Fachzeitschrift für

Palliative Geriatrie

3. Jahrg. 3/2017
ISSN 2365-8762

der hospiz verlag

Essen und trinken im Alter

FGPG

Vorsorge treffen, damit das Leben gelingt

Menschen in ihrer letzten Lebenszeit gut versorgen und begleiten

Heinke Geiter

Vorsorge treffen,
damit das Leben gelingt
Menschen in ihrer letzten Lebenszeit
gut versorgen und begleiten
Heinke Geiter,
ca. 296 Seiten, kartoniert
Esslingen 2017, der hospiz verlag
ISBN: 978-3-946527-13-8
Preis: € 19,99 (D)/€ 20,30 (A)

ACP, Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht ... viele Begriffe schwirren durch unser Alltagsleben in Pflege- und Altenheimen. Doch was brauchen unsere BewohnerInnen wirklich? Was müssen unsere BewohnerInnen wissen?

An was müssen wir denken, wenn wir (hoch) betagte Menschen begleiten und betreuen? Welche Dinge können oder müssen zur rechten Zeit geregelt werden, welche Hilfestellungen gibt es bei Hochaltrigkeit und im Sterben?

Sterben Menschen mit Demenz oder mit posttraumatischen Belastungsstörungen anders und was gibt es dabei zu tun?

Dies alles sind Fragen, mit denen sich Menschen, die hochaltrige und sterbende Menschen begleiten, beschäftigen. Heinke Geiter gibt in ihrem Buch einen guten Überblick über all diese Themen. Es sind keine vorgefertigten Antworten, sondern wichtige Hilfestellungen, um ein gutes Leben der BewohnerInnen bis zuletzt zu ermöglichen, umsorgt und in der Gemeinschaft.

Heinke Geiters Buch ist ein guter Wegweiser für den Umgang mit dem letzten Lebensabschnitt.

Bestellungen: Tel.: 07154/132737 oder www.hospiz-verlag.de

Editorial

Liebe Leserinnen und Leser!
Nachdem die vergangene Ausgabe unserer Zeitschrift die „Frühlingsgefühle“ in den Blick nahm, beschäftigen wir uns jetzt mit dem Essen und Trinken. „Essen und Trinken sind die drei schönsten Dinge des Lebens! “, sagte der Volksschauspieler Willy Millowitsch (1909-1999). Wieso, so stellt sich die Frage, die drei wichtigsten Dinge, wenn er nur zwei, dass Essen und Trinken, nennt? Was ist das dritte Ding?

Céline Calvet, geborene Französin und lange im Kompetenzzentrum Palliative Geriatrie tätig, ist der Meinung, dass das dritte Ding wohl der Genuss sein müsse. Das meint auch eine Pflegeheimbewohnerin, wie Sie im Interview lesen können. Oder geht es schlicht um Lebensqualität?! Manche sagen: Deutsche essen, um zu leben, aber Franzosen leben, um zu essen. Ja, in Frankreich schätzt man gutes Essen und sicher nicht nur dort.

Jedenfalls geht es nicht nur um Flüssigkeitsmengen, Kalorien oder Spurenelemente. Ist das möglich, in einer Pflegewelt, in der aus Kostengründen Essen auf Rädern oder externes Heimcatering über Kochfabriken immer mehr Einzug hält? Es geht um Kultur! Guter Wein gehört zur Lebensqualität, oder ein Glas Sekt – sogar im Heim. Auch davon lesen Sie in dieser Ausgabe. Im Kontext von Essen und Trinken stellen sich weitere Fragen: Welche Flüssigkeitsmenge brauchen hochbetagte Menschen in der sommerlichen Hitze? Was essen Menschen mit Demenz gerne? Wie können Speisen so zubereitet werden, dass die Lust am Essen erhalten bzw. geweckt werden kann? Wir wollen Ihnen Anregungen zum vielschichtigen Thema liefern. Essen und Trinken hält Leib und Seele zusammen! Wir wünschen Ihnen Freude und Lachen in der Begleitung alter Menschen. Auch Humor nährt den Geist und ein Lachen bringt Energie.

Einige wichtige Termine stehen bevor: Die Mitgliederversammlung der FGPG am 5. Oktober sowie die Fachtagung Palliative Geriatrie mit Ball der AltersHospizarbeit am 6. Oktober. Vielleicht sehen wir uns ja in Berlin und essen und trinken miteinander.

Ihre Céline Calvet
und Ihr Dirk Müller

Herausgeber und Herausgeberinnen
Fachgesellschaft für Palliative Geriatrie e. V.
FGPG
Dirk Müller, Katharina Heimerl, Roland Kunz

Verlag
der hospiz verlag
der hospiz verlag Caro & Cie. oHG

Inhalt

Fachzeitschrift für
Palliative Geriatrie | alltäglich

Frau Margarete weiß, was sie will!
Marina Kojer ı 6

Appetitlosigkeit (Inappetenz) im Sterbeprozess
Daniela Reinhardt-Kraft ı 9

Essen und Trinken im Pflegeheim aus der Sicht eines ehrenamtlichen Mitarbeiters
Hans Pirker ı 12

Verhungern und Verdursten?
Ist eine PEG-Sonde die Lösung?
Marina Kojer ı 15

Flüssigkeitsbedarf älterer Menschen im Sommer
Michael Christian Schulze ı 18

Fachzeitschrift für
Palliative Geriatrie | angehörige

Trauern, Feiern, Essen
Die Beerdigung als Fest des Lebens
Dominik Kleinen ı 21

Fachzeitschrift für
Palliative Geriatrie | gespräch

Essen ist eine Herzenssache!
Céline Calvet ı 25

Über das Essen und Trinken im Pflegeheim
Céline Calvet | 29

Fachzeitschrift für
Palliative Geriatrie | genuss
Gehören Feiern und Alkohol in ein Pflegewohnheim?
Anne Fritzsche | 32

Mehr Sekt!
Ein Plädoyer für Schaumwein im Pflegeheim
Dirk Müller | 35

Kulinarischer Genuss in allen Lebenslagen
Evi Habscheid, Jang Hamen | 37

Fachzeitschrift für
Palliative Geriatrie | palliativgeriatrischer pflegetipp
Essen und Trinken hält Leib und Seele zusammen
Gerda Schmidt | 41

Fachzeitschrift für
Palliative Geriatrie | notiz
Kurz notiert | 44

Veranstaltungskalender | 45

Impressum | 14

Frau Margarete weiß, was sie will!

Marina Kojer

Frau Margarete wurde nach einem Krankenhausaufenthalt direkt ins Pflegeheim transferiert. Die Informationen, die wir über sie erhielten, waren spärlich. Soweit uns bekannt war, hatte sie weder Angehörige noch nahe Freunde.

Sie war fortgeschritten dement, konnte nicht mehr gehen, nicht mehr sprechen und das Essen musste ihr gereicht werden. Das alles kannten wir gut genug von vielen unserer Patientinnen und es hätte uns nicht vor besondere Probleme gestellt, wenn … ja, wenn Frau Margarete nicht so eigensinnig gewesen wäre. Sie schrie nicht und sie war auch nicht wirklich aggressiv – aber sie verweigerte auf ihre Weise so gut wie alles, vom Waschen über das Wechseln der Inkontinenzeinlagen bis zur Mobilisation. Die größten Sorgen machte uns ihr konsequent ablehnendes Essverhalten. Da halfen weder Zuwendung noch gutes Zureden. Die alte Dame machte die Augen zu, zog die Mundwinkel nach unten und presste die Lippen fest zusammen, sobald ein Löffel sich ihrem Mund näherte. Dabei war sie bereits untergewichtig zu uns gekommen und nun verlor sie zu unserem Entsetzen in den ersten beiden Wochen noch weiter an Gewicht.

Die Frage „warum isst Frau Margarete nicht?“ beschäftigte das ganze Team. Hatte sie Schmerzen oder andere körperliche Beschwerden? Dafür sprach nichts. Soor, Druckstellen, Entzündungen oder Aphten im Mund konnten wir ausschließen. Schmeckte ihr unser Essen nicht? Sie hatte es ja noch kaum gekostet! Alle Mitglieder des Teams bemühten sich so gut es ging um sie. Fühlte sie sich trotzdem nicht wohl bei uns? Was störte sie? Was wollte uns Frau Margarete mit ihrem Verhalten sagen? Und die wichtigste Frage: Wie konnte die Kommunikation mit ihr gelingen?

Es dauerte nicht lange bis wir herausfanden, dass die alte Dame zärtliche Berührungen liebte und körperliche Nähe sehr genoss. Einigen Teammitgliedern gelang es ziemlich schnell, mit Frau Margarete nonverbal in Beziehung zu treten, ihr Vertrauen zu gewinnen und schließlich auch herauszufinden, was wir bisher nicht genug beachtet hatten:

Frau Margarete wollte immer selbst über alles bestimmen, was in Körpernähe für sie und mit ihr geschah!

Es war ihr sehr wichtig, dass ihre Wünsche und Bedürfnisse wahr- und ernstgenommen wurden. Sie war nicht gerne sehr lange allein und freute sich, wenn öfter jemand kam, der sich ihr für ein paar Minuten zuwandte. Längere Besuche waren ihr nicht angenehm, denn sie ermüdete rasch. In jedem Einzelfall herauszufinden, was Frau Margarete sich wünschte und wofür sie sich im Zweifelsfall entschied, war, wie sich denken lässt, nicht ganz einfach. Allmählich lernten wir aber auf ihre Signale zu achten und sie richtig zu deuten. Die beredten blauen Augen und die ausgeprägte Mimik der alten Dame erleichterten diese Aufgabe.

Marina Kojer Hon. Prof.in Dr.in med.Dr.in phil.
Geriaterin, Palliativmedizinerin, Psychologin
Arbeitsschwerpunkt: Palliative Geriatrie
marina.kojer@me.com

Waren die Augen offen und gelang der Blickkontakt leicht, hieß das „Ich freue mich, wenn du jetzt zu mir kommst.“ Berührung und Nähe waren dann erwünscht. Gesicht und Schultern entspannten sich, Frau Margarete lächelte und schloss die Augen. Das bedeutete „Ja, so ist es angenehm“. Zog sie dagegen die Mundwinkel nach unten, hieß das „So nicht, das ist nicht gut!“; durch nach unten gezogene Mundwinkel und weit aufgerissene Augen teilte sie uns mit „Hör auf, das ist unangenehm, das mag ich gar nicht!“ oder auch „Das tut weh!“

Unsere Aufgabe war es, genau zu beobachten, unsere Beobachtungen zu kommunizieren und sorgfältig zu dokumentieren. Auf diese Weise hatten alle im Team stets den gleichen Kenntnisstand und waren in der Lage, das Verhalten zu verstehen und Wünsche zu erkennen. Je sorgfältiger wir Frau Margarete beobachteten und ihr Mienenspiel kennenlernten, desto besser gelang es uns, ihre nonverbalen Mitteilungen richtig zu deuten. Dadurch wurde es auch immer leichter, sie dazu zu bewegen, endlich etwas von den Speisen zu akzeptieren, die wir ihr anboten. Mit der alten Dame Kontakt aufzunehmen und ihr freundlich das Essen anzubieten reichte dafür nicht, wie sich sehr rasch herausstellte! Sie mit den Augen zwischen zwei angerichteten Tellern entscheiden zu lassen, überforderte sie. Um Frau Margarete Wahlmöglichkeiten zu bieten, die sie auch nutzen konnte, musste erst eine geeignete kreative Lösung gefunden werden.

Die Mahlzeiten wurden damals noch in der Küche des Pflegeheims zubereitet und das Schöpfsystem bot immer eine Reihe von Wahlmöglichkeiten. Wenn der Speisewagen kam, schaute Frau Margarete die Pflegekraft, die das Essen austeilte, erwartungsvoll an. Dann startete ein kleines Ritual: Bewohnerin und Pflegekraft lächelten einander zu. Nun begann das „Frage-Antwort-Spiel“. Die Pflegekraft gab ein klein wenig von einer Speise auf einen kleinen Löffel und führte diesen zu Frau Margaretes Mund. Die alte Dame kostete vorsichtig, zuerst nur mit der Zungenspitze, dann holte sie sich mit den Lippen eine winzige Kostprobe in den Mund. Schmeckte es ihr nicht, wanderten die Mundwinkel nach unten. Dann wurde ihr eine Löffelspitze von einem anderen Gericht angeboten. Mit der Zeit wussten alle recht genau, was Frau Margarete nicht mochte und was sie gerne aß. Wenn es ihr schmeckte, sagte sie mit einem Wimpernschlag und einem Lächeln „ja“ und bekam das auf diese Weise ausgesuchte Gericht. Eine Schwester setzte sich zu ihr und reichte ihr einen Löffel nach dem anderen. Der nonverbale Kontakt blieb während der ganzen Mahlzeit gewahrt. Mund auf, erwartungsvoller Blick hieß „bitte den nächsten Löffel“, Stirnrunzeln, Augen halb zu bedeutete „jetzt noch nicht“. Während des Essens wurde oft gelacht; sichtlich bereitete das Ritual beiden Beteiligten Vergnügen. War Frau Margarete satt, machte sie entspannt die Augen zu. Das war dann die Mitteilung „danke genug; jetzt möchte ich meine Ruhe haben“. Sobald sich der Vorgang eingespielt hatte, beanspruchte er nicht einmal mehr besonders viel Zeit.

Zu unserem Erstaunen und unserer Freude entwickelte Frau Margarete einen recht guten Appetit. Sie verlor bald nicht mehr an Gewicht und nahm sogar ein wenig zu.

LEBEN KÖNNEN.
STERBEN DÜRFEN.
BILDUNGSANGEBOT
PALLIATIVE GERIATRIE

KPG Bildung

UNION HILFSWERK
KOMPETENZZENTRUM PALLIATIVE GERIATRIE
Bildung · Pflege · Hospiz

Aus der Praxis in die Praxis.

- Bildung und Reflexion für die Sorgearbeit mit hochbetagten, von Demenz betroffenen und sterbenden Menschen.
- Praxisworkshops, Lehrgänge, Zusatzqualifikationen und Vorlesungen mit nationalen und internationalen ExpertInnen.

palliative-geriatrie.de/bildung | +49 30 42265838

Appetitlosigkeit (Inappetenz) im Sterbeprozess

„Essen und Trinken hält Leib und Seele zusammen“

Daniela Reinhardt-Kraft

In der deutschen Sprache gibt es einige Redewendungen, die zeigen, welchen Einfluss unser Wohlbefinden auf unseren Appetit hat: „Das schlägt mir auf den Magen“ sagen wir, wenn uns ein bestimmtes Ereignis belastet oder es „vergeht mir der Appetit“. Wenn wir unangenehme Informationen er-

halten, finden wir sie „schwer verdaulich“ und natürlich kennen Sie auch derbere Formulierungen, mit denen wir unseren Abscheu vor etwas deutlich machen.

