und Milch. Dies alles bezahlte er mit seinem Geld, welches er sich von der Sparkasse holte. Wenn ich ihn morgens besuchte, saß er gemütlich frühstückend in seiner Küche und las Zeitung. Nach einiger Zeit bemerkte ich, dass er abnahm, stellte fest, dass der Kühlschrank leer war und er laut telefonischer Anfrage nicht mehr regelmäßig zum Mittagessen in das Seniorenstift ging. Er beteuerte mir aber, täglich drei Mahlzeiten zu sich zu nehmen und lehnte meinen Vorschlag, Essen auf Rädern zu

bestellen, mit großer Heftigkeit ab. Er versicherte mir, dass er dieses Essen, wenn ich es für ihn bestellen sollte, sofort wieder zurückschicken würde.

Fazit: Herr Paul kann nicht essen, weil er, bedingt durch seine Demenz, nicht in der Lage ist, sich Essen zu beschaffen. Er will aber auch nicht essen, weil die Rahmenbedingungen, die ihm das Essen ermöglichen würden, für ihn nicht akzeptabel sind. Zwar hat er Hunger, würde auch gerne essen, aber „Essen auf Rädern“ kommt für ihn, der in seiner Selbstwahrnehmung topfit und in keinster Weise hilfsbedürftig ist, überhaupt nicht in Frage. Er kauft ja täglich ein und nimmt ebenso täglich eine warme Mahlzeit zu sich. Was soll also dieser schwachsinnige Vorschlag von „Essen auf Rädern“? Würden Sie es akzeptieren, wenn ich für Sie ab übermorgen Essen auf Rädern bestellen würde?

2. Demenz im mittleren Stadium

Schauen wir nach dem Wollen und dem Können im mittleren Stadium der Demenz.

2.1 Nicht essen können infolge von kognitiven Störungen

Nicht essen können demenzkranke Menschen u.a. aufgrund von folgenden kognitiven Störungen:

- weil sie die Signale ihres Körpers nicht interpretieren können, Hunger nicht als Hunger erkennen
- weil sie nicht wissen, was man tun muß, wenn man Hunger verspürt
- weil sie das vor ihnen stehende Essen nicht als Nahrung erkennen
- weil sie mit dem Essbesteck und -geschirr entweder gar nicht umgehen können oder den ersten Schritt nicht tun können oder weil das Besteck und Geschirr nicht an ihre reduzierten kognitiven Fähigkeiten angepasst sind.

Diese Probleme sind pflegerisch relativ leicht zu lösen, wenn das Essen-Wollen gegeben ist. Wir wissen, wann, wie oft, was und wieviel Menschen in etwa essen sollten, wir können den Kranken das Essen servieren und sie darauf aufmerksam machen und wir können ihnen ein angemessenes Besteck und Essgeschirr geben, ihnen das Besteck bei Bedarf in die Hand geben und die Essbewegung anbahnen, ggf. auch das Essen anreichen - für Pflegefachkräfte alles kein Problem.

2.2 Können oder wollen?

Auch im mittleren Stadium der Demenz tritt das Problem auf, dass die Kranken aufgrund ihrer unrealistischen Selbstwahrnehmung Hilfe ablehnen. Sie können nicht essen, weil sie z.B. mit dem Besteck nicht mehr umgehen können. Und sie essen lieber gar nicht als sich helfen zu lassen. Die Irritation ihres unrealistischen Selbstbilds kann zu einer kompletten Essensverweigerung führen. Dies zu erkennen ist für die Praxis bedeutsam, weil sich daraus Handlungsstrategien ableiten lassen. Für die Demenzkranken, die fremde Hilfe ablehnen, auch wenn sie sehr dezent, respektierend und einfühlsam gewährt wird, ist z.B. Fingerfood eine wirklich gute Lösung.

2.3 Nicht essen wollen

Wenn Demenzkranke im Essen herumstochern und rühren, es aber nicht zu sich nehmen, den Mund zukneifen oder den Kopf wegdrehen, wenn man ihnen das Essen eingeben möchte oder das Essen wieder ausspucken, dann wollen sie offensichtlich nicht essen und es stellt sich die Frage, warum sie nicht essen wollen, welche schwerwiegenden Gründe für eine Entscheidung mit so schwerwiegenden Konsequenzen dafür verantwortlich sind und ob es auch sein kann, dass ein in unseren Augen nur leichtes Unbehagen u.U. zu einer lebensbedrohlichen Essensverweigerung führen kann?

Ich möchte zuerst die letzte Frage versuchen zu beantworten. Viele demenzkranke Menschen essen im Unterschied zu uns nicht deshalb, weil sie Hunger verspüren, und schon

gar nicht, weil sie die Notwendigkeit der Nahrungsaufnahme einsehen, sondern sie essen ausschließlich nach dem Lustprinzip. Wenn das Essen keinen Spaß macht, wenn es nicht mit dem Gefühl der Lust verbunden ist, wenn es u.U. sogar unangenehm oder gar schmerzhaft ist, essen sie nicht.

Psychoanalytisch gesprochen regiert nur noch das „Es“, nicht mehr das Ich oder Über-Ich. Wenn Unlust entsteht, verweigern demenzkranke Menschen das Essen auch um den Preis des eigenen Überlebens, der von ihnen natürlich nicht erkannt wird. Das Ich würde bei einem Unlustempfinden sagen: „Sei vernünftig und iß – Hauptsache du hast etwas im Bauch“. Das Über-Ich würde sagen: „Es wird gegessen, was auf den Tisch kommt.“ Das Es handelt nach Trieb und Lust. Der Hungertrieb ist aus vielerlei hier nicht ausgeführten Gründen teilweise dramatisch unterentwickelt, bleibt also die Lust bzw. die Vermeidung von Unlust.

Das heißt konkret: Das Essen muß appetitlich aussehen, sehr gut schmecken, angenehm zu kauen und zu schlucken sein und in einer liebevollen Atmosphäre in netter Gesellschaft angeboten werden. Wenn beim Essen auch nur die kleinsten Unlustgefühle entstehen, besteht das Risiko, dass es verweigert wird.

2.3.1 Pflege nach dem Lustprinzip - Nicht essen wollen, wenn Unlust erlebt wird

Pflege nach dem Lustprinzip, und zwar nicht dem Lustprinzip der Pflegenden, sondern der Gepflegten, passt nicht so recht in das Berufsethos vieler Pflegefachkräfte. Dabei handelt es sich um existenzielle, überlebensnotwendige Pflegeerfordernisse, die nichts mit Luxus oder Verwöhnen zu tun haben. Eine Pflegefachkraft, die ein Problem mit Lust hat und gleich an verwöhnte Kinder denkt, die doch schließlich auch mal lernen müssen, dass nicht alles nach ihrem Willen geht, die der Meinung ist, dass man doch nicht aus einer Mücke eine Elefanten machen darf und die Lust, Liebe, Neugier, Freude und Vergnügen für Erfahrungen hält, die in der Pflege nicht eigentlich wichtig sind, wird hier an ihre Grenzen stoßen.

Jede nach unserer Bewertung lächerlich kleine Irritation kann die Lust am Essen verderben und dazu führen, dass das Essen komplett verweigert wird. Das Essen muß nicht nur angereicht werden, er muß höchst sensibel und liebevoll mit u.U. sehr viel Zeit ohne jeden Druck, fast unbemerkt, in heiterer, gelöster aber auch sicherer, störungsfreier Atmosphäre angereicht werden. Das Essen muß nicht nur gut schmecken, es muß haargenau den Geschmacksbedürfnissen der demenzkranken Menschen entsprechen.

- Wenn wir Hunger haben, essen wir
 - auch wenn das Essen nicht besonders gut schmeckt
 - auch wenn wir nicht das richtige Essbesteck bekommen
 - auch wenn die nette Gemeinschaft fehlt
 - auch wenn einem das Essen lieblos auf den Tisch geknallt wird
 - auch wenn man die Leute am Tisch nicht kennt, oder sogar, wenn sie einem nicht sympatisch sind

Wir essen also hauptsächlich, weil wir Hunger haben und weil wir wissen, dass wir ohne Essen krank und schwach werden und letztendlich sterben. Natürlich essen wir lieber, wenn das Essen als lustvoll erlebt wird. Aber: Hunger ist der beste Koch. Und wir können viele Einschränkungen des Wohlbehagens beim Essen kompensieren, z.B. woanders hinschauen, uns innerlich von der Umwelt abschotten, uns vorstellen, wie gut das nächste Essen schmecken wird, welches wir unter besseren Bedingungen einnehmen, uns ein anderes Lokal aussuchen oder ein neues Essen kochen etc. Demenzkranke können all das nicht. Sie können sich nur verweigern.

Es gibt eine unendliche Vielzahl von ganz unterschiedlichen Lust-Einschränkungen, die zu einer Essensverweigerung führen können, hier nur einige Beispiele.

Demenzkranke können sich weigern zu essen,

- weil das Essen nicht schmeckt, z.B. nicht süß genug ist
- weil es sich nicht gut kauen oder schlucken lässt (zu harte Brotkrusten oder Fleisch, Kerne im Joghurt, Vermischung von festen und flüssigen Bestandteilen z.B. bei klaren Suppen mit Einlagen)
- weil es nicht schön aussieht, z.B. vermanshtes püriertes Essen
- weil zu viel auf dem Tisch steht und sie den Überblick verlieren
- weil zu viel auf dem Teller ist und sie glauben, das nicht schaffen zu können
- weil ihnen keine Zeit gelassen wird, sich auf das Essen einzustellen. Es dauert manchmal ca. 15 Minuten, bis die Verbindung von der Wahrnehmung des Essens auf dem Teller, des Sich-damit-Beschäftigens z.B. durch Verrühren und Vermanschen, und des tatsächlichen Essen hergestellt ist. Vielleicht müssen gute Hausfrauen auch erst noch ein wenig arbeiten, bevor sie das Essen genießen können
- weil sie sich Sorgen machen um diejenigen, die am Tisch sitzen, aber nicht mitessen
- weil Druck auf sie ausgeübt wird
- weil sie die Person, die ihnen beim essen hilft, nicht mögen oder sie ihnen fremd ist
- weil sie sich schämen, z.B. wenn sie etwas verschütten oder das Besteck nicht richtig handhaben können
- weil sie kritisiert oder korrigiert werden, wenn sie sich unangemessen verhalten, z.B. sich den ganzen Teller voll Kartoffeln laden. Deshalb lassen wir unsere Tagesgäste auswählen, was sie essen möchten, geben ihnen dann aber die ausgewählte Nahrung selbst auf den Teller, um notwendige Korrekturen zu vermeiden. Die Achtung des Selbstwertgefühls ist uns hier wichtiger als das kleine Quentchen Selbstständigkeit
- weil sie sich ekeln, z.B. wenn das Getränk bei einem anderen Tagesgast aus dem Mund läuft oder Tagesgäste anderen in den Teller greifen, mit den Fingern essen, kleckern, laut schmatzen, rülpsen, husten, schnäuben etc.
- weil sie zu aufgeregt sind, nicht zur Ruhe kommen können
- weil sie durch andere Dinge abgelenkt und dadurch überfordert sind, z.B. durch herumlaufendes Personal, laufende Fernseher oder Radios etc. und weil die Atmosphäre ungemütlich, laut und hektisch ist
- weil sie neben jemand oder gegenüber von jemand sitzen, den sie nicht mögen, der sie nervt
- weil sie Zuwendung nur bekommen, wenn sie das tun, was die Pflegepersonen von ihnen wollen. Auch Demenzkranke merken, wenn sie nur für bestimmte erwünschte Verhaltensweisen, nicht aber als Person wertgeschätzt werden.
- weil ihre Lebensleistung nicht gesehen und respektiert wird und sie nur als „Pflegefall“ behandelt werden, ggf. sogar bevormundet, in der Ansprache verkindlicht und in ihrem Stolz gekränkt werden
- weil sie Angst haben, dass nicht genug für alle da ist, und sie deshalb ganz

wenig essen oder Angst haben, das Essen sei nicht bezahlt oder sie könnten es nicht bezahlen oder es sei vielleicht gar nicht für sie bestimmt

- weil sie nicht dort sein wollen, nicht zu dieser Gemeinschaft dazugehören wollen (man setzt sich nicht gerne zu fremden Leuten an den Tisch. Wie unangenehm das ist, hat jeder schon einmal erlebt, der alleine in ein Lokal essen gegangen ist und keinen freien Tisch mehr gefunden hat.)
- weil sie sich zum Zeitpunkt des Essens in einer vollkommen anderen Realität befinden, in die das Essen nicht hineinpasst, z.B. bei der Arbeit
- nach unserer Erfahrung eher selten: weil sie Halluzinationen und/oder Wahnvorstellungen in Bezug auf das Essen haben
- möglicherweise, weil sie als Kind schlecht gegessen haben und sich die unangenehme Situation, ständig zum Essen aufgefordert zu werden, jetzt für sie wiederholt
- weil sie also das Essen nicht als positives geschmackliches, emotionales und soziales Ereignis erleben

Werden alle diese möglichen Lusteinschränkungen angemessen berücksichtigt, dann essen demenzkranke Menschen im mittleren Krankheitsstadium in aller Regel gerne und ausreichend, mit folgender Ausnahme:

2.3.2 Nicht essen wollen aufgrund von seelischer Not/Depressionen

Essen wird, das wissen wir alle, natürlich überhaupt nicht als lustvoll erlebt, wenn Lust insgesamt nicht erlebt werden kann. Das ist der Fall, wenn Menschen in seelischer Not sind, unter starkem Streß stehen, an einer Depression leiden. Dann können sie kein Essen aufnehmen, auch wenn es noch so liebevoll, appetitlich, wohlschmeckend, in gemütlicher Umgebung, mit optimaler Konsistenz und passendem Essbesteck dargeboten wird. Das kennt jeder von uns. Irgendetwas hat uns auf den Magen geschlagen, uns den Appetit verdorben, wir können nichts mehr von außen aufnehmen, oft nicht einmal einen liebevollen Trost. Wir sind wie zugeschnürt. Uns wird fast schlecht, wenn wir überhaupt nur an Essen denken. Wir finden alles zum Kotzen. Hunger und Appetit sind in höchstem Maße von der psychischen Situation abhängig. Es gibt eine unmittelbare Verbindung zwischen Gefühl und Magen.

Wenn die Essensverweigerung Ausdruck einer akuten seelischen Not ist, benötigen die Kranken primär seelische Hilfe. Erst wenn sie diese annehmen können, können sie auch wieder Nahrung annehmen. So haben wir einen Tagesgast, der bzw. die nur an einem Tag in der Woche zu uns kommt. Wenn sie morgens von ihrem Mann gebracht wird, ist sie total gestresst von der morgendlichen Versorgung durch ihn und oft sind in ihrem Mund noch die nicht gekauten Brotstücke des Frühstücksbrots zu finden, welches ihr Mann ihr nach seinen eigenen Schilderungen, weil sie einfach nicht essen wollte, in den Mund gepresst hat. Sie ist dann bis nach dem Mittagessen nicht in der Lage, etwas zu sich zu nehmen. Erst nach dem Mittagsschlaf und viel liebevoller, aber unaufdringlicher Zuwendung durch uns ist sie soweit entspannt, dass sie dann, und zwar mit Freude und Appetit, isst und trinkt.

Seelische Not/Verzweiflung/Depressionen können also auch die Ursache für die Verweigerung des Essens sein:, wenn z.B, Folgendes häufig erlebt wird:

- Streß, Druck, Zwang
- Heimweh
- Angst durch Orientierungsverlust
- Einsamkeit

- Trauer durch Verlusterlebnis, Verlassenheit
- Hoffnungslosigkeit, das Gefühl der Ausweglosigkeit
- Hilflosigkeit
- Ohnmacht
- Ratlosigkeit
- sich nicht verständlich machen können
- Beschämung
- Scheitern

Wenn wir uns nun, unabhängig vom Essen, einmal die typischen Erfahrungen der von einer Demenz betroffenen Menschen ansehen, dann sind es genau die hier genannten, die Menschen mit beginnender und fortgeschrittener Demenz sozusagen alltäglich erleben. Da kann es einen fast erstaunen, dass es überhaupt demenzkranke Menschen gibt, die mit Freude essen. Und tatsächlich ist es so, dass in der Fachliteratur die Aussage getroffen wird, dass zwischen 40 und 80% der Demenzpatienten an einer Mangelernährung leiden.

Diese Zahl entspricht nicht unserer Erfahrung im Alzheimer Tageszentrum in Wetzlar. Das mag daran liegen, daß die meisten unserer Angehörigen ihren Kranken mit größtem Einsatz und höchstem Engagement pflegen und betreuen und eine hohe Bereitschaft zeigen, auch schwieriges Verhalten liebevoll aufzufangen und zu akzeptieren, ohne den Kranken mit seinen Defiziten zu konfrontieren, so dass die Kranken nicht so viel Streß haben.

Wir haben einmal alle Tagesgäste der letzten 4 Jahre Revue passieren lassen und geschaut, wer von ihnen bei uns im Tageszentrum eine deutliche Problematik beim Essen aufwies oder aufweist. Dabei hat sich gezeigt, daß von den insgesamt in diesem Zeitraum von uns betreuten 67 Tagesgästen 13 Probleme bei der Nahrungsaufnahme hatten, also ca. 20%. Von diesen 13 hatten 3 massive Schluckbeschwerden, es lagen also medizinische Gründe vor, bei 4 Tagesgästen gab es zu Hause gravierende Schwierigkeiten in der Betreuung bis hin zur Anwendung körperlicher Gewalt oder einer faktischen Verwahrlosung. Hier waren die Angehörigen extrem überfordert und absolut nicht in der Lage oder auch bereit, auf die Bedürfnisse ihres Demenzkranken einzugehen und wir konnten dieses Defizit auch nicht durch unsere Betreuung kompensieren.

Die restlichen 6 Tagesgäste befanden sich in einem sehr weit fortgeschrittenen Krankheitsstadium und nahmen trotz liebevollster Fürsorge nur winzigste Mengen an Nahrung und an Flüssigkeit zu sich.

3. Demenz im weit fortgeschrittenen Stadium

In der letzten Phase der Demenz ist die Unterscheidung zwischen dem Wollen und dem Können besonders schwierig. Frau Menn, auch eine von mir gesetzlich betreute demenzkranke Dame, die im Altenpflegeheim lebt, zusätzlich zur Demenz noch einen Schlaganfall erlitten hat und seitdem auf Ansprache fast nicht mehr reagiert, kam wegen Harnverhalt ins Krankenhaus und hat dort keinerlei Nahrung zu sich genommen. Die Stationsärztin teilte mir mit, dass sie verhungern würde, wenn keine PEG gelegt würde. Ich entschied, keine PEG legen zu lassen. Sie kam dann wieder ins Pflegeheim und aß dort wie ein Scheunendrescher. Für das Krankenhaus war klar, dass sie nicht mehr essen konnte. Offensichtlich wollte sie aber dort nicht essen. Ich vermute, dass sich die Krankenschwestern nicht genug Zeit beim Anreichen des Essens genommen haben und Frau Menn sich dadurch existenziell bedroht fühlte oder dass sie einfach nicht in der Lage war, so schnell zu essen, wie dies gewünscht wurde.

In diesem weit fortgeschrittenen Stadium der Demenz können die Kranken u.U. nicht mehr kauen, sie können die Nahrung nicht mehr in Richtung des Rachens schieben und dadurch

den Schluckreflex nicht mehr auslösen. Und sie verweigern das Essen, weil sie u.U. die Absicht der Betreuenden missverstehen und sich durch das Essen-Anreichen bedroht fühlen, z.B. wenn sie nicht ausreichend darauf vorbereitet werden, dass es etwas zu essen gibt. Oder sie erleben das Essen als unangenehm bis qualvoll, weil es zu schnell eingegeben wird, es sich nicht angenehm schlucken lässt oder es nicht gut schmeckt. Bei entsprechender Hilfestellung können sowohl die Probleme des Nicht-Könnens wie auch die Probleme des Nicht-Wollens pflegerisch gelöst werden.

Was aber, wenn all dies berücksichtigt wird, wenn ich die Zeiten abpasse, in denen der Kranke wach ist, ihn aufrecht hinsetze, ihm dann mitteile, dass ich ihm jetzt etwas zu essen gebe, seine Lippen mit dem Löffel berühre, vorsichtig ein wenig von dem hoffentlich gut schmeckenden Essen auf seine Lippen träufle, ihm, falls ich das Essen in seinen Mund eingeben kann, dabei unterstütze, dieses zu kauen und zu schlucken, das alles ohne jeden Zeitdruck, und er dann beim nächsten „Bissen“ den Mund fest verschließt, - heißt das, er kann nicht essen, z.B. weil er schon wieder vergessen hat, dass es gerade etwas zu essen gibt, empfindet es aber letztlich als angenehm, wenn ich ihm erneut Essen anreiche - oder heißt es, er will nicht essen?

Will er nicht essen, weil er körperlich zu schwach ist? Warum aber gibt es Demenzkranke, die trotz ausgeprägter körperlicher Schwäche gut und offenbar auch gerne essen, v.a. wenn sie ihr Lieblingssgericht bekommen, und andere, bei denen wir den Eindruck haben, dass das Essen für sie nur noch unendliche Mühsal ist, dass das Kauen und das Schlucken, also der gesamte Eßvorgang für sie maßlos anstrengend ist, dass sie nur noch zutiefst müde sind und gar nicht mehr in einen längerdauernden Wachzustand kommen, dass also diese extreme Müdigkeit der Grund für ihre Nahrungsverweigerung zu sein scheint, eine Müdigkeit, die auch bei relativem körperlichen Wohlbefinden durch eine künstliche Ernährung in der Regel bestehen bleibt. Ist es möglich, hier einen Zusammenhang zwischen dem Nicht-mehr-essen-wollen und dem Nicht mehr-leben-wollen herzustellen? Wie meinen: nein.

Was bedeutet dieses Erleben aber für unser oberstes Pflegeziel, das Wohlbefinden des Kranken? Was empfindet ein so kranker geschwächter Mensch, wenn ihm jedes Mal, wenn er aufwacht, etwas zu essen in den Mund geschoben wird? Und das vielleicht 20 mal am Tag? Diese Diskussion werden wir ja noch führen, wenn es um die PEG-Sonde geht.

Zum Schluß noch drei Anmerkungen.

1. Nach unserer Erfahrung wirkt sich weder die gemeinsame Essensvorbereitung, d.h. das Schnippeln von Gemüse, noch das Kochen in der Wohnküche noch die Hilfe beim Tisch-Decken u.ä. unmittelbar in relevanter Weise auf das Essverhalten aus. Unsere Tagesgäste werden, obwohl wir all dies tun, eher auf das Essen eingestimmt, wenn wir ihnen die leckeren Sachen zeigen, die es zu essen gibt, sie das auswählen lassen, was sie am liebsten mögen, und sie in allen Schritten entsprechend der jeweiligen Notwendigkeit motivieren, unterstützen und Störfaktoren ausschalten.

2. Die Kenntnis der Biografie ist wichtig. Nach unserer Erfahrung ist es aber in der Regel nicht wichtig zu wissen, was ein demenzkranker Mensch gerne im Alter von 15 Jahren gegessen hat, sondern was er heute besonders gerne isst. Die Kenntnis der Biografie ist v.a. wichtig für die Kommunikation mit dem Kranken, auch, falls angebracht, die Kommunikation bei Tisch.

3. Manchmal überraschen uns die demenzkranken Tagesgäste mit symbolischen Handlungen und wir freuen uns, wenn wir sie richtig verstehen. So begann Frau Weber, sobald der Teller mit dem Mittagessen gefüllt vor ihr stand, immer zuerst damit, das Essen in die Hand zu nehmen und vor den Teller hinzulegen. Liebevolle Versuche, dies zu verhindern, fruchteten nicht. Dann fiel uns auf, dass sie immer genau drei Häufchen machte und wir erinnerten uns, dass sie drei Kinder hatte. Daraufhin lobten wir sie für ihre mütterliche Fürsorge, stellten ihr für das Essen der Kinder drei kleine Unterteller hin, die wir zusammen

mit ihr füllten. So konnte sie beruhigt und zufrieden das Essen auf ihrem eigenen Teller genießen.

Theologisch-anthropologische Aspekte des Umgangs mit Menschen mit Demenz

Priv. Doz. Dr. theol. Traugott Roser, München

Ich möchte meinen Zugang zum Thema anhand eines konkreten Beispiels meines klinischen Umfelds wählen: Ich arbeite als Seelsorger am Interdisziplinären Zentrum für Palliativmedizin am Klinikum der Universität München. Das Palliativzentrum hat eine eigene 10-Betten-Station und betreut konsiliarisch PatientInnen und ihre Angehörigen im ganzen Haus. Aus dem Konsiliardienst stammt das Beispiel; das sich erst vor kurzem ereignet hat.

Unser Oberarzt bittet mich als Seelsorger zu einem Konsil auf eine orthopädischen Station. Dort befinde sich eine 92jährige Patientin Frau L., die wegen eines Sturzes eine Fraktur am Ellenbogen mit einem ‚Gasbrand‘ behandelt werde. Frau L. leide im fortgeschrittenen Grad an Alzheimer-Demenz. Zudem habe sich während des Aufenthalts eine schwere Lungenentzündung entwickelt. Die Patientin befindet sich aufgrund ihrer Erkrankung in einer Pflegeeinrichtung.

Das palliativmedizinische Konsil wird einbestellt wegen der weiteren Versorgung der Patientin. Die Tochter habe an die Ärzte die Frage gestellt, ob es sinnvoll sei, Frau L. weiterhin über die Magensonde zu ernähren. Die Tochter sei als Betreuerin eingesetzt, sie habe auch eine Vorsorgevollmacht. Das Personal der Station zweifelt die Intention der Tochter an.

Als der Arzt und ich auf der Station eintreffen, schildert eine Schwester knapp die Situation: Die Patientin wird ernährt, erhält aber keinerlei Schmerzmedikation, die Lungenentzündung sei unverändert. Man habe aber den Eindruck, der Tochter könne es nicht schnell genug gehen. Der Konsiliararzt sieht sich die Akte durch. Auch auf Nachfrage lässt sich die Vorsorgevollmacht darin nicht finden.

