



Grundsätze zum Ernährungsmanagement

im Geschäftsfeld Seniorenhilfe
der Stiftung kreuznacher diakonie

Inhalt

Einführung	3
Für wen gelten diese Ethischen Grundsätze	4
Ernährung im Alter	4
Ernährung allgemein.....	4
Ernährung im Alter.....	5
Formen der Nahrungsaufnahme.....	6
Natürliche Ernährung.....	6
Künstliche Ernährung.....	6
Was ist Ernährungsmanagement	7
Zielsetzungen.....	7
Akteure im Ernährungsmanagement.....	8
Grundprinzipien der Ernährung	9
Mögliche Maßnahmen zur Sicherstellung der Ernährungsversorgung (oral).....	9
Parenterale Ernährung in der Seniorenhilfe.....	10
Aspekte zur Klientenautonomie/Therapie und Handlungsbegrenzung	11
Einleitung.....	11
Der einwilligungsfähige Klient.....	12
Der nicht einwilligungsfähige Klient mit Patientenverfügung.....	12
Der nicht einwilligungsfähige Klient ohne Patientenverfügung.....	12
Natürliche Willensbildung (verbale und nonverbal).....	13
Information und Aufklärung.....	14
Ernährung sterbender Klienten/Klientinnen.....	14
Instrumente der Reflektion eigenen Handelns im Pflegeprozess	15
Fallbesprechungen.....	15
Angehörigengespräch.....	15
Ethische Fallbesprechung.....	15
Literaturverzeichnis	17

Einführung

Essen und Trinken haben wesentlichen Einfluss auf die Lebensqualität der Klientinnen¹ und Klienten. Mehr noch: über das Wohlbefinden hinaus hat es gerade für die häufig multimorbiden Menschen zumeist enorme Auswirkungen auf ihre Gesundheit, wenn sie Nahrung und Getränke nicht mehr in ausreichendem Maße zu sich nehmen können.

Im Pflegeprozess ist das Thema in den letzten Jahren wichtiger geworden. Das hängt zum einen mit der sich verändernden Klientel zusammen, zum anderen hat der *Expertenstandard Ernährungsmanagement zur Sicherstellung und Förderung der oralen Ernährung in der Pflege*² an Bedeutung gewonnen. Da die Umsetzung dieses Standards in der Altenpflege verpflichtend ist, hat er seinen Niederschlag in diversen Assessments gefunden, die einen Teil der Pflegedokumentation ausmachen und den Pflegeprozess mit steuern sollen. Begleitend hierzu hat sich das Spektrum der Maßnahmen im pflegerischen Alltag erweitert. War früher nur die Frage, ob die Ernährung mittels einer PEG-Sonde gesichert werden soll, so werden heute in einem weit aus früheren Stadium vielfältigere Maßnahmen ergriffen. Nur um einige zu nennen: Andicken, Anreichern, Finger Food und subkutane Infusionen.

Wie eigentlich in allen Bereichen der Medizin und Pflege stellt sich allerdings die Frage, ob zwingend immer all das getan werden muss, was getan werden kann, sprich: ob es immer dem (ggf. auch mutmaßlichen) Willen des/der Klienten/-in entspricht, alle durchführbaren Maßnahmen zu ergreifen oder ob es eher angebracht ist, Maßnahmen zu unterlassen. Wichtig ist es hierbei zu wissen, dass, wenn Alternativen bestehen, auch eine Entscheidung getroffen werden muss. Jegliches Abwarten ist ebenfalls eine Entscheidung.³

¹ In diesen Grundsätzen wird anstelle des Begriffes „Bewohner“ „Klient“ verwendet, weil zum einen der Beratungsaspekt dadurch deutlicher wird und zum anderen der Begriff dadurch für alle Bereiche der Seniorenhilfe passt.