Wenn Menschen sich unabwendbar auf den Weg zu ihrem Lebensende machen, lässt fast immer ihr Appetit nach. Oft wird Nahrung und Flüssigkeit sehr deutlich zurückgewiesen. Für Angehörige und Nahestehende ist dies meist schwer, denn der Gedanke, einen Menschen „verhungern“ oder „verdursten“ zu lassen, lässt schreckliche Bilder von abgemagerten Menschen in Zwangssituationen vor dem inneren Auge entstehen. Rational betrachtet sind diese Situationen nicht vergleichbar, dennoch müssen die Ängste ernst genommen werden. Welche Form von Nahrungszufuhr ein Mensch erhalten will, wenn er Nahrung und Flüssigkeit nicht mehr selbstständig zu sich nehmen kann oder will, sollte rechtzeitig in einer Patientenverfügung festgelegt werden. Die Diskussion hierüber und über freiwilligen Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit soll an dieser Stelle nicht geführt werden. Die strikte Orientierung am Patientenwillen hat in der palliativgeriatrischen Betreuung immer oberste Priorität.

Die Nahrungsaufnahme ist nicht nur eine der Grundlagen für biologisches Überleben sondern vor allem ein Indikator für Genuss und Lebensqualität. Ein möglichst hohes Maß an individueller Lebensqualität ist das herausragende Ziel palliativer Pflege und Versorgung. Es kann also durchaus angesagt sein, den Appetit eines schwerkranken, sterbenden Menschen anzuregen. Immer unter der Bedingung, dass dies seinem Wohlbefinden zuträglich ist.

Wichtigste Voraussetzung hierfür ist ein möglichst umfassendes individuelles biografisches Wissen über Ernährungsgewohnheiten in der Vergangenheit, besonders in der Kindheit und Jugend. Im Rahmen der Vorstellung, dass ein sterbender Mensch in erster Linie das Gefühl von Geborgenheit benötigt, spielen besonders Kindheits- und Jugenderinnerungen – unabhängig von dementiellen Veränderungen – eine große Rolle. Der Schluss, was früher schmeckte, schmecke auch heute noch, ist allerdings zu kurz gedacht. Geschmack und Vorlieben können sich im Laufe des Lebens sehr wohl ändern, zudem lässt bei älteren Menschen das Geschmackserleben insgesamt eher nach. Bei jedem Angebot, das zur Appetitanregung dienen soll, muss also eine äußerst aufmerksame und einfühlsame Beobachtung der Reaktion beim betroffenen Menschen stattfinden. Stirn runzeln, Mund verschließen (Lippen zusammenkneifen), Augenbrauen zusammenziehen, Hände abwehrend heben, Kopf wegdrehen, Augen schließen und sich schlafend stellen, versuchen den Löffel wegzuschlagen: das sind deutliche Anzeichen von Ablehnung. Dass in einem solchen Fall keinesfalls weiterhin Nahrung anzureichen ist, versteht sich von selbst. Außerdem ist bei einer Tendenz zur Verweigerung von Nahrungs- und Flüssigkeit gewissenhaft zu prüfen, ob körperliche Gründe hierfür vorliegen können: z. B. Zahnschmerzen, ein wackeliger Zahn, eine schlecht sitzende Zahnprothese, trockener Mundraum/Zunge, Wunden/Aphten im Mund, Schmerzen beim Schlucken, falsch temperierte Nahrungsmittel.

Wenn als gesichert anzusehen ist, dass dem betroffenen Menschen ein bestimmtes Nahrungsmittel oder Getränk grundsätzlich schmeckt, sollten damit nach einer deutlichen Kontaktaufnahme und verbaler oder mimischer Ankündigung erst einmal vorsichtig die Lippen benetzt werden. Bei Getränken versucht man, den betroffenen Menschen den Becher/die Tasse mit Unterstützung selbst an die Lippen führen zu lassen. Schnabelbecher sollten vermieden werden, da sie besonders leicht zum Verschlucken führen und außerdem nach Plastik schmecken. Um Schluckprobleme zu verhindern, kann sich das Andicken mit geschmacksneutralem Pulver anbieten. Auch der Einsatz von Trinkhalmen hat sich bewährt, wenn der betroffene Mensch noch ausreichend Kraft zum Saugen hat. Das löffelweise Anreichen

mit einem Teelöffel provoziert seltener Verschlucken als Schnabelbecher. Auch feste, jedoch eher weiche Nahrung wird besser mit einem kleinen (Tee-)Löffel als mit einem großen Esslöffel angereicht. Erfahrungsgemäß schätzen Menschen zum Ende ihres Lebens eher kühle und frische Nahrung und Getränke – Pudding, Joghurt, Saft, Bier usw. Dem selbstständigen Zuführen von Nahrung ist immer der Vorzug vor dem Anreichen zu geben. Wer wissen möchte, wie sich ein Mensch fühlt, dem Nahrung angereicht (der „gefüttert") wird, möge sich selbst einmal von einer anderen Person das Essen in den Mund geben lassen. Zum pflegerischen Grundwissen gehört, dass beide an einer solchen Situation Beteiligten sich auf Augenhöhe befinden sollen und dass zum Schlucken physiologisch der Kopf eher nach vorne geneigt und keinesfalls in den Nacken gelegt sein soll.

Wenn trotz aller Bemühungen ein schwerkranker Mensch keinerlei Nahrung und Flüssigkeit zu sich nehmen möchte, kann versucht werden, den Appetit durch Gerüche anzuregen: Der Duft von frisch gemahlenem Kaffeepulver oder frisch aufgebrühtem Kaffee wird von vielen Menschen als köstlich empfunden. Für einen anderen mag es der Geruch von Erbsensuppe oder gebratenem Fleisch sein. Auch hier hilft uns biografisches Wissen, das wir vielleicht noch durch Angehörige erhalten können, wenn es im Vorfeld nicht erfragt werden konnte. Vielleicht riecht aber das Zimmer auch allzu sehr nach abgestandener Luft, als dass sich der Appetit auf etwas Leckeres entfalten könnte und Frischluftzufuhr wäre hilfreicher. Oder es gab in der Vergangenheit feste Rituale, die zu den Mahlzeiten gehörten wie ein Tischgebet oder eine weiße Stoffserviette. Es gehört viel Einfühlungsvermögen, Zeit und ein offener Blick dazu, solche Geheimnisse zu lüften. Wieviel Mühe auch immer wir uns um den Menschen geben: die ihm nahestehenden Menschen kämpfen oft mit dem Gefühl der Hilflosigkeit und Machtlosigkeit. Viele verschiedene Gefühle kommen in einer solchen Zeit zum Tragen und müssen ausgehalten werden. Gerade beim Thema Ernährung kommen sie deutlich zum Vorschein, hält doch „Essen und Trinken Leib und Seele zusammen". Appetitlosigkeit und schließlich die Ablehnung von Nahrung und Flüssigkeit sind ein deutlicher Hinweis auf ein nahendes Lebensende und werden mindestens unbewusst auch so verstanden, weswegen sich Ängste gerade an diesem Thema entzünden.

Wird im Sterbeprozess kaum oder gar keine Flüssigkeit zu sich genommen, trocknen Haut und Schleimhäute schnell aus. Hier ist gute Hautpflege entscheidend und eine fachgerechte Mundpflege, bei der dem sterbenden Menschen mit jedem Getränk seiner Wahl der Mundraum vorsichtig befeuchtet wird (inzwischen kann mit Pulvern, die der Molekularküche entstammen, Schaum aus jeder Flüssigkeit hergestellt werden, der auch bei Schluckstörungen angewendet werden und für besondere Geschmackserlebnisse sorgen kann). Subcutane Infusionen bieten sich beim sterbenden Menschen nicht an, da sie gegen ein eventuelles Durstgefühl nicht helfen können, den Sterbeprozess vielleicht jedoch in die Länge ziehen. Selbst wenn wir nicht verhindern können, dass ein Mensch verstirbt, kann es auf dem Weg, zu allererst die Bedürfnisse des sterbenden Menschen zu berücksichtigen, gelingen, sein Leben durch angenehme sinnliche Erfahrungen bis zuletzt zu bereichern.

Daniela Reinhardt-Kraft
Exam. Altenpflegerin (Palliative Care)
pgkd@palliative-geriatrie.de

Fachzeitschrift für
Palliative Geriatrie | alltäglich

Essen und Trinken im Pflegeheim aus der Sicht eines ehrenamtlichen Mitarbeiters

Hans Pirker

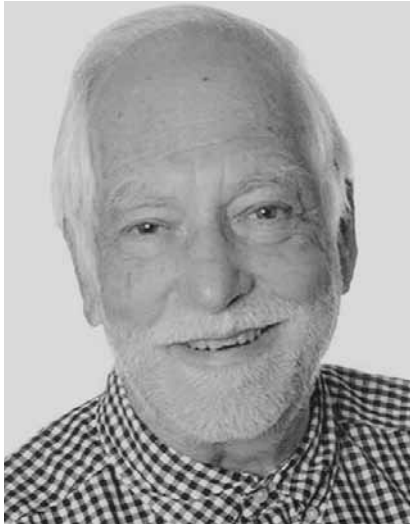
Auf den ersten Blick braucht das Angebot eines Wiener Pflegeheims den Vergleich mit einem Luxushotel oder Kreuzfahrtschiff nicht zu scheuen. „Erstes Frühstück, zweites Frühstück, Mittagessen ...., im Aufenthaltsraum oder auf das Zimmer serviert, gerne auch

zwischen den Mahlzeiten“. Vor dem geistigen Auge sieht man direkt Kellner im Frack, die hin- und hereilen und jederzeit zu Diensten stehen. Dazu kommen noch Offerten eines Sanatoriums: Verschiedene Diätformen und ärztliche Versorgung.

Doch wer sind die dienstbeflissenen guten Geister und für welche Gäste sorgen sie? Der Großteil der guten Geister rekrutiert sich aus dem Pflegepersonal, aus Krankenschwestern und Pflegehilfen. Daneben gibt es auch ehrenamtliche Mitarbeiter (die – es sei gesagt – im Prospekt manchmal keine Erwähnung finden). Ihre Gäste, die Patientinnen und Patienten, sind alt, multimorbid und hilfsbedürftig. Sie kommen aus allen Gesellschaftsschichten und werden aufgrund ihrer zahlreichen körperlichen und geistigen Leiden und Funktionseinbußen im Heim betreut. Diese so unterschiedlichen Menschen müssen – auch was Essen und Trinken betrifft – miteinander auskommen. Das ist mitunter beim besten Willen nicht einfach.

Der beste Wille liegt in der Regel vor, wie ich aus langjähriger Erfahrung als ehrenamtlicher Mitarbeiter sagen kann. Was bleibt sind Probleme, wie sie sich im Zusammenleben ergeben: Bewohnerinnen und Bewohner, die mit anderen, die sie sich nicht ausgesucht haben, auskommen müssen, der Umgang des Personals mit den Menschen, die sie betreuen und untereinander, nicht zuletzt Haltung und Verhalten der Leitungspersonen.

Der Speiseplan wird im Voraus von einer auswärtigen oder im Heim befindlichen Küche erstellt. Es gibt verschiedene Menüs zur Auswahl. Die Heimbewohner können sich aussuchen, was aus diesem Angebot sie in den nächsten Tagen essen möchten. Danach werden die Menüs angefordert. Das Essen wird im Aufenthaltsraum serviert. Herr K. sieht, dass sein Tischnachbar etwas Anderes bekommt, das viel besser aussieht. Daran, was er vor ein paar Tagen bestellt hat, kann er sich nicht mehr erinnern. Jetzt will er das andere Essen haben. Das Personal versucht entgegenzukommen, so gut es geht. Es geht aber vielleicht nicht gut genug. Der Heimbewohner ist beleidigt, er verzichtet ganz auf das Essen, steht auf und geht – sofern er das noch selbstständig kann. Frau M. kostet ein wenig von ihrem Essen, aber es schmeckt ihr nicht. Sie lässt alles stehen. Frau L. hat zu wenig bekommen, aber von dem, was sie möchte, ist nichts mehr da. Herr A. will eigentlich nur Reis, sonst nichts, aber es gibt heute keinen Reis. Es gäbe Kartoffeln, aber die will er nicht. Fleisch will er schon gar nicht. Sein Nachbar will unbedingt Fleisch, bekommt aber keines, weil



Hans Pirker Dr. med.
Ehrenamtlicher Mitarbeiter im
Pflegewohnheim Liesing
Haeckelstraße 1a
A-1230 Wien

er es weder kauen noch schlucken kann. Das sieht er aber nicht ein. Er schnappt sich ein Stück Fleisch vom Nachbarteller und stopft es sich in den Mund. Das Notfallteam ist gefordert. Frau G. will nicht neben ihrer Nachbarin sitzen, die isst so unappetitlich oder redet solchen Unsinn. Infolge ihrer beginnenden Demenzerkrankung kann sie das nicht ertragen und geht plötzlich auf ihre Nachbarin los. Eine Umgruppierung ist nötig, möglichst so, dass die eine die andere nicht

mehr sieht. Herr B. ist in seiner Bewegung eingeschränkt und hat Schwierigkeiten, das Essen mit dem Löffel vom Teller in den Mund zu bekommen, er muss sich mit den Händen behelfen. Manche brauchen viel Zeit beim Essen, möchten sich aber nicht helfen lassen. Sie wollen es selber schaffen. Das Personal braucht Geduld. Einige wollen nur im eigenen Zimmer essen, sie möchten mit den Anderen nichts zu tun haben und isolieren sich. Andere müssen im Zimmer bleiben, können nicht aufstehen und auch nicht selbstständig essen, das Essen muss ihnen vom Personal gereicht werden. Bei so gut wie allen muss darauf geachtet werden, dass sie genügend trinken ...

Was kann ich als ehrenamtlicher Mitarbeiter tun, damit das Essen weniger Probleme und mehr Freude macht? Essen ist wichtig und soll etwas Schönes sein. Es ist das Privileg der Ehrenamtlichkeit, sich Zeit nehmen zu können. Beim Mittagessen sitze ich unter den Heimbewohnern, achte darauf, ob jemand Hilfe braucht. Da etwas zu trinken, dort eine Serviette. Alles soll langsam und vorsichtig vor sich gehen. Ich setze mich neben jemanden, der beim Essen Hilfe braucht, richte jeden Bissen auf dem Teller zurecht und schiebe ihn auf seinen Löffel oder seine Gabel. So kann er den Bissen auch allein besser in den Mund bekommen. Zwischen uns findet ein Dialog ohne Worte statt, zum Schluss ist oft alles aufgegessen.

Manchmal gehe ich mit einer kleinen Gruppe ins Haus-Café und wir nehmen den Herrn mit der Schluckstörung mit. Wenn er sich beim Kaffeetrinken ein bisschen verschluckt und ein wenig hustet und krächzt, dann lachen alle, er selber auch.