Im Krankenzimmer finden wir die Patientin in einem nicht-kontaktfähigen Zustand vor, neben dem Bett ihre Tochter. Die Patientin leidet offensichtlich (Mimik, Stirn auffällig in Falten gelegt) unter massiven Schmerzen, insbesondere bei Hustenreiz. Sie stöhnt und jammert. Weil sie in der Gefahr steht, sich die Magensonde zu ziehen, ist ihr rechter Arm mit einem Band am Bettgitter fixiert. Durch die Magensonde fließt Sondenkost zu.

Nachdem die Tochter ausführlich die Situation dargestellt hat, überlegt der Palliativarzt mit ihr die Einstellung der Schmerzmedikation. Immer wieder hustet währenddessen Frau L. und stöhnt dann unter Schmerzen auf. Auch während der Pausen dazwischen wirkt Frau L. nicht entspannt, sondern ist auch im Ruhezustand schmerzgeplagt, möglicherweise verursacht durch eine Schädigung der Wirbelsäule. Auffallend ist zudem die Cheyne-Stokes-Atmung, ein anhaltendes Aussetzen der Atmung mit einem verzögerten und verlangsamten Wiedereinsetzen.

Frau L. ist seit geraumer Zeit schwerst dement. Sie hat bis vor wenigen Tagen die Tochter noch erkannt und auf sie reagiert. Der Sturz, bei dem sie ihren Ellenbogen verletzt habe, sei nachts auf dem Weg zur Toilette passiert. Frau L. sei noch immer um Selbständigkeit bemüht gewesen. Sie habe nach dem Tod ihres Ehemannes das Formular einer Standard-Patientenverfügung ausgefüllt, in der von einer Verlängerung lebenserhaltender Maßnahmen abgesehen werde. Auf unsere Frage, ob sie eine Kopie dieser Patientenverfügung bei sich habe, verneint sie: „Ich dachte, das sei wegen der Vorsorgevollmacht nicht nötig.“

Auf meine Frage, ob Frau L. gern Besuch durch Seelsorge hätte, ging die Tochter dankbar ein. Noch in den letzten Monaten habe die Mutter gern Musik-CDs mit volkstümlichen Liedern zugehört und manchmal auch einen Choral mitgesungen. Sie könne sich vorstellen, dass eine Pfarrerin oder ein Pfarrer ein bekanntes Gebet mit ihr sprechen könne und ihrer Mutter dies gut tue.

Als der Oberarzt die Schmerzmedikation mit dem Pfleger bespricht (Fentanyl-Pflaster 12,5 mg, Voltaren und Novalgin), meint dieser erschrocken: soviel?!

Mich hat die Begegnung mit Frau L., ihrer Tochter und dem Stationspersonal sehr berührt. Ich habe kaum je einen Mensch in einer ähnlichen Weise von Schmerz gequält gesehen. Das körperliche Leid hat sich auf mich als Besucher geradezu übertragen.

Auf einer etwas distanzierteren Ebene beschäftigt mich, wie sehr dieser Fall ein Parade-Beispiel liefert für das komplexe System der Fürsorge / Care um eine demente Patientin und die Schwierigkeiten in der Kommunikation, die die Grundlage bildet für eine fundierte Entscheidung über die Therapie.

Meine Beobachtungen lassen sich kurz in Thesen gliedern, die das Weitere gliedern sollen.

1. Essen und Nähren sind symbolische Handlungen

Das Behandlungsteam zog im vorliegenden Falle die Lauterkeit der Motive der Tochter in Frage. Die Frage der Tochter, ob die Zuführung von Nahrung über eine Magensonde sinnvoll sei, wurde nicht beantwortet, sondern moralisch bewertet und im Behandlungsteam kommuniziert. Nahrung hat in diesem Zusammenhang offenbar symbolische Bedeutung: zugespitzt formuliert - wer nährt, erhält am Leben, wer dies nicht tut, vernichtet Leben.

2. Die Missachtung der individuellen Bedürfnisse dementer Patienten

Frau L. litt unter unzumutbaren Schmerzen, verursacht wohl durch Husten, Knochenschmerzen und eine Lagerung mit Fixierung eines Arms. Dazu die auffällige Atmung mit anhaltenden Aussetzern. Frau L. konnte sich über Stöhnen hinaus nicht äußern, ihre Schmerzen wurden letztlich ignoriert. Die Fixierung diente der Sicherung der Nahrungszufuhr. Die Auseinandersetzung um die Fortführung der Nahrung wie auch die Höhe der Schmerzmedikation glich einer akademischen Diskussion ohne Bezug auf die individuelle Befindlichkeit der Patientin.

3. Der rechtliche Rahmen (Vorsorge-Vollmacht und Patientenverfügung) ist unbekannt

Die individuellen Bedürfnisse, die Frau L. ansatzweise durch eine – wenn auch standardisierte – Patientenverfügung zum Ausdruck gebracht hatte, wurden von allen beteiligten Seiten ignoriert, aufgrund der Unkenntnis sowohl der formal-rechtlichen Bedeutung wie auch der Sinnhaftigkeit sowohl der Vorsorgevollmacht als auch der Patientenverfügung.

4. Das Fehlen inszenierter Kommunikation wirkt sich negativ aus

Zentral scheint mir schließlich, dass das Behandlungsteam keine Verfahren entwickelt hat für eine geregelte Kommunikation, sondern durch unregelmäßige ad-hoc-Kommunikation Missverständnisse und Missdeutungen provozierte, die zu einer Steigerung der Komplexität führten. Zum Schaden der Patientin.

Zu 1.) Essen und Nähren als symbolische Handlungen

In allen Kulturen und Weltreligionen ist Essen und Trinken mehr als nur die Zuführung von Kalorien und Flüssigkeit. Im Buddhismus beispielsweise sind Essen und Trinken unverzichtbar für die spirituelle Entwicklung des Menschen. Fasten als eine religiöse Übung wird durch Vorschriften nur mit Vorbehalten positiv bewertet. Die Versorgung von Mönchen mit Speisen und Getränken ist die Möglichkeit schlechthin, positives Karma zu erwerben.⁹ Aus dem Islam wissen wir neben der zentralen Bedeutung des Fastens und des gemeinschaftlichen Fastenbrechens, dass Kranke, Reisende und Schwangere ausdrücklich vom Fastengebot ausgenommen sind. Im Judentum hat die Trennung reiner und unreiner

⁹ Vgl. Frank Usarski, Essen, Trinken, Hungern, Fasten: Buddhismus, in: Michael Klöcker, Udo Tworuschka (Hg.), Ethik der Weltreligionen, 87ff.

Speisen zentrale Bedeutung. Bestimmte religiöse Feste sind mit bestimmten Speisen und Zubereitungsarten verbunden. Das Hungern ist im Judentum Ausdruck von Trauer oder Sühne für begangene Sünden. Feste Fastentage sind streng begrenzt und meist mit historischen Ereignissen verbunden, wie seit einigen Jahren der Kaddish-Tag, an dem mit Fasten der Opfer der Sho'a gedacht wird.

Auch in der christlichen Tradition¹⁰ kommt dem Essen und Trinken wie auch dem Verzicht darauf religiöse Bedeutung zu. Das Nähren und Tränken hat in zahlreichen biblischen Geschichten eine eschatologische Bedeutung, wie das Weinwunder bei der Hochzeit von Kana oder die Speisungswunder der 5000 und nicht zuletzt das gemeinsame Brotbrechen als Erkennung des Auferstandenen auf dem Weg nach Emmaus deutlich machen. Den signifikantesten Ausdruck hat die symbolische Bedeutung von Essen und Trinken in der Eucharistie-Feier, in der Jesus sich selbst den Menschen in Gestalt von Brot und Wein darbietet. Als Krankenabendmahl kommt dem in der Kranken- und Sterbebegleitung traditionell große Bedeutung zu; in der Praxis heutiger Krankenhauseelsorge nehmen allerdings Krankenkommunion gegenüber Segnung und Salbung einen deutlich geringeren Prozentsatz ein. Die Versorgung mit Essen und Trinken hat zudem in biblischen Texten und vor allem in der monastischen und diakonischen Tradition als Gastfreundlichkeit gegenüber Pilgern, Armen und Kranken eine hohe Bedeutung in der Fürsorge.

Ähnlich wie bei den anderen Religionen wird der religiös bedingte Verzicht auf Nahrung reglementiert und gezielt eingesetzt. Fasten kann als Vorbereitung religiöser Handlungen dienen, als Reinigung und Klärung, um den Heiligen Geist in Sakramenten offen empfangen zu können. Der Aspekt der Disziplinierung des Leibes tritt demgegenüber erst später hinzu. In der volkstümlichen Fastenpraxis kam es im Christentum zu beinahe widersprüchlichen Entwicklungen. Die kirchliche Reglementierung bestimmter Nahrungsmittel wurde durch die Entwicklung einer besonderen Kochkultur aufgegriffen und zugleich unterlaufen. Im Rheinland heißt es etwa: „Wer schon fasten muss, soll wenigstens gut essen!“ Im Hintergrund steht die Notwendigkeit, trotz der Fastenpflicht ausreichend Kalorien aufzunehmen, um harter körperlicher Arbeit gewachsen zu sein. Festzuhalten ist aber, dass nicht nur Essen symbolische Bedeutung hat, sondern auch Fasten. Wer fastet, belastet den Körper nicht mit der Verarbeitung von Kalorien, sondern schafft sich Raum und Kraft für anderes. Darin liegt der Sinn des Heilfastens – und jeder, der dies einmal unternommen hat, kennt diese Bedeutung.

Dieser Exkurs in die religiöse Bedeutung von Essen und Trinken oder den Verzicht darauf verweist darauf, dass mit Nahrungsaufnahme in den allen kulturellen Kontexten ein Mehrwert verbunden ist, der einer medizinisch-ernährungswissenschaftlichen Reduktion auf Zufuhr von Kalorien und Flüssigkeit zuwider läuft. Essen und Trinken sind vor allem soziale Handlungen, die den Einzelnen in ein Bezugssystem setzen: innerhalb der Familienstruktur – immerhin ist die erste nachgeburtliche soziale Handlung das Nähren des Säuglings –, innerhalb des Fürsorgesystems und selbst innerhalb des Gottesverhältnisses. Die religiöse Praxis des Speiseopfers zugunsten der Gottheit, bis hin zum Fastenopfer in unserer Kultur erinnert daran. (Die alljährlichen Trinkexzesse beim Münchner Oktoberfest verweisen ebenfalls auf die soziale Bedeutung von Trinken und Essen; ihnen kommen, wie Soziologen beschrieben, durchaus sozialhygienische Funktionen zu).

Wenn wir also auf die Frage der Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr bei Menschen mit einer Demenzerkrankung blicken, müssen wir die symbolische und soziale Funktion von Nahrung und Nahrungsverzicht achten. Es entspricht unserer Kultur, Menschen, insbesondere Arme und Kranke zu ernähren und Ihnen Nahrungsverzicht zu ersparen. Insbesondere, wenn man sich klar macht, dass vollwertige und gesunde Ernährung als Bedingung von Wohlbefinden

¹⁰ Vgl. Traugott Roser / Nikolaus Knoepffler, Essen, Trinken, Hungern, Fasten: Katholizismus/Protestantismus, in: Michael Klöcker, Udo Tworuschka (Hg.), Ethik der Weltreligionen, 99-103.

betrachtet, Unterernährung dagegen als Zeichen von Armut bewertet wird,¹¹ gerade auch vor dem Hintergrund der Erfahrung von Hunger und Teuerung in der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts. Aber in dem Maß, wie wir uns der symbolischen Bedeutung der Ernährung bewusst sind, müssen wir uns auch der symbolischen, ja transzendenten Bedeutung des Nahrungsverzichts neu bewusst werden.

Hier wage ich, die jüngste Äußerung der Glaubenskongregation des Vatikans auf eine Anfrage der amerikanischen Bischöfe kritisch zu beurteilen.¹² Denn diese beschränkt das Thema ausschließlich auf die biologische Bedeutung der Lebenserhaltung. Künstliche Ernährung und Versorgung mit Flüssigkeit werden zu unbedingten Pflichten erklärt; dem Patientenwillen kommt keine eigene Bedeutung zu. Allerdings werden Einzelfälle nicht kategorisch ausgeschlossen.

Zurückbezogen auf die anfangs geschilderte Fallgeschichte erklärt die symbolische Bedeutung von Nahrung, dass das Pflege- und Behandlungsteam sich auf einer basalen, vielleicht sogar vorbewussten Stufe auf die Ernährungsfrage konzentrierte. Als die Tochter die Magensonde in Frage stellte, wurde dies als Verletzung ihrer sozialen Fürsorgepflichten gewertet und damit die Stimmigkeit des Sozialsystems Mutter/Tochter, Betreute/Betreuerin in Zweifel gezogen. Festhalten möchte ich deshalb im Blick auf theologische Anthropologie, dass die Ernährungs-Frage auf den Menschen als Sozialwesen und als *animal symbolicum*¹³ aufmerksam macht: Die einzelne Person, eine demente Patientin, steht in einem Sozialsystem, das weitgehend über soziale Handlungen geregelt wird. Versorgung mit Nahrung und Flüssigkeit sind die primären Handlungen mit geradezu archaischer Bedeutung.

Zu 2. Die Missachtung der individuellen Bedürfnisse dementer Patienten

Die beinahe dogmatische Auseinandersetzung um die Ernährung mag dazu führen, dass sich ein Prinzipienstreit entfacht, der an den konkreten, individuellen Bedürfnissen des Patienten vorbei geht. Im konkreten Fall litt Frau unter unzumutbaren Schmerzen und einer gestörten Atmung. Da sie sich nicht unmittelbar äußern konnte, war es ein leichtes, ihre individuellen Bedürfnisse im Behandlungskontext nicht wahrzunehmen.

Dies wirft zwei grundsätzliche Fragen auf. Zum einen nach der Individualität des dementen Patienten und damit seinem Status als Person, zum anderen die Frage nach der Ethik der Pflege einer dementen Person.

a) Status als Person

Kaum etwas ist im Bioethik-Diskurs so konstant wie die Frage, wer Person ist und was den Status von Person ausmacht. Eine der häufig diskutierten und immer wieder begegnenden Beschreibungen stammt von H. Tristram Engelhardt: Eine Person ist demnach selbstbewusst, rational, frei zu entscheiden und im Besitz eines moralischen Bewusstseins.¹⁴ Ein solchermaßen definierter Status als Person trifft auf Menschen mit einer Demenzerkrankung nur in frühen und mittleren, kaum aber im späten Stadium der Krankheitsentwicklung zu. Der Patient oder die Patientin ist dann im rechtlichen Sinne nicht mehr entscheidungsfähig, mitunter nicht einmal mehr äußerungsfähig. Das bedeutet aber nicht, dass sie nicht Wünsche und Präferenzen äußern würde oder erkennbare Interessen hätte.

¹¹ Vgl. Maria Wagner, Art. "Ernährung" I, in: Staatslexikon⁷, Bd. 2, 1995, Sp. 362ff.

¹² Vgl.

http://www.vatican.va/roman_curia/congregations/cfaith/documents/rc_con_cfaith_doc_20070801_risposte-usa_ge.html

¹³ Der Begriff geht auf den *Essay on man* von Ernst Cassirer (1944) zurück. Vgl. Heinrich Schmidinger, Clemens Sedmack (Hg), *Der Mensch – ein 'animal symblicum'?* Darmstadt 2007.

¹⁴ „self-conscious, rational, free to choose, and in possession of a sense of moral concern“:

Engelhardt, H. *The Foundations of Bioethics*, New York 1986, S. 105

In England hat die Diskussion um die Entscheidungsfähigkeit von Menschen mit eingeschränkten mentalen Kapazitäten im Jahr 2005 zum Erlass des Mental Capacity Act¹⁵ geführt. Dieser sichert, dass jede, also auch therapeutische und pflegerische Entscheidung unter der Voraussetzung des Patientenwillens geschieht. Von einer Entscheidungsfähigkeit ist solange auszugehen, wie sie nicht eindeutig und nach Überprüfung ausgeschlossen ist. Pflegerische Maßnahmen dienen nicht zuletzt auch dem Zweck, den Zustand eines Patienten soweit zu bessern, dass er in Entscheidungsprozessen eine aktive Rolle einnehmen kann, auch wenn dies nur für eine kurze Zeitspanne der Fall wäre. Dies würde in der Fallgeschichte von Frau L. vor allem bedeuten, die Schmerzen zu lindern und die Atmung zu bessern.¹⁶ Falls die mentalen Fähigkeiten des Patienten sich nicht bessern lassen, muss in seinem besten Interesse gehandelt werden. Zur Darlegung dieses besten Interesses muss der Entscheidungsträger Anhaltspunkte heranziehen, die frühere und aktuelle Wünsche und Gefühle enthalten, insbesondere wenn sie in schriftlicher Form niedergelegt wurden. Dazu kommen Glaubens- und Werteüberzeugungen sowie andere Faktoren, die die Willensbildung des Patienten beeinflussen würden, wäre er entscheidungsfähig.¹⁷

Ein Problem entsteht jedoch, wenn die aktuelle und frühere Wünsche zueinander im Widerspruch stehen. Dies wirft das Problem der personalen Identität auf, das ich an anderem Ort diskutiert habe und hier abkürzen will.¹⁸ Ich greife dabei zurück auf eine temporäre und eine soziale Achse zurück. Die temporäre Achse versichert den Patienten seiner Identität über den zeitlichen Prozess hinweg: Eine Person bleibt dieselbe, auch wenn sie sich in ihrer körperlichen wie mentalen Verfassung verändert. Der Hirnforscher Antonio R. Damasio hat im Blick auf das Bewusstsein zwei Formen des Bewusstseins unterschieden: das „Kernbewusstsein“ als das momentane, aktuelle Bewusstsein des Menschen: das kurze Gefühl des Selbst. Bei Frau L. ist dieses Bewusstsein beherrscht von Schmerzempfindungen, der Beeinträchtigung ihrer Bewegungsfreiheit, der störenden Magensonde und den Hustenreiz. Damasio beschreibt diesem Bewusstsein gegenüber das „ausgedehnte Bewusstsein“. Dies verleihe dem Individuum Identität, die Vorstellung von Vergangenheit und Zukunft, sowie ein Bewusstsein für die Welt, in der es lebe, also auch das soziale Umfeld von Angehörigen. Neurologische Schädigungen beeinträchtigen meist das „ausgedehnte Bewusstseins“, nicht aber das Kernbewusstsein.¹⁹ Da die Identität sich aber zwischen beiden Bewusstseinszuständen ergibt, verdient das Konzept des langfristigen Planens, des ‚advance care planning‘ besondere Aufmerksamkeit. „Langfristiges Planen dient dazu, die Menschen mit Demenz in ihrer Selbstbestimmung zu unterstützen, so dass sie ihren Willen in den diversen Entscheidungen entlang des Krankheitsverlaufs und möglichst bis zuletzt Ausdruck verleihen können.“²⁰ Dazu gehört auch das Ansprechen und Klären von Fragen hinsichtlich der Betreuung und Pflege in der Sterbephase, eben auch die Frage der Ernährung, nicht zuletzt unter Einbeziehung von spirituellen und Werteaspekten.

Kommt es dennoch zu einem Widerspruch zwischen aktuellen Wünschen und der langfristigen Planung, kommt die horizontale Ebene im Personbegriff in Betracht. Hier spielt

¹⁵ Unter www.opsi.gov.uk/acts/acts2005/ukpga_20050009_en_2 (Zugriff 18.09.200)

¹⁶ Vgl. ebd. Art. 4(4) „He [Entscheidungsträger] must, so far as reasonably practicable, permit and encourage the person to participate, or to improve his ability to participate, as fully as possible in any act done for him and any decision affecting him.“

¹⁷ Ebd. Art. 4(6)

¹⁸ Vgl. Traugott Roser, *Spiritual Care. Ethische, organisationale und spirituelle Aspekte der Krankenhauseelsorge*, Stuttgart 2007, 165ff. Vgl. ders., *Inszenierte Kommunikation*, in: Gian D. Borasio, Klaus Kutzer, Christoph Meier (Hg.), *Patientenverfügung. Ausdruck zur Selbstbestimmung – Auftrag zur Fürsorge*

¹⁹ Vgl. Goller, H. *Hirnforschung und Menschenbild. Die Bedeutung von Körper und Emotion für Bewusstsein und Selbst*, in: *Stimmen der Zeit* 2000/9, Herder, S. 578-594.

²⁰ Vgl. Kathrin Ohnsorge, Karin Wilkening, *Gestaltungsmöglichkeiten am Lebensende*, in: Robert Bosch Stiftung (Hg.), *Ethik und Recht*, Bern 2007, 99-119, hier: 101.

das theologische Verständnis von Person eine wichtige Rolle, wie sie sich nicht zuletzt vor dem Hintergrund der Dialogphilosophie Martin Bubers entwickelt hat.²¹ Im dialogischen Prinzip stellt der Bezug zum anderen Menschen die konstitutive Grundvoraussetzung dafür dar, dass überhaupt so etwas wie Personalität entsteht: „Der Mensch wird am Du zum Ich“²² Die Beziehung zum anderen ermöglicht den Selbststand und die Selbständigkeit des Menschen. Das menschliche Individuum ist sozial konstituiert, vor allem durch die Bezogenheit auf Bezugspersonen des persönlichen Lebenskreises. Dabei ist sowohl das Selbst als auch das Ich des Menschen immer schon durch die Sozialbeziehung mit sich vermittelt. Der Mensch als Subjekt des eigenen Handelns und Verhaltens ist nicht ohne diese Sozialbeziehungen zu denken. Der Personbegriff hat seinen theologischen Ort vor allem in der Trinitätslehre und bezeichnet dort die Beziehungen zwischen Vater, Sohn und Geist. Es geht um ein „Füreinandersein“ der drei Personen.²³ Diese Relationalität bleibt erhalten, wenn der Personbegriff auf den Menschen angewandt wird. Die Identität eines Menschen ist über die Sozialbezüge vermittelt.²⁴ Das Konzept des langfristigen Planens operationalisiert eine solche theologisch-anthropologische Beschreibung, indem die Planung im Gespräch zwischen Betroffenen, Angehörigen und behandelnden Umfeld entwickelt werden soll. Die Gesprächspartner werden im Falle fehlender mentaler Kompetenzen des Patienten zu Zeugen früherer Aussagen und damit zu Garanten für seine unverwechselbare Identität. ‚Alzheimer Europe‘ hat entsprechend in einem Positionspapier zu Patientenverfügungen im Juni 2005 auf die wichtige Rolle des Gesundheitspersonals hingewiesen bei der konkreten Planung mittels Patientenverfügungen.

Nicht erst die Palliativmedizin hat uns ins Bewusstsein gerufen, dass es bei der Behandlung chronischer und zum Tode führenden Erkrankungen nicht nur um kurative Maßnahmen gehen, sondern um die Ermöglichung von subjektiver Lebensqualität. Die Frage der Ernährung ist eine Frage subjektiv empfundener Lebensqualität. Dies setzt voraus, dass man die individuellen Wünsche und Bedürfnisse von Patienten wahrnimmt, und zwar sowohl die aktuell erkennbaren – wie die Freiheit von Schmerz, Atemnot und Hustenreiz – als auch die langfristig geplanten, wie sie in einer Patientenverfügung festgelegt sind. Die Tochter von Frau L. hat dem entsprochen, indem sie auf die Vorliebe der Mutter für religiöse Musik und vertraute Gebete hingewiesen und um den Besuch des Seelsorgers gebeten hat. Diese Elemente greifen als Elemente basaler Stimulation die Biografie von Frau L. auf und geben ihr Impulse zur Interaktion mit der Umwelt.²⁵

b) Zur Ethik der Pflege von dementen Patienten

Die Pflegewissenschaftlerin Ruth Schwerdt hat in ihrer Ethik für die Altenpflege²⁶ den dialogischen Personalismus Martin Bubers aufgegriffen. Sie zeigt auf, dass es insbesondere in der Pflege immer um Beziehungen geht, die ein Machtgefälle aufweisen. Sie zeigt auf, dass Pflege eine anthropologische Konstituente ist, eine konkrete Ausformung von Sozialität, die ein Individuum in Beziehung setzt. Die Ethik in der Altenpflege ist deshalb auch eine, die mit der konkreten Sozialität, also auch dem Machtgefälle rechnen muss. Sie ist care-Ethik, die sich einerseits in der verantwortungsvollen Fürsorge gegenüber dem zu Pflegenden verwirklicht als auch im rationalen Abwiegen von Argumenten zwischen Pflegenden, der

²¹ Schmidinger, H. Der Mensch ist Person: Ein christliches Prinzip in theologischer und philosophischer Sicht, Innsbruck-Wien: Tyrolia, 1994, insb. S. 89ff.

²² Buber, M. Ich und Du (1923), in: Ders. Das dialogische Prinzip, 5. Aufl. 1984, **S. ...**

²³ Herms E. Artikel „Person2“, in: Religion in Geschichte und Gegenwart, 4. Aufl. Bd. 6, Tübingen 2003, Sp. 1123

²⁴ Vgl. dazu Wolfhart Pannenberg, Anthropologie in theologischer Perspektive, Göttingen 1983.

²⁵ Vgl. dazu Stephan Kostrzewa, Marion Kutzner, Was wir noch tun können! Basale Stimulation in der Sterbebegleitung, Bern 2004², 32ff.

²⁶ Ruth Schwerdt, Eine Ethik für die Altenpflege. Ein transdisziplinärer Versuch aus der Auseinandersetzung mit Peter Singer, Hans Jonas und Martin Buber, Bern/Göttingen/Toronto/Seattle 1998.

Organisationsformen von Altenhilfe und den juristischen Vertretern vollzieht. Entscheidungen müssen darum dialogisch getroffen werden.

