Dr. Wolfgang Kramer
Haberlandstr. 6
10779 Berlin
Tel.: 030 / 211 99 34
E-mail: *dr.wolfgangkramer@alice-dsl.net*
Home: *www.wolfgang-kramer.net*

Freitag, den 21. September 2012

Wegweiser zum Vortrag auf dem Brandenburger Aktionstag zum Weltalzheimertag im Fontane-Klub, Ritterstr. 69 am Freitag, dem 21. September 2012 in der Zeit von 14.30 Uhr bis 15.30 Uhr:

„Zu Tisch bitte“ – Zur Alltagssituation des Essens bei demenzerkrankten Menschen

Inhalt:

1. Zur Bedeutung des Essens.

2. Die Ernährungssituation von demenzerkrankten Menschen. Was meint der Begriff „Malnutrition“?

3. Welche Probleme der Nahrungsaufnahme können bei demenzerkrankten Menschen auftreten?

   3.1 Allgemeine Überlegungen
   3.2 Essensverweigerung von schwer demenzerkrankten Personen.
   3.3 Unkontrolliertes Essen.

4 Anregungen und Hilfestellungen für die Begleitung von demenzerkrankten Menschen bei der Nahrungsaufnahme

5 Essen als „basale Stimulation“
   5.1 Was bedeutet „basale Stimulation“?
   5.2 „Essen reichen“
   5.3 Essengruppen mit demenzerkrankten Menschen
   5.4 Fingerfood für demenzerkrankte Menschen
   5.5 Kochen am Bett von demenzerkrankten Menschen

1 Zur Bedeutung hat das Essen?

- Essen ist notwendig zur Selbsterhaltung.
- Essen ist ein sozialer Akt.
- Essen ist eine zentrale tagesstrukturierende Maßnahme.

Resümee: Essen bzw. die Ernährung zielt nicht nur auf das Satt werden, sondern auch auf die Lust am Geschmack, am Duft, an der Beziehung, am Leben.

Von daher spielt die Essbiografie des demenzerkrankten Menschen eine äußerst wichtige Rolle.

Um die Lebensqualität des demenzerkrankten Menschen zu verbessern, ist es unabdingbar, zu wissen, aus welcher Region die betreffende Person kommt, welche Esstraditionen in der Familie gepflegt wurden und was er am liebsten isst.

2 Die Ernährungssituation von demenzerkrankten Menschen

Viele dementiell erkrankte Menschen sind sowohl untergewichtig als auch mangelernährt.
Laut einer Studie der Deutschen Gesellschaft für Ernährung e.V. wurden 25 % von über 75-jährigen, die eine Klinik aufgesucht haben, als mangelernährt beurteilt.

Wie bei allen anderen Erscheinungsbildern der Demenz ist der Verlauf auch hier individuell sehr unterschiedlich, so kann eine Störung im Essverhalten auch gegenteilig ausfallen, die Betroffenen haben z.B. kein Sättigungsgefühl mehr, vergessen, dass sie vor wenigen Minuten Nahrung zu sich genommen haben.

Am häufigsten jedoch treten Symptome der Mangelernährung auf. Austrocknen durch Flüssigkeitsverlust und Unterernährung können lebensgefährlich sein. Der Begriff **„Malnutrition“** beschreibt das Ungleichgewicht zwischen der Nahrungsaufnahme und dem Bedarf des Körpers an Nährstoffen und Energie. Das Ungleichgewicht kann infolge mangelnder Zufuhr oder erhöhtem Bedarf des Körpers entstehen.

Für Mangelernährung gibt es verschiedene Ursachen:

- Fehlende oder schlecht sitzende Zähne gelten als Risikofaktor.
- Eine Depression und eine beginnende Demenz führen bei den Betroffenen häufig zu einer Malnutrition.
- Bei demenzerkrankten Menschen kommt es meist parallel zu der Krankheit zu einer Gewichtsabnahme, obwohl die Kalorienzufuhr im Vergleich zu gesunden Menschen nicht vermindert ist.

- Im späteren Verlauf der Erkrankung treten Störungen im Schluckakt auf, was zu einer weiteren Beeinträchtigung der Nahrungsaufnahme führt.