² Konsultationsfassung zum Expertenstandard Ernährungsmanagement zur Sicherstellung und Förderung der oralen Ernährung in der Pflege, Deutschen Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP), Osnabrück, 2016

³ Vgl. Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin: Therapiezieländerung und Therapiebegrenzung in der Intensivmedizin, Dtsch Arztebl 2012, S.3

Für dieses Spannungsfeld zwischen Willen des/der Klienten/-in auf der einen Seite und möglichen therapeutischen und pflegerischen Maßnahmen auf der anderen Seite möchte dieses Papier sensibilisieren und mögliche Bearbeitungsschritte für ein ethisches Problem im Sinne eines Konfliktes zwischen den Zielen einer ausreichenden Ernährung und der Ermittlung und Einhaltung des Klientenwillens aufzeigen.

Für wen gelten diese Grundsätze

Der Expertenstandard *Ernährungsmanagement zur Sicherstellung und Förderung der oralen Ernährung in der Pflege* bezieht sich in seinen Zielsetzungen auf diejenigen Menschen, die Nahrung oral zu sich nehmen können und die von Mangelernährung betroffen sind.

Diese *Grundsätze zum Ernährungsmanagement im Geschäftsfeld Seniorenhilfe* beziehen ausdrücklich alle Personengruppen mit ein, also das Ernährungsmanagement bei enteralen und parenteralen Darreichungsformen und zwar bei allen Klient/-innen.

Ernährung

- *Essen hält Leib und Seele zusammen.* -

- *Der Mensch lebt nicht nur vom Brot allein.* -

- *Liebe geht durch den Magen.* -

Diese Sprichwörter beschreiben die Bedeutung des Essens für den Menschen.

Ernährung allgemein

Grundsätzlich bedeutet Ernährung, ausreichende Mengen an Nährstoffen, Vitaminen, Mineralien und Energie zu sich zu nehmen. Damit ist Ernährung eine „Energiequelle“ für Muskeltätigkeiten, Stofftransport und Körperwärme. In Phasen des Wachstums dient sie zudem dem Körperaufbau.

Essen und Trinken bedeuten jedoch mehr als die angemessene Aufnahme von Nährstoffen und Flüssigkeit und mehr als das Stillen von Hunger und Durst. Ernährung ist ein entscheidender Faktor für die Lebensqualität der Klienten. Ernährung ist ein soziokulturelles Phänomen, für dessen Gelingen auch der Rahmen, in dem sie stattfindet, von Bedeutung ist. Mahlzeiten spielen eine vielfältige Rolle im gesellschaftlichen Miteinander. Gemeinsames Essen regt den Geist an und wirkt sich auf das Wohlbefinden aus. Soziale Kontakte werden geknüpft, aufrechterhalten und gefestigt. Hierzu gehört nicht zuletzt eine Esskultur, die der Biographie Rechnung trägt und Wertschätzung transportiert. Essen in vertrauter Atmosphäre und vertrauten Ritualen (z. B. Tischgebet) fördert Wohlbefinden und Appetit. Essen und Trinken unterliegen teilweise religiösen Ge- und Verboten, die zu berücksichtigen sind. Gerade bei gerontopsychiatrisch veränderten Klienten kann die Biographie von entscheidender Bedeutung sein, um sowohl physiologische als auch psychologische Bedürfnisse zu befriedigen. Gerade im Hinblick darauf, dass in Zukunft noch mehr gerontopsychiatrisch veränderte Klienten pflegerischer Dienstleistung bedürfen, muss betont werden, dass diese Faktoren oft entscheidende Bedeutung für eine gelingende Ernährung haben.⁴

Bedeutung der Ernährung im Alter

Ernährung im Alter hat eine wichtige Bedeutung.

Wahrnehmbar ist neben der physiologischen Bedeutung die psychologische. Essen gestaltet im Alter mehr und mehr die Lebensqualität.