Im konkreten Fall von Frau L. heißt dies, dass es zu einer Klärung der Interaktionsebenen kommen muss: der Organisationskontext ‚orthopädische Station‘ hat dem durch das palliativmedizinische Konsil entsprochen. Dadurch konnten die Fragen nach einem sinnvollen Regiment zur Schmerztherapie vorrangig und anschließend nach der rechtlichen Situation (Vorsorgevollmacht, Klärung des Therapieziels etc.) diskutiert und geklärt werden. In der unmittelbaren Fürsorge gegenüber der Patientin kam es zur Erhebung ihrer aktuellen Lebensqualität und ihren Willensäußerungen aktuell und langfristig.

Zu 3. Der rechtliche Rahmen: Vorsorge-Vollmacht und Patientenverfügung

Frau L. hatte ihre Angelegenheiten geregelt, vielleicht nur ansatzweise durch eine standardisierte Patientenverfügung, aber immerhin verbunden mit einer Vorsorgevollmacht. Problematisch ist jedoch – und so war es auch hier –, dass auf Seiten vieler klinischen und pflegenden Einrichtungen der Umgang mit diesen Formularen eben häufig auch rein formalistisch ist. So wird zwar häufig abgefragt: liegt eine Patientenverfügung vor? Aber die konkrete Ausformung, die ganz konkreten Wünsche und Verfügungen von Patienten werden nicht berücksichtigt, wenn das Dokument ungelesen in den Krankenakten verschwindet. Noch drastischer war es ja im vorliegenden Fall, in dem zwar bekannt war, dass eine Vorsorgevollmacht bestand, dieses juristisch im Original vorzulegende Dokument aber verschwunden war. Die Bevollmächtigte ging davon aus, dass die Vollmacht die Patientenverfügung überflüssig macht. An diesem Punkt sehe ich die Einrichtungen in ihrer Fortbildungsarbeit aber auch in ihrer Qualitätssicherung gefordert, auf einen sinnvollen Umgang mit Patientenverfügungen, Vorsorgevollmachten und Betreuungsverfügungen hinarbeiten. Dazu gehört im Rahmen der Arzt-Patienten-Angehörigen-Kommunikation die regelmäßige Frage nach Vorliegen eines solchen Dokuments, innerhalb der Teamberatungen, auch der Übergabebesprechungen der Pflegenden die Kenntnissgabe der entsprechenden Inhalte. Nur so ist gewährleistet, dass der Patient in seiner Selbstbestimmung als Person an Entscheidungen beteiligt bleibt.

Die rechtliche Regulierung dieser Instrumente bleibt solange ohne entsprechende Wirkung in der konkreten Pflege, wie sie in ihrer Sinnhaftigkeit nicht verstanden und berücksichtigt werden. Ich schließe deshalb mit einem Hinweis auf ein theologisch-ethisches Verständnis von Vorausverfügungen.

Zu 4. Vorausverfügungen als Inszenierung von Kommunikation

Allzu häufig kommt es durch unregelmäßige Gesprächssituationen auf dem Flur, auf der Schwelle und unter Zeitdruck zu Missverständnissen und Missdeutungen, die letztendlich die behandelte Person schädigen und für die behandelnden Personen oft belastend und unbefriedigend sind.

Vorsorgeverfügungen schriftlicher oder mündlicher Art sind letztlich als eine Art Drehbuch zu verstehen. Es entwirft im Voraus eine konkrete Gesprächs-Szene, in der Entscheidungen für die Patientin getroffen werden müssen. Die Szene wird aus der reinen ad-hoc-Situation gelöst, indem der Griff zur Vorausverfügung das Verfahren entschleunigt und die Gesprächssituation zu einem Dialog performiert.

Im Falle der Patientenverfügung fragen die Entscheidungsträger in Pflege und Versorgung: „Und was sagt eigentlich die Patientin dazu?“ Die Antwort liefert die Patientenverfügung. Sie enthält eine konkrete verbale Äußerung der Patientin für genau diese Situation. Das Risiko besteht allerdings, dass diese Äußerung im Moment deplaziert ist und nicht auf die genaue Situation zutrifft.

Noch deutlicher ist der Drehbuch-Charakter im Falle der Vorsorgevollmacht. Sie bestimmt nicht nur den gesprochenen Text der Szene, sondern auch die Rollen der Sprecher. Sie setzt

voraus, dass es zu einem Gespräch zwischen ärztlich-pflegerischem Team und Vertrauensperson Vertreter des Patienten kommt. An der Stelle, an der gefragt wird: „Was sagt eigentlich die Patientin dazu?“, meldet sich der Vertreter und sagt: „Frau L. kann nicht selbst für sich sprechen, hat aber mich beauftragt. Nach allem, was sie mir erzählt hat, würde sie sich in folgender Weise äußern: ...“ Die Patientin hat also bestimmt, wer bei diesem Gespräch ihre Rolle übernehmen soll. Sie hat aber nicht den wörtlichen Text vorgeschrieben, sondern die Rolle mit Anweisungen versehen.

Hier lag der Fehler der Tochter von Frau L. in der konkreten Situation. Sie beanspruchte zwar, authentisch für ihre Mutter zu sprechen, aber sie vergaß, dass ihre Beiträge legitimiert sein müssen durch die Willensäußerungen aktueller und langfristiger Art. Sie hatte vergessen, die Patientenverfügung vorzulegen.

Damit ist sie aber nicht nur gegenüber dem Pflege- und Ärzteteam in eine gefährliche Situation geraten, sondern auch gegenüber der Mutter. Bei Demenzerkrankungen nimmt die Situation von Abhängigkeit von der Umgebung in drastischer Weise zu. In einem Lehrbuch psychosomatischer Medizin heißt es dazu: „Mit dem Erleben dieser neuen Abhängigkeit und Hilflosigkeit kommt es zur Wiederbelebung der Gefühle der Abhängigkeit aus der Kindheit in der Kind-Eltern-Beziehung und damit von entsprechenden früheren Konflikten. Neben dem Verlangen nach Hilfe, psychischer Sicherheit und gefühlsmäßigem Zuspruch [...] werden auch frühere Konflikte zu den wichtigen Beziehungspersonen der Umwelt reaktiviert. Entweder wird versucht, diese zu beherrschen und zu manipulieren oder sich mit ihnen auseinanderzusetzen oder sich ihnen zu unterwerfen.“²⁷ Da die Frage der Ernährung an ganz basale Bedürfnisse von Menschen sowie an archaische Muster sozialen Handelns heran reicht, werden gerade in dieser Frage Abhängigkeit, Regression und Aggression besonders schnell spürbar. Dazu gehört auch, dass wir durch das zwangsweise Ernähren oder einen ebenso zwangsweisen Nahrungsverzicht Macht ausüben und dem Gegenüber die Möglichkeit nehmen, seine eigentlichen Bedürfnisse auszuleben. Wie die Abhängigkeit empfunden wird, hängt auch davon ab, welcher Modus der Kommunikation in einer Einrichtung gepflegt wird.

Eine in diesem Sinn doppelt geregelte, inszenierte Kommunikation hätte es allen beteiligten Personen ermöglicht, die aktuelle Situation – Schmerzen, Atemnot, Lungenentzündung, Fixierung zum Zweck der Nahrungsaufnahme – zu benennen und aus der jeweils eigenen Sicht zu deuten. Die Frage der Nahrungszufuhr hätte dann auch in ihrer konkreten medizinisch indizierten oder nicht indizierten Sinnhaftigkeit besprochen werden können und die symbolischen Anteile hätten identifiziert werden können. Mit der Fortführung der Nahrungszufuhr, unter Umständen später auch durch andere Mittel als einer Magensonde, oder auch die Beendigung dieser Maßnahme wären nicht gleich die sozialen Rollen angezweifelt worden. Der Machtkampf zwischen der Tochter und dem Betreuungsteam hätte durch eine geregelte Kommunikation vermieden werden können.

Das ganze System hat dem schließlich entsprochen, indem ein palliativmedizinisches Konsil einberufen wurde, zu dessen Kompetenzen nicht nur die unmittelbare Beratung bei der Symptombehandlung gehört, sondern auch die Durchführung von Therapieziel-Konferenzen. Aber dies ist eine andere Form von Kommunikation, die auszuführen hier zu weit führen würde.²⁸

²⁷ Radebold, H. Psychosomatische Probleme in der Geriatrie, in: Uexküll, T. (Hg.). Lehrbuch der Psychosomatischen Medizin, München/Wien/Baltimore 1981², 731-747.

²⁸ Vgl. Ralf Jox, Implementierung der Rechtslage in der klinischen Praxis am Beispiel einer Leitlinie des Klinikums der Universität München, in: Borasio, Kutzer, Meier (Hg.), Patientenverfügung, 143-147.

Rechtliche Aspekte bei der Ernährung von Menschen mit Demenz

Volker Lindemann, Schleswig

Ärztliche Behandlung und pflegerische Maßnahmen ohne ausdrücklichen oder gar gegen den Willen von Patienten stellen sich bei älteren Menschen, die durch eine Demenzerkrankung in ihrer Willensbildung und/oder Entscheidungsfähigkeit eingeschränkt sind, immer wieder als Problem für behandelnde Ärzte und Pflegepersonal. Künstliche Ernährung durch eine Magensonde (PEG) und Freiheitsentziehende Maßnahmen, insbesondere Fixierungen zur Sicherung der Sonde gehören dabei vielleicht nicht zu den häufigsten, wohl aber zu den problematischsten Fällen

Zu den rechtlichen Regeln, die es bei der Lösung dieser Probleme zu beachten gilt, gehört in allererster Linie das Selbstbestimmungsrecht jedes Menschen, das auch bei eingeschränkter Willensbildung nicht verloren geht. Es wurzelt in den Grundrechten der Art. 1 und 2 unserer Verfassung. „Die Würde des Menschen ist unantastbar“ (Art. 1 S.1 GG), „Jeder hat das Recht auf freie Entfaltung seiner Persönlichkeit“ (Art. 2 Abs.1 GG), „Jeder hat das Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit (Art. 2 Abs.2 S.1 GG) und „Die Freiheit der Person ist unverletzlich“ (Art.2 Abs.2 S.2 GG).Im Verhältnis zwischen Patienten einerseits und Arzt und Pflegepersonal andererseits geht es danach im wesentlichen um zwei konkrete Grundrechte, das Recht auf körperliche Unversehrtheit und das Recht auf (Bewegungs-)Freiheit. Andere Leitwerte für ärztliche und pflegerisches Handeln wie Wohlergehen des Patienten und Schadensvermeidung beim Patienten treten dahinter zurück.

Das führt zu der medizinrechtlichen Grundregel, dass jeder ärztliche Eingriff – von der Notfallproblematik einmal abgesehen – der vorherigen Zustimmung des Patienten, seiner Einwilligung bedarf, um gerechtfertigt und nicht als strafbare Körperverletzung verboten zu sein. Freiheitsentziehende Maßnahmen verlieren ihren Charakter als Freiheitsbeschränkung, wenn der Betroffene einwilligt. Auch Dauerbehandlungen, z.B. lebenserhaltende Maßnahmen wie die künstliche Ernährung, benötigen die fortdauernde Einwilligung, deren Widerruf beendet die Legitimation. Die Beendigung der Maßnahme, auf die der Patient bei Fehlen seiner Einwilligung und nach deren Widerruf einen Anspruch hat, gilt juristisch nicht als aktives Tun, sondern als das gebotene Unterlassen einer nicht erlaubten (Weiter-) Behandlung.

Eine andere, ganz in der Hand der Ärzte liegende Bedingung für Behandlung ist die medizinische Indikation, das ärztliche Angebot einer Behandlung. Es setzt die Feststellung einer Erkrankung, die Feststellung ihrer Behandelbarkeit, die begründete Annahme einer bestimmten Wahrscheinlichkeit für einen objektivierbaren Behandlungserfolg, die Festlegung des Behandlungszieles, die Abwägung gegen Kontraindikationen und die ständige Berücksichtigung von Veränderungen in den vorstehenden Feststellungen und Bewertungen voraus. Auf eine nicht (mehr) indizierte Maßnahme hat also der Patient keinen Anspruch. Das gilt bei der künstlichen Ernährung z.B. für die Sterbephase. Aber auch in früheren Stadien der Demenz ist nicht nur die Frage der Wirksamkeit für den Ernährungszustand der Patienten, sondern vor allem die Frage des erhofften Nutzens für die Lebensdauer und die Lebensqualität sehr sorgfältig zu prüfen.

Die rechtfertigende Wirkung der Einwilligung eines Patienten setzt seine Einwilligungsfähigkeit, also seine Fähigkeit zur Selbstbestimmung voraus. Darunter werden Einsichts- und Steuerungsfähigkeit verstanden: die Fähigkeit, angebotene Informationen zu verstehen und eigene Wünsche mitzuteilen, die Fähigkeit, Argumente abzuwägen und daraus Entscheidungen abzuleiten, und die Fähigkeit, damit persönlichen Werten Ausdruck zu verleihen und Verantwortung für sich zu übernehmen. Sind diese Fähigkeiten vorhanden, gilt ein eventuelles Behandlungsverbot des Patienten auch bei Selbstschädigung oder gar Tod als Folgen. Die verweigerte Einwilligung ist nicht durch einen Stellvertreter (Bevollmächtigten oder gesetzlichen Betreuer) ersetzbar.

Fehlt es an der Einwilligungsfähigkeit der erkrankten Person, verhält sie sich also z.B. so, als könne sie vorhandene Wahlmöglichkeiten nicht (mehr) nutzen, versteht sie die gegebenen Informationen nicht wirklich, hat sie keine Einsicht in die Natur ihrer Erkrankung, ist sie nicht mehr authentisch, also nicht mehr in Übereinstimmung mit ihren Werten und Zielen aus der Zeit vor der Erkrankung, muss ihr Selbstbestimmungsrecht durch einen Vertreter (Bevollmächtigten oder gesetzlichen Betreuer) ausgeübt werden, wenn nicht eine verbindliche Vorausverfügung aus gesunden Tagen (Patientenverfügung) vorliegt.

In Patientenverfügungen ist vor allem die Ablehnung medizinischer Maßnahmen diagnostischer und therapeutischer Art problematisch, wenn deren Unterlassung zu schweren gesundheitlichen Schäden oder gar zum Tod des Patienten führen würde. Die Zweifel an der Wirksamkeit betreffen die Authentizität (war der Patient bei Abfassung einwilligungsfähig, aufgeklärt und frei von Zwang oder Nötigung?), die Aktualität (entspricht die dokumentierte Willensäußerung noch dem aktuellen Willen des Patienten?) und die Anwendbarkeit (ist die Verfügung mit den gewählten Formulierungen auf die konkrete Situation anwendbar?).

Bislang fehlt eine ausdrückliche gesetzliche Regelung. Der Bundesgerichtshof als oberstes Gericht in Zivilsachen hat in zwei Entscheidungen Regeln aufgestellt, die möglicherweise von den meisten Instanzgerichten beachtet werden, formell aber über die entschiedenen Fälle hinaus nicht verbindlich sind:

Eine frühere Willensbekundung, mit welcher der Patient seine Einwilligung in Maßnahmen der in Frage stehenden Art für eine Situation, wie sie jetzt eingetreten ist, erklärt oder verweigert hat, wirkt, falls der Patient sie nicht widerrufen hat, fort

Mit der Bestellung eines Betreuers ist die rechtliche Handlungsfähigkeit des Patienten wiederhergestellt. Einer früheren Willensbekundung des Patienten muss der Betreuer in eigener rechtlicher Verantwortung Ausdruck und Geltung verschaffen

Die Beibehaltung der Sonde bedarf daher der Einwilligung des Betreuers

Die Entscheidungsmacht des Betreuers ist jedoch mit der aus dem Selbstbestimmungsrecht folgenden Entscheidungsmacht des einwilligungsfähigen P. nicht deckungsgleich.

Der Betreuer ist an die rechtlichen Vorgaben für die Ärzte gebunden, d.h. an die medizinischen Voraussetzungen für eine straffreie Einstellung der künstlichen Ernährung, nämlich den irreversiblen tödlichen Verlauf des Grundleidens.

(BGH Beschluss v. 17.3.2003 – Lübecker Fall -)

Der Betreuer ist als gesetzlicher Vertreter für die Entscheidung über die Fortgeltung einer einmal erteilten Einwilligung zur künstlichen Ernährung (PEG) zuständig. Seine Erklärung über das Ende der künstlichen Ernährung ist daher für das betr. Heim und das Pflegepersonal verbindlich.

Dem Heim (Vertragspartner) steht eine Überprüfung dieser Entscheidung auf Übereinstimmung mit den Betreuerpflichten nicht zu (nur „Anzeige“ an das Vormundschaftsgericht)

Ein Weigerungsrecht für das Pflegepersonal besteht nur dann, wenn die Einstellung der künstlichen Ernährung mit Strafe bedroht wäre (offen gelassen)

(BGH Beschluss vom 8.6.2005 – Traunsteiner Fall)

Dem Bundestag liegen z.Zt. drei Gesetzentwürfe zur Regelung von Patientenverfügungen von Gruppen von Bundestagsabgeordneten vor, über die noch nicht beraten und entschieden ist. Der wichtigste Streitpunkt in diesen Entwürfen ist die Frage der sog. Reichweite der Verfügungen. Nach den Vorstellungen der einen Gruppe sollen Wünsche und Entscheidungen einer Patientenverfügung, die auf Abbruch oder die Nichtvornahme lebenserhaltender medizinischer Maßnahmen gerichtet sind, nur verbindlich sein, wenn

entweder das Grundleiden des Patienten nach ärztlicher Überzeugung unumkehrbar einen tödlichen Verlauf angenommen hat oder der Patient ohne Bewusstsein ist und nach ärztlicher Überzeugung mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit trotz Ausschöpfung aller medizinischer Möglichkeiten das Bewusstsein niemals wieder erlangen wird. Zu der zweiten Möglichkeit rechnet dieser Entwurf nach seiner Begründung außer den Fällen langfristig stabilen Wachkomas auch Fälle schwerster Demenz, nicht aber Fälle von Altersdemenz, bei denen der Betroffene zunehmend verwirrt, aber nicht unwiederbringlich ohne Bewusstsein ist.

Liegt keine oder keine unmittelbar wirksame Patientenverfügung vor, muss der mutmaßliche Wille mit Hilfe der Angehörigen oder anderer nahe stehender Personen, auch von Bevollmächtigten oder gesetzlichen Betreuern ermittelt werden. Dabei kann der sog. natürliche Wille als „restlicher“ Teil des Freien Willens, also der Einwilligungsfähigkeit, angebotenen Behandlungen entgegenstehen, als Abwehr pflegerischer Maßnahmen Bedeutung erlangen. Seine (ablehnende) Äußerung bestimmt die Frage der Zwangsbehandlung (-maßnahme). Ohne Einwilligung eines Bevollmächtigten oder gesetzlichen Vertreters (Betreuers) darf - außer in Notfällen - gegen den natürlichen Willen des Patienten nicht gehandelt werden. Es gibt aber weitere Voraussetzungen.

Im Betreuungsrecht sind ausdrücklich nur die Fragen der Freiheitsentziehung (geschlossene Unterbringung) und von Freiheitsentziehenden Maßnahmen (durch mechanische Vorrichtungen, Medikamente oder auf andere Weise) geregelt (§ 1906 BGB; die Regelungen der Unterbringungsgesetze der Bundesländer werden hier nicht behandelt).

Ärztliche Zwangsbehandlung im Rahmen einer geschlossenen Unterbringung durch den Bevollmächtigten oder gesetzlichen Betreuer (§ 1906 Abs.1 BGB) ist nach der Rechtsprechung des Bundesgerichtshofes unter bestimmten Voraussetzungen erlaubt. Die Anwendung von Zwang muss wie die medizinische Behandlung selbst indiziert sein. Bevollmächtigter oder gesetzlicher Betreuer müssen als Vertreter zur Rechtfertigung der Behandlung einwilligen. Sie sind befugt einzuwilligen, wenn die Behandlung dem gesundheitlichen Wohl des Betroffenen entspricht und der entgegenstehende (natürliche) Wille krankheitsbedingt ist. Die Nachteile der Zwangsbehandlung dürfen allerdings weder größer als noch auch nur gleich groß wie die prognostizierten Belastungen einer Entwicklung ohne Behandlung sein. In der außerdem notwendigen vormundschaftsgerichtlichen Genehmigung der Unterbringungsentscheidung des Bevollmächtigten oder Betreuers muss die zu dulddende Behandlung so präzise wie möglich angegeben werden (BGH Beschluss vom 1.2.2006).

Außerhalb geschlossener Unterbringung ist die Zulässigkeit von Zwangsbehandlung auch nach dem Beschluss des Bundesgerichtshofes vom 11.10.2000 unter Juristen streitig. In diesem Beschluss verneint der BGH die Genehmigungsfähigkeit von Dauermedikation und Zwangszuführung in regelmäßigen Zeitabständen (ohne geschlossene Unterbringung). Damit entfällt eine Legitimationsmöglichkeit für die Durchsetzung der Einwilligung durch Stellvertreter (Bevollmächtigten oder gesetzlichen Betreuer). Der BGH argumentiert damit, dass die etwa 10-minütige Behandlungszeit und die vorangegangene Zuführung keine Freiheitsentziehenden Maßnahmen seien. Diese setzten einen Freiheitsentzug von gewisser Dauer und eine Begrenzung der gesamten Lebensführung auf einen bestimmten räumlichen Bereich voraus (§ 1906 Abs.1 BGB). Auch zu den Freiheitsentziehenden Maßnahmen nach § 1906 Abs.4 BGB könne eine kurzzeitige Verbringung vom frei gewählten Aufenthaltsort nicht gezählt werden. Die Voraussetzungen für eine entsprechende Anwendung dieser Vorschriften werden ebenfalls verneint, auch als sog. milderes Mittel (gegenüber der geschlossenen Unterbringung) könnten die 14-tägigen Zuführungen unter polizeilichem Zwang nicht angesehen werden. Aus anderen Vorschriften ließe sich eine Rechtsgrundlage für die genannten Zwangsmaßnahmen ebenfalls nicht herleiten. Es gebe zwar in der Rechtswissenschaft eine abweichende Auffassung zur zwangsweisen Durchsetzung von Betreuerentscheidungen im Rahmen des übertragenen Aufgabenbereiches (z.B. beim

Betreten der Wohnung des Betreuten), dieser Ansicht könne jedoch nicht gefolgt werden. Anders als die Eltern gegenüber Kindern habe der Betreuer – außer in den ausdrücklich geregelten Fällen (s.o.) - kein Recht, seine Anweisungen notfalls mit Hilfe der Behörde durchzusetzen (auf § 1631 Abs.3 BGB, die Vorschrift für die Elternrechte, sei in § 1908 i BGB, der Regelung für Betreuer, nicht verwiesen).

Die Regelungen für Freiheitsentziehende Maßnahmen (§ 1906 Abs.4 BGB) bieten keine Grundlage für ärztliche Zwangsbehandlung. Sie dienen der kontrollierten Gewährleistung von Mobilität und Sicherheit von Menschen mit Behinderungen, für die eine Betreuung mit dem entsprechenden Aufgabenkreis eingerichtet ist. Wer intern für die Indikation solcher Maßnahmen zuständig ist – Ärzte oder Pflegekräfte – ist hier nicht zu erörtern. Wichtig ist, dass diese Regelung nur Freiheitsentziehende Maßnahmen zum Schutz von Patienten vor Selbstgefährdung deckt, nicht zum Schutz Dritter (vor Belästigungen oder Schädigungen) anwendbar ist.

Wenn die Lust am Essen fehlt – Möglichkeiten gewaltfreier Ernährung

Cilly Borgers, Rieseby

Ich möchte den Fokus in diesem Vortrag auf die Menschen mit Demenz richten, die in der Ausprägung der Erkrankung schon soweit fortgeschritten sind, so dass

- die Sprache als Kommunikationsform nur noch geringfügig genutzt werden kann,
- die ihre Umwelt ohne Hilfe immer weniger deuten können,
- bei denen Fortbewegung kaum noch möglich ist.

Hier findet die Kommunikation eher über den Körper statt.

Versetzen Sie sich in folgende Situation: Sie haben die Augen geschlossen, um Sie herum hören Sie Geräusche, wissen aber nicht, was gesprochen wird, Stimmen kommen näher, entfernen sich wieder. Plötzlich spüren Sie etwas am Mundbereich. Wie würden Sie reagieren?

Nicht Deutbares führt zu Erschrecken, zur Abwehr. Eine Umwelt, die nicht mehr schnell erfasst werden kann mit unseren Sinnen, wirkt häufig bedrohlich.

Wenn die Sinnhaftigkeit fehlt, werden wir den Mund nicht öffnen. Das Gesicht, insbesondere der Mundbereich ist für uns Menschen ein sehr intimer Bereich. Wen lassen wir in diesen Bereich? Dazu gehört ein hohes Maß an Vertrauen.

In der Demenz wird die Welt durch entsprechende Symptome immer undeutlicher. Einige Symptome der Demenz in den letzten Phasen der Erkrankung:

- Starke Beeinträchtigung der Sprache und des Sprachverständnisses

Diese Menschen können wenig über Sprache mitteilen, was sie mögen oder nicht und sie verstehen über das Medium Sprache immer weniger, was die Umwelt ihnen mitteilen möchte.

- Beeinträchtigte Fähigkeiten zur Ausführung gezielter Bewegung

Essen und Trinken zum Mund zu führen, zu kauen, zu schlucken wird zunehmend problematisch.

- Beeinträchtigung der Sinneswahrnehmung

Durch Störungen beim Sehen und der räumlichen Wahrnehmung werden Speisen und Getränke nicht erkannt. Geschmacks- und Geruchsempfindens können stark verändert sein

- Mangelnde Empfindung der Körpersignale

Hunger und Durst werden möglicherweise nicht mehr empfunden.

- Beurteilungsstörungen

Eine Gabel kann als Bedrohung wahrgenommen werden.

