

## Akute und chronische Nahrungsverweigerung

In: Heilberufe 4/2002, S. 32-33

Nahrungsverweigerung gehört zu den am häufigsten auftretenden Problemen in der Pflege. Wie lässt sich dieses Phänomen beschreiben? Durch welche Faktoren wird es möglicherweise ausgelöst? Wie verhalten sich Pflegendende und Patienten in dieser Situation?

Sichtet man die Pflegeliteratur zum Thema Nahrungsverweigerung, dann stellt man fest, dass der Schwerpunkt der geführten Diskussionen auf ethisch-moralischer Ebene liegt. Gewöhnlich wird hierbei der Begriff Nahrungsverweigerung nicht definiert, sondern es wird vorausgesetzt, dass alle dasselbe darunter verstehen. Die Probleme in Verbindung mit einer Nahrungsverweigerung beschreiben die schwedischen Pflegeforscherinnen Norberg, Bäckström und Athlin in einer Studie zum Thema „Essensverweigerung bei Patienten in Pflegeheimen“. Sie sagen, dass es zwei Hauptprobleme für die helfenden Personen gibt:

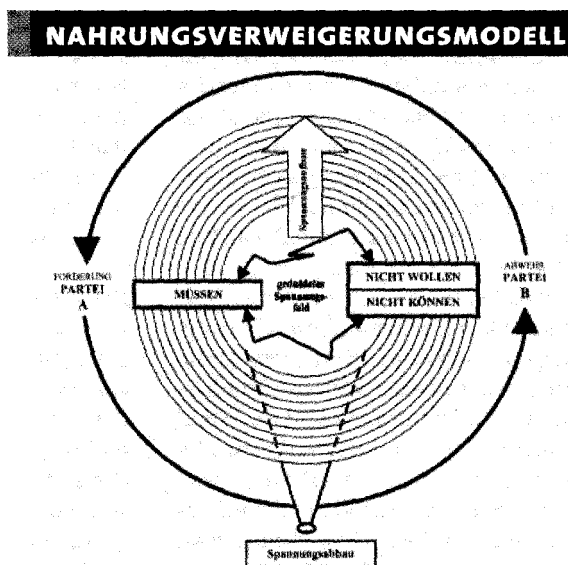
1. Die Pflegenden müssen entscheiden, ob der Patient Essen absichtlich verweigert oder ob er nicht essen kann.
2. Sie müssen entscheiden, wie sie handeln, welche technischen Hilfestellungen sie anwenden sollen und ob das, was sie tun, vom ethischen Standpunkt her zu verantworten ist.

Eine Unterscheidung zwischen einer akuten und chronischen Nahrungsverweigerung ist in der wissenschaftlichen Literatur untypisch. Doch diese Differenzierung ist für Pflegendende wichtig, da die Pflege an die jeweilige Form angepasst werden muss.

Ein Beispiel für eine akute Nahrungsverweigerung ist die Geschichte vom Suppenkaspar: Der Suppenkaspar äußert verbal klar seinen Willen und handelt entsprechend, niemand bricht - etwa durch Zwangsernährung - seinen Willen. Er stirbt.

In der Pflegepraxis sehen wir selten ein so eindeutiges Bild der Nahrungsverweigerung. Meist ist das Bild unklar und die Bezeichnung „chronische Nahrungsverweigerung“ angemessen. Es gibt Tage, an denen der Erkrankte nichts isst. An anderen Tagen nimmt er wenig zu sich. Manchmal isst er täglich, aber wenig. Es kommt vor, dass er aggressiv reagiert, wenn man versucht, ihm Essen zu geben. Viele Betroffene leiden an kognitiven Funktionsstörungen, können ihre Wünsche nicht eindeutig artikulieren. Sie äußern ein Hungergefühl, verschließen jedoch ihre Lippen, wenn der Löffel zu ihrem Mund geführt wird. Andere lassen sich Essen eingeben, aber schlucken es nicht hinunter. Manchmal sieht es so aus, als würden Patienten essen, jedoch stochern sie nur mit der Gabel im Püree.

Im Rahmen einer Forschungsarbeit entwickelte ich ein Nahrungsverweigerungsmodell. Das Modell erklärt die Zusammenhänge zwischen den



einzelnen Kategorien einer Nahrungsverweigerung. Auf der linken Seite ist die Partei A aufgeführt - die fordernde Person - die Pflegenden. Auf der rechten Seite steht die Partei B - die abwehrende Person, also der nahrungsverweigernde Patient.