Impressum

Fachzeitschrift für Palliative Geriatrie
3. Jahrgang 2017, erscheint vierteljährlich
Namentlich gekennzeichnete Beiträge erscheinen unter Verantwortung der Verfasser und geben nicht automatisch die Meinung der Redaktion wieder.

Herausgeber und Herausgeberinnen
Fachgesellschaft für Palliative Geriatrie e. V.

Dirk Müller
Kompetenzzentrum Palliative Geriatrie, Unionhilfswerk Senioren-Einrichtungen gemeinnützige GmbH, Berlin, Deutschland
dirk.mueller@unionhilfswerk.de

Katharina Heimerl
IFF-Palliative Care und OrganisationsEthik,
Alpen-Adria Universität Klagenfurt, Wien, Graz, Österreich
katharina.heimerl@aau.at

Roland Kunz
Univ. Klinik f. Akutgeriatrie Spital Waid, Zürich, Schweiz
roland.kunz@waid.zuerich.ch

Schriftleitung Céline Calvet, Dirk Müller

Verlag
der hospizverlag Caro & Cie. oHG
Kimmichsweilerweg 56, 73730 Esslingen
Tel.: +49 711/18420950
www.hospiz-verlag.de, info@hospiz-verlag.de

Redaktion Karin Caro, karin.caro@hospiz-verlag.de

Anzeigen Stephanie Burkhardt, burkhardt@hospiz-verlag.de

Satz und Gestaltung der hospiz verlag Caro & Cie. oHG

Druck Offizin Scheuffele, Stuttgart

Abonnementservice und Einzelbestellungen
Frau Sandra Caro, Tel.: 0711/18 42 09 51
sandra.caro@hospiz-verlag.de

Abonnementpreise und Bedingungen
Das Abonnement umfasst vier Ausgaben im Kalenderjahr und beträg € 55,00/75 CHF zuzüglich Versandkosten; € 7,50 im Inland und € 23,00/26 CHF im europ. Ausland. Der Preis für Einzelhefte beträgt € 15,00/20 CHF zuzüglich Versandkosten; Inland € 1,90, europ. Ausland € 4,00/6 CHF. Das Abonnement wird mit der ersten Ausgabe im Jahr im Voraus berechnet und zur Zahlung fällig. Das Abonnement kann jederzeit begonnen werden. Kündigung des Abonnements erfolgt schriftlich bis zum 1. Oktober eines Jahres an den Verlag. Die Bezugsdauer verlängert sich automatisch jeweils um ein Jahr.

Bildnachweis
Seite 4,6,43: © fotolia.de, Seite 16: © Marina Kojer
Seite 9: © photocase.de, Titel, Seite 4,12: © shutterstock.com
Seite 15: © A.Schick pixelio.de, Seite 5, 35,44,48: © Dirk Müller
Seite 18: © pexels.com, Seite 5,21,29,32,41: © pixabay.de
Seite 4,5,25,26,37: © Einstein-TV-Play-SRF-sreenshot, Forum 99
Seite 38,39,40: © Altenpflegeheim Sacré-Coeur

Fachzeitschrift für
Palliative Geriatrie

Verhungern und Verdursten? Ist eine PEG-Sonde die Lösung?

Ablehnendes Essverhalten bei Menschen mit fortgeschrittener Demenz

Marina Kojer

Wenn alte Menschen mit fortgeschrittener Demenz allmählich immer weniger essen, löst das verständlicherweise Angst und Betroffenheit aus. Bekanntlich halten Essen und Trinken ja Leib und Seele zusammen! Darüber hinaus steht

das Reichen von Nahrung in enger Beziehung zu der Wertschätzung, die wir für die Betroffenen empfinden, zur Sorge um sein Wohl, zu Fürsorge und Liebe. Der belastende Gedanke, dass dringend etwas geschehen muss, damit Mutter oder Vater, damit eine unserer Bewohnerinnen nicht elend verhungern und verdursten muss, liegt nahe.

Die erste Frage, die wir uns in dieser Situation zu stellen haben lautet aber NICHT – wie es leider noch immer häufig der Fall ist – „PEG-Sonde ja oder nein?“ sondern „Warum isst dieser Mensch nicht?“! Stellen Sie sich vor, dass ein noch „sprachloses“ Baby, wie mein Großneffe Lewis, den Sie auf dem Foto sehen, immer weniger isst oder gar ganz zu essen aufhört.

Himmel und Hölle würden in Bewegung gesetzt, um so rasch wie möglich die Ursache herauszufinden und zu beseitigen! Es käme wohl niemand auf die Idee zu fragen „Braucht Lewis vielleicht eine PEG-Sonde?“! Was hält uns davon ab, bei Hochbetagten mit fortgeschrittener Demenz ebenso vorzugehen? Schließlich hat ablehnendes Essverhalten immer und bei jedem Menschen einen Grund! Dennoch denken ÄrztInnen, Pflegekräfte und Angehörige bei Demenzkranken sehr schnell an eine Ernährungssonde als Heilsbringerin. Sie erhoffen sich davon nicht nur wesentliche gesundheitliche Verbesserungen, sondern auch eine erlösende Patentlösung, um mit einem Schlag ihre Hilflosigkeit loszuwerden und ihr Gewissen zu entlasten.

Hören Demenzkranke in frühen oder mittleren Krankheitsstadien zu essen auf, kann das sehr viele Ursachen haben. Diese Ursachen lassen sich bei entsprechender Sorgfalt finden und müssen behoben werden. Häufige gesundheitliche Ursachen sind z. B. Missstände im Mund wie schlechtsitzende Prothesen, Soor oder kariöse Restzähne, außerdem jede Art von belastenden Schmerzen, Polypharmazie, hochdosierte Psychopharmaka oder schwere Obstipation. Die seelischen Ursachen reichen von respektloser Behandlung über Angst und Ratlosigkeit bis zur lieblos verabreichten, geschmacklosen und unansehnlichen Breikost. Alle diese Ursachen können und müssen ausgeschaltet werden!

Am häufigsten treten Appetitverlust und das allmähliche Einstellen des Essens in der Endphase der Demenz auf. Diese Inappetenz ist nur eines von vielen Anzeichen schwindender Lebenskraft. Die – oft sehr lange – letzte Lebenszeit hat begonnen. Jetzt geht es nicht mehr um gesundheitliche Verbesserungen, auch nicht um die Verlängerung des Lebens, sondern darum, dass es den Betroffenen bis zuletzt so gut wie möglich geht. Dieser Grundgedanke hat uns auch zu leiten, wenn es um Fragen der Ernährung am Lebensende geht.

Kann die PEG-Sonde einen Weg zurück ins Leben bahnen?

Meine MitarbeiterInnen und ich haben in langjähriger Erfahrung niemals gesehen, dass es nach Legen einer PEG-Sonde bei BewohnerInnen in der Endphase der Demenz zu wesentlichen Verbesserungen gekommen ist. Eine große Zahl von Studien und etliche große Reviews aus den letzten 20 Jahren bestätigen unsere Beobachtungen:

- Die Betroffenen nehmen auch bei reichlicher Zufuhr von bilanzierter Sondennahrung nicht an Gewicht zu, sie nehmen sogar häufig weiter ab. (Finucane et al. 1999; Dharmarajan et al. 2001)
- Infektanfälligkeit und schlechte Wundheilung bleiben unverändert. (Finucane et al. 1999, Gillick 2000, Cervo et al. 2006, Sampson et al. 2009)
- Sondenernährung verhindert weder das Entstehen eines Dekubitus, noch beschleunigt sie die Wundheilung. Laut neueren Studien bekommen Sonden-Patientinnen sogar häufiger einen Dekubitus. (American Geriatrics Society 2011, Teno et al. 2012)
- Die Sonde verhindert nicht, dass die direkt in den Magen fließende Nahrung – statt den vorgesehenen Weg in den Darm zu nehmen – regurgitiert wird, in den Mund und weiter in die Luftwege gelangt. (Grunov et al.1989)
- In keiner Studie zeigt sich ein wesentlicher Unterschied in der Lebensdauer zwischen Menschen mit und ohne Sonde in der Endphase der Demenz. (Finucane et al. 1999; Gillick, 2000; Dharamajan et al. 2001; Cervo et al., 2006; Sampson et al. 2009, Goldberg und Altman 2014) 54 % sterben im ersten Monat nach Setzen der Sonde. (Sanders et al. 2000)

Dagegen bringen PEG-Sonden oft sehr belastende Nebenwirkungen mit sich, z. B.:

- Nässende und juckende Entzündungen um die Insertionsstelle der Sonde
- Bauchbeschwerden (Übelkeit, Erbrechen, Obstipation, Durchfall)
- Aspiration, Aspirationspneumonie
- Verlust der Freude am Geschmack der Speisen
- Große soziale Verluste, weil die Pflegenden weniger Zeit mit den Betroffenen verbringen und sie seltener berühren.

Das allmähliche Versiegen des Appetits im Vorfeld des Sterbens ist ein physiologischer Prozess: Der Mensch stirbt nicht, weil er nicht isst, sondern isst immer weniger und schließlich nichts mehr, weil er stirbt! Flüssigkeits- und Nahrungsmangel sind für Sterbende keineswegs quälend. Sie bewirken vielmehr eine gute Palliation. Die Dehydratation führt zur vermehrten Ausschüttung von Endorphinen. Fastenbedingte Ketose und Endorphine gemeinsam wirken stimmungsaufhellend, spannungslösend und schmerzlindernd (Chabot und Walter 2010). Ein trockener Mund kann sehr quälend sein. Vermehrte Flüssigkeitszufuhr über Infusionen macht den Mund nicht feuchter, kann aber zu schweren Nebenwirkungen führen (z. B. zum Lungenödem). Daher gehört die häufige und sorgsame Mundpflege zu den wichtigsten Hilfestellungen, die wir Menschen am Lebensende anbieten können (Twycross 2003).

Marina Kojer Hon.Prof.in Dr.in med.Dr.in phil.
Geriaterin, Palliativmedizinerin, Psychologin
Arbeitsschwerpunkt: Palliative Geriatrie
marina.kojer@me.com

Alte Menschen in der Endphase der Demenz nehmen sich oft sehr viel Zeit für ihr Sterben. Da Sterben keine Krankheit ist, braucht es auch keine Therapie! Leiden die Betroffenen aber an körperlichen oder seelischen Schmerzen oder an anderen quälenden Beschwerden, können und müssen diese kompetent gelindert werden.

Wenn Hochbetagte am Lebensende achtsam, kompetent und liebevoll betreut werden, sterben sie in der Regel friedlich und sanft wie eine Kerze verlöscht.

Literatur bei der Autorin

Flüssigkeitsbedarf älterer Menschen im Sommer

Michael Christian Schulze

Der Ursprung allen Lebens ist das Wasser. Leben ohne Wasser ist auf unserem Planeten nicht denkbar. Im Wasser haben sich die ersten Lebewesen und somit auch unsere „Ur-Ahnen“ entwickelt. Unsere Körperzellen benötigen immer noch das Milieu des Meeres zum Überleben. Es ist Ausgangs- und Endprodukt unzähliger biochemischer

Prozesse in unserem Körper. Je nach Alter und Geschlecht macht Wasser 45-75 % unseres Körpergewichts aus. Es ist somit keinesfalls verwunderlich, dass wir regelmäßig Flüssigkeit zu uns nehmen müssen. Tun wir das nicht, ist das nicht lange mit dem Leben vereinbar.

Besonders anfällig für Störungen des Wasserhaushalts sind wir zu Beginn (Säuglinge, Kleinkinder) und am Ende unseres Lebens. Schon ein relativ kleiner Mangel an Flüssigkeit kann dann zu ernsthaften Folgen und Störungen führen. Besonders die Kombination aus Hochaltrigkeit einerseits und niedrigem Körpergewicht/BMI andererseits erhöht die Empfindlichkeit auf einen Wasserverlust.

Der Flüssigkeitsbedarf des älteren Menschen beträgt ca. 30 ml/kg/Tag. Das sind durchschnittlich 2,3 l. Da ein Teil dieser Flüssigkeit im Körper hergestellt wird (ca. 300 ml Oxydationswasser) und etwa 700 ml über die Nahrung aufgenommen werden, sollten mindestens 1,3-1,5 l pro Tag getrunken werden. Dem Autor sind allerdings Fälle bekannt, wo hochaltrige Patienten über längere Zeit auch mit weniger Flüssigkeit ausgekommen sind.

Abhängig von inneren und äußeren Bedingungen schwankt der Flüssigkeitsbedarf. Wir brauchen zum Beispiel mehr Flüssigkeit bei körperlicher Aktivität, Fieber, Durchfall/Erbrechen und natürlich auch bei hohen sommerlichen Temperaturen. Insofern sollte die Flüssigkeitszufuhr auch immer diesen Umständen angepasst werden. Im Hochsommer sollten deshalb zusätzlich 500-1000 ml/Tag getrunken werden. Bei bestimmten Erkrankungen wie z. B. Herz-, Nieren- und Leberinsuffizienz muss hingegen die Flüssigkeitszufuhr manchmal reduziert werden.

Viele ältere und multimorbide Patienten trinken zu wenig. Unter Normalbedingungen ist der Körper vielleicht noch in der Lage, sich mit diesem latenten Mangel zu arrangieren. Bei höheren Temperaturen (z. B. Hochsommer) – eventuell in Kombination mit einem fieberhaften Infekt („Sommergrippe“) - können sich aber schnell ernsthafte Folgen einstellen. Dehydratation ist ein häufiger Grund für Krankenhausaufnahmen älterer Menschen. Insofern kommt ihrer Prophylaxe eine hohe Bedeutung zu.

Mögliche Folgen von Flüssigkeitsmangel

Müdigkeit/Apathie, Verwirrtheitszustände/Delir, Schwindel, Stürze, Fieber, Blutdruckabfall, Herzrasen, Thrombosen, zerebrale Krampfanfälle, Nierenversagen, Tod.

Michael Christian Schulze Dr. med. MPH
Facharzt für Allgemeinmedizin
Geriatrie, Palliativmedizin
Hausarztpraxis an der Passage
Karl-Marx-Straße 132
12043 Berlin

Im Sommer – aber natürlich auch sonst - sollte unseren Patienten regelmäßig Flüssigkeit angeboten werden und sie ggf. bei ihrer Aufnahme unterstützt werden. Dabei ist Phantasie und Einfühlungsvermögen gefragt. Es muss nicht immer nur Wasser, Kaffee oder Tee (schwarzer Tee, Früchtetee, Kräutertee) sein. Denkbar sind auch diverse Fruchtschorlen, Gemüsesäfte, Eiskaffee, Milchshakes, aber durchaus auch mal eine Weinschorle, Bier oder Alsterwasser, wenn es die betreffende Person gerne trinkt. Reichlich Flüssigkeit ist in vielen Obst- und Gemüsesorten enthalten (z. B. Wassermelone, Erdbeeren, Gurke, Tomaten), die man im Som-

12. Fachtagung Palliative Geriatrie Berlin

Das ist doch kein Leben!
Warum Palliative Geriatrie nicht nur im Sterben hilft.