Dies gewinnt an Relevanz: *„Physiologisches Altern geht mit Funktionseinbußen und Abnahmen der Leistungsfähigkeit und der Belastbarkeit auf organischer und systemischer Ebene einher, die intra- und interindividuell sehr unterschiedlich ausgeprägt sind. Im fortgeschrittenen Alter kommt es dadurch vermehrt zu Gebrechlichkeit und gesundheitlichen Beeinträchtigungen.“*⁵

⁴ Quelle: Rückert, W. et al: Ernährung bei Demenz. Bern: 2007

⁵ Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Ernährungsmedizin (DGEM) in Zusammenarbeit mit der GESKES, der AKE und der DGG Klinische Ernährung in der Geriatrie), © Georg Thieme Verlag KG, Stuttgart · New York, 2013, Seite e2

Zudem kommt es im Alter immer mehr zu einer Vielzahl von chronischen und/oder akuten Erkrankungen (geriatrietypische Multimorbidität). Diese beeinflussen im Alter deutlich die Nahrungsaufnahme (qualitativ und quantitativ).

Mangelernährung ist häufig die Folge – mit bisweilen gravierenden Auswirkungen: Sarkopenie (Abbau Muskelmasse und Muskelkraft), Gebrechlichkeit und weitere Behinderungen sowie Einbußen der Selbstständigkeit. Wie oben erwähnt bedeutet das zumeist die Verringerung bzw. den Verlust der Lebensqualität.

Formen der Nahrungsaufnahme

Dem Grundsatz aus Artikel 1 des Grundgesetzes (GG) „*Die Würde des Menschen ist unantastbar*“ sind die Mitarbeiter/-innen des Geschäftsfeldes Seniorenhilfe verpflichtet. Artikel 1 GG wird ergänzt durch Artikel 2 GG mit dem Recht auf körperliche Unversehrtheit und dem Recht auf Leben mit der Befriedigung der menschlichen Grundbedürfnisse. Dazu gehört das Recht auf Essen und Trinken. Dies meint ausdrücklich Qualität, adäquate Quantität und Form der Nahrungsaufnahme.

Natürliche Ernährung

Unter der natürlichen Ernährung verstehen wir eine Regelernährung, bei der die Nahrungsaufnahme **oral** erfolgt. Sie wird selbstständig zu sich genommen oder bei Bedarf angereicht. Die Nahrungsmittel werden mundgerecht oder dem Schluckvermögen angepasst zubereitet. Die natürliche Ernährung kann durch Ergänzungsmittel (wie z. B. Eindickungsmittel, Vitamine, Mineralstoffe) unterstützt werden. Die Nahrungsaufnahme in Gemeinschaft fördert die soziale Kommunikation und soziale Kontakte.

Künstliche Ernährung

Zu den Formen der Künstlichen Ernährung werden die **enterale** und die **parenterale** Form gerechnet.

Bei der **enteralen Ernährung** wird die Nahrung unter Nutzung des Magen-Darm-Traktes und unter Nutzung der natürlichen Verwertung von Nahrungsbestandteilen als Trink- oder Sondennahrung verabreicht. Beide können ergänzend zur Normalkost verabreicht werden.

Bei Menschen mit vorübergehenden Kaustörungen kann die Normalkost durch Trinknahrung ersetzt werden.

Sondennahrung, flüssige Nährstoffe und Getränke ersetzen die natürliche Ernährung. Sie wird verabreicht durch transnasale (durch die Nase) oder perkutane (durch die Haut) Sonden.

Bei der **parenteralen Ernährung** wird der Magen-Darm-Trakt vollständig umgangen. Dies geschieht mit Hilfe von zentral- oder periphervenösen Kathetern. Dadurch werden dem Stoffwechsel spezielle Nährstoffe unmittelbar zur Verfügung gestellt.

Grundsätzlich können alle Verabreichungs- oder Aufnahmeformen von Nahrung nebeneinander angewendet werden (Mischformen). Dies ist beispielsweise im Sinne der Entwöhnung von Sondenernährung ein wichtiger Aspekt.