- Körperbildveränderungen

Veränderte Körperhaltung z.B. nach vorn gebeugt bis zur Embryohaltung, oder überstreckt, dies führt zu Problemen des Transportes der Nahrung

- Kommunikation von Menschen, die Sprache nicht als Medium nutzen können

Da sie die Sprache nicht gebrauchen können, kommunizieren diese Menschen über andere Wege mit uns. Die Körperhaltung, Gestik, Mimik, veränderte Atmung, Zittern und veränderter Muskeltonus sind die Möglichkeiten der Kommunikation, die Demenzkranken bleiben. Dies zeigt sich an folgenden Beispielen:

- Beim Wegdrehen des Kopfes,
- veränderter Gestik, Mimik,
- ausspucken oder herauslaufen lassen der Nahrung aus dem Mund,
- schnelleres Atmen,
- Anspannung der Muskulatur

Dies wird von Betreuern manchmal als „nicht Essen wollen“ gedeutet, genauso kann sich dahinter aber auch ein nicht Verstehen der Situation verstecken.

Wir sind in unseren Handlungen häufig zu schnell. Insbesondere bei der Pflege in der ambulanten und stationären Betreuung stehen die Mitarbeiter unter hohem Zeitdruck, der als Folge dazu führen kann, dass das Einfühlungsvermögen nachlässt. Wir kennen das alle, wenn wir unter Druck stehen, achten wir nicht mehr so sehr auf die Feinheiten, sondern müssen schauen, dass wir fertig werden.

Menschen, die ihrer Sprache noch mächtig sind, können uns sagen, was ihnen nicht gefällt, diese Kranken aber nicht.

Der Mundbereich ist am Wahrnehmungsstärksten, deshalb ist große Sorgfalt geboten um positive Erfahrungen zu machen. Was mit Gewalt, mit Zwang geschieht ist hier besonders nachhaltig in der Erinnerung.

Besonders bettlägrige Menschen haben wenig Appetit

Eine beeindruckende Studie von Prof. Zeglin über Bettlägrigkeit zeigt deutlich die Auswirkungen des Liegens auf.

Auswirkungen des Liegens (Angelika Zeglin „Festgenagelt“, HuberVerlag, Seite 31)

Drei australische Mediziner kamen nach Sichtung von 39 Studien im Jahr 1999, in denen 5777 Patienten untersucht wurden, zu dem Schluss, dass Bettlägrigkeit kritisch zu beurteilen ist, was die Heilung angeht. Übertragen werden kann diese Studie aber auch auf alte gebrechliche Menschen.

Einige physiologische Auswirkungen des Liegens:

Herz-Kreislauf: abnehmende Auswurfleistung des Herzens, dadurch Pulsanstieg, gerinnungsfördernde Substanzen im Blut erhöht Thrombosegefahr

Lunge: Flachere Atmung, Sekretstau in der Lunge, Pneumonie

Niere: Gefahr von Nierensteinen, da Flüssigkeitsdurchlauf verringert ist

Gleichgewichtsorgan: Schwindel, Übelkeit

Muskulatur und Knochenapparat: Durch veränderte Schwerkraft geringerer Muskeltonus

10 % Muskelschwund pro Woche

Beweglichkeit der Gelenke: durch Kapselschrumpfung eingeschränkt

Dekubitusgefahr: ein gesunder Erwachsener bewegt sich durchschnittlich alle 11,6 Min

Schädigung der Wirbelsäule: sie passt sich an Bettunterlage an und verschiebt Organe

Knochenschwund durch mangelnde Bewegung, ein Aufrichten des Körpers wird immer schwieriger

Magen, Darm: Magensekretion, Peristaltik, Appetit lassen nach, Obstipation

Blase: Harninkontinenz, da Blase nicht vollständig geleert wird durch mangelnde Stimulation

Flüssigkeitshaushalt: ca. 11 % der Blutmenge aus den Beinen bewegen sich Richtung Herz und Lunge und belasten sie

Immunsystem: Verminderte Körperabwehr, Ansiedlung von Erregern (Staphylokokken) in der Nasenschleimhaut

Sensorische Auswirkungen: Verlust des Körpergefühls, Verminderung der Wahrnehmung in allen Bereichen der Sinne

Psyche: Aktionsradius wird radikal beschnitten, Minderwertigkeitsgefühle, Abstumpfung

Je weniger die Außenwelt wahrgenommen werden kann, desto mehr zählt unsere innere Welt.

„Was für uns Menschen wirklich zählt, das ist unser subjektives inneres Leben - unsere Sinneseindrücke, Gefühle, Gedanken und Willensentscheidungen“ (Benjamin Libet)

Das Pflegekonzept der Basalen Stimulation® in der Pflege“ ist in dieser Phase der Erkrankung besonders hilfreich. Dieses Konzept wurde zunächst in den 70er Jahren von dem Sonderpädagogen Prof. Andreas Fröhlich entwickelt für Kinder mit mehrfach schweren Behinderungen und dann gemeinsam mit der Pflegewissenschaftlerin Christel Bienstein für die Pflege der Menschen mit Wahrnehmungsstörungen weiterentwickelt.

Prof. Andreas Fröhlich beschreibt dieses Konzept so:

„Basale Stimulation ist keine Methode, ist keine Technik. Basale Stimulation versteht sich als ein Konzept, das heißt, eine gedankliche Annäherung an die Probleme und Schwierigkeiten sehr schwer beeinträchtigter Menschen. Konzept meint, dass es sich nicht um eine fertig formulierte und endgültig festgelegte Therapie bzw. Pädagogik handelt, sondern um einige essentielle Grundgedanken, die immer wieder neu bedacht und angepasst werden können und müssen. Im Zentrum steht der Mensch in seiner physischen Realität, die uns auch dann einen persönlichen Zugang eröffnet, wenn scheinbar alle kommunikativen und geistigen Beziehungen verhindert sind.“

(A. Fröhlich, Basale Stimulation – Das Konzept, Verlag Selbstbestimmtes Leben, 1998, Seite 10)

Die Basale Stimulation® in der Pflege

Die Basale Stimulation dient der Aufrechterhaltung und der Förderung der Orientierung und Aktivität. Es werden Möglichkeiten der Bewegung, der Wahrnehmung (ohne Bewegung ist keine Wahrnehmung möglich) und der Kommunikation über andere Kanäle als der Sprache angeboten.

Zunächst gilt es, körperlich in Beziehung zu treten. Nach den Prinzipien der Basalen Stimulation durch eine „Initialberührung“. Berührung bedeutet, in Kontakt zu sein mit unserer äußeren Umwelt, aber auch mit unseren "inneren" Welten. Berührung ist mehr als jemanden anzufassen, Hautkontakt geht unter die Haut! Durch den Kontakt spüre ich mich als Person, ich erlebe ein Stück Identität

„Der Mensch wird am Du zum Ich.“ (Martin Buber)

Jeder Mensch braucht Berührung; sie ist ein Grundbedürfnis. Berührung ist genauso wichtig wie Atmen, Nahrung oder Wasser. Ohne Berührung sterben wir zwar nicht unmittelbar, aber wir verkümmern langsam, zuerst emotional, später körperlich. Eine Berührung der Haut ist immer auch eine sinnliche Erfahrung. Unsere Vorerfahrungen spielen allerdings auch eine Rolle. Es gibt zwar ein großes Bedürfnis nach Zuwendung und Geborgenheit, es kann aber auch zu nah sein. Eine gute Beobachtung der nonverbalen Signale ist wichtig.

Intrauterine "ORALE" Wahrnehmungsentwicklung

In der achten Schwangerschaftswoche, knicken die Arme vom Embryo in der Ellenbeuge ab (so genannte Wachstumsbewegung). Die Arme und die Beine des Embryo sind am dreiundfünfzigsten, beziehungsweise um den sechsundfünfzigsten Schwangerschaftstag bereits ausgebildet.

Da der in der Entwicklung begriffene Mensch sich zu dieser Zeit sich noch nicht selbst

bewegen kann, (vestibulärer Bewegungsbeginn, ab der zwölften Schwangerschaftswoche) aber im Fruchtwasser schwimmt, kommt es zur "ersten" taktil/ haptischen Stimulation. (taktil/ Berührung, haptisch/Druck eines Gegenstandes auf eine Unterlage)

Der in der "Ellenbeuge" abgewinkelte Arm des Kindes, (wird durch die Fruchtwasserbewegung Herzschlag - Atmung- Darmgeräusche - Stimme- Bewegung der Mutter) stößt mit den Daumen an die Unterlippe. Durch diese taktil/haptische Stimulation, öffnet das Kind den Mund. Der Daumen schwimmt in den Mund und stößt an der Zunge des Kindes an, (zweite taktile Erfahrung) der Mund des Kindes schließt sich. Dies sind erste Erfahrungen zur späteren Nahrungsaufnahme

Der Daumen des Kindes schwimmt, bei geschlossenen Lippen wieder aus dem Mund. Da sich bei geschlossenen Lippen, hinter dem Daumen, ein Vakuum bildet, lernt das Kind "SAUGEN". (Saugakt) Diese immer wiederkehrenden "taktile/haptischen" Stimulationen, geben Informationen zum Gehirn und so können sich Verschaltungen zwischen den einzelnen Gehirnzellen ausbilden.

Wird Essen und Trinken durch eine geführte Bewegung unterstützt, setzen wir an diesen sehr frühen Erfahrungen des Menschen an und können Impulse auslösen, diese Bewegung weiterzuführen.

Ist es nicht möglich, den Arm soweit zu beugen, dass der Mundbereich erreicht wird, kann der Betreuer die Verlängerung mit seinem Arm gestalten, damit der Mund erreicht wird. In dem die Hand auf dem Unterarm des Betreuers liegt, unterstützt er zusätzlich die Autonomie des zu Pflegenden... Der Kranke kann sie mit wenig Kraft wegschieben, wenn er nicht mehr möchte.

Um den Mundbereich wahrzunehmen, müssen Beläge regelmäßig entfernt werden. In der Basalen Stimulation versuchen wir zunächst Vertrauen zu erlangen über eine Gesichtsmassage. Gleichzeitig aktivieren wir die Muskeln um den Mundbereich und können durch äußere Einwirkung die Schleimhaut an den Wangentaschen und das Zahnfleisch erreichen und so schon einen Teil der Mundpflege ausüben. Es ist besonders für Frauen, die es möglicherweise aus ihrer Biographie kennen, entspannend und die Patienten merken, dass es schön sein kann, gepflegt zu werden.

Der Zugang zum Mundbereich muss vertrauensvoll angebahnt werden. Der nächste Schritt zur weiteren Mundpflege, in den Innenraum des Mundes zu gelangen könnte erreicht werden, wenn wir dem Betreuten etwas anbieten, das sein Interesse weckt. Je nach Vorlieben können die Lippen mit Lieblingsgetränk bestrichen werden, das kann auch Bier, Eierlikör oder Wein sein, wichtig ist, das Interesse zu wecken. Vielleicht findet der Kranke darüber die Möglichkeit den Mund zu öffnen und die Erfahrung zu machen, dass es sich lohnt, da es angenehm ist. Nach häufigerem Angebot kann zunächst die Mundpflege auch mit diesen Getränken stattfinden. Mit der Zeit können diese Getränke verdünnt werden und es ist möglich ohne Abwehr in den Mundbereich zu gelangen. Geduld ist hier gefragt. Frau Bienstein berichtete, dass sie einem Kind die Zähne mit Nutella putzte.

Jeder Zwang führt zur Vertrauenskrise und es bedarf viel Zeit, dieses Trauma wieder auszuräumen.

Ein Mulsäckchen mit Banane, Salami oder andere pikante Lebensmittel ist bei Menschen mit einer PEG Sonde geeignet. Sie erleben so andere Geschmacksrichtungen als vom Aufstoßen der Sondennahrung, können daran saugen und werden wacher.

BEI DIESEN ANGEBOTEN IST DIE BEOBACHTUNG DER MIMIK, GESTIK UND HALTUNG DER BEWOHNER WICHTIG!

Die Insel im Haus Schwansen

Im Haus Schwansen vertreten wir die Meinung, Bettlägrigkeit muss es nur in wenigen Ausnahmefällen geben. Die Menschen in dieser Phase der Erkrankung der Demenz,

werden am Tag in einer besonderen Gruppe zusammengeführt, der Inselgruppe mit ca. 11 Personen.

Wir bieten den Bewohnern gezielte aktivierende, fördernde Wahrnehmungsmöglichkeiten an. Je weniger ein Mensch sich spürt, umso mehr hat er das Bedürfnis danach.

BEWEGUNG

Bewegungen stellen einen wichtigen therapeutischen Zugang dar. Ohne Bewegung verliert sich das Hunger- und Durstgefühl.

Die Bewohner sitzen in Pflegesesseln. So können sie immer wieder in eine aufrechte Position gebracht werden, die ein Hungergefühl eher entstehen lässt als im Liegen.

Durch eine Schaukel können wir diesen Menschen ein größeres Bewegungsspektrum anbieten. Hunger- und Durstgefühl stellen sich eher ein, weil Magen und Darm bewegt werden.

AUFMERKSAMKEIT

Aufmerksamkeit ist abhängig vom Bewusstseinsgrad, von Umgebung und Reizfaktoren. Kann Aufmerksamkeit erzielt werden, ist es möglicherweise ein wichtiger Schritt zur Wiedererschließung der Person

In der Insel erleben wir, dass die Menschen, die sich dort aufhalten nicht so abgelenkt sind durch eine laute unruhige Umgebung, sie können sich eher konzentrieren und essen und trinken besser. Das Bedürfnis nach Rückzug reduziert sich.

GEFÜHLE

Unsere Beziehungen zur Umwelt werden von Gefühlen begleitet, sie sind körperlich spürbar und lösen Reaktionen aus. In einer positive Stimmung schmeckt das Essen besser.

Kleine Massagen, die Zuwendung bedeuten, aber auch den Körper wieder bewusst machen, ein Lied, sinnliche Erfahrungen im Garten sind sehr unterstützend.

Die Kunst des Alterns

Dr. med. Wolfgang Kleespies, Berlin

Ich möchte versuchen aus der Sicht eines psychotherapeutisch tätigen Arztes verschiedene Fragestellungen und Betrachtungsebenen im Zusammenhang mit dem Thema des Altwerdens aufzugreifen. Vor allem wird es um die psychologischen Hemmnisse gehen, die das Altwerden –genauer gesagt die Gestaltung des Alterns - erschweren. Hierbei nimmt der tiefenpsychologische Ansatz natürlich einen besonderen Stellenwert ein.

Suche nach Glück

Zunächst möchte ich mich einem Begriff zuwenden, der gerade im Alter einen hervorgehobenen Stellenwert besitzt.

Was wir uns eigentlich immer wünschen, erst recht im Alter, wenn wir ein reiches Arbeitsleben hinter uns haben, ist sicherlich Glück.

Innsgeheim hoffen wir, dass wir davon mehr im Alter bekommen könnten –schließlich haben wir uns genügend geplagt - und natürlich, das es möglichst lange, ja ewig anhalten möge.

Aber sind wir dafür überhaupt geschaffen? Können wir ein Dauerglück überhaupt aushalten? Wenn wir genauer hinschauen: Wahrscheinlich nicht. Hier sind wir innerlich zu widersprüchlich, auch zu streitbar angelegt.

Die praktische Lebenserfahrung lehrt uns außerdem, wie zerbrechlich und störrisch Glück ist. Wir müssen bitter zur Kenntnis nehmen, dass Glück kein dauerhafter Zustand ist. Sicherlich geht es eher um Glücksmomente.

Das Streben nach Glück erfährt vielleicht gerade in einem Punkte seine stärkste Motivation: nämlich aus der Erfahrung seines Gegenteils, des Unglücks und des Leides .

Ja es gibt sogar fatalerweise neben einem Streben nach Glück auch eine Unfähigkeit Glück aushalten oder annehmen zu können. Manche Depressive meinen, nichts anderes als Unglück verdient zu haben.

Nun kommt eine schwierige Frage: Was ist mit Glück eigentlich gemeint.

Können wir etwa dazu beitragen? Wird es uns geschenkt? Liegt es in der Liebe oder in der Macht, Erfolg oder Ruhm?

Man kann zunächst festhalten: Es geht bei Glück um ein Gefühlserleben, also um eine Emotion und ihre Inhalte können ganz verschieden sein. Bei jedem Menschen finden sich andere Akzente.

Es gibt Glück, das einem unverhofft in den Schoß fällt, wie etwa ein Lotteriegewinn das wäre die Fortuna und daneben eine weitere Form des Glücks, im Sinne eines geglückten Lebens (Felicitas), wo wir persönlich etwas dazu beitragen, und mit uns, mit unserer Anlagen und Fähigkeiten und mit der Welt stimmig sein können. Um diesen Sinngehalt des Begriffes geht es mir.

„Jeder ist seines Glückes Schmied“. (Kast, V. 2003,152), wie es so schön heißt. „Schmieden“ bedeutet aber Tätig sein. Auch das Alter, der Ruhestand ist, kein statischer Zustand. Auch wenn es uns nicht passt, sind wir häufig mit der Notwendigkeit konfrontiert, uns immer wieder umzustellen, und müssen uns auf neue Situationen einstellen und mit ihnen –möglichst kreativ- fertig werden. Wie es sich zeigt, sind wir oftmals nicht Schmied unseres Glückes sondern schmieden unbewußt an unserem Unglücklichsein, wenn wir unrealistischen Erwartungen an uns oder an unsere Mitmenschen nachhängen.

Selbstverwirklichung und Selbstentfremdung

In der Frage nach einer Systematik des Glücks hat der Psychoanalytiker Fritz Riemann

einen interessanten Ansatz gefunden (2007). Er unterscheidet auf unserer Suche nach Glück zwei Zielvorstellungen, die miteinander zusammenhängen.

Die eine Strebung ist nach innen, auf die eigene Entwicklung gerichtet, wir können sie mit dem Begriff der Selbstverwirklichung benennen.

Die andere Strebung ist nach außen gerichtet und entspricht der Entfaltung der Liebesfähigkeit. im Sinne der persönlichen Zurücknahme. Es geht hier um Liebe im weitesten Sinne, die herausführt aus einer zu selbstbezogenen Isolation und Einsamkeit. Einsamkeit ist übrigens ein schwerwiegender Grund auch für Suizide im Alter. Einsamkeit im Alter ist oftmals auch selbst bereitet, weil sich viele Menschen schwer tun, sich an andere anzuschließen. Insgesamt tun sich die Frauen etwas leichter Kontakte zu knüpfen und sich anzuschließen, während sich allein stehende Männer eher isolieren.

Unsere Vorstellungen von der Selbstverwirklichung sind natürlich sehr unterschiedlich, liegen im Kern aber in der Entwicklung und Entfaltung der Persönlichkeit. Die Tiefenpsychologie nennt diesen Entwicklungsprozess „Individuation“. Und eine solche Entwicklung der Persönlichkeit, eine solche „Individuation“, muss im Alter keineswegs aufhören, sondern erscheint sogar als notwendig, wenn man nicht verkrusten und stagnieren will. Wenn man aber den Draht zu sich, zu seinen Entwicklungsstrebungen, Neigungen und Fähigkeiten, nicht richtig entwickelt oder wieder verloren hat, dann können sich gerade im Alter seelisch Störungen einstellen.

Selbstverwirklichung und Liebesfähigkeit sind also wichtige Ziele auf unserer Suche nach Glück und sollten sich ergänzen..

Aus der Depressionsforschung wissen wir, dass die Menschen in etwas wurzeln und daraus Wert für das eigene Leben schöpfen wollen. Gelingt das nicht, könnte dies in eine Depression münden.

In der ersten Etappe unseres Lebens ist es die Familie, in der man aufgehoben und geborgen sein will. Später will sich das Selbst, wie man das Zentrum unserer Persönlichkeit auch bezeichnet, aber auch autonom weiterentwickeln und „verwirklichen“, d.h. sich in etwas neu Geschaffenem gründen und eine eigene Existenz aufbauen.

Ist man daran gehindert, etwa aus Gründen neurotischer Blockaden, führt dies zur „Selbst - Entfremdung“ zur Ent - wurzelung und damit zu einem Zustand, den wir Depression nennen.

Depressionen finden wir nun öfter an der Altersschwelle, wenn es gilt sich eine neue Identität - eine Altersidentität - zu schaffen und man aus inneren Gründen gehindert ist dies auch zu tun.

Eine Gefahr liegt in der Suche nach Selbstverwirklichung, und dies gilt für alle Lebensabschnitte: dass sie zu oberflächlich bleibt. Hierzu gehört das Streben nach Macht, Ruhm oder schlichter nach Konsum und materiellen Gütern. Gerade letzteres schafft zwar einen wirtschaftlichen Faktor in der Gesellschaft. Die Alten werden ja auch zu einer wichtigen wirtschaftlichen Zielgruppe. Aber ist das wirklich alles?

So sehr diese Bereiche des Konsums im Einzelfall für den Betroffenen bedeutsam sein können, darf der Beziehungsgedanke darüber nicht verloren gehen, in dem nicht nur das Beanspruchen und Habenwollen dominiert, sondern auch das Geben einen besonderen Wert einnehmen sollte. Es geht um Tugenden und dazu gehört auch die Weitergabe von Werten, und sei es nur an die eigenen Enkel.

Da die Zeit im Alter immer knapper bemessen erscheint, ist auch eine wichtige Fähigkeit gefragt, nämlich die Fähigkeit zur Zentrierung und Konzentration auf das Wesentliche. Denn die Zeit erscheint im Alter immer knapper bemessen.

Und nicht zuletzt geht es auch um die Fähigkeit zu transzendieren.

Das heißt das eigene Leben in übergeordnete und überpersönliche Zusammenhänge stellen

zu können, z.B. im Rahmen der Religion. Dies holt uns auch heilsam von grandiosen Phantasien und Fehlerwartungen herunter.

Hier wird eine weitere grundlegende, uns innewohnende Streben wirksam: nach Sinngebung und Sinnfindung, die auch Altersprozesse einschließt. Es geht im Alter, wie schon erwähnt um eine Kunst, nämlich die unwichtigeren Dinge loslassen oder zumindest relativieren zu können, Und : es geht um die Entdeckung der inneren kreativen Ressourcen, die bislang vernachlässigt wurden.

Denn die alten Strukturen, wie z.B. das Berufsleben, mit seinen Bestätigungen tragen nicht mehr und unterstützen nicht mehr unser Selbstbewusstsein.

Misslingt das Los-Lassen und die Neuorientierung, dann vergiften die „Altersresignativen“ durch Neid, Abwertung, Festhalten u. a. m. nicht nur sich selber, sondern auch ihr mitmenschliches Umfeld.

Wir dürfen uns nichts vormachen: Alt werden ist selten nur ein freudiger Prozess: Altwerden hat sicherlich viel mit der Erfahrung der Endlichkeit, des Abbaus des Verfalls, des Nachlassens der Kräfte und des nicht mehr allzu fernen Todes zu tun. Im Alter wird uns dies alles eindringlich vor Augen geführt.

Es findet sich nun ein Zug in unserer Gesellschaft, der Unglücklichsein und das Leid als Zumutung ansieht. Das ist zu kurz gegriffen: Um es provokant zu sagen: Es gibt auch ein Recht auf Unglücklich sein. Das gehört zum Menschsein dazu und kann sogar zur Quelle und zum Ansporn für ganz eigene Entwicklungen werden, etwa hin zu mehr Innerlichkeit.

Zur Bewältigung dieser Probleme gehört sicherlich auch eine wichtige Fähigkeit, nämlich trauern zu können über die zu Ende gegangenen Möglichkeiten der Jugend.

Wenn wir es genau betrachten, besteht unser ganzes Leben aus einem stetigen Prozess der Veränderung, ja der Wandlung. und des Abschieds zuerst von der Kindheit, dann von der Jugend u. s. w.. und der Notwendigkeit einer jeweiligen Neuausrichtung.

Die jung gebliebenen Alten

In den letzten Jahrzehnten ist nun ein neuer Typus des älter werdenden Menschen entstanden. Es handelt sich um den Typus des so genannten „jung gebliebenen Alten“.

Soziologen (zit „Tagesspiegel „v.22.7.07) teilen die Lebenszeit nach dem 65.Lj. in zwei Phasen ein : Das „Glück des Alters“, normalerweise die schmerz und krankheitsfreie Zeit, und dann das „Leid des Alters“, etwa ab dem 80.Lj., die Zeit der „Hochaltrigkeit“. Die hiermit zusammenhängende Probleme, etwa wenn sich schwerwiegende chronische und geistige Erkrankungen einstellen, sind ja Gegenstand der Tagung gewesen und sollen hier nicht noch einmal vertieft werden..

Wir halten fest: Insgesamt sind wir in der Gegenwart viel vitaler und gesünder als unsere Vorfahren im vergleichbaren Alter und sind auch mobiler geworden. Die gute medizinische Versorgung und. Ernährung machen das Altern leichter.

Manche fangen ihre Weltreisen erst mit siebzig Jahren an. Das ist sicherlich positiv und die erhalten gebliebene Vitalität enthält viele Möglichkeiten.

Nur darf die neue Lebenshaltung nicht zur Farce werden, es sollte sich keine verkrampfte Haltung einstellen, in der man es um jeden Pries den „Jungen“ gleichtun und mit ihnen konkurrieren will.

Andererseits- trotz aller Jugendlichkeit-: Für viele Menschen gerät nun das Älterwerden und das Alter nicht nur zu einem schmerzlichen Erlebnis sondern zu einer ausgesprochenen Lebenskrise.

Das Ergrauen der Haare, oder die beginnende Weitsichtigkeit oder die Notwendigkeit Medikamente zu nehmen werden von manchen Menschen regelrecht als Schock erlebt.

Die beginnenden Altersanzeichen bedeuten dann einen schwerwiegenden Einschnitt und können eine erhebliche Kränkung und Krisen nach sich ziehen. Krise bedeutet in diesem Zusammenhang zunächst ja nur, dass man sich in einer Situation befindet, in der bisher gewohnte Verhaltensweisen und Einstellungen oder Erwartungen an sich selbst nicht mehr tragen und das Selbstgefühl sich ändert, zum Beispiel hin zu einem Minderwertigkeitsgefühl.