Was hilft im Leben? Was hilft im Sterben? Wie kann der hospizlich-palliative Ansatz in der Altenpflege möglichst vielen und verbindlich erschlossen werden? Welche Konsequenzen haben Gesetzgebungen, Rahmenbedingungen, Konzepte oder die Sterbehilfediskussion? Wir wollen mit Ihnen Antworten auf die verlässliche Gestaltung von Palliativer Geriatrie suchen und finden – auf das, was scheinbar einfach umzusetzen ist, sich jedoch häufig komplex gestaltet und schon gar nicht selbstverständlich verwirklichen lässt. Palliative Geriatrie bedarf überlegter und ideenreicher Ansätze für eine gute Altenpflege, die bewährtes hospizlich-palliatives Wissen zur AltersHospizarbeit verbinden.

Termin:
Freitag, 6. Oktober 2017 | 9:00 bis 17:00 Uhr
Erster Ball der AltersHospizarbeit ab 20:00 Uhr

Veranstaltungsorte:
Akademie der Konrad-Adenauer-Stiftung e. V.
Ballhaus Berlin

Tagungsgebühr:
109 € (incl. Speisen und Getränke) | 99 € für KPG-Alumni, Mitglieder der Interessengemeinschaft Palliative Geriatrie und der Fachgesellschaft Palliative Geriatrie

Beitrag Ball:
29,90 € (incl. Buffet, Getränkeauswahl und Show)

KPG Bildung
UNION HILFS WERK

Infos: palliative-geriatrie.de/fachtagung
Tel.: +49 30 42 26 58 38

mer großzügig anbieten sollte. Verschiedene flüssigkeitshaltige Obstsorten lassen sich – z. B. in Kombination mit Joghurt - zu einem wohlschmeckenden Smoothie verarbeiten. Auch Suppen und Brühen bestehen zum größten Teil aus Wasser und sollten im Sommer regelmäßig auf dem Speiseplan stehen. Außerdem sollte dafür gesorgt werden, dass sich die Räume nicht aufheizen. Neben einer Klimaanlage kann das z. B. durch Vorhänge, Jalousien und Ventilatoren erreicht werden. Im Außenbereich sollten genug schattige Plätze geschaffen werden (z. B. durch Bäume, Büsche, Sonnenschirme usw.) und es sollte auf die richtige Kleidung und Kopfbedeckung geachtet werden.

Der behandelnde Arzt sollte quartalsweise einen Medikamenten-Check durchführen und immer wieder kritisch hinterfragen, ob wirklich noch alle verabreichten Medikamente notwendig sind. Das gilt in diesem Zusammenhang insbesondere für Diuretika. Um eine osmotische Diurese zu vermeiden, sollte der durchschnittliche BZ-Spiegel unterhalb der Nierenschwelle (ca. 180 mg %) liegen. Das beugt zugleich Harnwegsinfekten vor. Aber was tun, wenn trotz aller Bemühungen zu wenig getrunken wird? Wenn der Patient damit einverstanden ist oder es vermutlich wäre (mutmaßlicher Wille, Patientenverfügung), können z. B. vorübergehend subcutane Infusionen verabreicht werden. Dadurch können Krankenhauseinweisungen vermieden werden. In einer vorausschauenden Gesundheitsplanung sollte deshalb unbedingt festgelegt werden, wie mit einem Flüssigkeitsdefizit umgegangen werden soll. Dabei muss differenziert werden, ob es sich um ein vorübergehendes oder dauerhaftes Defizit handelt und in welcher Lebensphase bzw. welchem Palliativstadium sich die betreffende Person befindet. Sollte es sich bereits um den Sterbeprozess handeln oder die mangelnde Flüssigkeitsaufnahme eine Willensäußerung darstellen, sollte selbstverständlich keine Flüssigkeitszufuhr erzwungen werden.

Zusammenfassung

Dehydratation ist ein häufiges Problem in der palliativen Geriatrie und führt zu vielen vermeidbaren Krankenhausaufenthalten. Deshalb sollten mindestens 1,3 Liter pro Tag getrunken werden, im Sommer deutlich mehr. Beim Getränkeangebot ist Phantasie und Einfühlungsvermögen gefragt. Sollte die Flüssigkeitszufuhr vorübergehend ungenügend sein, kann eine subcutane Infusion in Erwägung gezogen werden. In der vorausschauenden Gesundheitsplanung sollte festgelegt werden, wie zu verfahren ist, wenn zu wenig Flüssigkeit aufgenommen wird.

Trauern, Feiern, Essen
Die Beerdigung als Fest des Lebens

Dominik Kleinen

Kein Fest ohne Essen und Trinken: Der Geburtstagskuchen mit Kaffee, die Bratwurst mit Bier auf dem Volksfest, die gefüllte Gans zu Weihnachten. Feiern und Essen gehören zusammen, denn indem wir uns den sinnlichen Genüssen hingeben, wissen wir, dass wir leben. Doch wie verhält es sich bei Trauerfeiern, in denen doch der Tod

unweigerlich im Zentrum steht? Wenn wir einen Menschen verloren haben, so ist uns weder zum Feiern zumute noch zum Essen. Appetitlosigkeit ist eines der vielen Kennzeichen der Trauer. Ist da der sogenannte Leichenschmaus nicht eine unnötige Last, die wir nur aus Pflichtgefühl auf uns nehmen? Und ist die Kritik ihm gegenüber nicht berechtigt, er sei für viele Trauergäste der eigentliche Hauptgrund ihres Erscheinens bei der Beerdigung? Warum sprechen wir überhaupt von Trauerfeier? Kann eine Beerdigung wirklich ein Fest sein?

Was ist ein Fest?

Feste sind etwas Besonderes. Sie sind nicht alltäglich, heben sich von unserem Alltag ab und definieren eine eigene Zeit und einen eigenen Raum. In ihnen wird etwas möglich, was in unserem Alltag nicht möglich ist: Essen gibt es in Hülle und Fülle, es wird getanzt, musiziert. Geschenke werden gemacht, Girlanden aufgehängt, Blumen oft für nur wenige Stunden üppig zur Schau gestellt. Die Ausnahme des Festes erlaubt diesen Überschwang und diese Verschwendung. In ihrer Fülle sprechen Feste alle unsere Sinne an und bringen unseren Körper in Bewegung. Emotionen, Bewegungen, Sinneseindrücke – was wir im Alltag nur in kleiner Form ausleben können, das vergrößern Feste und verdichten es.

So unterschiedlich Feste auch sein mögen, diese Differenz zum Alltag wird von verschiedenen Theorien über das Fest als eines seiner Hauptmerkmale hervorgehoben.[1] Zugleich dient diese Gegenüberstellung zum Alltäglichen als Erklärungsansatz für seine gesellschaftliche Funktion. Als zeitlich begrenzter und erlaubter Exzess können Feste eine therapeutische Aufgabe erfüllen, indem sie als Ventil für den Abbau von Stress und überschüssiger Energie dienen. Doch liegt in der Differenz zum Alltag eine noch weitaus wichtigere Funktion begründet, nämlich die Reflexion und Affirmation des alltäglichen Lebens. Denn jedes Fest braucht einen Anlass. Sei es ein Geburtstag, eine Hochzeit oder ein großes Volksfest: Der Anlass gibt den Grund zum Feiern und wird durch das Feiern bestätigt, wertgeschätzt und in seiner Bedeutung für unser alltägliches Leben hervorgehoben.

Indem Feste dem Alltag gegenüberstehen, können sie ihn deuten. Über Prozesse der Symbolisierung bilden sie das alltägliche Leben ab und verleihen ihm einen neuen Sinn oder bestätigen bestehende Bedeutungszuschreibungen. Diese affirmative Qualität bezeichnet der Philosoph Joseph Pieper als „Zustimmung zur Welt".[2] Entscheidend ist dabei, dass sich diese Bedeutungsproduktion und Deutung des Alltags in Gemeinschaft vollzieht. Ein Fest feiert man nicht allein. Und selbst wenn, so imaginieren wir immer ein Gegenüber, mit dem wir gemeinschaftlich verbunden sind. In ihrer Gemeinschaftlichkeit wird die von Festen zunächst behauptete Realität und Deutung des Alltags verankert.

Der Sinnlichkeit und Rauschhaftigkeit von Festen steht die Ordnung gegenüber, die sie schaffen und die ihnen inhärent ist. Feste kehren wieder. Sie sind keine einmalige Sache, sondern ein Geburtstag, das Weihnachtsfest, sie werden jedes Jahr gefeiert und bereits die kleinste Abänderung der Baumdekoration kann zu heftigen Debatten führen, wie uns der Ausspruch „Früher war mehr Lametta!" aus einem bekannten Loriot-Sketch lehrt. In ihrer Wiederholung schaffen sie Ordnung und sind wie Wegmarken, die unser Leben begleiten und Orientierung geben.

Indem Feste wiederholt werden, zeichnet sie zugleich eine innere Ordnung aus. Sie haben eine rituelle Funktion und können gerade dadurch Halt und Orientierung geben, indem uns Abläufe, die sie vorgeben, vertraut sind. Das Hereintragen des Geburtstagskuchens, das gemeinsame Singen von „Happy Birthday", das Auspusten der Kerzen: Es sind Abläufe, die wir kennen, die wir erlernt haben und die unser Körper gespeichert hat.

1 *Vgl. Maurer, Michael (Hrsg.): Das Fest. Beiträge zu seiner Theorie und Systematik. Köln u.a. 2004.*
2 *Vgl. Pieper, Josef: Über das Phänomen des Festes, Köln u.a. 1963.*

Trauern, Feiern, Essen?

Wollen wir diese Merkmal eines Festes auf Trauerfeiern übertragen, so wird uns seine ordnungsstiftende Funktion sicherlich einleuchten: Im Moment der Krise finden wir Halt im Ritual. Doch sein zweiter Pol, das Rauschhafte, Überschwängliche, Verschwenderische? Wo findet es seinen Platz? Und wäre es nicht pietätlos, sich sinnlichen Freuden hinzugeben im Angesicht von Verlust, Schmerz und Tod?

Doch auch in einer Trauerfeier soll das vergangene und zukünftige Leben bejaht und gefeiert werden. Dies geschieht zum einen in ihr, indem wir uns an den Verstorbenen erinnern. Wir lassen ihn noch einmal lebendig werden und bringen Selbstverständliches, Verschwiegenes, aber zugleich Wichtiges vor einer Gemeinschaft der Trauernden zu Gehör.

Zum anderen erfolgt dies im Anschluss der Trauerfeier und somit im gebührenden Abstand zu ihr. Am offenen Grab warten die Angehörigen, bis jeder der Trauergäste seine letzte Ehrerbietung durch den Nachwurf von Sand oder Blütenblättern erwiesen hat. Es herrscht eine gewollt traurige und trostlose Atmosphäre, die uns an die eigene Vergänglichkeit erinnert. Ein Händedruck, eine geflüsterte Beileidsbekundung und dann die kurze Frage: „Kommen Sie noch mit?“

Sie hilft über viel hinweg: Die Einladung zum Leichenschmaus. Neben der Konfrontation mit dem Tod der Hinweis, dass das Leben weitergeht. In ihrem phasenhaften Ablauf erscheint die Beerdigung wie eine Übung, den Tod des geliebten Menschen zu realisieren: Auf dem Friedhof haben wir ihm einen Ort gegeben, müssen ihn zurücklassen und außerhalb der Friedhofsmauern mit der Lücke leben, die er hinterlässt. Wie wichtig ist es da, aufgefangen zu werden. Essen erinnert uns daran, dass wir lebendig sind. Als Zufuhr von Nährstoffen ist es die Grundlage unserer biologischen Existenz. Als soziales Ereignis macht es deutlich, dass wir Teil einer lebendigen Gemeinschaft sind. Indem wir seine verschiedenen Geschmäcker wahrnehmen, kehren die Freuden des sinnlichen Lebens zurück in unser Bewusstsein.

Das heißt nicht, dass wir den Verstorbenen vergessen. Im Gegenteil: Hier, außerhalb der Friedhofsmauern, können wir anders über ihn sprechen. Es ist nicht mehr der würdevolle Unterton, der jeden Satz über ihn begleiten muss. Es ist nicht mehr die Stille, die Kontrolle der Körperbewegungen,

Dominik Kleinen
Theaterwissenschaftler M.A. und Bestattungsberater bei Grieneisen Bestattungen Berlin.
dominik.kleinen@grieneisen.de

Grieneisen Bestattungen ist Partner in der Initiative für Abschiedskultur vom KPG, die in u. a. „Letzte-Hilfe-in-Berlin-Kurse“ organisiert. Infos: https://www.palliative-geriatrie.de/letzte-hilfe

die vorherrscht. Es sind die lustigen Geschichten, die wir erzählen. Es ist nicht mehr nur einer, der spricht: Jeder darf seine Geschichte zum Besten geben, darf auch sich in Szene setzen und seine eigenen Erfahrungen, sein Bild vom Verstorbenen zeigen. Der Leichenschmaus bildet somit eine wichtige Ergänzung zur Trauerfeier und steht im engen Bezug zu ihr. Er bildet die Balance zur Trauer und ist in seiner Gemeinschaftlichkeit das demokratische Gegenstück zum hierarchischen Ritual der Beisetzung.

Was bedeuten diese Erkenntnisse für die Arbeit pflegender und begleitender Berufe? Es erscheint mir wichtig, dass wir Feste und Trauerfeiern nicht nur als einen Zusatz zum Alltag, als eine Form der Unterhaltung oder nur als traditionelles Zeremoniell verstehen. Indem sie einen eigenen Raum und eine eigene Zeit definieren, ermöglichen sie Aushandlungen über die Suche nach Sinn und damit die Reintegration der Erfahrung von Tod und Verlust in das eigene Leben. Wenn wir ein Feingespür für die Wirkung dieser oft zur Gewohnheit gewordenen rituellen Abläufe bewahren, so bieten Feste eine nicht zu unterschätzende Chance in der Begleitung Trauernder und in der Bewältigung der Trauerarbeit.

Beratung und Begleitung Angehöriger in der Palliative Care

Palliative Care für Einsteiger Band 3

Rainer Teufel

Jeder stirbt seinen eigenen Tod (Rilke)

... und wir versuchen, ihn zu begleiten. Aber nicht nur die Sterbenden, auch die An- und Zugehörigen bedürfen unserer Beachtung. Wie können wir sie begleiten? Rainer Teufel nahm sich dieses Themas an. Es gibt kein Patentrezept und keine Anleitung, aber Teufel entwickelte ein Beratungsmodell, mit dem Haupt- und Ehrenamtliche gut über die Begleitung der Angehörigen reflektieren und damit zugleich ihre eigenen Gespräche strukturieren können. Dadurch entsteht eine verbesserte Gesprächskompetenz und mehr Sicherheit auf beiden Seiten. Teufel greift auf einen reichen Erfahrungsschatz aus der Praxis zurück und verbindet ihn mit bewährten Methoden und Modellen. Und nicht zu vergessen:

Oft genügen im Verlauf der Beziehungsgestaltung zu den Angehörigen kleine Aufmerksamkeiten ...