Was ist Ernährungsmanagement

Zielsetzungen

Zielsetzungen eines Ernährungsmanagements sind nach dem *Expertenstandard Ernährungsmanagement zur Sicherstellung und Förderung der oralen Ernährung in der Pflege*

- die Sicherung und Förderung einer bedürfnisorientierten und bedarfsgerechten oralen Ernährung von kranken und pflegeabhängigen Menschen,
- die Gewährleistung einer angemessenen Unterstützung bei der Aufnahme von Speisen und Getränken sowie der Gestaltung der Mahlzeiten,
- und die Verhinderung einer Mangelernährung oder Verschlechterung bereits bestehender Ernährungsdefizite. ⁶

⁶ Vgl. Konsultationsfassung zum Expertenstandard Ernährungsmanagement zur Sicherstellung und Förderung der oralen Ernährung in der Pflege, Deutschen Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP), Osnabrück, 2016, Seite 11

Zielsetzungen dieser vorliegenden Grundsätze sind

- zum einen die Umsetzung oben genannter Maßstäbe des Expertenstandards zu erweitern auf alle Formen der Nahrungsaufnahme (enteral und parenteral, oral) also auch bei PEG-Sonden,
- zum anderen das ethische Reflektieren aller Maßnahmen im Rahmen des Ernährungsmanagements.

Akteure im Ernährungsmanagement

Ernährungsmanagement ist ein multiprofessioneller Prozess, an dem viele Berufsgruppen beteiligt sind.

„Eine optimale Ernährungsversorgung ist nur in enger berufsübergreifender Zusammenarbeit erreichbar. Dies betrifft nicht nur die Bereitstellung von Speisen und Getränken durch die Küche oder einen Caterer, sondern auch die Kooperation mit Professionen, die bei Ernährungsproblemen hinzuzuziehen sind wie z. B. Ernährungsfachkräfte, Ärzte oder Zahnärzte etc.

Die Managementebene trägt die Verantwortung für die Bereitstellung der erforderlichen Ressourcen (z. B. berufliche Qualifikation, Besprechungszeit, bedürfnis- und bedarfsgerechte Mahlzeiten- und Zwischenmahlzeitenangebote), die Festlegung hausinterner Verfahrensgrundsätze und die Schaffung eines geeigneten Kooperationsklimas. Die Pflegefachkräfte tragen die Verantwortung für den Wissens- und Kompetenzerwerb zur Umsetzung des Standards.⁷“

Im Sinne der Erweiterung der Zielsetzungen wird der Kreis der beteiligten Personengruppen erweitert auf die externen Dienstleister parenteraler Ernährungssysteme, insbesondere aber aufgrund der ethischen Relevanz für Angehörige und/oder Vertreter⁸ und die Seelsorge. Hausärzte sind mit einzubeziehen, im häuslichen Bereich auch gegebenenfalls Personen des Lebensumfelds.

⁷ Konsultationsfassung zum Expertenstandard Ernährungsmanagement zur Sicherstellung und Förderung der oralen Ernährung in der Pflege, Deutschen Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP), Osnabrück, 2016, Seite 10

⁸ Vertreter/-in meint in diesen Grundsätzen: gerichtlich bestellte Betreuer/-innen oder Bevollmächtigte

Grundprinzipien der Ernährung

Das Ziel ist eine ausgewogene Ernährung im Sinne der Bereitstellung ausreichender Mengen an Energie, Protein, Mikronährstoffen und Flüssigkeit, um den Bedarf zu decken und den Ernährungszustand zu erhalten bzw. zu verbessern. Dadurch soll zum Erhalt vor allem der Lebensqualität und/oder der Verbesserung von Funktionen, Aktivität, Rehabilitationspotential sowie zur Reduktion von Morbidität und Mortalität beigetragen werden.

Dies umfasst ein breites Spektrum verschiedener Maßnahmen insbesondere auch der Beratung des Klienten.

Bei Veränderung des individuellen Zustandes des/der Klienten/-in (gerade beim Eintritt in die Sterbephase) bedürfen alle Maßnahmen auch einer ethischen Reflexion z. B. Überlegungen zur Fortführung der Versorgung mit PEG-Sonde bei Eintritt in die Sterbephase.

Bei älteren Menschen sollte die orale Ernährung hinsichtlich direkter Ernährungsmaßnahmen immer die oberste Priorität besitzen.