Natürlich: Man fühlt sich eigentlich im innersten Kern immer gleich; Man ist sozusagen „zeitlos“ immer man selbst..(sog. „Kernidentität“). „Aber die Begrenztheit und Endlichkeit des eigenen Lebens wird natürlich immer spürbarer und kann immer stärker zum Problem werden. Durch das längere Altern nehmen auch die Zeitspannen zu, die man in der Nähe des Todes verbringt, was eine besondere Herausforderung darstellt.

Das Erleben des Alters enthält aber immer auch einen Doppelaspekt:- Einmal besteht die Chance sich umzustellen und neu zu orientieren.

Aber es besteht auch die Gefahr, das bisher Gewohnte unverändert bei behalten zu wollen.

Die Umstellung ermöglicht eine Wandlung. Das Festhalten wiederum kann die Basis zu einer Panik abgeben, weil man eben die Zeit nicht wirklich anhalten kann. Angststörungen im Alter sind sehr verbreitet und können ein behandlungsbedürftiges Ausmaß annehmen Sie geben Zeugnis von der Orientierungs- und Ratlosigkeit, die sich eingestellt hat. Ich bekomme diese Zustände auch häufig in meine Sprechstunden zu sehen.

Selbstmord ist in solchen Krisenzeiten nicht selten und ist dann als Ausdruck tiefster Resignation zu werten, wobei die Vereinsamung an erster Stelle steht. In diesem Dilemma sind zum Beispiel Menschen gefährdet, die schon früh ungewöhnliche Erfolge hatten und, vom Leben verwöhnt, es nicht ertragen können, wenn sie nun wirklich oder vermeintlich darauf verzichten sollen.

Persona: Die Maske, die wir zeigen

Hierzu zählen auch die Menschen, die ihren Erfolg zu einseitig ihrer Jugend, Schönheit und Anziehungskraft verdankten (Kleespies 1998,88).

Ein kurzes Beispiel aus meiner Praxis:

Es kam zu mir eine 66- j. Frau mit Depressionen. Sie war durchaus immer noch attraktiv. Sie hatte viele Beziehungen zu Männern gehabt. Heiraten aber wollte sie nie, da sie sich die Rolle als Ehefrau und Mutter nicht vorstellen konnte. Sie hatte vor allem meist jüngere Liebhaber gehabt, die ihr Bewunderung und Bestätigung gaben. Es stellte sich heraus, das sich vor kurzem ein deutlich jüngerer Mann von ihr getrennt hatte, wegen einer jüngeren Frau. Das versetzte ihr einen gewaltigen Schlag und es stellten sich hierauf bei ihr Depressionen ein. Erkannte sie doch jetzt in voller Klarheit, dass sie alt geworden war. Sie musste den jüngeren, schöneren Konkurrentinnen Platz machen. Sie fühlte sich nun unansehnlich, hässlich und nutzlos. Sie sagte: „was ist eine alternde Frau noch wert?“

Erschwert wurde die Therapie. durch den Umstand, dass sie ihr Selbstbild und ihren Selbstwert vollständig abhängig gemacht hatte von äußerer Bewunderung.

Beziehungen waren bislang nur über diese Schiene gelaufen. Ihre bisherige schöne und attraktive Persona, wie man psychologisch unsere Lebensrolle und Außenpräsentation bezeichnet, war ihr einziges Lebenskapital gewesen. Nun hielt diese „Persona“ nicht mehr, was sie von ihre erwartete. Sie wurde depressiv. Das zunehmende Alter hatte ihre alte Identität als eine „Schönheit“ immer weiter untergraben. Es bestand nun die Aufgabe, zu einer neuen Identität, zu einem neue Selbstbild zu kommen.

Ein wichtiger Schritt bestand darin, dass sie es lernte, allein sein zu können. Sie hatte bislang das Alleinsein gehasst und gefürchtet und sich nur über andere definieren können. Warum wird Einsamkeit heute so sehr gefürchtet? Ich denke weil wir in unserer extravertierten Zeit nicht gelernt haben, allein sein zu können. Alleinsein wird unbewußt mit

Verlassensein gleichgesetzt. Und Verlassenheit ist natürlich ein sehr unglücklicher Zustand

Meine Patientin begann jedenfalls zaghaft, sich mehr zu bedenken, und kaufte sich z. B. einen Blumenstrauß, den sie sich auf den Tisch stellte. Sie hatte sich in dieser Hinsicht bisher total vernachlässigt, wie folgender Traum zeigt, der sie schließlich motivierte ihre bisherige Einstellung zu ändern:

Ich kam nach langer Zeit in meinen Keller, der sah vernachlässigt, ja verwahrlost aus. Es hielten sich in einem Stall Katzen auf, die zu verhungern drohten, weil ich mich nicht mehr um sie gekümmert hatte. Ich bekam ein schlechtes Gewissen und begann sie zu versorgen.

Es ging in diesem Traum um den vergessenen Zugang zu sich selbst. Der Keller im Traum war symbolisch zu verstehen und entsprach ihren dunklen unentwickelten ja vergessenen und vernachlässigten Persönlichkeitsbereich, der noch einmal gesondert über die verhungerten Katzen dargestellt wurde. Jeder Mensch hat einen solchen „Schattenbereich“ in sich, wie man psychologisch diese unentwickelten und vernachlässigten Seiten der Persönlichkeit nennt. Bildhaft spricht man von der „Leiche im Keller“. Diesen Bereich galt es nun bewusst wahrzunehmen. Es ging nämlich um die Kunst der Selbstliebe und Selbstannahme, die es wider neu zu entdecken und zu erneuern galt. Als Psychotherapeut kann man das natürlich nicht einfach verordnen, sondern eine Verbesserung in der Beziehung zu sich selbst muss sich in einem therapeutischen Prozess allmählich entwickeln.

Ihre Beziehungen bekamen tatsächlich allmählich einen anderen Charakter: Sie schloss sich z. B. anderen Frauen an. Sie konnte dies, weil sie die anderen Frauen nicht mehr als Konkurrentinnen ansah. Sie kam zu einer anderen Lebensperspektive. Die Depression bildete sich zurück.

Es sind manchmal die scheinbaren Kleinigkeiten, etwa wie in diesem Beispiel sich einen Blumenstrauß kaufen zu können, auf die es ankommt. Und doch zeigen gerade diese „Kleinigkeiten“ eine eklatant andere Bewusstseinshaltung an, nämlich eine verbesserte Beziehung zu sich zu haben und sich nicht nur über andere zu definieren.

Man kann festhalten, je eingengter und einseitiger das bisherige Leben in bestimmten Bahnen verlief, umso schwerer fällt die Umstellung auf eine eventuell erforderliche neue Identität im Alter. Das gilt nicht nur für den äußeren Aspekte der Schönheit und deren Bewunderung durch andere. Das gilt auch für soziale Rollen, die man bisher eingenommen hat.

Sich von bisherigen Rollen lösen zu können, nicht mehr mit ihnen identifiziert zu sein ist eine große Chance für die geistige Freiheit im Alter. Wie groß andererseits unsere Neigung ist, uns mit solchen Rollen möglichst lange zu identifizieren, als wären sie alles, was wir sind und haben, geht daraus hervor, wie viel Wert wir etwa nach der Pensionierung noch darauf legen, weiterhin Herr Direktor, wenigstens i. R. oder a. D., zu bleiben, statt froh zu sein, diese Rollen ablegen zu können und einfach wir selbst zu sein. Die „Persona“, wie ich sie gerade erwähnt habe, die bisherige Lebensmaske und soziale Fassade- ist uns zu lieb geworden, und für viele machte sie tatsächlich den Inhalt ihres Lebens aus.

Solche Rollen, wie etwa die „Berufspersona“ des Lehrers, des Vorgesetzten oder des Politikers, des Direktors sind ja zunächst einmal sehr sinnvoll und dienen einem natürlichen Schutz, wohinter die eigentliche Person zurücktritt, indem sie nicht alles, was den Betreffenden an persönlichen Schwierigkeiten, Ängsten und Schwächen ausmacht, sichtbar werden lässt. Diese Rollen haben aber nicht nur etwas Stabilisierendes und sichern z.B. auch eine Machtposition oder ein Image, sondern sie haben auch etwas Einengendes und uns Festlegendes, sie zwingen uns, in bestimmter Form zu denken und zu werten, und überfremden uns meist mehr, als uns bewusst ist.

Man muss sich vor Augen halten: Identität und Persona beeinflussen sich wechselseitig. Über die Art, wie wir uns nach außen geben, welche Rolle wir spielen, definieren wir uns auch zugleich vor uns selbst und vor den anderen. Geht ein Mensch zu sehr in seiner

Persona auf, etwa weil er darüber einseitig seinen Selbstwert, sein äußeres Ansehen, ja seine Identität definiert hat, dann kann er in ernsthafte Krisen geraten, wenn er sein Amt etwa altersbedingt verlässt. Sich einstellende Ängste und Depressionen zeigen dann nachdrücklich, dass der Betreffende in eine Identitätskrise geraten ist, allerdings mit der Chance durch die Heftigkeit der Krise zur Neubesinnung und zur Wandlung zu kommen.

Im Alter liegt also die Chance, ja die Notwendigkeit einer sich neu stellenden inneren Freiheit, dass die Lebensmaske und eine wahre innere Identität immer mehr zur Deckung gebracht werden können und nicht etwa noch weiter auseinanderdriften.

Beziehungsprobleme

Welche Problembereiche können noch ein gelingendes Altern erschweren?

Neben Konflikten mit sich selbst, mit der eigenen Rolle, gibt es auch noch weitere Problembereiche, die ein gelingendes Altern erheblich überschatten können, bis hin zu sich einstellenden seelischen Störungen. Es geht z. B. auch um den Beziehungsbereich, genauer um die Partnerschaft, die man führt.

Um die Lebensmitte bis zur Altersschwelle häufen sich nämlich auch die Partnerschaftskrisen. Neben einer möglichen Torschlusspanik, hängen die Krisen oft damit zusammen, dass die bisherige Partnerschaft unerfüllt war und dringend der Erneuerung bedarf.

Es kann sich die Angst machende Vorstellung in den Vordergrund schieben, dass es nun bis zum Lebensende so weitergehen soll. Gehen auch noch die Kinder aus dem Haus, scheint der letzte Sinn der Partnerschaft verloren zu sein. Hier kommt es sehr auf die Gestaltungsfähigkeit beider Partner an, zu neuen Zielsetzungen zu kommen.

Es können aber auch latente Konflikte –und hier wird es psychoanalytisch interessant - im Ruhestand gewaltsam aufbrechen und nun die Ehe empfindsam stören und den angestrebten „Ruhestand“ gewaltig stören.

Hierzu ein kurzes Behandlungsbeispiel:

Ein 63 jähriger Mann berichtete von nächtlichen Angstattacken, Schweißausbrüchen, Lähmungserscheinungen und Todesangst, seit er in den Ruhestand getreten war. Auch tagsüber bestand ein Zustand ständiger angstvoller Anspannung. Die Sexualität in der Ehe lag seither völlig danieder.

Die genauere Untersuchung und Erhebung der Vorgeschichte ergab, dass er mit einer cholischen Mutter aufgewachsen war, die völlig unberechenbar ihre aufgestauten Aggressionen ihm gegenüber los ließ, ihn ständig kontrollierte und misstrauisch verfolgte und drangsalierte.

Er sagte : Meinen Stiefvater brachte sie zur Weißglut, Sie kontrollierte alles, auch bei mir. Nach der Schule hatte ich keine Chance zu bummeln, sie kam mir schon entgegen.“ Die Mutter war misstrauisch –eifersüchtig und mein Pat. fühlte sich „lückenlos überwacht“. Aufkommende Kontakte zu Freundinnen machte sie sogleich „madig“.

Ab seinem Ruhestand fing er nun an viel Fahrrad zu fahren oder nach dem Einkauf noch schnell eine Galgenfrist lang eine Pause beim Bäcker zu machen und einen Kaffee zutrinken, bevor er nach Hause ging. Er fing also an zu bummeln, als wollte er etwas hinauszögern.

Der Frau kam sein Verhalten merkwürdig vor. Wenn sie ihn fragte, wo er gewesen war, verfiel er in Erklärungsnot und Panik. So heftig waren seine Reaktionen! Offenbar fühlte er sich wie in seiner Kindheit: kontrolliert und dominiert.

Wir konnten im therapeutischen Gespräch ermitteln, dass er dieses Dominanzproblem mit seiner Frau die ganze Zeit seiner Ehe über latent gehabt hatte. Nur war es überlagert worden durch seine Berufstätigkeit – er war weniger mit seiner Frau zusammen. Im

Ruhestand brach das Problem nun wieder um so mächtiger hervor.

An diesem Beispiel sehen wir, wie alte Beziehungsmuster beibehalten und in den Partner projiziert werden können. Der angestrebte Ruhestand gerät auf diese Weise zum permanenten „Unruhestand“. Das Näheerleben des Pat. wie man sieht ist mit viel Angst vor Auslieferung, Selbstpreisgabe („Angst verschlungen zu werden“) und vor „Beschneidung“ der eigenen Person versehen, was die emotionalen und sexuellen Rückzüge des Pat. kennzeichnet und erklärt.

In der Therapie kam es nun darauf an, seine Projektionen –also seinen Mutterkomplex, den er auf seine Frau übertragen hatte - ins Bewusstsein zu heben und sich vor allem mit seinen eigenen Schattenseiten zu konfrontieren und sich der eigenen latenten Aggressivität auseinander zu setzen, die er ein Leben lang weitestgehend verdrängt hatte und die nun hervor drängte: Er provozierte nämlich durch sein Verhalten sein Frau, ja brachte sie eigentlich erst dazu, ihn zu kontrollieren und zu fragen, wo er so lange blieb. Es handelt sich hier um einen so genannten Wiederholungszwang, der dazu führt, dass man immer wieder gleiche Konfliktmuster produziert und durchagiert.

Nach meiner Erfahrung gibt es eine Unzahl von latenten neurotischen Konflikten, die durch das bisherige Leben zugedeckt werden und erst im Alter voll aufbrechen können und es schier unmöglich machen, die angesagten Wandlungsschritte im Alter zu vollziehen..

Einige dieser inneren unbewältigten Konfliktzustände möchte ich noch etwas genauer betrachten. Denn sie helfen erklären, warum es im Alter zu den verschiedenen seelischen Störungen kommen kann, denen man nicht gleich ansieht, womit sie eigentlich zu tun haben, weil sie sich oftmals hinter psychosomatischen Erscheinungen verstecken, etwa Herzrasen mit Panikzuständen usw. und die das Altern zusätzlich enorm befrachten können.

Hierzu gehören auch Probleme der Sexualität im Alter.

Sexualität im Alter

Die Sexualität im Alter erweist sich bei näherem Hinsehen als genau so vielgestaltig, wie alle anderen Aspekte des Alters. Neuere Untersuchungen zeigen, dass die alten Meinungen, wonach im Alter die Sexualität keine Rolle mehr spiele ,nicht zutreffen. Vielen älteren Paaren ist ein intaktes Sexualleben bis ins hohe Alter wichtig. Andere Menschen finden es wieder ganz in Ordnung, vielleicht sogar entlastend, wenn der Trieb nachlässt.

Es ist interessant, dass Frauen Nähe und Gemeinsamkeit stärker in den Vordergrund stellen als Männer.

Manchen Männern nun wird die Sexualität zur Prestigefrage und dient der Kompensation ihrer Bedürfnisse nach Geltung und Aufwertung, wenn sie extrem jüngere Frauen zur Freundin nehmen. Weil sie gerne beneidet werden wollen, oder in der Beziehung sich überlegen fühlen können oder schlicht der Wunsch herrscht, sich hierüber zu verjüngen. Der Mann erscheint dann nach außen –so meint er- umso bedeutender – an Potenz an Macht, an der Fähigkeit, attraktive Frauen zu finden, - je größer der Altersunterschied zu den Partnerinnen ist.

Hier sind oft Konflikte vorprogrammiert, weil oft zu einseitige und eingeengte Vorbedingungen und Projektionen, etwa nach ewiger Jugend oder die Sehnsucht nach einem gütigen Vater, sich nicht als tragfähig erweisen. So muss der ältere Mann entdecken, dass die junge Frau Wünsche ans Leben hat, die für ihn längst der Vergangenheit angehören, etwa wenn sie immer stärker spürt, dass sie gerne mit anderen jungen Leuten in die Disko gehen würde. Die eingegangene Partnerschaft kann dann immer mehr zum Gefängnis geraten.

Eine Konstellation übrigens, in der sich ältere Frauen jüngere Männer suchen findet sich seltener. Meist steckt hierhinter die Angst, eines Tages wegen zunehmender Unattraktivität doch verlassen zu werden.

Lässt die Sexualität nach, dann können manche Menschen auf Befriedigungsformen zurückfallen, die unserer sexuellen Entwicklung vor der erreichten Geschlechtsreife vorangehen. Hierzu zählen so genannte „orale Befriedigungsformen“, etwa vermehrte Essenslust, Alkoholmissbrauch oder Kaufsucht.

Wenn die Sexualität nachlässt und das Alter fortschreitet, muss das nicht immer zur Krise führen. Vor allem nicht, wenn das Leben nicht zu triebbetont gelebt wurde. Dann fällt das Loslassen auch leichter. Manche Menschen können durchaus eine heitere Gelassenheit entwickeln.

Von Max Liebermann wird folgende Anekdote berichtet: Er ging achtzigjährig mit einem gleichaltrigen Freund über den Kurfürstendamm spazieren. Als ihnen ein blutjunges bildhübsches Mädchen begegnete, drehten sich beide Herren fasziniert um: Liebermann soll gesagt haben: „Siebzig sollte man noch einmal sein“.

Viele Männer schaffen diese Gelassenheit, die auch ein Stück Selbstironie enthalten kann, leider nicht.

Hierzu passt ein Typus Mann, dessen universelle Verbreitung zu der psychologischen Bezeichnung des „ewigen Jünglings“ geführt hat (v. Franz, 1992). Es ist der Typus des nicht alt werden könnenden Mannes, der stark muttergebunden geblieben ist und daher zu Frauen keine tieferen gefühlsmäßigen Bindungen eingeht, wobei Sexualität durchaus – oft als Kompensation zum eigenen emotionalen Mangel- sogar übermäßig gesucht werden kann. Im hier betrachteten Rahmen der Alterssexualität ist oft zu bemerken, dass dieser Männertypus gerade im Alter, wenn die Sexualität etwas nachlässt und Nähe und Vertrautheit zunehmen könnten, sich besonders wiederum an die Sexualität klammert, oder sich die Seitensprünge häufen, nicht nur der eiteln Selbstbestätigung und -bespiegelung willen, sondern weil er sich aus Gründen seiner erfahrenen und nie gelösten Mutterabhängigkeit nicht in neue, jetzt emotionale Abhängigkeiten bringen will.

Das Ganze kann dann zu einem verkrampften zwanghaften Sexualritus in der eigenen Ehe geraten, und damit zu einer Entfremdung zum eigenen, natürlichen Altersprozess führen.

Alter und Tod

Das Alter kann nun nicht isoliert betrachtet werden, ohne den Tod mit einzubeziehen; Das "Leben mit dem Tode", das heißt mit der Ausrichtung auf das Ende, ist eine der Hauptprobleme, die zum Alter gehören. In der zweiten Lebenshälfte werden wir uns zunehmend unserer zeitlichen Begrenztheit bewusst, was nun wieder individuell sehr verschieden erlebt werden kann.

Wir müssen uns vor Augen führen: Unser Leben – wie wir leben- prägt nicht nur unsere Vorstellung vom Tod, sondern unsere Vorstellung vom Tod prägt auch unser Leben.

Für unsere westliche Kultur ist es im Allgemeinen charakteristisch, dass wir den Tod so lange wie möglich ausklammern. Diese Scheu, pflegt die unbewusste Todesangst aber nur zu verstärken, erreicht also meist das Gegenteil des Angestrebten.

Wir wollen nicht an Tod und Sterben erinnert werden. Wie Kinder meinen wir, auf magische Weise den Tod bannen zu können, wenn wir nicht von ihm sprechen.

Wenn ein alter, vielleicht kranker Mensch vom Sterben spricht, pflegt die Umgebung das zu bagatellisieren, was dann oft eine Atmosphäre der Unaufrichtigkeit und Heimlichkeit entstehen lässt mit wechselseitigen Projektionen und es kann zu Misstrauen und zu einem gegenseitigen Belauern kommen.

Wenn es auch keine Regel für das Verhalten gibt, muss man doch die Frage im Einzelfall stellen, ob es für alte Menschen nicht eine größere Hilfe wäre, die Möglichkeit ihres Todes mit den nahen Angehörigen ruhig besprechen zu können. Je weniger der alte Mensch glaub,

das tun zu dürfen, umso fragwürdiger pflegt die gegenseitige Beziehung zu sein.

Der alte Mensch kann sich dann alleingelassen fühlen, als wenn sein möglicher Tod nur ihn allein angeht und er die anderen damit nicht belasten dürfe.

Was hat die Psychoanalyse zum Tod zu sagen? Relativ wenig. Siegmund Freud hat mit seinem Bekenntnis zur "absoluten Determiniertheit" alles Gewordensein, alle Zukunft immer nur auf die Vergangenheit bezogen und aus ihr erklärt.

Folgerichtig ist für die Psychoanalyse Freud'scher Richtung Alter und Tod "nichts anderes" als eine Wiederholung, eine Neuauflage früherer Erfahrungen. Die Todesangst wird gedeutet als Wiederholung frühkindlicher Ängste, als eine Abwandlung der Angst, beschnitten und reduziert zu werden (sog. „Kastrationsangst“, StA, Bd 6, 272). Mit dem Tod wird einem sozusagen das ganze Leben abgeschnitten.

In der Psychologie C.G.Jungs, einem der wichtigsten Schüler von Freud, finden wir einen anderen Ansatz. Er betont die jedem Menschen innewohnenden Tendenzen zur Entwicklung und Entfaltung, der schon erwähnten „Individuation“. Diese sind gerade auch für die zweite Lebenshälfte sehr wichtig. C.G. Jung hat darauf hingewiesen, dass der Mensch um die Lebensmitte oft zur Entfaltung bisher vernachlässigter Fähigkeiten neigt, aus einem Bedürfnis nach Abrundung, Vollständigkeit und Ganzheit. Er prägte die Vorstellung vom Individuationsprozess, von der Selbstfindung und Selbstverwirklichung und hat gezeigt, wie sich diese Prozesse in Träumen und Symbolen ankündigen. So kann einen auch die Angst vor dem eigenen Ende sogar motivieren, erst recht Neues zu schaffen oder dafür offen zu sein.

Wenn der Mensch also nicht nur aus einer kausalen Bedingtheit, aus seiner Vergangenheit erklärt werden kann, sondern „auf die Zukunft hin entworfen ist“, im Sinne einer dem Seelischen innewohnenden Zielstrebigkeit, sich entwickeln und entfalten zu wollen dann ist es sicherlich einer der Aufgaben des Alters sich die nötige Offenheit für Neues und Kreatives zu bewahren, sozusagen „nach innen zu hören“ und sich davon leiten zu lassen, was ja auch manche Menschen tun, wenn sie anfangen zu malen oder sonst wie kreativ zu werden.

Vor diesem Hintergrund stellt sich die Angst vor dem Sterben im Alter auch als ein Signal dar, dass man noch etwas im Leben bei sich beachten entwickeln und klären sollte. Manche Menschen haben aber die Fähigkeit verloren, nach innen zu horchen, was für sie gut und wichtig sein könnte. Hier wären etwa Selbsterfahrungsgruppen sicherlich von Vorteil, die die brach liegenden Lebensmotive und Ressourcen erkennen helfen. Es können sich aber auch regelrechte seelische Störungen und Erkrankungen einstellen, als Ausdruck einer gravierenden Mangels an Selbstbezug, die dann sogar therapeutische Maßnahmen erforderlich machen.

Ein weiterer Punkt ist unser Verhältnis zur Vergänglichkeit der Dinge:

Ab der Lebensmitte mehren sich ja die Erfahrungen der Vergänglichkeit. Freunde werden schwer krank oder sterben. Die Kinder sind schon lange aus dem Haus. Stirbt auch noch der geliebte Partner, wird es einsam um einen herum.

Das Leben in diesem Altersabschnitt ist also gekennzeichnet durch die Vergänglichkeit: mit vielen kleinen und größeren Verlusterfahrungen. Man macht hierbei die Erfahrung, dass gerade jene jungen Leute, welche das Leben fürchteten, später im Alter ebenso an Todesangst leiden. Es setzt sich also eine spezifische Angst im Leben fort.

Genau betrachtet befinden sich diese Menschen in einem Konfliktzustand gegenüber den so genannten „Erfordernissen des Lebens“. In der Jugend liegt sie in der Existenzbewältigung (die Existenz zu wagen und zu gestalten) und im Alter liegt sie in der rechten Anerkennung der Endlichkeit und des Todes.

Um zu so einer gelassenen Einstellung kommen zu können, muss natürlich das Leben zunächst auch gelebt worden und den „Erfordernissen des Lebens“ auch Genüge getan

sein, sonst entsteht jene Angst, die aus dem Gefühl des selbst bereiteten Mangels, des „nicht gelebten Lebens“ entsteht. und es kann z. B. Panik darüber aufkommen, das man etwas versäumt hat.

Hier stoßen wir auf einen wichtigen Begriff, nämlich den der Sehnsucht.

Sehnsucht bedeutet, dass Personen in ihrem Leben etwas Wichtiges vermissen, von dem sie glauben, dass es ihr Leben vollständig machen würde. Sehnsucht richtet sich auf persönliche Utopien des Lebens (Scheibe, 2005). Sehnsucht ist hierbei ein wichtiger Motor. Sie kann beflügeln und einen mächtig antreiben und zur Lebensgestaltung positiv beitragen. Sie kann aber natürlich auch zur Abwehr genutzt werden. Sie kann dann auch dazu dienen, an unerfüllbaren Phantasien festzuhalten und damit abzulenken von den eigentlichen Aufgaben, die jetzt anstünden. Man kann sich z.B. an den unwiederbringlichen Dingen der Vergangenheit festhalten und in melancholischer Wehmut verharren.