Gewichtsabnahme und Unterernährung führen primär zu einem schlechteren Gesundheits- und Allgemeinzustand. Dies zeigt sich als allgemeine Schwäche, Müdigkeit und Antriebslosigkeit.
Durch den Verlust von Muskelmasse und Körperprotein werden die Geh- und Bewegungsfähigkeit stark beeinträchtigt. Es besteht ein höheres Risiko für Frakturen bei Stürzen infolge fehlender Fettpolster.
Die Funktionsfähigkeit des Geistes ist abhängig von ausreichender Energie- und Vitaminversorgung. Bei andauerndem Mangel an Vitamin B 1, B 6, B 12, Niacin, Pantothensäure, Folsäure und Vitamin E kann es zu neurologischen Störungen und Defiziten der kognitiven Fähigkeiten und Lähmung der Extremitäten kommen.

3 Welche Probleme können während der Nahrungs-aufnahme beidemenzerkrankten Menschen auftreten?

3.1 Allgemeine Überlegungen

- Probleme mit der Zahnprothese, mangelnde Mundhygiene, Mundtrockenheit.

- Die motorische Unruhe bei einem Teil der Betroffenen (plötzliches Aufspringen, Weglaufen).

- Verlangsamung der Handlungen. Mahlzeiten verzögern sich durch gestörte Motorik und verringerte Gedächtnisleistungen.

- Dementiell bedingte Schluckbeschwerden.

- Chronische Schmerzen.

- Appetitlosigkeit bei depressiver Verstimmung oder durch Medikamente wie z.B. Neuroleptika oder Antidementiva.

- Die Funktion von Messer, Gabel, Löffel als Mittel zur Essensaufnahme wird nicht mehr erkannt.

- Der Mund wird nicht mehr als Organ zur Nahrungsaufnahme wahrgenommen.
- Das Nahrungsangebot wird nicht mehr als solches erkannt.

- Aufgrund eines verminderten Antriebes beginnen Demenzerkrankte oft nicht selbständig mit dem Essen.

- Durch eine Demenzerkrankung verändert sich das Hunger- und Durstgefühl.

Über- oder Mangelernährung und Austrocknung können die Folge sein.

- Bei vielen Demenzerkrankten Menschen verändert sich der Geschmackssinn. Oft vergeht dadurch die Lust am Essen. Was können Sie dagegen tun? Spaziergänge vor dem Essen und intensiveres Würzen der Speisen, vielleicht auch mit aromatischen Ölen und Fetten, sind wirksame Maßnahmen.

3.2 Essensverweigerung von schwer demenzerkrankten Personen

Bei schwer demenzerkrankten Personen kommt es gelegentlich vor, dass diese die Nahrung verweigern, z.B. indem sie den Mund nicht öffnen oder das eingegebene Essen nicht herunterschlucken und möglicherweise wieder ausspucken.

Hält dieser Zustand über mehrere Tage an, bedarf es einer Entscheidung über das weitere Vorgehen, bei dem folgende Regelungen zu treffen sind:

1. „Person am Leben erhalten“: ausreichende Ernährung gewährleisten.
2 Menschenwürde achten und keine unnötigen Leiden zufügen.

RICHTLINIEN:

1. Feste **Bezugspersonen zuordnen**, die jeweils das Essen eingeben. **Kein ständiges Wechseln!** Geduld und persönliche Zuwendung durch vertraute Personen sind die beste Vorbeugung und Therapie bei Essverweigerung.

2. Frühere Ess- und Trinkgewohnheiten oder besonders geeignete Darreichungsmethoden und Hilfsmittel in Erfahrung bringen und berücksichtigen (z.B. Gespräche mit Angehörigen, eigene Beobachtungen, Versuch und Irrtum).

3. Diesbezügliche Erfahrungen regelmäßig im Team austauschen und für alle sichtbar dokumentieren.

Bei Verweigerung:

4. Zunächst versuchen, **die Ursachen für die Verweigerung herauszufinden**: Was ist anders als sonst? Schmeckt dem Kranken das Essen womöglich nicht, oder könnte ihn etwas an der Atmosphäre oder an meinem Verhalten stören?