(Rainer Teufel)

Beratung und Begleitung Angehöriger in der Palliative Care
Palliative Care für Einsteiger, Band 3
Rainer Teufel, Nadine Lexa (Hrsg.), kartoniert, Ludwigsburg 2015,
ISBN: 978-3-941251-80-9, Preis: Euro 29,99 (D)/Euro 30,90 (A)

Bestellungen: Tel. 07154/13 27 37 oder www.hospiz-verlag.de

Essen ist eine Herzenssache!

Ein Interview mit Markus Biedermann,
Eidg. Dipl. Küchenchef und Dipl.-Gerontologe

Céline Calvet

Herr Biedermann ist bekannt als der Vater des „Smoothfood“ , „Air“ und „Schaumkost“. Wie es dazu kam und warum er sich die Ernährung von alten und hochbetagten Menschen, die in Einrichtungen leben, zur Aufgabe gemacht hat, berichtet er hier anschaulich.

Viele HeimbewohnerInnen sind mit dem Essen, das sie erhalten, nicht zufrieden.
Das kann ich gut verstehen!

In Ihrer Biografie lese ich: Koch, Diätspezialist, Küchenchef, Heimleiter und Diplom-Gerontologe. Wie kamen Sie dazu?
Ich bin schon mit 25 Jahren ins Altenheim gegangen. Ich hatte es als vorübergehende Geschichte geplant, aber die Aufgabe, für alte Menschen zu kochen, hat mich fasziniert. In den folgenden Jahren ließ ich mich zum Kochmeister ausbilden. Als ich mich später dazu entschied Heimleiter zu werden, machte ich auch diese Ausbildung. Mir fehlten aber immer noch wichtige Grundlagen; daher studierte ich Gerontologie. Den Diätkoch habe ich eigentlich nur gemacht, um argumentieren zu können, dass das, was Ernährungsberater sagen, nicht stimmt. Der Wunsch eines Bewohners war mir immer wichtiger als seine Diabetesdiät. Wie soll man Menschen, die schon 90 Jahre gelebt haben, erziehen, und wie kann man in diesem Alter noch Veränderungen erzwingen? Ich argumentiere immer von der Seite des Gerontologen, des Heimleiters und auch des Küchenchefs. Mich als „Diätspezialisten“ zu bezeichnen, ist ein bisschen übertrieben.

Auf Ihrer Homepage steht, dass immer wieder Mangel- und Fehlernährung festgestellt werden.

Es regt mich auf, dass man noch immer meint, Fehlernährung über den BMI messen zu können. Fehlernährung lässt sich nur über die Blutwerte nachweisen! Sie deutet auf einen Mangel an Nährstoffen, Vitaminen und Spurenelementen hin, während bei Unter- bzw. Überernährung dem Körper weniger bzw. mehr Energie zugeführt wird, als er braucht.
Vor ein paar Jahren wollte ich abnehmen und ließ meine Blutwerte bestimmen. Meine spindeldürre schwangere Tochter hatte super Blutwerte und ich hatte lauter Mankos. Das hat mir noch einmal bestätigt, wie begrenzt die Aussagekraft des BMI ist.

Auf Ihrer Homepage steht auch, dass ältere Menschen sich gesunde, optisch ansprechende Mahlzeiten wünschen und hoffen, „etwas Gutes“ zu erhalten.
Ja, diese Wünsche haben sie und sie sind berechtigt. Gehen wir von den bioethischen Grundprinzipien Autonomie, Gutes-Tun, Nicht-schaden-Wollen und Gerechtigkeit aus, dann denke ich oft, dass wir nicht einmal diese vier Prinzipien erfüllen. Autonomie: Bewohner können kaum über ihre Ernährung mitbestimmen. Gutes-Tun: Für einen alten Menschen darf pro Tag für fünf Mahlzeiten 4,50 € ausgegeben werden – das kann nicht gut sein. Nicht-schaden-Wollen: noch

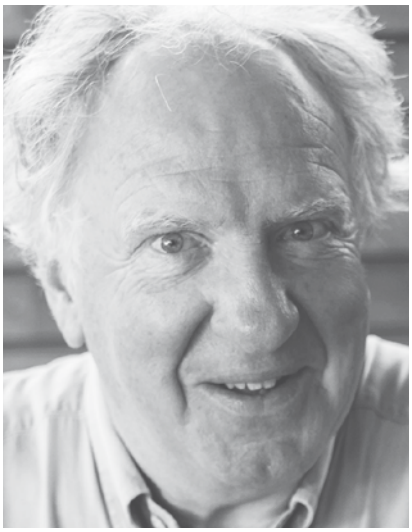
immer kommt püriertes Essen auf den Teller! Gerechtigkeit: Für die Mitarbeiter wird anders gekocht, weil die sich sonst beschweren würden.

Kommen wir zur ökonomischen Frage. Ich habe oft gehört, gutes Essen sei nicht bezahlbar. Wie sehen Sie das?
Die Frage eines Heimleiters, ob es sich lohne, für alte Menschen gesund zu kochen, hat mich dazu gebracht, Ethik zu studieren und mich mit dem Thema Profitmaximierung versus Lebensqualität zu beschäftigen. Wenn der Etat für das Essen schätzungsweise etwa 5 % des Betrages ausmacht, den das Heim pro Bewohner erhält, sagt das etwas darüber aus, wie viel uns der alte Mensch Wert ist. Für 4,50 € muss ich den Heimbewohnern Ramsch geben. So kommt man dazu, zu Mittag, zweimal pro Woche, Süßspeisen und dreimal Eintopf zu machen.
Und dann geben wir uns noch nicht einmal Mühe mit den Mahlzeiten! Dabei geht es nicht primär um Geld, es ist grundsätzlich eine Frage der Haltung! Immer wieder wird gesagt, das Essen sei das Wichtigste für den alten Menschen und gutes Essen wäre sogar Werbung für das Heim. Wenn das so ist, könnte man doch etwas vom Werbebudget ins Essen stecken!

In jüngeren Tagen haben die Menschen viele Möglichkeiten, Freude zu erleben. Im Heim bleibt ihnen oft kaum mehr als das Essen.
Letzte Woche war ich in Hessen, wo ich ein Projekt durchgeführt hatte. Ich war sehr traurig zu sehen, was davon übrig geblieben ist. Man hatte das Budget um 1,20 € pro Person erhöht und wir konnten hervorragend kochen. Wir haben uns dabei an den Wünschen und an der Essbiografie der Bewohner orientiert.

Und woran ist es gescheitert?
An Bequemlichkeit, Nachlässigkeit, Faulheit. Wieder geht es um Haltung! Will ich für die alten Menschen etwas Gutes tun? Will ich meine Arbeitszeit wirklich optimal zugunsten der Heimbewohner einsetzen? Darum geht es!

Bisher haben wir von Bewohnern gesprochen, die noch schlucken können. Kommen wir zu den Heimbewohnern mit Dysphagien: Für diese Menschen haben Sie ja das Smoothfood erfunden. Wie sind Sie darauf gekommen?
Als ich 1990 in ein großes Heim gewechselt bin, stand ich plötzlich vor einem Problem: püriertes Essen. Dort wurden die Reste von gestern durch den Fleischwolf gedreht, ein bisschen aufbereitet und den Bewohnern zum Mittagessen gegeben. Ich habe meine Mitarbeiter eingeladen, diesen Fraß



Markus Biedermann
Eidg. Dipl. Küchenchef und
Dipl.-Gerontologe
Forum 99
Oberdorfweg 4
3360 Herzogenbuchsee
forum99@bluewin.ch

eine Woche lang zu essen. Daraufhin hat sich das sofort geändert. Zuerst wurden zumindest Fleisch, Gemüse und Stärke getrennt püriert. Dann haben wir angefangen, Fleischpudding und Gemüsepudding herzustellen. Es gab eine Diskrepanz zwischen Küche und Pflege und ich unterstelle jetzt einfach mal, dass es praktischer ist, püriertes Essen anzureichen als zu warten, bis der Bewohner gekaut hat. Aber das ist nur die halbe Wahrheit. Die Pflege wird auch viel zu wenig zu Kaustörungen und Dysphagien geschult. Ich habe in einem Artikel gelesen, dass 72 %

der dementen Menschen an einer Lungenentzündung sterben, die Hälfte davon wird durch Aspiration verursacht. Das hat mich schockiert!
Zu dieser Zeit habe ich mich mit der molekularen Küche auseinandergesetzt und in einem Projekt Herbert Till kennengelernt. Als wir einen Namen für dieses neue Essen suchten, bin ich auf „Smoothfood“ gekommen.

Im hohen Alter vermindert sich das Geschmacksempfinden. Lässt sich das durch Würzen ausgleichen? Wie?
Das ist eine schwierige Frage, gerade im Bereich der Demenz. Viele meinen, dass nicht nur der Geschmacks- sondern auch der Geruchssinn nachlässt. Aber ich frage mich, warum dann bei einer sterbenden Frau, an deren Bett ich koche, der Speichelfluss zunimmt. Vielleicht genießt sie es, dass ich für sie ganz allein an ihrem Bett koche. Vielleicht spürt sie, dass da jemand ist, der etwas Gutes für sie tut. Dann wäre das – wenn ich meine Arbeit richtig mache – wieder eine Frage von Haltung
Ich arbeite seit einem halben Jahr in einem der besten Heime der Welt: in einem Dienstbotenheim in Koppigen. Es ist eine Institution für alte Mägde und Knechte. Jeder hat dort noch seine Aufgabe. Jeder ist ein Teil des Ganzen. Die Bewohner bauen Gemüse an, melken die Kühe, füttern die Schweine. Es ist unglaublich!
Bis vor ein paar Monaten wurden die Bewohner streng gemaßregelt und mussten alle Mahlzeiten in höchstens 20 Minuten einnehmen. Jetzt sitzen sie meistens 50 Minuten bei Tisch. Wir haben sehr Vieles verändert, auch die Arbeitszeiten. Wenn die Küche will und Gas gibt, kann sie alles ändern.
Heute haben wir etwas ganz Modernes gemacht: Brunch. Wir stellten das Mittagsbuffet in der Küche auf und alle durften in die Küche gehen und sich selbst bedienen. Bis auf drei Personen waren alle total glücklich: „Das kannst du mal wieder machen …“ . „Ich habe fünf Spiegeleier gegessen …“.
Die Arbeit mit alten Menschen ist anders, wenn man ihnen Freiheit gibt, sie wertschätzt und den Weg mit ihnen gemeinsam geht. Ich liebe diese Arbeit und bin wirklich zufrieden. Meine Kinder sagen, ich sei ein anderer Mensch geworden, seit ich dort arbeite. Ich freue mich, morgens zur Arbeit zu gehen. Wenn im Büro eines Heimleiters eine tolle Kaffeemaschine steht und ich in den Wohnbereichen den üblichen Muckefuck sehe, werde ich zornig. Das geht für mich gar nicht! Im Grunde sind die Heime doch Dienstleister! Das sind die einzigen Betriebe, bei denen der Dienstleistungserbringer bestimmt, was der Empfänger nehmen muss.
Die Bewohner haben eine so lange Vergangenheit und eine so kurze Zukunft. Ich kann keine Jahresplanung mehr machen, ich brauche einen Tagesplan. Ich muss jetzt handeln für jetzt. Ich bin ein Essens-Kümmerer und für mich ist das Essen etwas Tolles. Essen ist Beziehungsarbeit! In der Art wie ich einkaufe, koche, anrichte, serviere, zeige ich, wie viel mir die Bewohner Wert sind. Wenn dann ein Bewohner sagt, das Essen sei für ihn wie im Hotel, habe ich meinen Lohn für einen ganzen Tag. Ich beschäftige mich immer mehr mit der Essbiografie – diesem Lebensmittelkorb, den ein Mensch sein ganzes Leben lang mitnimmt. Wir starten alle mit der Muttermilch, doch bald danach wächst das Kind in eine Familienkultur hinein, die ziemlich konstant bleibt. Man hat relativ früh im Leben seinen Warenkorb gefüllt und isst eigentlich ein Leben lang in dieser Art. Das hat auch praktische Aspekte – man kennt die Rezepte und weiß, was man einkaufen muss.
Im Moment besteht unsere Klientel aus Menschen, die in den 20er und 30er Jahren des vorigen Jahrhunderts zur Welt kamen. Sie sind überwiegend geprägt von Krieg, Nachkriegszeit und Sparsamkeit. Sie essen immer noch Kartoffeln mit Speck und mittags und abends Suppe. Bis die in den 50er Jahren Geborenen kommen, dauert es noch lang. Diese Menschen werden dann anders gelebt haben und andere Erfahrungen mitbringen.
Ich will meine Arbeit gut machen damit die Situation von alten Menschen sich verbessert. Essen ist eine Herzenssache!

Vielen Dank für das Gespräch!

Fachzeitschrift für
Palliative Geriatrie

Über das Essen und Trinken im Pflegeheim

Ein Interview mit einer Bewohnerin

Céline Calvet

Frau Klinnert ist eine Bewohnerin in einer Berliner Pflegeeinrichtung und erzählt uns, wie sie das Essen im Pflegeheim empfindet. Ein paar Anregungen für Änderungen hat sie auch zu geben.

Evelin Klinnert

Frau Klinnert, wenn ich Sie zu Essen und Trinken im Pflegeheim frage, was kommt Ihnen in den Sinn?
Essen und Trinken sind hier ungesund. Wobei, beim Trinken nehme ich es zurück - Mineralwasser ist in Ordnung. Man soll ja viel trinken, aber andere Produkte sind auch bedenklich.
Wissen Sie, ich war mal mit meinem Sohn einkaufen. Ich bin ein Fan von Kartoffeln und ich wollte versuchen, meinen Sohn dafür zu begeistern. Irgendwann gab er nach. Er beobachtete die Packung eindringlich und zeigte mir triumphierend das Kleingedruckte auf dem Etikett: „Nach der Ernte behandelt". Sie müssen wissen, dass zu diesem Zweck Gift benutzt wird.
Aber zurück zu Ihrer Frage. Hier im Heim lässt die Vielfalt zu wünschen übrig. Fast jeden Tag gibt es Kartoffelpüree! Und zwar in der Suppe, als Beilage, als Plätzchen gebacken und zum Andicken von Soßen. Auch die Optik, na ja, ehrlich gestanden, das Wasser läuft mir nicht im Munde zusammen. Das Gemüse scheint gut zu sein, aber wird meistens als Eintopf serviert. Das ist sehr schade. Ich esse fast kein Fleisch. Ich bin sehr skeptisch, was sich alles in Hack- und Schweinefleisch befindet.