Mögliche Maßnahmen zur Sicherstellung der Ernährungsversorgung (oral)

- **Beseitigung möglicher Ernährungshemmnisse:**

z. B. Schlucktraining, Unterstützung und Gesellschaft beim Essen, Zahnbehandlung, adäquate Behandlung akuter und chronischer Krankheiten

- **Angenehme Essumgebung:**

z. B. gemeinsames Essen mit anderen und ruhiger, angenehmer Atmosphäre oder auch das Essen im Zimmer

- **Adäquate Pflegemaßnahmen:**

z. B. Hilfestellung, Unterstützung beim Essen, Kleinschneiden, Motivation, spezielle Bestecke, Zeit lassen beim Essen

- **Modifikation von Mahlzeiten und Lebensmitteln:**

z. B. Berücksichtigung von Vorlieben und Abneigungen, zusätzliche Zwischenmahlzeiten, Fingerfood, Flying Food (Essen, das der/die Klient/-in bei hohem Bewegungsdrang zu sich nehmen kann), Änderung der Konsistenz des Essens

- **Anreicherung von Speisen und Gerichten:**

z. B. mit Sahne, Butter, Öl oder mit Nährstoffkonzentraten wie Proteinpulver oder Maltodextrin

- **Trinknahrungen:**

in süßen Geschmacksrichtungen oder als herzhaftes Suppen

- **Strukturelle Anforderungen:**

strukturiertes Risikomanagement, Personalmanagement incl. Anweisungsbefugnissen zur Begleitung der Mahlzeiten, Handlungsanweisungen für die Ernährungsversorgung incl. Screening, regelmäßige Fortbildungen in Ernährungsfragen, Zusammenarbeit mit Diätassistenten, Zahnärzten und sonstigen Therapeuten⁹

Weitere Maßnahmen sind innerhalb eines Fallgesprächs kreativ zu überlegen und zu reflektieren.

Parenterale Ernährung

Parenterale Ernährung über einen zentralen oder peripheren Katheter ist eine Alternative, wenn eine orale oder enterale Ernährung über einen längeren Zeitraum nicht möglich ist.

Sie kann indiziert sein, wenn eine längere Lebenserwartung und eine realistische Chance zur Verbesserung der Grunderkrankung bestehen.

Bei Klienten/-innen mit fortschreitender Demenz sollte die Indikationsstellung im Kontext mit anderen palliativen Maßnahmen geprüft werden. Bei sterbenden Klienten/-

⁹ Vgl. Volkert et al.: *Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Ernährungsmedizin (DGEM) in Zusammenarbeit mit der GESKES, der AKE und der DGG Klinische Ernährung in der Geriatrie*, Stuttgart · New York, 2013, Seite e19

innen ist diese Ernährungstherapie nur nach kritischer ethischer Reflexion in einem Ethischen Fallgespräch indiziert.

Soll eine kurzfristige Versorgung mit Flüssigkeit sichergestellt werden, kann eine subkutane Infusion vom Arzt angeordnet werden.

Im Geschäftsfeld Seniorenhilfe wird dieser Prozess des Ersatzes oraler Ernährung, insbesondere in der Sterbephase, grundsätzlich ethisch reflektiert. Die unten genannten Instrumente der Reflexion eigenen Handelns im Pflegeprozess werden genutzt. In der ambulanten Versorgung geschieht die Reflexion mit behandelndem Arzt, Angehörigen/Betreuern und der Bezugspflegekraft.

Aspekte zur Klientenautonomie/ Therapie und Handlungsbegrenzung

Einleitung

Im pflegerischen Alltag kommen Mitarbeitende im Rahmen des Ernährungsmanagements an Grenzen, an denen Fragen nach der Sinnhaftigkeit der Handlungen einerseits und der Übereinstimmung mit dem (mutmaßlichen) Willen des Klienten/der Klientin andererseits zu beantworten sind.