5. Falls möglich, Ursache ausschalten. Falls nicht möglich, Essenseingabe abbrechen und zu einem späteren Zeitpunkt erneut versuchen.
   Wenn sich der Kranke ohne erkennbaren Grund permanent weigert, so dass eine Mangelernährung befürchtet werden muss:

6. Gemeinsam mit den Kollegen nach einer allgemein akzeptierten Lösung suchen, die keine Zwangsernährung bedeutet.

   Führt auch diese Lösungsbemühung nicht zum Erfolg:

7. Konfliktgespräch mit allen Beteiligten veranlassen (zuständige Pflegepersonen, Ärzte und Angehörige): Gemeinsam nach einer allgemein vertretbaren Lösung suchen und das Ergebnis protokollieren.

8 Ob und welche Zwangsernährungsmaßnahme getroffen wird, darf nicht von der einzelnen Pflegeperson alleine entschieden werden. Nase zuhalten, Mund aufzwingen u.a.m. sind bereits Zwangsmaßnahmen!

9 Da die Essenseingabe bei schwer demenzerkrankten Menschen meist als unangenehme und belastende Pflegeaufgabe erlebt wird, sollte man sich im Team regelmäßig hierbei unterstützen (Problemgespräche, Supervision). Ein ständiger Wechsel oder das Delegieren an weniger qualifizierte Pflegepersonen ist keine Lösung, sondern nur eine Verlagerung des Problems.

10 Nicht auszuschließen ist aber auch bei an Demenz Erkrankten, die sich häufig verbal nicht mehr äußern können, der Wille, nicht mehr leben zu wollen. Es erfordert viel Einfühlungsvermögen, herauszufinden, ob hier die Ursache liegt.

Diesem Wunsch gerecht zu werden, zum richtigen Zeitpunkt, das Recht auf Sterben wahrzunehmen und zu helfen, in Würde zu sterben, ist oft für Angehörige die schwerste Phase der Pflege.

Hilfreich ist es, wenn der Betroffene seinen Willen in gesunden Zeiten z.B. durch eine Patientenverfügung festgelegt hat. Insbesondere dann, wenn das Legen einer Magensonde bzw. einer PEG (Perkutane endoskopische Gastrostomie“) aus medizinischen Gründen in Erwägung gezogen wird.

Suchen Sie das Gespräch mit dem behandelnden Arzt und den Pflegekräften. Lassen Sie sich beraten.

3.3 Unkontrolliertes Essen

Gelegentlich ist auch das Gegenteil von Essensverweigerung zu beobachten: der demenzerkrankte Mensch ißt unentwegt, war er gerade in die Finger bekommt.

Einige Lösungsansätze:

- Beschäftigung mit Essen in andere Tätigkeiten umlenken; oft ist das pausenlose Essen eine Zeichen für einen unausgefüllten Tagesablauf und Langeweile.
- Anderweitig Zuneigung und Zuwendung geben.
- Grenzen setzen.
- Eventuell kalorienverminderte Nahrungsmittel zum Zwischendurchessen bereithalten (Obst, Reisbrot, Sauerkonserven ....).
- Viele kleine Mahlzeiten geben.
- Keine optischen Essreize geben (d.h. Obst nicht offen stehen lassen etc.)

4 Anregungen und Hilfestellungen für die Begleitung von demenzerkrankten Menschen während der Nahrungsaufnahme

- Bieten Sie süße Speisen und Getränke an.

- Schaffen sie eine angenehme Atmosphäre, machen Sie bei Bedarf vor, wie gegessen wird. Das kann den Betroffenen helfen, durch Nachahmen selbstständig zu essen. Signalisieren Sie ausreichend Zeit und Ruhe.

- Achten Sie auf die Temperatur des Essens, vermeiden Sie, dass sich die Betroffenen den Mund verbrennen, weil sie z.B. das Dampfen einer Kartoffel nicht mehr dem Begriff „heiß“ zuordnen können.

- Korrigieren oder kritisieren Sie kein Essverhalten.

- Sorgen Sie für einen schmerzfreien Kauapparat, wenn nötig, wird die Zahnprothese vor dem Essen entfernt (oft tun das die Betroffenen instinktiv selber).

- Weiche Speisen werden oft bevorzugt, kleine harte Stücke im Essen dagegen ausgespuckt. Wenn das der Fall ist, passen Sie das Essangebot an.