Hierzu ist zu bedenken: Die Dinge des Lebens, die uns lieb und teuer sind, die wir uns aufgebaut und erworben haben, erhalten ihren besonderen Wert ja erst durch den Aspekt ihrer Endlichkeit, der im Alter noch deutlicher hervortritt. Hier trauern zu können ist eine wichtige Fähigkeit .Sie befähigt einen „Loslassen zu können“. Stattdessen gilt es das jetzige Leben bewusster wahrzunehmen, darin liegt die Chance des Alters. Denn nur in der Gegenwart können wir etwa ändern.

Urängste

Jede Lebensphase hat nun ihre spezifischen Probleme und Aufgaben, die gemeistert werden wollen. Aus psychologischer Sicht ist es wichtig zu wissen, dass jedem Lebensabschnitt, ja jedem Reifungsschritt im Leben eine spezifische Urangst innewohnt, die es als Herausforderung gilt zu überwinden. Wird die Herausforderung nicht angenommen, resultiert eine Angststörung (Kleespies,2003).

Beispiele: Der „freiwillige Nesthocker“ etwa, der sich von zu hause nicht lösen kann, vermag nicht in die Expansion, in den Lebenskampf zu gehen, weil er den Verlust an elterlichem Schutz und Geborgenheit fürchtet. Er hat es nicht gelernt, sich zu vertrauen und zu vertreten.Daraus entwickelt sich eine Angst vor Veränderung, vor Wandlung.

Die typische Urangst im Alter besteht ebenfalls 1.) in einer Verlustangst, nämlich der bisherigen, gewohnten Lebensstruktur – und 2.) in einer Angst vor Wandlung, nämlich neue Perspektiven und neue Lebenshaltungen einzugehen. Aber es findet sich auch eine kreatürliche Angst vor der „letzten Wandlung“, die dazu führt endgültig „alles Bisherige“ zu verlieren - das eigene Leben eingeschlossen.

Was sollte es da für einen Trost geben?

Hier setzt C. G Jung mit der Überlegung an, dass eine zu enge Ausrichtung auf das Leben und dessen Bedrohung durch den Tod keinen Spielraum lässt, für sich auch im Tod ein sinnhaftes Geschehen zu erkennen.

Er sagt: „

Aber man ist dermaßen überzeugt, dass der Tod einfach das Ende eines Ablaufes ist, dass es einem in der Regel gar nicht bekommt, den Tod ähnlich als Ziel und Erfüllung aufzufassen, wie man es bei den Zwecken und Absichten des aufsteigenden, jugendlichen Lebens ohne weiteres tut.“ Er fragt dann: „Dem Aufstieg des Lebens billigen wir Ziele und Sinn zu, warum nicht dem Abstieg. (GW 8, § 803)“?

Diese Aussagen bekräftigen ein Bekenntnis zur Sinnhaftigkeit unseres Lebens, die auch unseren Tod mit umschließt als einen ganz natürlichen Teil unseres Lebens.

In diesem Zusammenhang bedeutet „Selbstannahme“ auch die Anerkenntnis und das Vertrauen auf eine tiefe und unbewusste „Zielstrebigkeit“ und uralte Gesetzmäßigkeit unserer Psyche, die nicht nur in der Entfaltung unseres Lebens, sondern auch in dessen natürlicher

„Rücknahme“, in dessen Ende liegt.

„Mit dem Leben zu sterben“, wie es Jung formuliert hat, bedeutet Leben und Tod für sich als sich wechselseitig benötigendes Gegensatzpaar anzuerkennen. Jung verwendet die Flugkurve eines Geschosses als Symbol zur Beschreibung unserer Lebenskurve: Genauso zielstrebig wie der Aufstieg vollzieht das Geschoss auch seinen Abstieg (GW 8,§798).

Nur hinken wir gern psychologisch hinterher und wollen uns lieber an der aufsteigenden Linie aufhalten, ja klammern uns manchmal daran, was am Beispiel des verkrampften „Jugendlichseins“ deutlich wird.

C.G: Jung sagt hierzu: „Altsein ist äußerst unpopulär. Man scheint nicht zu berücksichtigen, dass „Nicht – Altern -können“ genauso blödsinnig ist wie den Kinderschuhen Nicht – entwachsen - Können“ (GW 8,§ 801).

Wir können hier festhalten: Wenn es nun um eine „Kunst des Alterns“ geht, dann erfährt sie angesichts des Todes dort ihre größte Herausforderung.

Der Philosoph Wilhelm Schmid (1998) betont in seiner „Philosophie der Lebenskunst“, ähnlich Jung, dass der Tod als Grenze dem gesamten Leben erst Form und Bedeutung gibt. Daraus, dass diese Grenze auf jeden Fall gezogen ist, bezieht der Mensch seine entscheidende Motivation zur Gestaltung des Lebens: „Die Lebenskunst geht mit der Kunst des Sterbens einher, das Lebenswissen mit dem Sterbenwissen... Paradoxaerweise verdanken wir dem Tod das Leben, das wertlos wäre, wenn es nicht den Widerspruch des Todes erführe, der das Leben fühlbar macht“.

„Selbstannahme“ bedeutet in dieser Sichtweise daher auch das Selbstvertrauen, dass in der eigenen Psyche nicht nur die Bewältigungsmechanismen des Lebens vorhanden sind, sondern dass wir darauf vertrauen können, dass in uns grundsätzlich auch die Möglichkeiten zur Bewältigung des Alters und des schliesslichen Todes angelegt sind.

So ist es sicherlich eine wichtige Aufgabe auch für eine „Psychotherapie des Alters“, dass der Psychotherapeut dabei behilflich ist, diese angelegten Ressourcen zu „ent –decken“ und frei zu legen. Wollte er selbst für seine Patienten bestimmen wollen, worin genau die Lösung ihrer Altersprobleme und Todesängste liegt, würde er sich übernehmen und über gut gemeinte Ratschläge kaum hinaus kommen.

Ungelöste Lebensthemen

Gegen Ende möchte ich noch einmal zurückkehren zu den psychologischen Barrieren, die uns manchmal hindern, reibungsloser in den letzten Abschnitt unseres Lebens einzutreten.

Es sind in der Regel oft ungelöste Lebensthemen, die uns begleiten. Das zeigt sich manchmal wortwörtlich in einem inadäquaten Festhalten von bestimmten Dingen, als Ausdruck dafür, dass man noch nicht loslassen kann.

Hierzu folgendes Behandlungsbeispiel:

Eine 60 - jährige Patientin drohte nach dem Tod ihres alten Vaters, mit dem sie in symbiotischer Beziehung gelebt hatte, in ihrem Haushalt „zu vermüllen“. Sie wurde ein richtige „Messie“, wie man die Menschen bezeichnet, die nichts wegwerfen können. Sie entwickelte Depressionen und war einfach nicht in der Lage aufzuräumen, was auch geheißen hätte, sich von alten Sachen zu trennen.

Die alten Sachen waren aber, wie sich herausstellte, symbolisch betrachtet Dokumente ihres bisherigen Lebens. Sie waren sozusagen „identisch mit ihrem Leben“. So war sie aus Gründen ihrer symbiotischen, über den Tod anhaltende Bindung an den Vater, über die sie bislang ihre Lebensdefinition bezogen hatte, nicht in der Lage, eigenständig sich selbst Wert zu geben und sich von der bisherigen Lebensform „zu trennen“. Stattdessen stagnierte sie in einer Depression.

Hinzu kam eine gravierende Unfähigkeit „Nein“ zu sagen und sich abgrenzen zu können. So hatte sie sich nach dem Tod des Vaters vermehrt in ihre Freundschaftskontakte geflüchtet als Abwehr gegen ihr Alleinsein. Das hatte aber zur Folge, dass sie immer mehr wegen ihrer angebotenen Hilfsbereitschaft von anderen übermäßig beansprucht wurde, so dass sie mit ihren Bedürfnissen auf der Strecke blieb.

Diese Situation änderte sich erst, nachdem sie sich innerlich von ihrer bisherigen extravertierten Lebensform lösen und die Beziehung zu sich verbessern konnte, was zum Beispiel über eine intensive Traumarbeit und den damit zusammen hängenden Botschaften des eigenen Selbst in der Therapie möglich wurde.

Hierzu ist ein archetypischer Traum charakteristisch:

Ich war in meinem Garten und erblickte mit einem mal, wie über meiner Tanne ein Betonblock angebracht war. Der verhinderte,, dass die Tanne weiter wachsen konnte, die Spitze verbog sich bereits.

Der Traum war sehr wichtig, weil sie hieran sich erarbeiten konnte, dass ihre aufopfernde Hilfsbereitschaft dazu führte, dass sie sich mit ihren eigenen Interessen blockierte, ja sich vor den anderen schon bereits zusagen „verbog“. Das gab ihr sehr zu denken. Sie fing an öfter „Nein“ zu sagen und sich besser abzugrenzen und macht die Erfahrung, dass sich die anderen keinesfalls, wie sie befürchtet hatte- zurückzogen

Nun hatte sie den Sinn frei für ihre eigenen Belange.

Jetzt konnte sie aufräumen – in zweierlei Hinsicht : einmal äußerlich ihre chaotische Wohnung aufräumen und zum anderen in ihrem Inneren „aufräumen“ und, in ihr Leben, eine „neue Ordnung“ bringen, die sich nicht mehr an der Vaterbindung orientierte, und nicht mehr überlagert war durch ihre Unfähigkeit sich abzugrenzen.

Literatur:

Franz, M. L. von (1992): 2.Aufl. Der ewige Jüngling. Der Puer Aeternus und der kreative Genius im Erwachsenen. Koesel, München

Freud, S..(1982ff):Gesammelte Werke, Studienausgabe. Fischer, Frankfurt /Main

Jaffé, A.(1962) Erinnerungen, Träume, Gedanken von C.G. Jung. Rascher, Zürich

Jung. C.G: (1971ff): Gesammelte Werke in 20 Bänden. (Hrsg. Lily Jung-Merker Rüf, E.) Walter, Olten

Kast, V.(2003) Wörterbuch der Analytischen Psychologie Patmos Verlag/Walter Verlag.Düsseldorf, Zürich

Kleespies, W. (1998) Licht am Ende des Tunnels. Vom Sinn der Depression. Ernst Reinhardt Verlag München

Kleespies, W..(2003) Angst verstehen und verwandeln. Ernst Reinhardt Verlag München

Viertel, M, Hrsg (2005): Grundbegriffe der Theologie.DTV, München

Riemann, F u. Kleespies, W. (2007) :Die Kunst des Alterns. Reifen und Loslassen. 4.Aufl.Ernst Reinhardt, München

Scheibe, S.(2005): Sehnsucht als entwicklungspsychologisches Konstrukt. [www.diss.fu-berlin.de\(2005/159/#information](http://www.diss.fu-berlin.de(2005/159/#information)

Schmid, W. (1998) :Philosophie der Lebenskunst. Suhrkamp, Frankfurt /Main

Über die Ursprünge von Wertevorstellungen in der Pflege

Eva Trede-Kretzschmar, Stuttgart

Zunächst glaube ich, kann uns die Geschichte helfen, etwas was heute ist, aus seinem Gewordensein zu verstehen.

Dies betrifft auch Widersprüche und Ungereimtheiten der heutigen Situation, die ohne geschichtliche Betrachtung unerklärlich, vielleicht sinnlos erscheinen würde.

Weiterhin hat geschichtliche Erkenntnis eine relativierende Funktion, indem sie die geschichtliche Bedingtheit von Einrichtungen, Ordnungen und Meinungen aufzeigt.

In diesem Vortrag möchte ich Vergangenheit und Gegenwart in Bezug auf drei Aspekte gegenüberstellen.

1. Pflege und Pflegeberuf
2. auf die Kranken
3. und auf die Ausbildung von Pflege

Florence Nightingales Hauptwerk trägt den Titel:

„Nursing – what it is and what is it not“. „Pflege was sie ist und was sie nicht ist“.

Die Fragen, die sich heute der Pflege stellen und die in den nächsten Jahrzehnten zu beantworten sein werden, basieren auf dieser Grundfrage. Und sie gehen darüber hinaus.

Welche Pflege wollen wir? Welche Alternativen zu bestehenden Strukturen gibt es? Wir können wir Pflege den sich ändernden Bedarfen der Gesellschaft anpassen? Wir können wir unsere Vorstellungen von Pflege trotz ökonomischer und anderer Zwänge verwirklichen?

Das sind nur einige Fragen.

1. Die Pflege und der Pflegeberuf

1.1 Geschichtlicher Rückblick

In der historischen Entwicklung von Pflege gibt es große regionale Unterschiede.

Im 19. Jahrhundert kann man schwerpunktmäßig folgende Auffassungen von Pflege feststellen.

Pflege wird einerseits als Aufopferung, andererseits als Hilfe für den Arzt gesehen. Pflegenden werden nach Eigenschaften beurteilt, die von ihnen gefordert werden. Ihre Tätigkeit wird durch Aufzählen von einzelnen Verrichtungen beschrieben.

Die Auffassung, dass Krankenpflege Aufopferung bedeute und voraussetze, stammt vor allem aus der Tradition christlicher Nächstenliebe und der langen Geschichte christlicher Pflegeorden. Dabei kann Pflege als Aufopferung für Gott, für die Gesellschaft, für das Vaterland z.B. in der Verwundetenpflege, verstanden werden.

Das Konzept der Krankenpflege als Hilfe für den Arzt entstand hingegen viel später. Im Wesentlichen im 19. Jahrhundert. Diese Auffassung hat sich lange gehalten. Noch in den 70er Jahren des 20. Jahrhunderts gab es Lehrbücher mit dieser Zielsetzung.

In meiner Büchersammlung fand ich ein Lehrbuch über Chirurgie mit dem Titel: „Die Helferin des Chirurgen“.

Die sogenannten Tugendkataloge, Sammlungen und Aufzählungen von Eigenschaften, welche eine gute Krankenpflegerin haben sollte, fehlen fast nie in der Literatur des 19. Jahrhunderts. Genannt werden, Gewissenhaftigkeit, Reinlichkeit, Pünktlichkeit, Gehorsam, Verschwiegenheit, Geduld und vieles mehr.

Eine dieser den Schwestern antrainierte Eigenschaft möchte ich dabei besonders erwähnen, weil sie während des Nationalsozialismus sehr unheilvolle Folgen gehabt hat: Den Gehorsam. In Deutschland hat die Erziehung zur gehorsamen Krankenschwester sehr viel mit der Entwicklung der Krankenpflege als bürgerlichem Frauenberuf in der 2. Hälfte des 19. Jahrhunderts zu tun.

Ich lernte dieser Tage eine 95 - jährige Frau kennen. Im Gespräch erzählte sie mir, dass sie auch Krankenschwester wäre. Sie hätte die Verwundetenpflege erlernt und würde heute noch schwer an der Last tragen einen Menschen getötet zu haben. Sie erzählte mir, dass sie als junge Schwester im Lazarett den Auftrag der Stationsschwester erhalten habe, einem jungen Mann eine Spritze zu verabreichen. Sie habe die aufgezoogene Spritze von der Stationsschwester in die Hand bekommen und habe diese, ohne nachzufragen verabreicht. Wenig später sei der junge Mann tot gewesen. Als ich sie fragte, ob sie denn nicht nachgefragt habe, was sie für ein Medikament verabreicht hätte, antwortete sie mir: „Der Gehorsam hat mir dies verboten“.

Die Auffassung von Krankenpflege als Ausdruck christlicher Nächstenliebe führt zur paradoxen Behauptung, die unglaublich zählebig ist und die Entwicklung des Pflegeberufs nachhaltig beeinflusst.

„Pflege ist Leibestätigkeit“ und daher unbezahlbar; muss sie aus praktischen Gründen dennoch bezahlt werden, so reicht eine geringe Bezahlung, da der wahre Wert der Pflege ja doch nicht abgegolten werden kann.

1.2 Zur Gegenwart:

Auf die Frage wie Pflege heute gesehen wird geben verschiedene Definitionen von Pflege Antwort. Ich möchte die des schweizerischen Berufsverbandes ausführen, die dieser 1999 formuliert hat:

Die Gesundheits- und Krankenpflege befasst sich mit Auswirkungen und Folgen von aktuellen oder potentiellen gesundheitlichen Beeinträchtigungen und ihrer Behandlung auf das Alltagsleben einzelner Menschen, ihrer Familien und Gruppen. Die Gesundheits- und Krankenpflege leistet einen wichtigen Beitrag zur Gesundheitsförderung und Gesunderhaltung. Die beruflich Pflegenden motivieren Menschen, gesundheitserhaltende und gesundheitsfördernde Verhaltensweisen zu übernehmen. Sie unterstützen Menschen darin, ihren Alltag, den sich daraus ergebenden Veränderungen anzupassen. Pflege ist Unterstützung, Hilfe für den Patienten und ihre Familien – und nicht für den Arzt. Mit dem Arzt sollte Pflege kooperieren, was nur aus einer gleichwertigen Position heraus möglich ist. Pflege hat einen eigenverantwortlichen Bereich, wie heute im Gesundheits- und Krankenpflegegesetz festgehalten ist.

Hilde Steppe definierte Pflege als eigenständiges Phänomen. Damit meinte sie, dass Pflege parallel zur ärztlichen Tätigkeit und in Entsprechung zu bestimmten Krankheitsbildern ausgeübt werden kann. Überall dort, wo keine medizinische Behandlung zur Verfügung steht, etwa bei vielen pflegebedürftigen alten Menschen, chronisch Kranken oder Menschen in der letzten Lebenszeit, im Sterben, ist Pflege eine Tätigkeit, die für sich steht, als Unterstützung beider Bewältigung und Mithilfe bei der Verarbeitung schmerzlicher Ereignisse. Pflege ist ein Beruf, ein wichtiger Beruf mit großer Verantwortung im Gesundheitswesen, der entsprechende Anerkennung verdient.

Zum anderen Punkt, der in der Vergangenheit betont wurde, der Aufopferung, möchte ich auch gerne Hilde Steppe zitieren:

Die alte Selbstlosigkeit sollte endlich einer realistischen Einschätzung persönlicher Stärken weichen, denn nur sie garantiert einen lebendigen Umgang mit den Patienten und einer Sicherung des Arbeitsvermögens.

Pflege ist eine Dienstleistung, in der Altruismus und Autonomie eine Synthese eingehen.

Altruismus im positiven Sinn meint, dass ich gerne mit und für pflegebedürftige Menschen etwas tun will, dass ich bereit bin ihre Bedürfnisse zu akzeptieren und sie so weit wie möglich zu erfüllen. Das bedeutet aber nicht, dass ich mich selbst aufgeben muss.

Zusammenfassend kann man sagen, dass Pflege heute als Unterstützung der Patienten und ihrer Familien gesehen wird, als eigenverantwortlicher Tätigkeitsbereich und eigenständiges Phänomen.

Was die Pflegenden anbetrifft, so werden sie heute nicht mehr nach ihren Eigenschaften beurteilt, sondern nach ihren Kompetenzen. Auf die Frage der Kompetenz komme ich später zurück.

2. Die Kranken

Die Position der Kranken im Spannungsfeld Arzt – Krankenschwester, war die von Kindern. Auch in Krankenpflegesschulen wurde das sogenannte „Familienmodell“ der Pflege unterrichtet. Die Kollegin Antje Grauhan entschuldigte sich 1986 öffentlich dafür.

Die Individualität der Kranken wurde wenig berücksichtigt. Der Bedeutung der psychischen Komponente der Pflege wurde insofern Rechnung getragen, als dass man Pflegerinnen zu Geduld und Rücksicht gegenüber der Kranken ermahnte, da diese wie unmündige Kinder Launen hätten und oft auch etwas wünschten, was ihnen schaden könnte.

„Wie soll die Pflegerin den Kranken lieb haben?“, wurde in einem deutschen Krankenpflegelehrbuch gefragt. Die Antwort lautete: „Wie eine vernünftige Mutter ihr hilfloses Kind“, wobei das Wort vernünftig fett gedruckt ist.

Viele Jahrzehnte hindurch war für die Pflege der magische Satz: „zum Wohle des Kranken“ bestimmend, was sicher positiv zu bewerten ist. Allerdings konnten die Vorgesetzten, Oberin, Oberschwester, unter Berufung auf dieses Wohl des Kranken, von Pflegepersonen das verlangen, was immer sie für gut hielten. Die Angehörigen der Kranken wurden als störend empfunden. Eine strenge Hausordnung forderte von Angehörigen eine ebenso große Disziplin, wie von den Kranken.

Heute gelten die Kranken – wenigstens den Zielvorstellungen nach – als mündige Erwachsene. Die Individualität der Kranken, ihren kulturellen Hintergrund, ihre Lebensgeschichte, der Einbezug ihrer Familie, gehören heute zu den Kriterien professioneller Pflege. Statt vom Wohle des Kranken, spricht man heute von den Bedürfnissen oder der Mensch steht im Mittelpunkt unserer Bemühungen. Diese Definitionen wären aber nur eine Veränderung der Terminologie, wenn diese Bedürfnisse und die Prioritäten bei ihrer Erfüllung, von den Pflegepersonen bestimmt würden und nicht in Kooperation mit den Kranken und ihren Familien ermittelt würden.

3. Ausbildung in der Pflege

Bei einem Kongress 1896 wurden die Inhalte der Ausbildung von Krankenschwestern folgendermaßen beschrieben:

Es handelt sich bei der Ausbildung zu Krankenschwester mehr darum sie zu erziehen, als Wissen und Fertigkeiten zu vermitteln.

Infolge der Entwicklung der Medizin begann man die Pflege als wichtig Unterstützung des Arztes anzusehen.

In diesem Zuge wurde bewusst, dass Pflegenden Wissen benötigen.

Wissen war nötig, es sollte aber nicht zu viel sein. Im Vorwort eines Krankenpflegelehrbuches ist zu lesen: „Durch eine zu große Ausführlichkeit und Pseudowissenschaftlichkeit soll nicht der den Frauen eigene klare Blick und das leichte Auffassen gegebener Verhältnisse getrübt werden. Wir lassen vielmehr dieser dem weiblichen Geschlecht eigentümlichen Begabung, den vollen, ihm gebührenden Spielraum.“

Vorbehaltlos wurde hingegen die Notwendigkeit betont, die Krankenschwestern zu den verschiedenen Tugenden zu erziehen. Als besondere Hilfe bei der Erziehung wurde das Internat (Schwesternschülerinnenheim) angesehen, in dem die Schülerinnen wohnen mussten.

Wenn man zusammenfasst, bestand die Pflegeausbildung früher aus 3 Dimensionen:

- Vermittlung von Wissen
- Erziehung zu Werten und Moral
- Beibringen formaler Regeln

Wenn man heute nach den Dimensionen fragt, für die die Pflegeausbildung qualifizieren soll, könnte man diese nach Schlüsselqualifikationen zusammenfassen:

- Fach- Sach- und personale Kompetenz
- Sozialkompetenz
- Komplexe pflegeberufliche Handlungskompetenz

Dass Pflege Wissen braucht, wird heute nicht mehr bestritten. Das bezeugen nicht zuletzt die inzwischen etablierten Studiengänge.

Innerhalb des Kompetenzmodells scheint mir wichtig im Zuge des geschehenden sozialen Wandels die Selbst- und Sozialkompetenz. Die Sozialkompetenz findet ihren Ausdruck in sozial ausgerichteten Fähigkeiten, wie Kooperationsbereitschaft, Verhandlungsfähigkeit, Beratungskompetenz u.s.w..

Selbstkompetenz kann als „wertsichtiges“ Handeln bezeichnet werden. Damit wird deutlich, dass die Frage nach Werten nach wie vor aktuell ist, vielleicht sogar noch wichtiger?

Heute geht es darum, sich die Werte bewusst zu machen, die hinter einem bestimmten pflegerischen Handeln, einer bestimmten Organisationsform der Pflege stehen.

Die Erstellung von Pflegeleitbildern, ist ein Versuch zu einer solchen Bewusstmachung. Pflegepersonen werden dabei veranlasst, sich mit Werten zu befassen, die hinter ihrer Art zu pflegen stehen.

Zum Abschluss möchte ich bemerken, dass es sich lohnt, sich mit der Geschichte des Pflegeberufs zu beschäftigen. Es macht aufgeschlossener, sicherer und vor allem werden Zusammenhänge verstehbar. Das bewirkt, dass Möglichkeiten der Veränderung gesehen werden.

Es hat sich viel geändert in der Pflege, doch gerade heute sind Entwicklungen auf allen Ebenen nötig, um den sich verändernden Anforderungen gerecht werden zu können, die sich aus dem gesellschaftlichen Wandel ergeben.

Der Blick in die Geschichte zeigt uns, dass sich vieles erreichen lässt. Manchmal geht es uns zu langsam, doch es geht, wenn wir uns zusammenschließen und uns gemeinsam für unsere Ideen einsetzen. Damit wächst unsere professionelle Identität. Die professionelle Identität scheint mir heute wichtig, um stabile Beziehungen mit anderen Professionen und nicht zuletzt mit den Patienten und ihren Familien gestalten zu können. Unsere derzeitige professionelle Identität ist labil. Grund dafür ist nicht zuletzt unsere Geschichte.

Deshalb braucht es verlässliche politische Positionen, die uns nicht demütigen, sondern „nähren“ und damit stärken.

Welche demenzspezifischen Nahrungsangebote gibt es?

Michael Oehler, Glauchau

Essen und Trinken hält Körper und Geist zusammen.

Essen strukturiert den Tag.

Probleme

Veränderung des Trinkverhaltens

- Durstgefühl ist rückläufig; es wird weniger wahrgenommen
- Einschränkung der Nierenfunktion
- Erziehungsstil beachten (Trinkgewohnheiten)

Hungergefühl ist rückläufig

- Ursache: verlangsamte Magen- und Verdauungsfunktion sowie Störung der Hormonausschüttung
- schnelleres Sättigungsgefühl und damit Defizit an Energie

Nahrungsbedürfnis ist verändert

- Bestimmt Menge der aufgenommenen Nahrung
- Es wird vom Sättigungsgefühl gehemmt

Fehlen Freude und Genuss am Essen, entwickelt sich prozesshaft eine falsche Vorstellung von der notwendigen Menge.