Das Modell besteht zudem aus den Kategorien „Müssen“, „Nicht wollen“, „Nicht können“, dem „geduldeten Spannungsfeld“, dem „Spannungsaufbau“ und dem „Spannungsabbau“. Die Kategorie „Müssen“ spiegelt den Mittelpunkt des zu untersuchenden Phänomens wider.

Die Pflegenden drücken dieses „Müssen“ z.B. in ihrer Wortwahl aus. Sie sagen u.a.:

- Wenn die Patienten wirklich nicht essen wollen, dann ist das in Ordnung und man lässt sie in Ruhe.
- Nur ein bisschen müssen sie essen. Wir sehen zu, dass alles aufgegessen wird.
- Wir können keinen Menschen verhungern lassen.

Pflegende fühlen sich verpflichtet, nahrungsverweigernden Personen Nahrung zukommen zu lassen. Sie wissen, dass sie bei der Unterstützung der Nahrungsaufnahme oft gegen den Willen des Bedürftigen handeln.

Weitere Kategorien sind das „Nicht wollen“ und das „Nicht können“: Eine kranke Frau war zu kraftlos, um Nahrung aufzunehmen. Die Tochter: *„Gestern habe ich ihr eine Banane in die Hand gedrückt. Sie behält die Banane in der Hand, beißt aber nicht ab. Als ich's ihr abgebrochen und so halb in den Mund gesteckt habe, hat sie die ganze Banane aufgegessen. Alleine schafft sie es nicht.“*

Im „geduldeten Spannungsfeld“ lässt die nahrungsverweigernde Person das Eingeben von Essen durch eine helfende Person zu, obwohl sie offensichtlich keinen Appetit hat und in Ruhe gelassen werden möchte. Zum „Spannungsaufbau“ kommt es z.B., wenn die verweigernde Person immer mehr zum Essen und Trinken gedrängt wird.

Der „Spannungsabbau“ soll auf die Möglichkeit hinweisen, die Ausprägung einer Nahrungsverweigerung zu verringern, z.B., indem die helfende Person nicht auf das „Essen müssen“ besteht, was so ohne weiteres natürlich nicht umsetzbar ist.

Faktoren, die eine Nahrungsverweigerung auslösen können. Als Beispiel möchte ich das Phänomen „Hospitalhopping“ vorstellen.

Der 84-jährige Herr G., der an einer leichten Demenz leidet, muss sich 1993 im Krankenhaus operieren lassen. Nach der Operation leidet er an Verwirrheitszuständen und wird pflegebedürftig. Von 1993 bis 1996 pflegen ihn seine sehbehinderte Ehefrau und ein ambulanter Pflegedienst zu Hause. Im Mai 1996 kann Herr G. plötzlich nicht mehr aufstehen. Wegen eines Flüssigkeitsmangels kommt er ins Krankenhaus und wird am nächsten Tag wieder entlassen. Die Tochter veranlasst eine erneute Einweisung in ein anderes Krankenhaus. Kurz danach erfolgt die Verlegung in ein Fachkrankenhaus, von dort die Verlegung in ein Landeskrankenhaus. Danach kommt er in eine Klinik für Kurzzeitpflege und von dort in ein Altenheim. Seine Demenz nimmt zu, und das Essen bleibt häufig unangetastet. Er wird aggressiver und irrt ständig umher. Im Dezember 1997 fällt Herr G. hin und ist seitdem auf einen Rollstuhl angewiesen. Im Januar 1998 wird er in ein Krankenhaus eingewiesen, da er Fieber hat. Zudem stellen die Ärzte ein Parkinson-Syndrom fest. Nach seiner Entlassung zurück im Altenheim, wehrt er das servierte Essen mit seinen Händen ab oder spuckt es wieder aus. Er kann nicht mehr aufstehen und wird bettlägerig. Diese Situation ist kein Sonderfall!

Hohes Alter in Verbindung mit Krankheiten machen zahlreiche stationäre Aufenthalte in Gesundheitseinrichtungen erforderlich, so dass der Erkrankte immer abhängiger von anderen Personen wird und zahlreiche Verluste hinnehmen muss. Diese beziehen sich z.B. auf sein soziales Umfeld, die Bezugspersonen, seine Kommunikations- und Bewegungsfähigkeit und die Ästhetik beim Essen und

Trinken. In dieser Lebenssituation stellt eine Nahrungsverweigerung oftmals die einzige verbliebene Kommunikationsform dar, mit der er Gefühle und seinen Willen ausdrücken kann.