- Das Bewegen der Hand mit dem Löffel zum Mund, löst in vielen Fällen reflexartig das Öffnen des Mundes aus. Manchmal kann es helfen, den Mund mit dem Finger zu berühren, der vorher in eine schmackhafte Flüssigkeit getaucht wurde.

- Wenn Sie das Essen anreichen müssen, achten Sie auf den Gesichtsausdruck. Er signalisiert oft, wenn Essen nicht schmeckt oder als unangenehm empfunden wird.

- Führen Sie kalorienreiche Getränke und Speisen zu, wenn der Betroffene unter starker Gewichtsabnahme leidet.

- Halten Sie den Kontakt zum Arzt. Lesen Sie den Beipackzettel der einzunehmenden Medikamente und klären Sie, ob die Ursachen evtl. im Zusammenhang mit der Medikamenteneinnahme stehen.

5 Essen als „basale Stimulation“

5.1 Was bedeutet „basale Stimulation“?

Ein wichtiges Instrumentarium insbesondere für die Kommunikation mit immobilen, bettlägrigen Menschen stellt die „Basale Stimulation“ dar. Hinter diesem Begriff steht das Konzept, Menschen mit Wahrnehmungsverlusten so anzuregen, dass diese mit sich und ihrer Umwelt wieder in Kontakt treten können. Das geschieht durch die bewußte, aufmerksame Zuwendung zu diesen Menschen und durch das ausgewählte Angebot unterschiedlicher Kommunikationsformen, die nicht an Sprache gebunden sind, z.B. durch Kontaktaufnahme über die Haut.
Dabei kann bei jedem Menschen an grundlegende, z.T. schon vorgeburtlich gemachte Erfahrungen angeknüpft werden, denn die Fähigkeit zur Wahrnehmung von Reizen entwickeln sich bereits während der Embryonalphase.

„Basale Stimulation“ zielt auf eine grundlegende Anregung der Sinne und fördert so die Wahrnehmungsfähigkeit. Über Druck-, Berührungs-, und Temperaturreize wird beispielsweise dem bettlägrigen alten Menschen ein Körperbild vermittelt. Durch das z.T. sehr lange Liegen im Bett verliert der Patient sein Körpergefühl, er kennt nicht mehr die Umrisse und Grenzen seines Körpers bzw. er nimmt sich selbst nicht mehr wahr. Da Geruchs- und Geschmacksempfindungen bei diesen Menschen in ihrer Funktionsfähigkeit stark eingeschränkt sind, gewinnt die Berührung des Körpers im Rahmen der Kontaktmöglichkeiten zwischen Patient und Umwelt eine zentrale Bedeutung.
Eine Grundaussage der „Basalen Stimulation lautet: „Eine Reizsituation, die sich nicht mehr verändert, wird immer undifferenzierter (gleichförmiger) wahrgenommen.“ Vor allem auch bettlägrige Menschen oder solche mit mehreren Sinnesdefiziten sind daher auf „Input“ von außen angewiesen.

In der „Basalen Stimulation“ werden alle Sinne gezielt angesprochen und aktiviert:

- die Lagewahrnehmung (z.B. durch Veränderung der Position des Kopfteils des Bettes, durch passives Bewegen)
- die Hautwahrnehmung (z.B. durch Einreibungen, Massagen, Waschungen)

Riechen, Schmecken (z.B. durch aromatische Öle, dazu sind Kenntnisse der Aromatherapie sehr von Vorteil)

- Hören (z.B. werden vertraute Geräusche von früher zu Gehör gebracht)
- Sehen (Arbeiten mit Bildern, Farben, Beleuchtung)

Besonders zu betonen ist hier der gezielte, geplante, kurzfristige Einsatz der stimulierenden Reize.
Auch mit Blick auf die „Basale Stimulation“ ist Biographisches Arbeiten von besonderer Bedeutung. Für die Auswahl geeigneter Sinnesreize sollte so oft wie möglich auf biographische Daten des Bewohners zurückgegriffen werden. Auch kann die Pflegeperson auf dem biographischen Hintergund viele Reaktionen auf Sinnesreize besser einordnen.