Allgemeine körperliche Ursachen

- Atrophie der Speicheldrüsen
- Geschmacksknospen verringern sich mit zunehmenden Alter um 65 %
- Geschmackssinn nimmt ab
- Geruchssinn nimmt ab
- Folge: Essen schmeckt nicht

Schluckstörungen

- Reduzierung der Peristaltik des Schlund- Rachenraumes
- verzögertes Einsetzen des Schluckreflexes
- Psychopharmaka
- Patienten vergessen den Schluckvorgang (Agnosie)

2. Was kann man tun?

Vorlieben und Essgewohnheiten erfragen! Aber auch: Was mag er/ sie nicht? Mehr Gewürze einsetzen (aber nicht Salz & Pfeffer), Getränke zum Essen reichen

- Logopädische Untersuchung
- Sitzposition (Bett 90° hochgestellt) – Aspirationsgefahr!

Absprache mit dem Arzt bezüglich der Medikamente

Nebenwirkungen von Medikamenten

- Appetitlosigkeit: Digitalispräparate, die meisten Antibiotika, schleimlösende Medikamente, -
- Antiparkinsonmittel, Asthmamittel, Antidementiva, Antidepressiva
- Mundtrockenheit: Antidepressiva, Benzodiazepine, Neuroleptika, Diuretika
- Sedierung: Neuroleptika
- Extrapyramidale Störung: Neuroleptika

Weitere Nebenwirkungen:

- Obstipation, Darmträgheit: Antidepressiva, Abführmittel, Eisenpräparate
- Geschmacks- und Geruchsstörungen: Antibiotika
- Elektrolytverlust: Abführmittel, Antibiotika, Diuretika
- gesteigerter Energieverbrauch: Schilddrüsenhormone, Asthmamittel

Heimweh - Unangenehme Umgebung

- neues Umfeld = Verlust von Geborgenheit und Kontrollverlust !
- Milieuthherapie!

Der Lebensraum des an Demenz erkrankten Menschen muss sich an dessen Bedürfnissen orientieren.

- Bezugspflegesystem
- Biographiearbeit
- räumliche Gestaltung

WOHLFÜHLEN !!!!!

„Aggressionen“

Nahrungsverweigerung kann ein Angriff gegen sich selbst sein. Sie ist oft die einzige Möglichkeit, den eigenen Willen/ Protest gegen die bestehenden Umstände auszudrücken. Der Betroffene verwehrt sich selbst die Nahrung. Bewältigungsstrategie, um mit den eigenen Defiziten fertig zu werden.

Wichtig! Wahrnehmung der Gefühle des Demenzkranken!
Eine rationale Lösung eines Konfliktes gelingt den Betroffenen selten und die Aggressionen bleiben unbeachtet und somit erhalten. Er versucht sich mit Gewalt zu wehren, da er mit Argumenten nicht mehr überzeugen kann.

Welche konkreten Möglichkeiten gibt es?

Einige Beispiele (ohne Gewähr auf Vollständigkeit)

Nicht im Voraus bestellen lassen; auf keinen Fall schon Tage vorher bzw. in der Vorwoche

Keine Entscheidung fordern z.B. Kartoffeln mit Spinat und Ei oder mit Beefsteak

Bsp. Möchten Sie Apfelsaft, Orangensaft, Bier – Pils, schwarz, Bock, Wasser – still, medium oder prickelnd ??????

Tipps

- keine offenen Fragen (Was essen Sie am liebsten?)
- Pausen zulassen (Demenzkranken benötigen Zeit)
- einfache Sprache
- kurze Sätze
- auf Nonverbales achten

- das Essen zeigen
- riechen lassen
- vormachen
- Impuls geben (Hand mit Löffel führen)
- Lippen mit (Lieblingsgetränk) bestreichen
- Speicheldrüsen massieren(Wasser läuft im Mund zusammen)
- vorsichtig über Kehlkopf streichen (schlucken)

Demenzkranke können Fakten nicht/ nicht so schnell erfassen:

Bsp.apfElsAft

weitere Tipps:

- nicht nur hinstellen, sondern auch evt. helfen beim Essen
- Was selbständig möglich ist, auch machen lassen.
- gemeinsame Mahlzeiten
- Hilfe ist möglich
- „Abgucken“ vom Nachbarn
- Kleinere Portionen
- Nicht gleich „Angst“ vor „dem Berg“
- Überschaubar
- „Ende“ absehbar
- bekannte Nahrungsmittel / Speisen einsetzen
- nicht unbedingt Exotisches
- eher „Altes/ Bekanntes“ einsetzen
- Hausmannskost (je nach Biografie)
- regionale Lebensmittel (z.B. Grünkohl)
- Fingerfood
- Messer+Gabel
- mittlerer Löffel
- Gewohnheiten beachten
- z.B. Großvater mit spitzem Messer statt der Gabel

bekannte Namen verwenden

- Reibekuchen - Kartoffelpuffer – Grüne Bäcksel,
- Berliner – Pfannkuchen
- Pfannkuchen - Eierkuchen - Plinsen

Bekannte Gerichte

- Labskaus

- Grünkohl
- Halver Hahn
- Grüne Klöße
- Stolle(n)
- Maultaschen
- Schweinshaxe

MDS- Empfehlung:

Männer:

$((0,0491 \times \text{kg Körpergewicht}) + 2,46) \times 239 \times \text{Mobilitätsfaktor}$

Frauen:

$((0,0377 \times \text{kg Körpergewicht}) + 2,75) \times 239 \times \text{Mobilitätsfaktor}$

Mobilitätsfaktor:

1,5 leichte körperliche Belastung

1,75 mittlere körperliche Belastung

2 starke körperliche Belastung

Flüssigkeitsbedarf

100 ml je kg der ersten 10 kg Körpergewicht

+ 50 ml je kg der folgenden 10 kg Körpergewicht

+ 15 ml für jedes weitere kg Körpergewicht

Beispiel für einen Mann mit 87 kg

10 kg x 100 ml = 1000 ml

10 kg x 50 ml = 500 ml

67 kg x 15 ml = 1005 ml

Summe: 2505 ml = 2,505 l/ Tag

PEG – Beitrag zur Lebensqualität oder zur Hospitalisierung?

Impulsreferat Pro

Margret Schleede-Gebert, Hamburg

Verhungern ist ein Hauptfaktor bei den Todesursachen Demenzkranker und das ist in einer Überflussgesellschaft einfach nicht schön!

Wer gegen die PEG ist muss erst mal über die Alternativen nachdenken.

Subkutan kann nur Flüssigkeit gegeben werden. Auf Grund der Verletzung ist das oft mit Schmerzen verbunden. Für intravenöse Zufuhr gilt: Es muss ein Zugang gelegt werden, das ist schmerzhaft, ein Arzt sollte in der Nähe sein, es besteht Infektionsgefahr. Bei der Nasensonde besteht Dekubitusgefahr an der Nase, evtl. Atemprobleme, flache Atmung, sie wird als sehr störend empfunden, schränkt die Bewegungsfreiheit ein und entstellt.

Viel zu selten wird diskutiert, ob das Verweigern einer PEG nicht unterlassene Hilfeleistung ist.

Wenn die orale Gabe von Nahrung ein quälender Akt wird, immer wieder Hustenreiz bei einem völlig geschwächten Menschen auslöst, wenn Schlucken schwer fällt und Pflegekräfte und Angehörige in ihrer Verzweiflung zu nicht immer angemessenen „Tricks“ greifen.

Die PEG wird im Vergleich zu den Alternativen als wenig störend empfunden und der Genuss beim Essen ist nicht ausgeschlossen, das Legen geht schnell und meist problemlos, sie kann jederzeit gezogen werden. Angehörige können sie problemlos bedienen. Das Unterlassen führt zu Schwäche, Sturzgefährdung, Immobilität, Bettlägerigkeit mit den bekannten Gefährdungen.

Mit einer unangemessenen Emotionalität wird hier ein ganz banales Hilfsmittel für Menschen, die oral keine Nahrung mehr aufnehmen können, diskutiert. Nicht jeder der Schluckstörungen hat möchte auch sterben. Hier wird etwas zusammengepackt, was nicht zusammen gehört.

Die sicher wichtigen ethischen Fragen der Machbarkeit der Medizin überfrachten die sachliche Auseinandersetzung mit diesem Hilfsmittel. Ein sachliches Gespräch ist kaum noch möglich. In der akuten Situation ist diese Diskussion nicht besonders hilfreich bei der Beurteilung in der konkreten Hilfsmaßnahme.

Angehörigen wird suggeriert, sie müssten jetzt und hier über Leben und Tod entscheiden.

Wenig informiert und reflektiert lehnen Angehörige, emotional aufgebracht und im Zwiespalt, projektiv eingefärbt die PEG ab.

Viele wissen nicht, dass die orale Gabe von Nahrung nicht nur möglich, sondern, zwecks Speichelbildung, sogar erforderlich ist.

Pflegekräfte, die sich heute für das Legen einer PEG aussprechen, laufen Gefahr, in den Ruf zu kommen, sich nur Arbeit sparen zu wollen oder noch schlimmer - ein würdevolles Sterben zu verhindern bzw. einen quälenden Zustand künstlich zu erhalten.

Verlängerung des Lebens durch eine PEG ist wissenschaftlich widerlegt (Murphy 2003), darüber haben selbst die Gegner keinen Zweifel mehr.

Eine PEG entspannt oft höchst dramatische Situationen, erhält Gesundheit und Mobilität, entlastet Angehörige und Pflegekräfte, bringt einen entspannten Umgang mit dem Kranken und sollte hilfsbedürftigen Menschen nicht vorenthalten werden.

PEG – Beitrag zur Lebensqualität oder zur Hospitalisierung?

Impulsreferat Contra

Christel Schulz, Bochum

Liebe Margret, offensichtlich war die PEG für Deine Tante eine gute Lösung.

Aber die Kausalität, die Du aufzeigst: PEG - Rückgang der Verwirrtheit und der Abwehr - Zunahme des Interesses am sozialen Umfeld - Heilung der Dekubiti würden keiner wissenschaftlichen Untersuchung standhalten.

Aus meiner beruflichen Erfahrung im Bereich der Angehörigenberatung und –begleitung kann ich ganz klar sagen, dass PEG's das Leben unnötig verlängern und nicht erhalten. Der Schaden ist weitaus größer als der Nutzen.

Ein Beispiel:

Frau Müller, 84 Jahre, verheiratet, alzheimerkrank, lebt mit ihrem Ehemann in der eigenen Wohnung. Sie kommt mit einem Oberschenkelhalsbruch ins Krankenhaus, übersteht die OP gut, bleibt zwei Tage auf der Intensivstation. Sie kommt auf die chirurgische Station in ein 2-Bettzimmer. Ihr Ehemann hat zwischenzeitlich die seit Jahren hinaus geschobene Staroperation durchführen lassen und besucht seine Frau nicht. Das fällt ihm sehr schwer, aber er vertraut auf die telefonische Auskunft des Krankenhausarztes, dass es seiner Frau gut gehe und er unbesorgt seine eigenen gesundheitlichen Belange in Angriff nehmen könne. Die Tochter lebt am Bodensee, ist berufstätig, zwei Kinder leben noch zu Hause, sie kommt nach 4 Tagen zum ersten Mal ins Krankenhaus und findet ihre Mutter in einem äußerst desolaten Zustand vor. Sie erkennt ihre Tochter nicht, redet wirr und verhält sich abwehrend, gleichzeitig ängstlich und ist sehr unruhig. Die Bettenachbarin berichtet der Tochter, dass ihre Mutter seit Tagen nicht essen wolle, ob sie wohl sehr wählerisch mit dem Essen sei. Die Schwestern würden mit der Mutter viel sprechen, gäben sich viel Mühe, würden immer auf die Mutter einrechnen, manchmal auch schimpfen, das würde alles nichts nutzen. Einmal habe die Mutter am Samstagmittag den eingeschweißten Marmorkuchen, der mit dem Mittagessen auf dem Tablett gelegen habe, auseinander gebröselst und in die Erbsensuppe getan, da sei die Schwester plötzlich in das Zimmer gekommen und habe das Tablett mit den Worten „So eine Sauerei gibt es bei uns nicht!“ wieder rausgebracht.

Die Tochter verlangt den behandelnden Arzt zu sprechen. Dieser ist eilig, hektisch und erklärt zwischen Tür und Angel „Ihre Mutter verweigert ständig das Essen, so geht das nicht weiter!“ Als die Tochter darum bittet, dass der Arzt ein Gespräch in Ruhe mit ihr und vor allem dem Vater führen möge, entgegnet er, dass er dazu überhaupt keine Zeit habe.

Die Tochter versucht über die Stationsleitung ein Gespräch zu führen, auch das gelingt nicht. Am darauffolgenden Tag wird ihr von der Schwester eröffnet, dass eine PEG zu legen sei, der Zustand der Mutter sei kritisch, da sie nun auch nicht mehr trinken würde. Als die Tochter erneut um ein ärztliches Gespräch und um Zeit bittet, wird ihr entgegnet: „Zeit? Zeit haben wir nicht oder wollen Sie Ihre Mutter verhungern und verdursten lassen?“ Als sie sich nicht sofort für die PEG entschließt, wird ihr angedroht, dass das Vormundschaftsgericht die Genehmigung sicherlich erteilen würde. Außerdem wurde ihr unterstellt, dass sie indirekte Sterbehilfe für ihre Mutter einfordern würde.

Unter diesem moralischen Druck und mit massiven Schuldgefühlen stimmen der Ehemann und die Tochter der PEG zu.

Dieses Beispiel zeigt, dass Angehörige allein sind in dem schmerzhaften Prozess der Entscheidungsfindung und es gibt fast nie schriftliche Verfügungen, und wenn doch, sind im Zeitpunkt der Beherrschung der geistigen Fähigkeiten entstanden. Familienangehörige werden von Ärzten unter Druck gesetzt, meist mit dem Argument, es sei keine Zeit für Gespräche und der Erpressung, der kaum jemand widerstehen kann „Sie wollen Ihre Mutter

doch nicht verhungern und verdursten lassen.“

Zweifelsohne gibt es auch Angehörige, die um jeden Preis das Lebensende nicht akzeptieren wollen oder können, die immer wieder den Einsatz von Antibiotika verlangen, oft den Notarzt rufen oder die Anlage einer PEG vom Arzt verlangen. Auch sie sind verzweifelt, ihnen fehlt das Wissen über die Entwicklung einer fortgeschreitenden Demenzerkrankung, sie sind hilflos.

Es geht um existentielle Fragen des Lebens und Angehörige haben das Gefühl, sie müssten sich für oder gegen das Leben entscheiden. Dabei werden sie alleingelassen. Die von älteren Menschen vielfach geäußerte Aussage, man möge nicht von Geräten und Schläuchen abhängig sein, führt bei Angehörigen oft zur kategorischen Ablehnung der PEG.

Das ist aus meiner Sicht nur allzu verständlich:

- Das Anlegen der PEG ist keine leichter Eingriff, schaut man einmal einen Lehrfilm an, hat man das Gefühl, das eine Körperverletzung begangen wird
- Es besteht Aspirationsgefahr durch Erbrechen und Aufstoßen
- Unverträglichkeit, Übelkeit, Durchfall, Verstopfung können auftreten
- Infektionen an der Einstichstelle, Bauchfellentzündungen sind nicht selten
- PEG's sind mit Hospitalisierung verbunden, da Fixierungen notwendig sind, das sonst der Zugang rausgerissen wird
- Es entsteht großer seelischer Stress
- Durch die erzwungene Bettlägerigkeit entstehen Dekubiti, Inkontinenz, Einschränkung der Mobilität
- Riechen und schmecken als sinnliche Erfahrungen gehen verloren
- Auch mit der PEG bleibt oft das Untergewicht bestehen
- Die menschliche Zuwendung wird überflüssig, die Pumpe ersetzt das Personal, spart Kosten
- Zuviel Flüssigkeit und Nahrung verhindern im Sterbeprozess die Ausschüttung von Endorphinen, die Schmerzfähigkeit und Euphorie auslösen können
- PEG's werden fast nie wieder entfernt, obwohl das von den Ärzten anfangs in Aussicht gestellt wird, im Gegenteil wird dies als aktive Sterbehilfe abgelehnt.
- In der Sterbephase den Kreislauf Notarzt, Krankenhaus, PEG in Gang zu setzen könnte man fast als „ethische Sünde“ bezeichnen.

Aus all dem lässt sich nur schlußfolgern, dass der Einsatz von Magensonden bei Demenzkranken, vor allem im fortgeschrittenen Stadium, ethisch nicht vertretbar ist.

Literatur:

Empfehlungen zum Umgang mit Ernährungsstörungen bei Demenz, Hrsg: Deutsche Alzheimer Gesellschaft, Berlin, 2005

PEG Ernährung bei fortgeschrittener Demenz, eine evidenzgestützte ethische Aufgabe“, Matthis Synofzik in: Der Nervenarzt, 04/2007

Nahrungsverweigerung bei Demenzkranken, Christian Kolb, Frankfurt/M., 2003

Der Prozess der Entscheidungsfindung

Fallbesprechung/Ethische Konferenz

Sandra Eisenberg, Hamburg

Der Titel stellt hier zunächst die Frage nach Begrifflichkeiten.

Die Begriffe Fallbesprechung und ethische Konferenz sollen im Folgenden synonym verwendet werden. Zum einen, da eine grundlegende begriffliche Abgrenzung noch nicht vorgenommen wurde und zum anderen, da beide ein ähnliches Anliegen haben.

So braucht die Pflege und Betreuung Demenzkranker einen Ort, an dem Entscheidungsfindungsprozesse, die direkt die Lebenssituation des Menschen betreffen, sich entwickeln können. Eine Möglichkeit also, gemeinsam nachzudenken, zu diskutieren, abzuwägen und Ergebnisse zu formulieren.

Welchen Begriff sich Einrichtungen zukünftig für diesen Ort wählen, wird möglicherweise davon abhängen, welcher Begriff in ihrem Verständnis welche Aussagen trifft und wie sie sich dann zuordnen. Sicher weist der Begriff der Ethischen Fallbesprechung auf eine betont werteorientierte Ausrichtung hin, die besonders bei Fragen um die aktive, ggf. massive (z. B. Operationen) Beeinflussung von Gesundheit und Krankheit diskussionsleitend sein kann.

Die Möglichkeit, sich in der Betreuung pflegebedürftiger und demenzkranker Menschen im Rahmen von Fallbesprechungen interdisziplinär austauschen und zu gemeinsam getragenen Entscheidungen kommen zu können, wird zunehmend an Bedeutung für die Betreuungsqualität gewinnen.

Die Strukturen in Pflegeeinrichtungen lassen oft keinen Raum, um Impulse wahrzunehmen und aufzugreifen, der eigenen Aufmerksamkeit nachzuspüren und sich im komplexen Zusammenhängen zu positionieren. Daher braucht es eine Diskussion über Methoden, Erfahrungen und Erkenntnisse.

Möglichkeiten

„Mit Fallbesprechungen können Mitarbeiter in Pflegeeinrichtungen die Pflegesituation eines Bewohners mit dem Ziel einer Verbesserung seiner Lebenssituation diskutieren und Lösungen für Pflegeprobleme vereinbaren. Sie dienen der Entwicklung abgestimmter Verhaltens- und Vorgehensweisen.“

(MDS Prüfkatalog zu §80, SGB XI, 2005)

Diese Beschreibung des MDS weist bereits auf weitere, konkrete Möglichkeiten von Fallbesprechungen hin und kennzeichnet deutlich ihre Erfordernis.

Konkrete Möglichkeiten zeigen sich in folgenden Aspekten

- Beteiligte zusammenführen
- beobachten, beschreiben, wahrnehmen, bewusst werden
- nachdenken, reflektieren, kommunizieren, auseinandersetzen
- Zusammenhänge betrachten und verstehen
- Perspektiven wechseln
- Komplexität erweitern, Komplexität reduzieren
- Belastungen aufdecken, entlasten (!)
- Ressourcen und Ziele finden
- Aufgaben klären

- eigene Zugänge zu ethischen Fragen finden
- Antworten wachsen lassen
- Entscheidungs- und Handlungsspielräume erweitern
- die eigene berufliche Rolle/Identität weiterentwickeln
- Handeln entwickeln, einüben, reflektieren
- Grenzen erkennen und mit ihnen umgehen

Ein Beispiel für die methodische Umsetzung solcher und ähnlicher Überlegungen, ist die Nimweger (Nijmeger) Methode zur Ethischen Fallbesprechung (oder Ethischen Konferenz) (vgl. Steinkamp/Gordijn, 2003).

Hierbei werden zunächst vier Typen der Ethischen Fallbesprechung unterschieden:

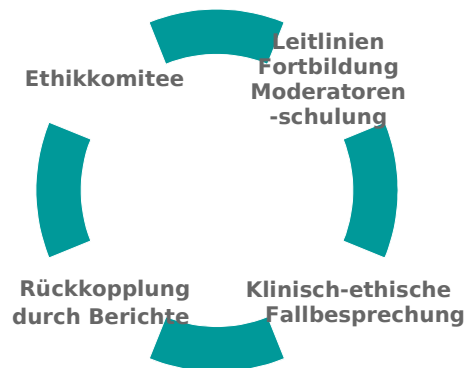
- extern-retrospektiv („Fälle“ als Lehrmittel)
- intern-retrospektiv (Entscheidungen überprüfen)
- extern-prospektiv („andere“ einbeziehen)
- intern-prospektiv (das Team sucht Lösungen)

Mit vorrangig intern-prospektiver Ausrichtung wurde am Universitätsklinikum Nijmegen Ende der 90er Jahre dann ein prozesshaftes Verfahren entwickelt, welches sich über das sog. ‚Klinisch-ethische Interaktionsmodell‘ (Steinkamp/Gordijn 2003) abbilden lässt:

Nimweger (Nijmeger) Methode

Universitätsklinik
Nijmegen Ende der
90er Jahre

Klinisch-ethisches
Interaktionsmodell
(vgl. Steinkamp, Gordijn
2003)



DED September 2007

Zentrale Idee dabei ist, über die Zuständigkeit eines Ethikkomitees für die Koordination und Weiterentwicklung eines Prozesses zu sorgen, der im Rahmen von z. B. strukturierten Qualifizierungsmaßnahmen in Verbindung mit den Fallbesprechungen, ethische Fragestellungen und deren Bearbeitung im Alltag verankert.

In Anlehnung an die Nimweger Methode, hat die DED einen Vorschlag für Ethische Fallbesprechungen in der Betreuung Demenzkranker erarbeitet und in dem Buch „Die Ernährung Demenzkranker in stationären Einrichtungen“ von 2005 veröffentlicht.

Leitende Fragen sind hier z. B.:

Was ist das ethische Problem?

Wie stellen sich medizinische Gesichtspunkte dar?

Wie stellen sich pflegerische Gesichtspunkte dar?

Wie zeigt sich die lebensanschauliche und soziale Dimension?

Wie zeigt sich die organisatorische Dimension?

Zu welcher Bewertung kommt es (Wohlbefinden, Autonomie, Verantwortlichkeiten)?

Wie stellt sich die Entscheidung zusammenfassend dar?

Moderation

Entscheidend für das Gelingen von Fallbesprechungen/ethischen Konferenzen ist vor allem die Moderation.

Der Moderator, die Moderatorin sollte:

- geschult sein
- mit dem Instrument vertraut sein
- mit den Abläufen vertraut sein
- die Beteiligten und ihre Rollen kennen
- in fachlichen Fragen kompetent sein („Vorsprung“)
- in der Moderatorenrolle akzeptiert sein

Zwei Empfehlungen könnten hier zudem lauten:

1. Die Moderation sollte auch durch Externe möglich sein.
2. Die „Kümmere-Rolle“ muss klar sein (z. B. nachvollziehbar besetztes Komitee oder verantwortliche Einzelpersonen).

Probleme und Grenzen

Beispielhaft lässt sich hier die oft unklare Bezeichnung von Sitzungen im Rahmen der Besprechungsstruktur von Einrichtungen nennen (Fallbesprechung? Supervision? Qualitätszirkel?). Wie die inhaltliche Ausrichtung und die Zielsetzung einzelner Veranstaltungen aussehen soll, muss in der Einrichtung transparent sein. Aus Kostengründen Ansätze inhaltlich unüberlegt zu mischen, ist wenig sinnvoll und führt oft zu Motivationsverlusten in Mitarbeiterteams.

Hinsichtlich der Finanzierung sollte die Begleitung durch turnusmäßige externe Moderation (z. B. 1x monatlich) berücksichtigt werden. Teams sind oft den eigenen Fragestellungen zu nah, um sie selbst beantworten zu können. Durch eine externe Moderation, lässt sich dieses ‚Wald-vor-Bäumen-Problem‘ deutlich mindern.

Im Weiteren ist wesentlich, das Vertrauen in der Zusammenarbeit, auch mit den Leitenden, zu stärken und zu entwickeln. Dies zeigt sich erforderlich, um Missverständnisse zu vermeiden und Rollenklarheit zu erhalten.

Zusammenfassend bleibt festzuhalten, dass Probleme und Grenzen nicht in der Konsequenz dazu führen können, dass Fallbesprechungen bzw. Ethische Konferenzen einen anderen, als einen wesentlichen sowie erforderlichen Platz in der Begleitung von Menschen mit Demenz haben.

Die Weiterentwicklung von Fallbesprechungsarbeit wird in den nächsten Jahren die Aufmerksamkeit aller Beteiligten brauchen.

Essen und Trinken im Heim

Anke Kröhnert, Inge Eigenberz, Rieseby

„Der Bewohner steht im Mittelpunkt – und daher allen im Weg?“

Wie gehen wir damit um?

Aus dem Haus Schwansen möchten wir Ihnen berichten, wie wir vorgehen und welche Erfahrungen wir gemacht haben.

Worauf kommt es uns an?

An erster Stelle steht immer das Wohlbefinden des Bewohners (was ja individuell ganz Unterschiedliches bedeuten kann) und die Frage, wie wir dieses fördern können.