- Wie interpretiere ich bei Klienten, die sich verbal nicht mehr äußern können, Handlungen wie beispielsweise das Abwenden des Kopfes beim Versuch, Nahrung anzureichen?
- Wie reagiere ich auf das Manipulieren an der Zuleitung einer PEG-Sonde?
- Wie interpretiere ich den Gewichtsverlust eines Klienten bei Eintritt in die letzte Phase einer degenerativen Erkrankung bei Vorliegen einer Patientenverfügung, die das Ergreifen von Maßnahmen für diese Situation verneint?
- Überwiegt der Nutzen der zu treffenden Maßnahmen?

In der Regel haben wir es nicht mit orientierten Klienten zu tun, wenn es um derartige Fragestellungen geht. Umso wichtiger ist es, grundsätzlich mögliche Maßnahmen zu reflektieren.

Der einwilligungsfähige Klient

Für jegliche pflegerische und therapeutische Maßnahmen entscheidet der Klient nach seinem freien Willen. Dies setzt die geistige Gesundheit voraus und verpflichtet zu einer umfassenden und für den Klienten verständlichen Aufklärung über geplante Maßnahmen.

Der nicht einwilligungsfähige Klient mit Patientenverfügung¹⁰

Ist der Klient nicht einwilligungsfähig, so ist zu prüfen, ob eine schriftliche Willensbekundung in Form einer Patientenverfügung vorliegt. An diese Willensbekundung sind auch Vertreter/-innen gebunden. Deren Aufgabe ist es, den bekundeten Willen durchzusetzen. Ist ein Vertreter nicht bestimmt, ist das Betreuungsgericht anzurufen. In diesem Zusammenhang wird deutlich, wie wichtig die rechtzeitige Klärung der rechtlichen Vertretung ist, wenn der Klient diese nicht selbst festgelegt hat.

Wertvoll sind möglichst konkrete Patientenverfügungen, die sich auf den aktuellen Gesundheitszustand hinsichtlich Diagnose und Prognose beziehen.¹¹

Diese sind umso bindender, je eindeutiger die darin beschriebene Situation mit der jetzigen Realität übereinstimmt. Aber auch allgemein formulierte Patientenverfügungen können Hinweise auf den Klientenwillen geben.

Generell ist jede Patientenverfügung dahingehend zu prüfen, ob die darin getroffenen Festlegungen auf die aktuelle Situation zutreffen.

Der nicht einwilligungsfähige Klient ohne Patientenverfügung

Liegt eine schriftliche Festlegung des Klienten nicht vor, so ist es Aufgabe des Vertreters, den mutmaßlichen Willen des Klienten zu ermitteln. Es geht darum, was der Klient für sich selbst entscheiden würde, wenn er könnte. Als Hinweise hierzu können dienen:

¹⁰ In diesem Zusammenhang wird für eine ausführlichere Darstellung der Problematik verwiesen auf die Ausführungen zur Patientenverfügung der Krankenhäuser in der Stiftung kreuznacher diakonie (Stiftung kreuznacher diakonie (Hg): Grundsätze zu Patientenverfügungen. Bad Kreuznach: 2017.

¹¹ Vgl. Jansens et al: Therapiezieländerung und Therapiebegrenzung in der Intensivmedizin. Positionspapier der Sektion Ethik der DIVI, Seite 5 ff

- Frühere Äußerungen des Klienten, die einen Bezug zur aktuellen Situation haben
- Religiöse Überzeugungen
- Befragung naher Angehörige, Freunde etc. um den mutmaßlichen Willen zu eruieren

Mitarbeiter/-innen des Geschäftsfeldes Seniorenhilfe stehen den Vertreter/-innen in diesem Prozess beratend zur Seite.

Natürliche Willensbildung (verbale und nonverbal)

Im Zusammenhang mit der Interpretation der aktuellen Situation werden häufig auch Zeichen des sogenannten natürlichen Willens, also Handlungen eines nicht einwilligungsfähigen Klienten berücksichtigt. Beispiele hierfür sind:

- Verzicht auf Essen und Trinken, Mund zukneifen, Kopf wegrehen, Teller wegschieben
- Manipulieren/Ziehen einer PEG-Sonde
- Abwehr von Pflegemaßnahmen
- Tabletten ausspucken usw.