Als Bewohnerin sind Sie von Pflegekräften umgeben. Wie verhalten sich diese gegenüber dem Essen und Trinken?
Morgens werden Sie häufig als Bewohner begrüßt mit „Setz dich hin und iss dein Frühstück!" Und wissen Sie, wenn man artig war und seinen Teller leer gegessen hat, dann bekommt man ein Lob. Ich bitte Sie, wir befinden uns nicht im Kindergarten!
Wenn wir uns draußen aufhalten und versuchen, etwas Zeit allein zu genießen, werden wir gegen 11 Uhr schon zum Mittagessen gerufen. Es sollte eine Einladung sein, aber es klingt eher wie ein Befehl. Wir müssen uns anpassen.
Was mir auffällt ist, dass wir oft angespornt werden „schön zu essen". Da antworte ich „Ich esse. Ich kann versuchen, ästhetisch zu essen." Natürlich wäre es einfacher, wenn das Essen appetitlich aussehen würde.
Am Nachmittag gibt es einen Anreiz: Kaffee und Kuchen. Das klingt gut. Laut Plan soll das ab 15 Uhr stattfinden. Aber der Kaffee auf der Wohnetage verdient nicht mal den Namen „Muckefuck" und dazu fällt meistens der Kuchen aus.
Allgemein ist die Stimmung an den Tischen nicht die beste. Da könnten sich die Pflegekräfte mit an die Tische setzen und die Unterhaltung lenken. Aber sie bleiben lieber unter sich an einem Tisch und unterhalten sich über was auch immer, mit uns auf jeden Fall nicht.

Sie haben mir schon mal über die Kochgruppe erzählt, würden Sie mir die Vorteile der Kochgruppe nennen?
Wissen Sie, egal ob die Frauen gearbeitet haben oder nicht. Hier haben wir erfahrene Frauen, was Haushalt und Kochen angeht. Ich finde es wichtig, diese Fähigkeiten zu nutzen. Diese Frauen haben das Kochen gelernt und haben Ahnung! Zusammen bereiten sie etwas vor und essen es dann gemeinsam. Sie bekommen Bestätigung! Das ist wichtig und passiert so

wenig! Es werden Erinnerungen wachgerufen. Es werden verschiedene Kochrezepte ausgetauscht.
Während der Kochgruppe sind nicht immer alle einer Meinung, was die beste Zubereitung ist. Dann wird diskutiert und für den Moment entschieden. Das heißt, es wird miteinander geredet und dann das Essen zusammen genossen.
Sonst ist die Essenszeit die Zeit, in der häufig über andere hergezogen wird. Wir sind alle alt. Aber Verständnis für den Nächsten ist nicht ausgeprägt. Vielleicht ist es auch die Angst, auch „mal so zu werden". Nur bei der Kochgruppe gibt es ein harmonisches Zusammensein.

Was fällt Ihnen noch ein?
Ich musste mal nach einer Hüftoperation zu einer Reha. Ich landete in Brandenburg in der Nähe von Brodowin. Dort bekamen wir Bioprodukte vom Brodowinhof und auf dessen Lieferwagen waren eine lachende Tomate und eine schmunzelnde Kartoffel abgebildet. Das Essen dort war ein Traum! Das Buffet immer so angerichtet, dass Gewürze, Soßen und Zutaten einem zulächelten – es war sehr anregend. Und es schmeckte nicht nur, es war ein Genuss. Also ein täglich wiederkehrender Genuss. Dazu war es gesund und hatte einen erzieherischen Aspekt für die Zeit nach der Entlassung: „Pass auf Deine Ernährung auf!" Ich hatte den Eindruck, dadurch schneller zu gesunden. Dort hatten wir das Gefühl: wir sind Menschen, wir sind etwas Wert; demzufolge sind Menschen (egal welche) etwas Wert.

Die Institution, in der ich zurzeit lebe, hat noch viel zu tun, um dahin zu gelangen!

Vielen Dank Frau Klinnert für das Gespräch und Ihre Zeit!

Mahlzeit:Demenz

Fürsorgekultur im hospizlichen Kontext

Demenz schwirrt als Schreckensdiagnose durch die Gesellschaft. Diese gerontopsychiatrische Erkrankung Demenz, ein Überbegriff für unterschiedliche Formen des Verlustes der Denkkraft, ist medizinisch weitgehend unbekannt und bedarf unserer besonderen Fürsorge.

Ein wichtiger Aspekt bei der Pflege demenziell erkrankter Menschen ist deren Esskultur. Bei fortgeschrittener Erkrankung kann es nicht selten zu Essstörungen kommen.

Es gilt nicht nur die Ursachen für dieses Verhalten zu analysieren, die Autorinnen können Lösungswege aufzeigen, die auf die Bedürfnisse der Menschen zielen.

Mahlzeit: Demenz Fürsorgekultur im hospizlichen Kontext
Gerda Graf, Monika Ecker, Karin Caro, 200 Seiten, kartoniert, Ludwigsburg 2012, der hospiz verlag
ISBN: 978-3-941251-54-0, Preis: Euro 19,90 (D)/Euro 20,50 (A)

Bestellungen: Tel. 07154/13 27 37 oder www.hospiz-verlag.de

Gehören Feiern und Alkohol in ein Pflegewohnheim?

Anne Fritzsche

Feste feiern im Pflegeheim bedeutet für uns, wieder ein Leuchten in den Augen unserer BewohnerInnen zu sehen. Feste wirken auf sie nachhaltig, denn Stunden und Tage später werden sie noch darüber berichten und erzählen. Diese Eigenschaft besitzen auch unsere Ausflüge – z. B. eine Floßfahrt auf der Berliner Spree – und sie wird in der Pflege und Betreuung aufgegriffen.

Feste wecken (wieder) Lebensfreude und Erinnerungen. Frühere Feste sind Teil der Lebens-, Ess- und Trinkbiografie unserer BewohnerInnen. Auch Angehörige kommen sehr gerne zu unseren Festen, in erster Linie natürlich, um ihre Nahestehenden zu besuchen und zu erfreuen. Aber sie schätzen auch die Möglichkeit, dem Personal einmal auf einer anderen Ebene zu begegnen. Bei einigen unserer Feste kommt das Personal, je nach Anlass, verkleidet. Denn mit einer bayerischen Bedienung lässt sich anders reden als mit einer Sozialarbeiterin, die ich bin, und die immer wieder Unterlagen erbittet. Angehörige von bettlägerigen Bewohnerinnen und Bewohnern sind wegen der Feste leider traurig, denn diese Bewohnerinnen und Bewohner können nicht mehr an unseren Festen teilnehmen. Unser Veranstaltungssaal ist dafür leider doch zu klein.

Feste – das ist in einem Wort zusammengefasst: Beziehungsarbeit.

Feste schenken unseren BewohnerInnen ein Stück evtl. verlorener Lebensqualität zurück. Feiern gehört zur Normalität. Wir dürfen alle miteinander Spaß haben, singen, schunkeln. Die alten Menschen können sich untereinander und/oder ihren Angehörigen zuprosten. Lockere Sprüche kommen leicht über die Lippen sowie Witze – nicht immer jugendfrei. Es ist schön, rosige Wangen zu sehen, manche werden sogar richtig rot. Alkohol ist ein selbstverständlicher Teil beim Feiern. So war es in früheren Zeiten und gehört heutzutage ebenfalls dazu. Im Pflegeheim leben erwachsene Personen, die wir nicht zu bevormunden haben. Wir haben eine Fürsorgepflicht, aber Erziehungsarbeit gehört nicht dazu. Die BewohnerInnen verlängern manchmal ein Fest, indem sie sich z. B. noch ein Bier mit aufs Zimmer nehmen, und für uns ist das in Ordnung. Bei uns dürfen sie ihre Trinkgewohnheiten beibehalten.

In unserer Einrichtung lebte schon mal eine Bewohnerin, die sehr oft kalte Hände hatte. Dagegen hatte sie ihr eigenes Heilmittel: Sie trank ein Glas Rotwein – dann würden ihre Hände wärmer, meinte sie, und außerdem sei ein Glas Wein am Abend noch schlaffördernd. Dabei ging es ihr gut. Also trank sie abends oft ein Gläschen.

Das einzige Problem entsteht, wenn ein/e BewohnerIn sich übergibt. Dann wird die Stelle gesäubert, der Mensch umzogen, die Wäsche gewaschen und das Problem ist aus der Welt geschafft. Für das Personal ist das kein Problem, allerdings ist so etwas dem Bewohner sehr unangenehm, denn er schämt sich. Ich arbeite schon länger im Heim. Als ich zum ersten Mal einer Hundertjährigen zum Geburtstag gra-

Anne Fritzsche
Sozialarbeiterin
Pflegewohnheim „Am Plänterwald“
Neue Krugallee 142
12437 Berlin
anne.fritzsche@unionhilfswerk.de

tulierte, wollte ich unbedingt von ihr wissen, wie man 100 Jahre alt wird. Die Antwort kam wie aus der Pistole geschossen: „Ich trinke seit Jahrzehnten jeden Abend ein halbes Bier und einen Schnaps dazu. Alkohol weckt Lebensgeister, deswegen bin ich so alt und guter Dinge. Das sollten Ärzte verschreiben. Ich sage es Ihnen und Sie sehen das Ergebnis."

Allerdings sehen es nicht alle Hundertjährigen so. Denn als ich zum zweiten Mal zum 100. gratulieren durfte, wollte ich mit der Bewohnerin mit einem Gläschen Piccolo darauf anstoßen. Da sagte sie zu mir: „So alt bin ich jetzt geworden, weil ich mein ganzes Leben kein Tröpfchen Alkohol zu mir genommen habe!" Daraus habe ich gelernt, dass es kein Rezept für das hohe Alter gibt.

Ich finde, in die Palliative Geriatrie gehören gewisse Prinzipien:

- Wir dürfen hochaltrige Menschen begleiten. Begleiten heißt, dass wir die zweite Geige spielen. Jeder Mensch, der bei uns einzieht, ist ein vollwertiger, würdevoller Mensch, egal in welcher Lage er oder sie sich befindet.
- Jede und jeder hat ein langes Stück Leben hinter sich. Wir haben nicht zu bestimmen, wie der Rest des Lebens verbracht werden soll. Auch nicht, was das Essen und Trinken betrifft. Unser Auftrag ist es, so viel Lebensqualität wie möglich für jeden alten Menschen zu erreichen. Ess- und Trinkgewohnheiten weiterführen zu dürfen ist ein wichtiger Teil davon. Egal, ob wir selbst sie für gut oder schlecht halten!

Zum Abschluss möchte ich Mut machen, öfter zu feiern. Denn das Leben ist zu kurz, um nicht zu feiern! Bedenken Sie: Wir feiern an einem Tag pro Jahr Geburtstag, aber warum nicht an den 364 anderen Tagen den „Nichtgeburtstag"!?

Hospizkultur und Palliative Care im Pflegeheim

Mehr als nur ein schöner Abschied

Das Modellprojekt wurde vom Dachverband Hospiz Österreich initiiert und ist wegweisend für Alten- und Pflegeheime im gesamten deutschsprachigen Raum, die zu einer an den Bedürfnissen der BewohnerInnen orientierten hospizlichen Kultur aufbrechen, um so ein gutes Leben bis zuletzt zu ermöglichen. Dieses Buch ist für Menschen und Einrichtungen, die sich auf diesen Weg machen möchten – es ermutigt, damit zu beginnen.

Das Besondere an diesem Buch ist der starke Einbezug der direkt Betroffenen. Sie kommen selbst zu Wort. Ein Interview mit einer Bewohnerin lässt uns ihre Sichtweise hören. Aber auch der Fachdiskurs, die Wissenschaftlichkeit und die Politik haben ihren bedeutsamen Platz in diesem Buch.

Hospizkultur und Palliative Care im Pflegeheim, Mehr als nur ein schöner Abschied, Hg. Hospiz Österreich,150 Seiten, kartoniert, Ludwigsburg 2012, der hospiz verlag, ISBN: 978-3-941251-55-7, Preis: Euro 19,90 (D)/Euro 19,90 (A)

Bestellungen: Tel.: 07154/13 27 37 oder www.hospiz-verlag.de

Mehr Sekt! Ein Plädoyer für Schaumwein im Pflegeheim

Dirk Müller

Ich erinnere mich noch gut an Großmutter Lotti. Sie lebte in Dobbrikow, 100 km südlich von Berlin. Jeden Abend gab es ein Ritual: 1. „Berliner Abendschau“ vom ehem. Sender Freies Berlin anschauen. 2. Umschalten auf die ARD: Tagesschau ansehen. 3. Dazu ein Piccolo, meist Kupfer-

berg Gold. Den kannten wir aus der Werbung, und die „West-Bekannschaft“ führte das Zeug mit dem Auto über die Transitstrecke ein. Ich war damals neun, zehn Jahre alt und erinnere mich noch heute gerne an dieses Ritual, an den Geruch und das perlende Geräusch in den Gläsern von Großvater und Großmutter. Wer erinnert sich nicht noch an die legendäre, familienübergreifende Werbewelt *„eine der schönsten Launen der Welt …“?*

Dirk Müller (MAS) Palliative Care
Altenpfleger (Palliative Care)
Fundraising-Manager (FH)
Projektleitung Kompetenzzentrum Palliative Geriatrie (KPG) vom UNIONHILFSWERK
www.palliative-geriatrie.de
dirk.mueller@unionhilfswerk.de

Nicht alles ist schön im Pflegeheim. Die Langeweile, unstetes Personal, das Catering (Küchen wurden in vielen Deutschen Pflegeheimen ja leider aus Kostengründen abgeschafft), die Schmerzen in den Gliedern, all das Warten auf Sinn und Spaß, manchmal nur auf den Tod. Eines aber sehe ich in den Heimen immer wieder, und das macht Laune: Die Piccolo-Flöte, gefüllt mit dem edlen Getränk. Nicht wegzudenken aus Seniorenfreizeitstätten und Pflegeheimen. Denn sie hat ihren Sinn. Sekt – ein bisschen – regt den Kreislauf an. Das Zuprosten, sich dabei tief in die Augen schauen, auch der Klang der sich berührenden Gläser, verschafft ein wohliges Gefühl.

Der berühmte Chirurg Ferdinand Sauerbruch (1875 bis 1951) soll seinen PatientInnen Anfang des 20. Jahrhunderts nach einer Operation ein Glas Sekt empfohlen haben, um den Kreislauf wieder in Schwung zu bringen. Nicht wenige ältere Hausärzte schwören als alternative Behandlung noch heute darauf. Gerade bei älteren PatientInnen wird der Kreislauf durch etwas Sekt angeregt. Aufgrund der im Schaumwein enthaltenen Kohlensäure gelangt der Alkohol schnell ins Blut und kann dort die Gefäße – gerade die der Gesichtshaut – weiten. Das ist gut für den Teint, wo doch so viele alte Menschen so blass sind.