In diesem Zusammenhang sind uns zwei Punkte besonders wichtig, einmal die Frage der Milieugestaltung und zum zweiten der Umgang mit den Schnittstellen, an denen erfahrungsgemäß die meiste Reibung auftritt.

Um unseren Vortrag noch appetitlicher zu gestalten haben wir auch ein paar praktische Tipps und Rezepte eingestreut.

Zunächst einmal die Milieugestaltung.

Hier geht es darum, Kontexte zu gestalten, in denen der Bewohner

- solange wie möglich Dinge für sich selbst tun kann
- Situationen einordnen kann
- sich als kompetent erleben kann

Das erreichen wir durch übersichtlich gestaltete Räumlichkeiten, u.a. mit farblichen Zuordnungen, über Essbereiche, die den Kontext „Essen“ vermitteln und über eine segregative Betreuung innerhalb unseres Hauses. Das heißt, dass die Bewohner je nach Ausprägung und Stadium der Erkrankung unterschiedlich betreut werden.

Bewohner die sich am Anfang der Erkrankung befinden und keine Verhaltensauffälligkeiten zeigen, werden in der sogenannten großen Gruppe betreut. Hier befindet sich die Küche direkt neben dem Speisesaal, so dass z.B. über die Gerüche bei der Zubereitung der Speisen der Appetit geweckt wird. Hier findet auch die Beschäftigungstherapie für diese Gruppe statt.

Im Laufe des Vormittags bieten wir hier im Sommer Buttermilch und an heißen Sommertagen warme Fleischbrühe an. Darüber soll der Mineralstoffspeicher wieder aufgefüllt werden. In den Wintermonaten bietet die Küche warmen Früchtetee mit Honig an.

Am Mittwochnachmittag findet hier ein Tanzcafé statt und wir erfreuen die Bewohner mit Eierlikör und Pralinen.

Bewohner die mobil sind und ein herausforderndes Verhalten zeigen, werden in Wohngruppen á ca. 12 Bewohner betreut. Hier spielt sich der größte Teil des Tages in einer gemütlichen Wohnküchenatmosphäre ab.

Das Speisen- und Getränkeangebot entspricht dem der großen Gruppe.

Bewohner im Endstadium der Erkrankung werden in der sog. „Insel“, (geschützter Bereich) betreut. Hier dreht sich viel um die Nahrungsaufnahme, da die meisten Kranken in diesem Stadium große Probleme damit haben, sei es durch zunehmende Schluckstörungen, sei es durch einen gestörten Tag- Nachtrhythmus.

Diese Bewohner erreichen wir verstärkt über die Basale Stimulation.

Hier wird vermehrt pürierte Kost und andgedickte Flüssigkeit gereicht.

Indem die Bewohner ihren Bedürfnissen entsprechend betreut werden, leisten wir einen Beitrag zu deren Wohlbefinden, und das wiederum hat Auswirkungen auf Appetit und Essverhalten (wenn ich mich wohl fühle, mag ich auch essen).

Da auch das Auge mit isst, ist das appetitliche Anrichten der Speisen sehr wichtig.

Zum Beispiel ist es günstig, wenn die einzelnen Komponenten farblich aufeinander abgestimmt sind: grüner Salat zum roten Gemüse, zum Nachtisch Quarkspeise mit Früchten. Wenn es Tomatensoße gibt, dann ist die Götterspeise zum Nachtisch nicht rot, sondern grün! Auf Salzkartoffeln macht sich grüne Petersilie gut. Im gemischten Salat müssen die Farben zueinander passen.

Der Speiseplan wird von der Küchenleitung der Jahreszeit entsprechend zusammengestellt:

In der kalten Jahreszeit zum Beispiel deftige Eintöpfe, Kohlrouladen, Erbsensuppe, Rübenmus. Im Sommer leichte Gerichte, zum Beispiel „Schnüsch“: frische Erbsen und Möhren mit Schinken und Kartoffeln. Oder auch Matjesfilet nach Hausfrauenart, Holsteiner frische Suppe mit Gemüse, Rindfleisch und Mehlklößen, viel frische Rohkostsalate.

Bewohner können ihre Wünsche äußern und nach Möglichkeit werden diese berücksichtigt. (Bsp. Schwarzsauer, gebratenen Heringe)

Küchentüren werden geöffnet, damit die Düfte durch das Haus ziehen und so schon den Appetit anregen.

Am Sonntag gibt es natürlich ein „Sonntagsessen“, zum Beispiel Schweinebraten und Rotkohl, vorher eine Rinderbouillon, und zum Nachtisch Vanilleeis mit frische Früchten. Dazu gibt es ein Glas Wein am sonntäglich gedeckten Tisch: weiße Tischdecke, Kerzen, frische Blumen und eine farblich abgestimmte Serviette.

Hat ein Bewohner Geburtstag, wird er morgens mit Geburtstagslied, Kerze, Rose und Geburtstagskuchen empfangen. Zum Mittagessen gibt es dann für alle im Haus das Wunschessen des Bewohners.

Im Haus Schwansen gibt es eine ausgeprägte Festkultur: Sommerfest, Weinfest, Platzkonzert, und natürlich die üblichen Jahresfeste. Diese werden von der Küche mit viel Liebe zum Detail vorbereitet und gestaltet, inclusive zahlreicher Rituale, z.B. gibt es auf dem Sommerfest jedes Jahr ein Spanferkel zu verspeisen mit vielen leckeren Salaten, auf dem Weinfest werden verschiedene Weine verkostet und es gibt selbst gemachten Zwiebelkuchen vom Feinsten. Und mit „Lucky Rudolph“ ist eine ausgelassenen Tanzstimmung gesichert, mit traditioneller Polonaise durch das Haus.

Jeden Abend wird in der Eingangshalle roter Traubensaft und Salzgebäck angeboten, und an vielen Abenden wird dieses von den Bewohnern genutzt.

Für Bewohner, die unter Schluckstörungen leiden, können alle Speisen derart püriert werden, dass sie sogar bei Bedarf mit der Saugerflasche gegeben werden können. Es werden also keine Fertignahrungen verwendet, sondern die täglichen Originalgerichte. Die verträgliche Konsistenz erreichen wir, indem die Speisen durch den Fleischwolf gegeben werden. Selbst der Salat wird püriert und bekommt dadurch sogar einen intensiveren Geschmack!

Bewohner und Mitarbeiter essen gemeinsam. Der Mitarbeiter übernimmt dabei die Gastgeberrolle, wir nennen das therapeutisches Essen. Im Allgemeinen gibt es keinen Zimmerservice. Dieses Vorgehen wurde von Anfang an so geplant, und obwohl es anfangs Mitarbeiter gab, die glaubten, nicht essen zu können, wenn neben ihnen jemand vielleicht sein Gebiss herausnimmt und auf den Tisch legt, essen doch meistens alle mit.

Auf diese Weise bekommen wir es sofort mit, wenn jemand nicht genug isst oder/und trinkt oder wenn sich sein Essverhalten verändert, er z.B. zunehmend nicht mehr mit Besteck essen kann.

Ein weiterer Vorteil des gemeinsamen Essens ist, dass unauffällig Hilfestellung gegeben werden kann, und auch über die Nachahmung vergessene Abläufe („wie esse ich mit Messer und Gabel?“) wieder wach gerufen werden können.

Auch kann man nötigenfalls zwei Bewohnern gleichzeitig das Essen anreichen. Das ist gut für Bewohner, die sehr lange für das Essen brauchen, wir können uns dann diese Zeit dafür nehmen. Zum gemeinsamen Essen kommen auch die Mitarbeiter aus der Hauswirtschaft, da es doch eine Menge Bewohner gibt, die Hilfe benötigen.

Und, natürlich – IN GESELLSCHAFT SCHMECKT ES BESSER - das kennen Sie doch sicher auch alle. Deshalb nehmen im Haus Schwansen nicht nur die Bewohner zu....

Manche Bewohner essen vielleicht auch am Besten ganz allein an einem kleinen Tisch, vielleicht sogar mit dem Rücken zum Geschehen, weil sie so am meisten Ruhe haben und am Besten essen können.

Da es uns besonders am Herzen liegt, dass die Menschen, die bei uns wohnen, so lange wie möglich soviel wie möglich für sich selbst tun können, nutzen wir natürlich auch Hilfsmittel, sofern es sinnvoll und hilfreich erscheint.

Da ist zunächst einmal das „therapeutische Geschirr“, ein schlichtes, stabiles Geschirr, das mit einem roten Rand ausgestattet ist: wir haben es ja oft mit Menschen zu tun, die nicht mehr so gut sehen können, und rot ist die Farbe, die noch lange am deutlichsten wahrgenommen werden kann. Da sieht man deutlich, wo der Teller zu ende ist, und auch der Henkel der Tasse ist rot, dann kann er auch besser wahrgenommen werden. Es gibt auch Teller mit einem speziellen Rand, der verhindert, dass etwas „über Bord“ geht (WGP Produktdesign), oder man nutzt eine Tellerranderhöhung aus plastik, die sich leicht an jedem Teller befestigen lässt. Wir hatten früher ein Geschirr mit einem blauen Muster darauf, da haben die Bewohner häufig versucht, das Muster vom Teller „herunter zu essen“.

Wenig günstig ist auch z. B. ein weißes Geschirr auf einer weißen Tischdecke, und dann vielleicht noch weiße Zitronentorte....

Viel nutzen wir „schräge“ Tassen: wenn jemand den Kopf nicht mehr gut nach hinten beugen kann, ist es für ihn viel leichter daraus zu trinken. Außerdem ist der Rand nicht so dick, das macht ja auch oft Probleme. (thomashilfen) Es geht auch ein Becher mit einem „Nasenausschnitt“, das hat einen ähnlichen Effekt. (WGP Produktdesign)

Auch gibt es einen Becher mit einem speziellen Aufsatz, aus dem das Getränk schluckweise entnommen werden kann, was das Trinken auch sehr entstressen kann und der durch seine Form den „normalen“ Schluckakt unterstützt. (Becher „funktional“ von format =>internet)

Bei den Schnabelbechern ist es mit dem Schlucken oft schwierig, weil das Trinken von der Mundmotorik her anders ist und die Flüssigkeit im Schwall „angeschossen“ kommt.

Dennoch trinken viele Bewohner gut aus einem Becher mit einer langen Tülle (Luchs-Catering), eventuell weil es eine Art Strohhalmeffekt hat. Dieser Becher hat den Vorteil, dass man in jeder Körperhaltung trinken kann.

Wenn die Finger nicht mehr so beweglich sind hilft ein Becher mit einem großen Henkel, wenn er noch dazu aus Plastik ist spart das Gewicht. (GIO-Style aus dem Baumarkt = Campingbedarf)

Wenn Hilfsmittel, bzw. Besteck nicht mehr genutzt werden können, kann mit den Fingern gegessen werden. Hierbei ist es wichtig, den Bewohner vor eventuellen Angriffen der Mitbewohner zu schützen. Dafür ist eine flexible Tischordnung notwendig. Bewohner, die viel laufen müssen, essen u.U. im Gehen = Eat-by-walking. Dafür eignen sich alle Speisen, die man in die Hand nehmen kann, z.B. die gute alte Butterstulle, geschnittene Rohkost, Obst. Eventuell ist es aber auch nötig, dass jemand mit geht und das Essen unterwegs anreicht.

Um all das erreichen zu können, ist insbesondere die innere Haltung und Einstellung der

Mitarbeiter, sowie deren Wissen über die Erkrankung und deren Auswirkungen von entscheidender Bedeutung. Wenn die räumliche und sächliche Gestaltung perfekt ist, aber die Betreuung nicht stimmig, wird es nicht funktionieren.

Was ist es nun, was die Haltung ausmacht?

Im Haus Schwansen sind alle Mitarbeiter geschult in Integrativer Validation nach Richard. Hierbei geht es um das Entwickeln einer wertschätzenden, akzeptierenden Umgangsweise mit Menschen mit Demenz, sowie um das Erlernen einer Methodik, die es ermöglicht, mit diesen Menschen in Kommunikation zu treten. Ich sage immer „Ohne Validation könnten wir einpacken!“

Dadurch, dass alle Mitarbeiter auf die gleiche Weise mit dem Bewohner umgehen, erlebt dieser Sicherheit und Akzeptanz, Stresssituationen entzerren sich, bzw. treten gar nicht erst auf, was wiederum tief greifende Auswirkungen auf das Wohlbefinden des Bewohners hat. Und immer, wenn ich mich wohl fühle, mag ich auch lieber essen - was anfangs häufig dazu führt, dass die Bewohner an Gewicht zu nehmen. Dieses lassen wir meist zu, da wir wissen, dass sie die zusätzlichen Pfunde irgendwann gut gebrauchen können.

Die Überschrift über der Validation heißt im Grunde genommen „Wertschätzung“, und das ist auch das, was sozusagen über dem Haus Schwansen steht.

Wir legen Wert darauf, dass die MA auch wertschätzend miteinander umgehen. Es gibt im Haus einen Standard zum Thema Kommunikation, der genau beschreibt, worauf es uns dabei ankommt. Das hat natürlich Auswirkungen auf das Betriebsklima, und das wirkt sich letztlich auch auf den Bewohner aus.

Es geht immer um Wertschätzung und Kommunikation.

Damit wären wir bei unserem zweiten Punkt:

Die Schnittstellen!:

„Der Bewohner steht im Mittelpunkt – und alle ziehen an einem Strang.“

Wie kriegen wir das nun hin?

Im Haus Schwansen pflegen wir ein ausgeprägtes Besprechungswesen:

Da ist zunächst einmal die Mitarbeiterbesprechung, die monatlich bereichsübergreifend stattfindet. Hier werden Probleme besprochen und nach Möglichkeit gelöst, wobei häufig eine erstaunliche Kreativität ans Tageslicht kommt. Hier kann jeder etwas beitragen, auch wenn er als Praktikant nur für 6 Wochen im Haus Schwansen tätig ist, eine gute Idee kann schließlich jeder haben. Auch gibt es hier meist etwas zu lachen und es darf Kritik geübt werden. Ein beliebtes Element ist am Schluss der Besprechung die Plus-Minus-Liste, die nicht eher abgeschlossen wird, bis mehr Plus als Minus da ist.

Da alle Bereiche beteiligt sind, können Schwierigkeiten oft auf kurzem Wege beseitigt werden.

Die Abteilungsleiterbesprechung einmal monatlich: hier werden Neuerungen, die im Hause durchgeführt werden sollen geplant, ebenso über den Stand der Planung der Festlichkeiten (Weinfest, Sommerfest, etc) berichtet. Es wird über Anschaffungen und Änderungen beraten und eventuelle Probleme zwischen den Bereichen werden besprochen.

Seit etwa zwei Jahren finden Kurvenvisiten zwischen der Pflegedienstleitung und der Küchenleitung monatlich statt. Ziel ist, Probleme bei der Nahrungsaufnahme, sowie Verdauungsprobleme zu erfassen und geeignete Maßnahmen zu planen, Änderungen vorzunehmen oder den Maßnahmenkatalog zu erweitern, z.B. im Fall einer Obstipation wird ballaststoffreiche Kost eingesetzt, bei Gewichtsabnahme Aufbaunahrung.

Auch erfolgt hier die Bewertung des Gewichtsverlaufes und das Festhalten desselben in der Dokumentation.

Pflegedienstleitung, Küchenleitung und Küchenmitarbeiter entwickeln gemeinsam Küchenstandards, um die Qualität zu gewährleisten.

In der Ernährungs AG treffen sich vierteljährlich Bereichsleitungen, Präsenzkräfte und Küchenleitung um Erfahrungen auszutauschen, Neues auf den Weg zu bringen, Eingeschlafenes wieder anzuregen, und neue Ideen zu entwickeln. Hier ist immer wieder Thema: „ wie bringen wir die Informationen so an die „Basis“, dass die tollen Ideen auch Realität werden?“

Wir bringen diese Informationen wieder in die Mitarbeiterbesprechung, um so alle Mitarbeiter zu erreichen. Ggf. werden Mitarbeiter auch direkt angesprochen.

Hier wird auch nach gemeinsamen Lösungen für „Nerviges“ gesucht. Zum Beispiel gibt es im Haus jede Menge Kunststoffbecher mit verschiedenen Aufsätzen, die zum Teil unterschiedliche Größen haben, so dass die Deckel nicht zugeordnet werden können. Das nervt!! Es ist sehr zeitaufwändig, jedes Mal die passenden Deckel zu suchen. In der AG wurde beschlossen, in einer Gesamthausaktion die jeweils zueinander passenden Becher und Deckel mit einem farbigen, hitze- und spülmaschinenfesten Punkt zu markieren.

Die Zusammenarbeit zwischen Küche und Pflege im Alltag geht kurze Wege: im Falle von Gewichtsverlust, Appetitlosigkeit und Verdauungsproblemen wenden sich die Pflegekräfte direkt an die Küchenleitung: „Inge, was machen wir da?“

- eingeweichtes Müsli mit frischem, geraspelt Obst, Yoghurt oder Speisequark

Auch bei Schluckstörungen kann dieses Müsli gegeben werden, wenn man es püriert.

Dabei kann die Konsistenz individuell angepasst werden.

1. bei Bedarf kann das Müsli noch individuell hochkalorisch angereichert werden mit Findus Getreidepulver
1. im Falle von Gewichtsabnahme setzen wir flüssige Aufbaunahrung ein, die im Haus hergestellt wird. Das Rezept finden Sie im DED Ernährungsbuch. Diese wird zusätzlich bei Bedarf als Zwischenmahlzeit gegeben, auch in der Nacht, wo sie erfahrungsgemäß besonders gut ansetzt
2. Lehnt ein Bewohner die normalen Mahlzeiten ab, kann der Tageskalorienbedarf durch die flüssige Aufbaunahrung gedeckt werden.

„Der Bewohner steht im Mittelpunkt – und darum geht's ihm gut!“

Wir hoffen, dass wir mit unseren Ausführungen Anregungen für Ihren Alltag in den Einrichtungen geben konnten und freuen uns auf Ihre Fragen.

Referentenliste

Cilly Borgers

Krankenschwester, Trainerin für Basale Stimulation, Trainerin für Integrative Validation, DED-Mitglied,
Leiterin des Haus-Schwansen-Seminars
Dozenten-/Referententätigkeit zum Themenkreis Demenz
Anschrift: Lindenweg 25
24340 Eckernförde
Tel 04351 85442
E-mail: C.Borgers@gmx.de

Inge Eigenberz

Diätassistentin, Küchenleiterin
Anschrift: c/o Haus Schwansen
Rakower Weg 1
24354 Rieseby
04355 18 11 23

Sandra Eisenberg

Diplom-Pflegewirtin (FH), DED-Vorstandsmitglied
Doktorandin am Institut für Pflegewissenschaft der Universität Witten/Herdecke
Lehrauftrag zum Thema Pflegekonzepte/Demenz an der Hochschule für angewandte Wissenschaften Hamburg
Dozenten-/Referententätigkeit zum Thema Demenz für Pflegende, Leitende, Gutachter des MDS
Anschrift: Ev. Berufsschule für Altenpflege
Beim Rauhen Hause 21
22111 Hamburg
Tel.: 040 / 6559 1352
E-Mail: seisenberg@rauheshaus.de

Irmgard Hofmann M.A. (phil)

Krankenschwester
Philosophin/ Pflegeethikerin
Supervisorin (DGSv-anerkannt)
gruppendynamische Zusatzausbildung (agm)
Anschrift: Terofalstr. 5
80689 München
Tel: 089 / 700 41 58
Fax: 089 / 7006 5976
email: info@irmgard-hofmann.de

Ilse Holzapfel

Pflegende Angehörige (Hausfrau)
Geschwister-Scholl-Straße 16a
99762 Niedersachswerfen
Tel. 036331 30 55 7

Dr. med. Wolfgang Kleespies

Arzt für Psychiatrie und Neurologie, Arzt für psychotherapeutische Medizin /
Psychoanalyse, Supervisor
Dozent und Lehranalytiker am C. G. Jung-Institut, Berlin
Anschrift: Spessartstr. 13
14197 Berlin
T: (030) 8210071
Dr.kleespies@arcor.de

Anke Kröhnert

Krankenschwester, DED-Mitglied,
Trainerin für Integrative Validation
Dozenten-/Referententätigkeit zum Thema Ernährung Demenzkranker,
Milieuthherapie, Pflegeplanung und Pflegedokumentation
Anschrift: Dingblock 11
24357 Götheby
Tel 04354 1572
E-mail: anke.kroehnert@haus-schwansen.de

Hendrik Lessmann

Krankenpfleger, Logopäde
Leitender Logopäde am Albertinenhaus
Anschrift: Zentrum für Geriatrie und Gerontologie
Geriatrische Klinik
Sellhopsweg 18-22
22459 Hamburg
Tel.: (0 40) 55 81-18 64

Volker Lindemann

Vorsitzender des Vormundschaftsgerichtstages
Vizepräsident des Oberlandesgerichts a. D.
Anschrift: Wieselweg 11
24837 Schleswig
Tel. (04621) 957760
Fax (04621) 957762
E-mail: volker.lindemann@gmx.net

Michael Oehler

Altenpfleger, Heim- und Pflegedienstleiter, DED-Vorstandsmitglied, Glauchau
Weiterbildung Pflegemanagement
Anschrift: Städtische Altenheim Glauchau gGmbH
Pflegezentrum „Am Lehngrund“
Am Lehngrund 3
08371 Glauchau
Tel.: 03763 / 440 69 0
E-Mail: oeehler@altenheimglauchau.de

Bettina Rath

Altenpflegerin, Dipl. Psychologin
1. Vorsitzende der Alzheimer Gesellschaft Mittelhessen e.V.
Anschrift: Alzheimergesellschaft Mittelhessen e.V.
Alzheimer Tageszentrum am Geiersberg
Geiersberg 15
35578 Wetzlar
Telefon: 0 64 41 / 4 21 36
E-Mail: info@alzheimer-gesellschaft-mittelhessen.de
www.alzheimer-gesellschaft-mittelhessen.de

Priv.- Doz. Dr. med. Alexander Rösler

Facharzt für Neurologie
Zusatzbezeichnung Intensivmedizin, Geriatrie
Ltd. Oberarzt am Albertinen-Haus,
Anschrift: Zentrum für Geriatrie und Gerontologie
Sellhopsweg 18-22
22459 Hamburg

Tel. 040-5581-0

E-mail: Alexander.Roesler@albertinen.de

Priv. Doz. Dr. theol. Traugott Roser

Evang. Pfarrer

Seelsorger am Ökumenischen Seelsorgezentrum am Klinikum der Ludwig Maximilians Universität München-Großhadern

Mitarbeit am Projekt Seelsorge in der Palliativmedizin am Interdisziplinären Zentrum für Palliativmedizin, Privatdozent für Praktische Theologie an der Fakultät für Evangelische Theologie der LMU München.

Anschrift: Interdisziplinäres Zentrum für Palliativmedizin am Klinikum der Universität München
- Standort Großhadern

Marchioninistrasse 15

81377 München

Tel.: (089) 7095-7552

01749912284 (p)

089 21964399 (p)

E-mail: traugott.rosler@med.uni-muenchen.de

Margret Schleede-Gebert

Dipl. Sozialpädagogin und Dipl. Gerontologin, Erzieherin, DED-Vorstandsmitglied

Leitung der Weiterbildung zur staatlich anerkannten Fachpflegekraft in der Gerontopsychiatrie und Vorsitzende des Prüfungsausschusses

Weiterbildungen in Gestalttherapie, DCM, Böhm-Pflegemodell

Fort- und Weiterbildung zu Teamentwicklung, Supervision für Pflegekräfte, Beratung von pflegenden Angehörigen

Anschrift: Ev. Berufsschule für Altenpflege

Beim Rauhen Hause 21

22111 Hamburg

Tel.: 040 / 6559 1335

E-Mail: mschleede@rauheshaus.de

Christel Schulz

Diplom-Sozialpädagogin, Alzheimer Gesellschaft Bochum, 2. Vorsitzende der DED,

Familientherapeutische Zusatzausbildung

Anschrift: Alzheimer Gesellschaft Bochum e.V.

Demenz-Servicezentrum Ruhr

Universitätsstr. 77

44789 Bochum

Tel.: 0234 / 337 772

E-Mail: info@alzheimer-bochum.de

Eva Trede-Kretzschmar

Altenpflegerin, Heimleiterin, DED-Mitglied, Stuttgart

Anschrift: Richard-Bürger-Heim der Stiftung Evangelische Altenheimat

St. Pöltener Str. 27

70469 Stuttgart

Tel 0711 120 6533

E-Mail: kretzschmar@seah.de

Deutsche Expertengruppe Dementenbetreuung e.V.

- Wer wir sind -

Die DED (www.demenz-ded.de) ist eine seit 1995 existierende Vereinigung von Angehörigen aller Berufsgruppen, die in der Betreuung Demenzkranker engagiert sind und nach Verbesserungen suchen. Sie bündelt aktuelles Erfahrungswissen. Auf den halbjährlichen Arbeitstagen geht es in erster Linie um praxisnahen Austausch, der umfangreich dokumentiert wird. Aus einzelnen Problemlösungen des Alltags können so neue Konzepte werden.

Die DED hat bisher eine Reihe von Schriften (Handreichungen) erarbeitet, u. a. zu den Themen Freiräume und ihre Beschränkungen, Umgang mit Risiken, medikamentöse Therapie, Fixierung, Ernährung, Hygiene und Brandschutz. Sie bieten wertvolle Anregungen für die Milieuthherapie Demenzkranker. Das BMFSFJ unterstützt die Veröffentlichungen, die Arbeitstagen und die Projekte der DED.

Wenn Sie in der Pflege oder Betreuung Demenzkranker tätig sind und Interesse an einer Mitarbeit haben, können Sie sich auf unserer Website www.demenz-ded.de über eine Mitgliedschaft informieren.

Tel 03221 105 6979

E-mail: info@demenz-ded.de

**Wir danken dem Bundesministerium für
Familie, Senioren, Frauen und Jugend für die Förderung dieser Tagung.**