Es besteht die Neigung, solche Phänomene direkt zu interpretieren, also z. B. das Nicht-Essen oder Nicht-Trinken als Wunsch, sterben zu wollen, zu werten. Zweifels- ohne hat auch das aktuelle Verhalten des Klienten Einfluss auf die Entscheidungs- findung. Unter fachlichen Gesichtspunkten gibt es vorher allerdings eine Fülle von Fragen, die zu beantworten sind:

- Zahnstatus
- Schmerzen
- Geschmack und Temperatur der Mahlzeit
- Umgebungsfaktoren wie Lärm
- Depression usw.

Information und Aufklärung

Die Einwilligung setzt voraus, dass Klienten oder Vertreter in die Lage versetzt werden, die Folgen der Zustimmung oder Ablehnung einer Maßnahme zu ermessen.

Aufklärung und Information darf nicht nur medizinische Aufklärung bedeuten. In einem Aufklärungsgespräch geht es nicht nur um die Weitergabe von medizinisch-juristischen Informationen, sondern auch um die Verbesserung der Entscheidungskompetenz (Erzielung eines „informed consent“ = Zustimmung nach ausreichender Information).

Hierzu gehört auch die ausführliche und kompetente Beratung z. B. bezüglich etwaiger Alternativen und des pflegerischen Umgangs.

Das Ziel pflegerischer Maßnahmen ist zu klären. Geht es um die Überbrückung eines Zustandes, um die Verlängerung des Lebens oder z. B. um mehr Lebensqualität?

Konsequenzen für den Klienten und die Angehörigen müssen angesprochen werden.

Ernährung sterbender Klienten

Ist der Klient im engeren oder weiteren Sinne sterbend, sind alternative Möglichkeiten zur Linderung von Hunger oder Durst aufzuzeigen, um den Sterbeprozess nicht unnötig zu verlängern.

Das Ziel pflegerischer Maßnahmen ist nicht mehr eine möglichst adäquate Versorgung mit Nährstoffen und Flüssigkeit, sondern vielmehr die Gestaltung eines möglichst würdevollen Sterbeprozesses.

Unter diesem Gesichtspunkt sind die bisher durchgeführten Pflegemaßnahmen ethisch zu hinterfragen und zu reflektieren. Gerade im Bereich der Versorgung mit Flüssigkeit und Nahrung ist häufig die Indikation für die bisher durchgeführten Maßnahmen nicht mehr gegeben.

Die Begleitung der Angehörigen, denen es oft nicht leicht fällt, den Sterbeprozess und möglicherweise das Beenden einzelner pflegerischer Maßnahmen zu akzeptieren, gewinnt an Bedeutung. Hier ist die fachliche Kompetenz der pflegenden Mitarbeitenden in Zusammenarbeit mit der Seelsorge gefragt.

Instrumente der Reflexion eigenen Handelns im Pflegeprozess

Fallbesprechungen

Im Rahmen der Pflegedokumentation werden etliche Daten regelmäßig erhoben. Unter anderem dienen Assessments und regelmäßige Gewichtskontrollen dazu, Probleme im Bereich der Ernährung möglichst frühzeitig zu erkennen und reagieren zu können.

Ein Instrument der Bearbeitung des Pflegeproblems ist das Fallgespräch, an dem möglichst unterschiedliche Professionen teilnehmen. In diesem wird festgelegt, welche fachlichen Optionen (s. Abschnitt Grundprinzipien der Ernährung) zur Verfügung stehen. Dies bezieht ausdrücklich die ethische Diskussion mit ein. Ggf. wird ein Arzt hinzugezogen, wenn es um verordnete Leistungen (z. B. subkutane Infusion) geht. Es ist wichtig zu prüfen, ob ggf. ein Zielkonflikt vorliegt, der eine Entscheidungsfindung im Rahmen einer Ethischen Fallbesprechung notwendig macht, d. h. ob mögliche Maßnahmen im Widerspruch zum Klientenwillen stehen könnten.