Es ist von großer Bedeutung, sich bewusst zu sein, dass das alltägliche Leben schwerstbehinderter Menschen jeden Alters ein Leben in einer verkleinerten Welt darstellt. Vieles konzentriert sich dabei auf den direkten Kontakt von Mensch zu Mensch. Obwohl ohne Zweifel schwerste Behinderungen ganz unterschiedlich ausgeprägt sein können, kann übereinstimmend festgehalten werden:

- Schwerstbehinderte Menschen brauchen viel körperliche Nähe, um direkte Erfahrungen machen zu können.
- Sie brauchen körperliche Nähe, um andere Menschen wahrnehmen zu können.
- Sie brauchen andere Menschen, die ihnen die Umwelt auf einfachste Weise nahe bringen.
- Sie brauchen Menschen, die ihnen Fortbewegung und Lageveränderung ermöglichen.
- Sie brauchen jemanden, der sie auch ohne Sprache versteht und sie zuverlässig begleitet, versorgt und pflegt.

Idee und Entwicklung

Das Konzept der „Basalen Stimulation“ kommt ursprünglich aus der Arbeit mit schwerstbehinderten Kindern und wurde in den siebziger Jahren von dem Sonderpädagogen Andreas Fröhlich entwickelt[1]. Er gelangte zu der Überzeugung, dass auch schwerstbehinderte Kinder erlebnis- und wahrnehmungsfähig sind, auch wenn Außenstehende dies nicht immer registrieren können. Gleichzeitig, so entdeckte Andreas Fröhlich weiter, verspürten diese Kinder ein elementares Bedürfnis nach Wahrnehmung, Bewegung und Kommunikation, das sie sich aber aufgrund ihrer Behinderung nicht selbst erfüllen könnten. Die Konsequenzen einer solchen sensorischen Deprivation seien oftmals zusätzliche Wahrnehmungsstörungen sowie eine psychosoziale Isolation mit allen daraus resultierenden Formen des Hospitalismus.
Andreas Fröhlich hatte mit einem entwicklungsorientierten Ansatz den schwerst- und mehrfachbehinderten Kindern voraussetzungslose Wahrnehmungserfahrungen angeboten:

- Ein Spüren der Körpergrenzen.
- Ein Sich-In-Bewegung-Erleben.
- Eine Lageveränderung im Raum.
- Das Entdecken des Inneren durch somatische, vestibuläre[2] und vibratorische Erfahrungen.

[1] Vgl. Andreas Fröhlich, Basale Kommunikation – Das Konzept, Düsseldorf 1998
[2] „vestibulär“ meint den Gleichgewichtssinn betreffend

Im Ergebnis ist deutlich geworden, dass die Kinder mit den ihnen zur Verfügung stehenden Möglichkeiten auf diese Angebote reagiert haben und so konnte Fröhlich eine grundlegende Kommunikation entwickeln, die schwerstbehinderte Kinder im Erleben begleitet und ihre Fähigkeiten fördert.
Inzwischen ist „Basale Stimulation“ als sonderpädagogisches Förderkonzept für Kinder, Jugendliche und Erwachsene mit schweren Behinderungen in der gesamten Bundesrepublik und in weiten Teilen Europas anerkannt.
„Basale Stimulation“ als Förderkonzept wurde und wird ständig weiterentwickelt. So wurde auch ab Mitte der achtziger Jahre die Diplompädagogin und Krankenschwester Christel Bienstein darauf aufmerksam und hat in und durch die Zusammenarbeit mit Andreas Fröhlich die Grundgedanken der „Basalen Stimulation“ auf den Klinischen Alltag von Menschen mit schweren Erkrankungen übertragen.[3] So entdeckten sie beispielsweise, dass appallische und komatöse, ebenso alte pflegebedürftige, bettlägrige Menschen das grundlegende Bedürfnis nach Wahrnehmung, Bewegung und Kommunikation verspüren, dabei in ihrem Erleben aber stark beeinträchtigt sind und sich ohne gezielte Anregung weitere Schädigungen einstellen können.
„Basale Stimulation“ in der Pflege versucht nun, auch solchen schwerst erkrankten Menschen bekannte, elementare Wahrnehmungserfahrungen zu ermöglichen, um sie in ihrem Erleben zu begleiten und individuelle Lernprozesse zu fördern bzw. noch vorhandene Fähigkeiten zu stabilisieren.
Entscheidend bei der „Basalen Stimulation ist, dass neben der Förderung der Wahrnehmungsfähigkeit auch die Förderung der Beziehungsfähigkeit, d.h. der Möglichkeiten, mit anderen Menschen in Kontakt zu treten, ins Blickfeld des Interesses rückt. Der Austausch mit seiner Umwelt ist ein universelles Bedürfnis, das allen Menschen eigen ist. Bei verzögerter motorischer Entwicklung wird die Bewegungsfähigkeit mit speziellen Übungen gefördert, z.B. zur Verbesserung der Hand-Mundkoordination oder zur Haltung des Kopfes. Weiterhin erfolgt eine Förderung der Wahrnehmung und der Befriedigung lebensnotwendiger Bedürfnisse, z.B. Aufnahme von Nahrung, Aufsuchen einer Toilette, Pflege des eigenen Körpers.