Ich jedenfalls biete in den Heimen oder Freizeitstätten gerne mal ein Sektchen an. Das löst die Lippen und fördert zudem die Energie, Spaß- und Flüssigkeitsbilanz. Alte Menschen mögen das zumeist – selbst die dementen und sterbenden. Auf einem Weihnachtsmarkt berichtete einer unserer Sterbebegleiter im Hospizdienst Palliative Geriatrie vom Sekttrinken am Sterbebett zum Jahreswechsel – in diesem Fall mittels Schnabeltasse. Dass Sekt für die Mundpflege wunderbar geeignet ist, versteht sich von selbst. Das wird auch in unseren Palliative-Care-Kursen gerne zelebriert.

Ich erinnere mich an unsere palliativgeriatrische Stadtrundfahrt, sie endete in einem Pflegeheim. Hier hörten wir Musik und den Vortrag eines palliativ-geriatrischen Hausarztes. Dazu gehörten natürlich Schnittchen und Sekt. Als wir dann zu fortgeschrittener Stunde beieinander standen und Sekt tranken, gesellten sich einige ältere, orientierte und nicht orientierte Damen in die Feierstimmung. Selbstverständlich luden wir die Damen zum Sekt ein. Es machte kling, es sprudelte – und die Geschichten auch. Ach, das war ein netter Abend für alle. Eine Dame setzte sich zu fortgeschrittener Stunde ans Klavier, wir sangen mit und waren glücklich. Auf dem Klavier stand: ein Gläschen Sekt …

Kulinarischer Genuss in allen Lebenslagen

Evi Habscheid
Jang Hamen

Stellen Sie sich vor: Sie bekommen die Menükarte im Restaurant vorgelegt und darauf sind nur vier puddingähnliche Gerichte zu finden. Also gleiches Aussehen, gleiche Textur, nur der Geschmack ändert sich je nach Wochentag. Jetzt einmal ehrlich: Würden Sie dieses Restaurant nochmals aufsuchen oder sogar weiterempfehlen? Wohl kaum.

Und doch geht es so vielen älteren Menschen, die in Einrichtungen leben und die mit Sonden-Nahrung ernährt werden. In unserer Einrichtung sind wir nicht aus Prinzip gegen Sonden-Ernährung, aber gegen den Umstand, dass allzu schnell auf diese zeitsparende Ernährungsform zurückgegriffen wird. Denn es gibt durchaus eine Alternative zur Sonden-Ernährung. Lesen Sie auf den folgenden Seiten die Erfolgsstory: „Angepasste Kostformen für Menschen auf den Wohnbereichen in unserem Altenpflegeheim“ oder anders ausgedrückt: „Kulinarischer Genuss in allen Lebenslagen“!

Ab 2007 kamen immer mehr Bewohner zu uns, die massive Schluckbeschwerden oder andere Pathologien vorwiesen, wodurch eine normale Zuführung der Nahrung in Frage gestellt war. Zusammen mit dem Küchenleiter, Dominique Thiriet, versuchten wir herauszufinden welche Möglichkeiten wir haben, diesen Menschen ein Angebot der angepassten Nahrungsaufnahme zu machen.

Herr Thiriet gab zu bedenken, dass es ihm an Kenntnissen und Erfahrung in diesem Bereich fehle. Er schlug vor, einen Fortbildungskurs zu belegen, um adäquat auf die Situation eingehen zu können. So nahm Herr Thiriet 2008 am Kurs „Vom Koch zum Heimkoch“ in Deutschland teil. Der Leiter des Kurses, Markus Biedermann – ein Schweizer Gastronom –, wusste mit seinem Wissen über die verschiedensten Texturen und deren Herstellung zu überzeugen und sorgte für die nötige Motivation bei den Kursteilnehmern.

Nach dem Kurs setzte sich Herr Thiriet mit seinen Vorgesetzten zusammen um zu erläutern, wie er dieses Projekt in die Tat umzusetzen gedachte. Zusammen mit der Direktion vervollständigte er den Bedarf an zusätzlichem Material für die Küche. Ab diesem Zeitpunkt zauberte er mit seinen Arbeitskollegen in der Küche die verschiedensten Texturen der Speisen, um jedem Bewohner die Möglichkeit zu geben, seine Nahrung „normal“ über den Mund zu sich zu nehmen. Auf den Fotos sehen Sie die verschiedenen Texturen:

„Normales Essen“

Püriertes Essen

Dickflüssiges Essen

Unterstützung bekam Herr Thiriet auch durch die im Haus tätige Logopädin, Frau Kristina Wüstner, die ihm wertvolle Tipps zu den Möglichkeiten der Essensaufnahme bei den verschiedenen Bewohnern geben konnte.

Die verschiedensten Texturen wurden in der Küche hergestellt und appetitlich angerichtet; schließlich isst das Auge ja mit. Das adaptierte Essen wurde anschließend auf die Wohnbereiche ausgeliefert. Allerdings zeigte sich hier ein anderes Problem: aus Unkenntnis über die verschiedenen Verpflegungsformen wurden die einzeln angerichteten Komponenten vom Pflege- und Betreuungspersonal vermischt. Mit dem Ergebnis, dass die Bewohner ein puddingähnliches Gericht in undefinierbarer Farbe serviert bekamen. Also mussten die Mitarbeiter auf den Wohnbereichen besser informiert und geschult werden. Herr Thiriet bot dem Pflege- und Betreuungspersonal eine spezifische Weiterbildung zu diesem Thema an. Er zeigte ihnen anhand von adaptierten Speisen, welche Möglichkeiten die Küche bieten kann und wie das Personal auf den Wohnbereichen die Speisen servieren sollte. Das Staunen auf der Seite des Pflege- und Betreuungspersonals war riesig und der Bann war gebrochen. Ab diesem Zeitpunkt konnten wir sicherstellen, dass die exzellente Qualität, die von der Küche geliefert wurde, auch beim Bewohner ankam.

Was können wir anbieten?

Normales Essen, davon abgeleitet püriertes Essen, davon abgeleitet passiertes Essen, davon abgeleitet dickflüssiges Essen bis hin zum Espuma (Schaum). Es werden immer die gleichen Essenszutaten verwendet. Der Bewohner erhält also das gleiche Essen, nur in einer anderen Textur, die seiner Pathologie angepasst ist. Für Menschen mit einer Demenz, Agnosie oder Apraxie stellen wir appetitlich angerichtetes Fingerfood zur Verfügung. Neben diesen Texturen ermöglichen wir auch Bewohnern, die gar nichts mehr schlucken können (meist in der terminalen Phase), noch den Genuss und den Geschmack ihrer Lieblingsspeisen. Hierzu stellen die

Jang Hamen
Erzieher, Direktor, Elisabeth – Claire asbl – Maison de soins Sacré-Coeur – Diekirch
jang.hamen@elisabeth.lu

Evi Habscheid
Hoteldienstleiterin, Altenpflegeheim Sacré-Coeur
18, rue de l'hôpital
L-9244 Diekirch
evi.habscheid@elisabeth.lu

Dominique Thiriet
Küchenleiter, Altenpflegeheim Sacré-Coeur
18, rue de l'hôpital
L-9244 Diekirch
dominique.thiriet@elisabeth.lu

Mitarbeiter der Küche „Air“, also Luft, her. Es entstehen Schäume, die nur einen intensiven Geschmack, aber keine festen Nahrungsmittel im Mund hinterlassen.

„Air“ Luft

Bewohnern mit erhöhtem Kalorienbedarf bieten wir unser „petit déjeuner“, also ein „kleines Frühstück“ an. Die aufgeschäumte Flüssigkeit besteht aus: Kaffee, Milch, Zucker, Sahne, Honig, Brot, Butter, Marmelade und Puddingpulver. Der Bewohner kann so die notwendigen Kalorien geschmackvoll zu sich nehmen.

„petit déjeuner“ kleines Frühstück

Fazit unserer Erfahrungen:

Neben einem geringen finanziellen Aufwand bedarf es der Motivation und Durchhaltekraft des Küchenpersonals und des Küchenchefs, sowie der Unterstützung der Direktion, um ein solches Projekt durchzuziehen.

Sieht man allerdings die leuchtenden Augen der Bewohner, die trotz ihrer Pathologien oder Behinderungen ihre Speisen normal zu sich nehmen können, ist alle Mühe vergessen und man geht mit noch größerer Motivation an die Weiterführung des Projektes heran.

Dank dieser Erfahrungen gibt Dominique Thiriet inzwischen seine Erkenntnisse und seinen Wissensschatz in Fortbildungen weiter, sowohl in Luxemburg als auch im benachbarten Ausland.

2016 wurden unsere Bemühungen mit einem 1. Preis belohnt, den wir vom Luxemburgischen Familienministerium im Rahmen eines Wettbewerbs der besten Projekte einer würdevollen Palliativpflege verliehen bekamen.

Lesen ist gut, ausprobieren ist besser. Gerne stehen wir für einen Besuch mit fachlichem Austausch in unserer Einrichtung zur Verfügung.

Der palliativgeriatrische Pflegetipp: Essen und Trinken hält Leib und Seele zusammen

Gerda Schmidt

Essen und Trinken sind existentielle Grundbedürfnisse, die im Laufe eines Lebens einem starken Wandel unterliegen. Besonders am Lebensende verändert sich die Wertigkeit.

Alte Menschen haben oft wenig bis keinen Durst, der Kalorienbedarf sinkt – es ist erstaunlich, mit wie wenig Flüssigkeit und Nahrung alte Menschen oft noch gut und lange leben. Wenn Menschen am Lebensende weniger Nahrung zu sich nehmen, kann das viele Ursachen haben. Das Thema „Ernährung“ ist bei Angehörigen und Pflegepersonen sehr stark emotional besetzt.

Gerda Schmidt
DGKS, MAS Palliative Care
Wohnbereichsleitung und stellvertretende PDL im CS Pflege- und Sozialzentrum Pramergasse, 1090 Wien
www.cs.or.at
gerda.schmidt@cs.or.at

In diesem Pflegetipp möchte ich einfach ein paar Ideen auflisten, wie Essen bei alten (und an Demenz erkrankten) Menschen vielleicht gelingen kann.

- Viele alte Menschen haben im Alter Zahnprothesen oder vielleicht gar keine Zähne mehr. Auch die Kaumuskulatur wird schwächer. Harte Speisen können dann nicht mehr gekaut werden. Vielleicht ist es sogar notwendig, Breikost zu verabreichen. Die muss aber nicht unappetitlich aussehen. Das Auge isst mit. Mithilfe kleiner Förmchen kann man Breikost nett zubereiten und mit Soßen dekorativ am Teller anrichten.
- Alte Menschen können vielleicht ein in Stücke geschnittenes Butterbrot wunderbar alleine essen. Essen mit Besteck überfordert sie. Mithilfe von Gelatine kann man viele Speisen als Fingerfood aufbereiten (z.B. in Eiswürfelbehältern), sodass diese Menschen noch alleine und in ihrem Tempo essen können.
- Gelenksteifigkeit ist ein häufiges Übel im Alter und betrifft auch die Fingergelenke. Dadurch fällt es vielleicht schwer, das Besteck zu halten. Wenige Minuten Fingerübungen vor einer Mahlzeit können da Erleichterung schaffen.
- Jeder Mensch hat seine eigene Essbiografie – es macht Sinn, sich damit zu beschäftigen.
- Menschen mit einer dementiellen Erkrankung können den Sinn von Worten oft nicht mehr erfassen. Sie können nicht entscheiden, wenn man ihnen verbal Speisen zur Auswahl nennt. Zeigt man ihnen zwei verschiedene Speisen auf Tellern oder Fotos von Speisen, die zur Auswahl stehen, fällt ihnen die Entscheidung vielleicht leichter.
- Essen in Gesellschaft fördert den Appetit – glauben wir! Menschen mit Demenz sind dadurch aber vielleicht überfordert, weil sie zu sehr abgelenkt sind und nicht die nötige Aufmerksamkeit haben, sich auf ihr Essen zu konzentrieren. Sie beobachten andere, vergessen ihr Essen. Dann wird es kalt und schmeckt nicht mehr. Für manche ist es besser, in der Essenszeit viel Ruhe und keine Ablenkung zu haben. Dass ein laufender Fernseher oder Plaudergespräche der Pflegepersonen während der Essenszeit im Gemeinschaftsraum fehl am Platz sind, muss hier nicht extra erwähnt werden.
- Gerne decken wir den Tisch so, dass alles nötige Besteck, Serviette und Getränk vor Beginn der Mahlzeit am Essplatz bereit sind. Menschen mit Demenz kann das überfordern. Sie löffeln dann den Saft in die Suppe oder umgekehrt. Da macht es Sinn, zur Suppe nur den Suppenlöffel aufzudecken und den Dessertlöffel erst mit dem Dessert zum Tisch zu bringen.

- Wenn jemand sehr müde ist, kaum die Augen und den Mund öffnet, kann das Massieren des Mittelfingers von der Fingerspitze in Richtung Hand für 1-2 Minuten vor dem Verabreichen von Essen die Wachheit fördern.
- Ein Ausstreichen der Kaumuskulatur, des Zungengrundes und ein Streichen über den Kehlkopf unterstützen beim Kauen und Schlucken. (Gerade zum Essen und Trinken kann man im Rahmen eines Kurses für Basale Stimulation viele Anregungen bekommen, die den Arbeitsalltag erleichtern und die Lebensqualität von alten Menschen verbessern können.)
- Beläge im Mund, unangenehmer Geschmack im Mund fördert nicht den Appetit. Vielleicht ist Mundpflege VOR einer Mahlzeit manchmal sinnvoller und wichtiger als danach.
- Kleine Portionen, appetitlich angerichtet, und frische Luft fördern den Appetit.
- Alte Menschen essen oft lieber süße Speisen als pikante. Das liegt wohl daran, dass die Geschmacksempfindung für Süßes länger erhalten bleibt als für die anderen Geschmacksrichtungen.
- Die Verwendung von Hilfsmitteln wie gebogenes Besteck, Besteck mit verdickten Griffen, Schnabelbecher oder –tassen, Teller mit erhöhtem Rand, ... werden hier nur der Vollständigkeit halber erwähnt.
- Die Verabreichung von gemörserten und z. B. mit Marmelade oder Joghurt vermengten Medikamenten zu Beginn einer Mahlzeit will gut überlegt sein. Wenn der erste verabreichte Löffel einer Mahlzeit unangenehm schmeckt, senkt das sicher die Motivation, bei einem weiteren Angebot den Mund zu öffnen.

Die Tipps entbehren jeden Anspruch auf Vollständigkeit. Viele Pflegende haben in vielen Berufsjahren viel Erfahrung gesammelt. Aber vielleicht ist ja der eine oder andere Tipp es wert, ihn auszuprobieren! Viel Spaß dabei!

Kurz notiert!