Im teilstationären und ambulantem Bereich sind die Einwirkungsmöglichkeiten der Einrichtung weitaus geringer. Hier steht die Beratung der Angehörigen, ggf. das Vermitteln geeigneter Hilfen (z. B. Spezialisierte Ambulante Palliativversorgung kurz SAPV) im Vordergrund. Auch hier ist der behandelnde Arzt mit einzubeziehen, der die entsprechenden Verordnungen (SAPV, SGB V) anordnen und ausstellen muss.

Angehörigengespräch

Ein Einbeziehen der Angehörigen bzw. des Vertreters ist unumgänglich, um Transparenz hinsichtlich der ergriffenen pflegerischen Maßnahmen zu gewährleisten. Zu beachten ist hier, dass das Thema Ernährung gerade in der letzten Lebensphase oft ein emotional besetztes Thema ist. Es ist wichtig, dass für ein solches Gespräch ausreichend zeitliche Ressourcen zur Verfügung stehen.

Ethische Fallbesprechung

Eine Ethische Fallbesprechung erfolgt dann, wenn ein Zielkonflikt zwischen den vorgesehenen Maßnahmen und dem Klientenwillen vermutet wird.

In einer Ethischen Fallbesprechung ist es wichtig, möglichst viele Perspektiven zur Sprache zu bringen.

In der Regel sollten Mitglieder des Pflorgeteams, Vertreter, (weitere) Angehörige, Hausarzt, ggf. ein/e Verantwortliche/-r der Einrichtung und ggf. Seelsorge daran teilnehmen. Ziel ist es, mögliche Maßnahmen mit dem (mutmaßlichen) Klientenwillen in Einklang zu bringen und die vorhandenen Handlungsoptionen zu bewerten.

Drei Punkte sind hierbei wesentlich:

- Es geht zum einen in einem Ethischen Fallgespräch nicht zuallererst darum, fachliche Aspekte zu erörtern („Wunschkost“, „Andicken von Flüssigkeiten“ etc.). Dies kann im Rahmen eines Fallgesprächs erfolgen.
- Zum zweiten ist es wichtig, dass kein Druck auf Angehörige oder Vertreter ausgeübt wird („Sie wollen Ihren Angehörigen doch nicht verdursten lassen?“). Hier ist die Fachlichkeit des Pflegepersonals, besonders auch im Hinblick auf palliative Pflege, gefragt.
- Drittens ist deutlich zu machen, dass es gerade nicht darum geht, was einzelne Akteure (Arzt, Angehörige, Mitglieder des Pflorgeteams) für am Besten halten, sondern was dem mutmaßlichen Willen des Klienten entspricht.

Die Dokumentation des Ethischen Fallgesprächs erfolgt mit Hilfe eines standardisierten Formulars.

Im teilstationären und ambulanten Bereich sind die Möglichkeiten der Einwirkung weitaus weniger gegeben. Dennoch ist es bedeutsam, dass Mitarbeitende der Seniorenhilfe in Entscheidungsprozesse ihre ethische Kompetenz einbringen.

Literaturverzeichnis

Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin, *Therapiezie-
länderung und Therapiebegrenzung in der Intensivmedizin*, Dtsch. Ärztebl. 2012, S.3

Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP), *Konsultations-
fassung zum Expertenstandard Ernährungsmanagement zur Sicherstellung und För-
derung der oralen Ernährung in der Pflege*, Osnabrück, 2016

Rückert, W. et al, *Ernährung bei Demenz*, Bern, 2007

Stiftung kreuznacher diakonie (Hg), *Ausführungen zur Patientenverfügung der Kran-
kenhäuser in der Stiftung kreuznacher diakonie und Grundsätze zu Patientenverfü-
gungen*, Bad Kreuznach, 2017.

Volkert et al., *Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Ernährungsmedizin (DGEM) in
Zusammenarbeit mit der GESKES, der AKE und der DGG Klinische Ernährung in der
Geriatric*, Stuttgart New York, 2013