Im Zusammenhang mit einer Nahrungsverweigerung geht es vor allem darum, zu versuchen, die Situation der Betroffenen zu verstehen. Das Phänomen „Hospitalhopping“ gibt erste Hinweise darauf, dass die erkrankte Person auf Grund kognitiver und körperlicher Funktionsstörungen in ein immer größer werdendes Abhängigkeitsverhältnis gerät. Und so kommt es letztendlich dazu, dass andere Menschen darüber bestimmen, wann, was, wie, wo und mit wem die erkrankte Person isst und trinkt. Diese Abhängigkeit bedeutet einen erheblichen Verlust der Lebensqualität.

Eine Nahrungsverweigerung bleibt grundsätzlich ein schwer zu lösendes Problem und ist immer mit ethischen und moralischen Fragestellungen behaftet. Zudem dürfen die Folgen einer Nahrungsverweigerung - wie Mangelernährung - nicht unberücksichtigt bleiben. Die Therapie einer Verweigerung hängt u.a. von den Ursachen ab. Oftmals habe ich erlebt, dass eine künstliche Ernährung gewählt worden ist. Doch hierbei ist zu beachten, dass damit nur die Symptome, nicht aber die Ursachen einer Nahrungsverweigerung behandelt werden.

Ich bin zu der Überzeugung gekommen, dass das System der Krankenhäuser und Pflegeheime wenig darauf ausgerichtet ist, schwerstkranken hochbetagte Menschen menschenwürdig zu pflegen. So wird z.B. eine langsam essende Person gewöhnlich als Störfaktor wahrgenommen, da sie den streng strukturierten Tagesablauf der Einrichtungen behindert. Es ist offensichtlich, dass die Konzepte in den jeweiligen Einrichtungen an die Bedürfnisse der Erkrankten angepasst werden müssen.

### **Sechs Phasen, in die sich eine Nahrungsverweigerung hinsichtlich einer Unterstützung beim Essen unterteilen lässt:**

#### **1. Phase: „freudlose Nahrungsaufnahme“**

Die Betroffenen sind nicht begeistert, dass sie essen sollen, wie ihrer Mimik, ihren Äußerungen, oder ihrem Verhalten zu entnehmen ist. Sie haben keinen Appetit und möchten in Ruhe gelassen werden.

#### **2. Phase: „widerwillige Akzeptanz“ (geduldetes Spannungsfeld)**

Die Erkrankten lassen sich von der helfenden Person zum Essen überreden, im Sinne von: „Wenn es denn sein muss, dann esse ich eben“, und es scheint, als würde sie ausschließlich aus Liebe zur Pflegeperson essen.

#### **3. Phase: „Verbale und nonverbale Nahrungsverweigerung“**

Die Erkrankten beginnen durch Mimik und Gestik sowie durch Äußerungen das Eingeben weiterer Speisen zu verhindern (= Spannungsaufbau).

#### **4. Phase: „Widerwillige Nahrungsaufnahme“**

Die Erkrankten sind jetzt nur noch sehr widerwillig bereit, Nahrung aufzunehmen. Sie werden von der helfenden Person zum Essen immer häufiger gedrängt und ggf. auch überlistet.

#### **5. Phase: „Nonverbale Nahrungsverweigerung“**

Die verweigernde Person spricht kaum noch und reagiert hauptsächlich nonverbal. Sie dreht ihren Kopf zur Seite, wenn der Löffel zum Mund geführt wird. Sie presst ihre Lippen zusammen, schließt ihre Augen und ignoriert ihr Umfeld. Gewöhnlich hören die helfenden Personen in dieser Phase auf, Essen zu reichen. Versuchen sie es dennoch, kann beim Erkrankten ein aggressives Verhalten ausgelöst werden.

## 6. Phase: „Trinken akzeptieren“

Obwohl die erkrankte Person deutlich zu verstehen gegeben hat, nicht mehr essen zu wollen, ist sie seltsamerweise dennoch bereit, etwas Flüssigkeit zu sich zu nehmen, wenn sie direkt zum Trinken aufgefordert wird.