Interdisziplinärer Lehrgang für Palliative Geriatrie 2017/18 in Fachpartnerschaft mit der FGPG gestartet

14 Teilnehmende aus Deutschland, Österreich und der Schweiz fanden am 29. Mai 2017 den Weg nach Bern ins Zentrum Schönberg. In der ersten Lehrgangswoche erlernten, reflektierten und diskutierten die Teilnehmenden die vielfältigen Aspekte von Palliativer Geriatrie. Spezifische Themen wie die Sorgekultur, der verletzliche Mensch oder die Spiritualität im Alter waren ebenso Gegenstand der fachlichen Auseinandersetzung der Studierenden. Auch wurden erste Schritte bzgl. eines begleiteten Praxisprojektes in Angriff genommen.

Die Praxisorientierung im Unterricht sowie die methodische Abwechslung zwischen Referaten, Gruppenarbeiten und Plenumsdiskussionen schätzten die Teilnehmenden sehr. Die nächsten Blöcke des aktuellen internationalen Lehrgangs finden nun in Wien und anschließend in Berlin statt.

Der Lehrgang für „Palliative Geriatrie – Alte Menschen und Sorgekultur“ wird in Kooperation zwischen der IFF Wien, dem Kompetenzzentrum Palliative Geriatrie Berlin und dem Zentrum Schönberg, Bern, mit der Expertise der Fachgesellschaft Palliative Geriatrie angeboten und findet in den Hauptstädten Deutschlands, Österreichs und der Schweiz statt.

Termine für den nächsten Kurs 2018 sind:

11.-15.06.2018 in Bern
05.-09.11.2018 in Wien
18.-22.03.2018 in Berlin

Weitere Informationen erhalten Sie unter Tel. +49 30 42265833 oder per Mail an bildung@palliative-geriatrie.de.

Veranstaltungskalender

Bundesweit

Mitgliederversammlung FGPG
(Mitglieder werden postalisch benachrichtigt)
Veranstaltungsort: Konrad-Adenauer-Stftung, Berlin
05.10.2017
17:00–19:30 Uhr

12. Fachtag Palliative Geriatrie
Tagungsleitung Dirk Müller
Veranstaltungsort: Konrad-Adenauer-Stftung, Berlin
06.10.2017
09:00–17:00 Uhr

Fachgesellschaft für Palliative Geriatrie (FGPG) e.V.
Geschäftsstelle
Kimmichsweilerweg 56
73730 Esslingen
Tel.: 0711/31 08 73 41

Baden-Württemberg

Stuttgart

Akademie für Fort- und Weiterbildung in allen Bereichen der Hospizkultur, Palliative Care, Palliativmedizin und Trauerbegleitung.

Unsere aktuellen Veranstaltungen und weitere Informationen finden Sie im Internet unter: www.elisabeth-kuebler-ross-akademie.eu

Wir schicken Ihnen auch gerne unser aktuelles Bildungsprogramm 2017 als Printexemplar zu.

HOSPIZ STUTTGART
Für Kinder, Jugendliche & Erwachsene
Elisabeth-Kübler-Ross-Akademie®
Hausanschrift: Relenbergstr. 90, 70174 Stuttgart
Postanschrift: Stafflenbergstraße 22, 70184 Stuttgart, Tel.: 0711/237 41 53
akademie@hospiz-stuttgart.de

Bayern

München

Palliative Care für Mitarbeitende in der Behindertenhilfe (160h)
Barbara Hartmann MSc
ab 11.09.2017

Das Fremde verstehen
Sterben, Tod und Trauer im Islam
Christian Fischer
Yasemin Günay
Dr. Abdul Nasser Al-Masri
20.–21.11.2017

CHRISTOPHORUS AKADEMIE
Klinikum der Universität München
Klinik und Poliklinik für Palliativmedizin
Christophorus Akademie für Palliativmedizin
Palliativpflege und Hospizarbeit
Marchioninistr. 15, 81377 München
Tel. 089/4400 77930, Fax: 089/4400 77939
christophorus-akademie@med.uni-muenchen.de
www.christophorus-akademie.de

Nürnberg

Qualifizierung zum Trauerbegleiter
(Große Basisqualifizierung zertifiziert vom BVT)
Kursleitung: Regine Rudert-Gehrke
Ab 21.09.2017

Palliative Care Kurs für Pflegende
Der Kurs umfasst 160 Stunden und entspricht den Anforderungen nach §39a SGB V.
Kursleitungen sind Stefan Meyer und Marcus Hecke
16.10.–20.10.2017
22.01.–26.01.2018
23.04.–27.04.2018
16.07.–20.07.2018

12. Fachtag Demenz und Sterben
„Lebensfreude am Lebensende“
Weitere Informationen unter www.hospizakademie-nuernberg.de
24.11.2017

Qualifizierung zum Gesprächsbegleiter BVP
Kursleitung
Prof. Dr. Dr. Berend Feddersen
Dr. Sabine Petri
Ab 18.01.2018

Akademie für Hospizarbeit und Palliativmedizin Nürnberg
Deutschherrnstr. 15-19, 90429 Nürnberg
Tel.: 0911/89120530
Fax: 0911/89120538
info@hospizakademie-nuernberg.de
www.hospizakademie-nuernberg.de

Berlin

Berlin

Palliative Praxis – Weitergedacht! Praxisworkshop	14.09.2017 09:00–17:00 Uhr	
Humor in der Sterbebegleitung Praxisworkshop	28.09.2017 10:00–17:00 Uhr	
Lebensgeschichtlich begleiten Praxisworkshop	05.10.2017 09:00–17:00 Uhr	
12. Fachtagung Palliative Geriatrie Tagungsleitung Dirk Müller	06.10.2017 09:00–17:00 Uhr	
Rituale passend entwickeln Praxisworkshop	11.10.2017 09:00–17:00 Uhr	KPG *Bildung* Richard-Sorge-Straße 21 A 10249 Berlin Tel.: 030/42265838 Fax: 030/42265835 bildung@palliative-geriatrie.de www.palliative-geriatrie.de/bildung
Gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase BeraterInnenschulung (Rahmenvereinbarung §132g Abs.3 SGB V) I Kurs	16.10.–20.10.2017 09:00–17:00 Uhr zzgl. vier bis sechs begleitete Beratungs-gespräche	
Curriculum „Palliative Praxis" Kurs (40 h)	Termine nach Vereinbarung	
Zusatzqualifikation Palliative Care für Pflegeberufe Zusatzqualifikation	04.09.–08.09.2017 04.12.–08.12.2017 19.02.–23.02.2018 14.05.–18.05.2018 jeweils 9:00–17:00 Uhr	

Fallbesprechungen effektiv und strukturiert moderieren	19.10.2017 9:00–16:00 Uhr	Wannsee – Akademie Berlin Zum Heckeshorn 36 14109 Berlin Tel.: 030/80686020 Fax: 030/80686404 wannseeakademie@wannseeschule.de www.wannseeschule.de
Advance Care Planning	07.11.2017 9:00–12:00 Uhr	
Andere Länder – andere Sitten?! Umgang mit kulturell unterschiedlichem Schmerzverhalten	09.11.2017 9:00–16:00 Uhr	
Nicht sterben können?! Umgang mit Defi und Herzschrittmacher im palliativen Bereich	10.11.2017 9:00–12:00 Uhr	
Das „Rundum-Sorglospaket" Rechtsfragen der Sterbebegleitung	12.12.2017 9:00–16:00 Uhr	
Mehr Kraft und Lebensfreude durch tibetisches Heilyoga Kum Nye Übungen aus der tibetischen Medizin	14.10.2017 9:00–16:00 Uhr	

Brandenburg

Potsdam

Natur-Seminar für Gesundheitsberufe Besonders geeignet für alle, die Palliativpatienten betreuen Kursleitung: Dr. Nanett Baehring **Potsdam**	21.10.–22.10.2017	König und May GbR Jägerallee 28 14469 Potsdam Tel.: 0331/20056520 Fax: 0331/20056522 info@km-potsdam.de www.km-potsdam.de

Organe und ihre Lebensthemen „Seminar für Gesundheitsberufe, die Schwerkranke und sterbende Menschen pflegen und begleiten“ Dr. Nanett Baehring & Jessica Dietrich **Veranstaltungsort: Kloster Lehnin**	11.11.–12.11.2017
Palliative Care Plus (3 Tage) für Absolventen des Basiskurses **Veranstaltungsort: Kloster Lehnin**	17.–19.11.2017
Algesiologische Fachassistenz Pain-Nurse m. S. Tumorschmerz/Palliative Care Kursleitung: Dr. Nanett Baehring **Veranstaltungsort: Potsdam**	Basiskurs: 29.11.–30.11.2017 Aufbaukurs: 23.01.–24.01.2018
Palliative Care Basiskurs für Pflegende 160 Std. in 4 Blockwochen (Mo – Fr) nach dem Curriculum der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin Fachliche Kursleitung: Brigitte Prieske zertifiziert gemäß § 39a SGB V **Berlin – Potsdam – Kloster Lehnin**	06.11.–10.11.2017 19.02.–23.02.2018 28.05.–01.06.2018 20.08.–24.08.2018
„Der Schwierige Angehörige …“ für Gesundheitsberufe, die Schwerstkranke und sterbende Menschen pflegen/begleiten Dr. Nanett Baehring & Jessica Dietrich **Veranstaltungsort: Kloster Lehnin**	23.–24.02.2018
Palliative Care und Hospizarbeit Basiqualifizierung 40 Std. Kurs Fachliche Kursleitung: Brigitte Prieske **Veranstaltungsort: Potsdam**	29.01.–31.01.2018 und 08.03.–09.03.2018

Kongress König im Gesundheitswesen Management May

König und May GbR
Jägerallee 28
14469 Potsdam
Tel.: 0331/20056520
Fax: 0331/20056522
info@km-potsdam.de
www.km-potsdam.de

Anmeldung 1. Ball der AltersHospizarbeit

UNION HILFS WERK — KOMPETENZ ZENTRUM PALLIATIVE GERIATRIE Bildung · Pflege · Hospiz

PERSÖNLICHE ANGABEN

Vorname

Name

Straße

PLZ/ Ort

Telefon

E-Mail

Bestellung von Karten (Anzahl)

* Angaben nur bei Rechnung an Institutionen erforderlich

ANGABEN INSTITUTION*

Träger/ Firma

Träger/ Firma

Straße

PLZ/ Ort

Telefon

E-Mail

Unterschrift

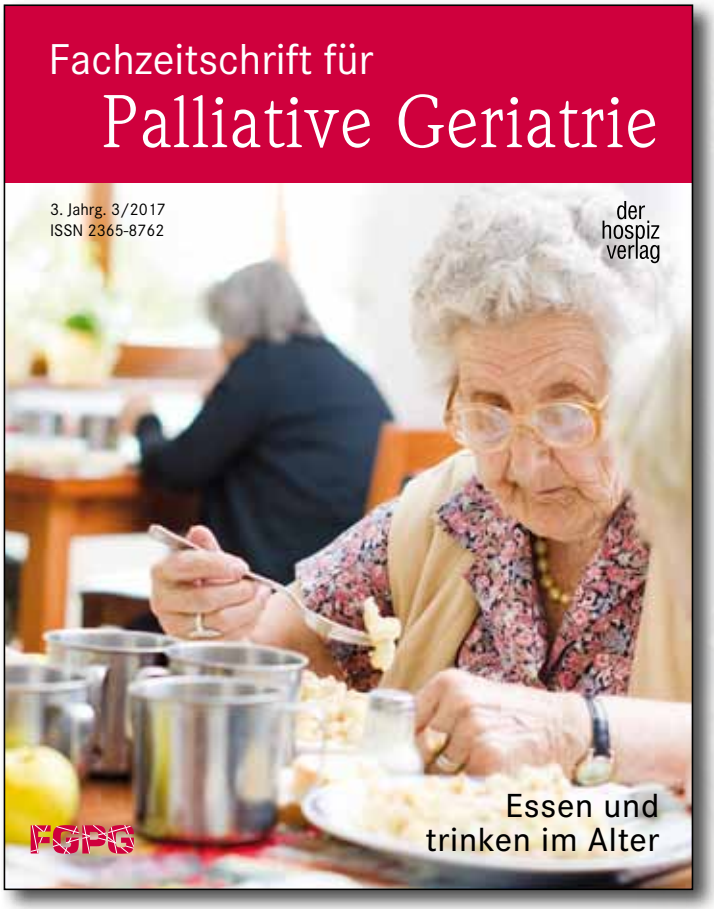
Die Rechnung soll gestellt werden an

☐ Privatperson ☐ Institution

An

Kompetenzzentrum Palliative Geriatrie - KPG
vom UNIONHILFSWERK

Richard-Sorge-Straße 21 A
D 10249 Berlin



Themen 2017

1/17 Sterben mit Demenz
2/17 Frühlingsgefühle
3/17 Trinken & Essen
4/17 Übergänge

Fachzeitschrift für
Palliative Geriatrie

Einzelabonnement:
4 Ausgaben p.a. € 55,00
zzgl. Versand € 7,50 (D)/€ 16,00 (international)

Einzelausgaben: € 15,00
zzgl. Versand € 1,90 (D)/€ 4,00 (international)

Bestellungen unter: www.hospiz-verlag.de

Erster Ball der AltersHospizarbeit vom KPG am 6. Oktober 2017 im Ballhaus Berlin

Palliative Geriatrie und AltersHospizarbeit bereiten nicht nur freudvolle Arbeit, sondern auch Spaß. Das beweist eine immer größer werdende KPG-Community mit zahlreichen Haupt- und Ehrenamtlichen und vielen UnterstützerInnen.

Anlässlich der Fachtagung Palliative Geriatrie Berlin und der Mitgliederversammlung der deutschsprachigen Fachgesellschaft Palliative Geriatrie präsentiert das Kompetenzzentrum Palliative Geriatrie (KPG) erstmals den „1. Ball der AltersHospizarbeit". Im legendären, 1905 erbauten, Ballhaus Berlins findet unser neuer Ball statt. Das Haus ist seit den 20ern das Berliner Tanzlokal mit Tradition. Ein passender Ort für die Lebensfreude von Palliativer Geriatrie und AltersHospizarbeit.

Wir spielen für Sie Tanzmusik, von Evergreens bis zu den aktuellen Hits. Und das bis in die Nacht. Eintänzer sind im Saal. Zwischendurch unterhalten Sie z. B. die Sängerin und Entertainerin Luci van Org, die Tanz-Crew AnnimatriXX, die Chansonette Tina Chevall, die Schauspielerin Ursela Monn und die Pfisterin & Band. *Die Plätze sind beschränkt, reservieren Sie bald!*

Termin: Freitag, 6. Oktober 2017, 20:00 bis 02:00 Uhr
Ort: Ballhaus Berlin, Chausseestraße 102, in 10115 Berlin-Mitte (U6 Naturkundemuseum)
Eintritt: 29,90 € p. P. (incl. Show, Buffet und Getränkeauswahl).
Info's & Anmeldung: Tel: +49 30 42265838, https://www.palliative-geriatrie.de/de/spenden-helfen/ball-der-altershospizarbeit
Kleiderordnung: leger