„Basale Stimulation“ macht Pflege zu einem therapeutischen Instrument, da sie die Befindlichkeit eines Menschen erheblich verbessern und in bestimmten Fällen seine Genesung einleiten und unterstützen kann.
„Basale Stiumulation“ kann die Zufriedenheit der Pflegenden in erheblichem Maße steigern, da der direkte, bewußt gestaltete Kontakt zu dem wahrnehmungseingeschränkten Menschen einen besonderen Stellenwert bekommt. Jede Form von Kontaktaufnahme kommt einer Förderung gleich und ist für den Betroffenen eine Chance. Die Gefahr, dass rein versorgende, schematische Handlungen ablaufen, wird geringer mit diesem Bewußtsein für den Wert der eigenen Tätigkeit. „Basale Stimulation“ ist nach Bienstein die „Basis pflegerischen Handelns“.

„Basale Stimulation“ ist für Andreas Fröhlich weder eine Methode, noch eine Technik, vielmehr versteht er diese als „Konzept, das heißt, eine gedankliche Annäherung an die Probleme und Schwierigkeiten sehr schwer beeinträchtigter Menschen. Konzept meint, daß es sich nicht um fertig formulierte und endgültig festgelegte Therapien bzw. Pädagogik handelt, sondern um einige essentielle Grundgedanken, die immer wieder neu bedacht und angepaßt werden können und müssen. Im Zentrum steht der Mensch in seiner physischen Realität, die uns auch dann einen persönlichen

[3] Vgl. Christel Bienstein / Andreas Fröhlich, Basale Stimulation in der Pflege. Die Grundlagen, Düsseldorf 2004

Zugang eröffnet, wenn scheinbar alle kommunikativen und geistigen Beziehungen verhindert sind.“[4]

Die grundlegende Idee der „Basalen Stimulation“ ist, dass es über Berührungen des Körpers gelingen kann, den schwerstbehinderten Menschen zu erreichen. Berührung ist eine elementare Form der Kommunikation. Diese Berührungsereignisse geschehen nicht willkürlich, sondern stets seiner Entwicklung angemessen. Dabei handelt es sich um die individuelle Entwicklung des betroffenen Menschen und nicht um eine vorgegebene Entwicklung, die sich an Altersstufen oder anderen vorgeschriebenen Normen orientiert. Das Gegenüber, unabhängig wie schwer behindert er auch sein wird, muß keine Vorausleistung erbringen um Berührungen zu erleben.
Der Begriff „Basal“ drückt aus, dass die Berührungen Reize allereinfachster Art sein können. Sie werden auf ein Mindestmaß an innerer Differenzierung reduziert, sie erfordern vor allem von seiten des Menschen mit schwersten Behinderungen keinerlei Vorkenntnisse und Erfahrung, um sie aufzunehmen.
Der Begriff „Stimulation“ meint Reizangebote als gezielte Anregungen in Anzahl, Art, Dauer und Rhythmus, die vom schwerstbehinderten Menschen gespürt werden. Vielleicht werden sie auch lokalisiert und manchmal können sogar gezielte Bewegungen als kommunikative Antworten erkannt werden.
Der im folgenden kurz geschilderte Fall[5] einer alten bettlägrigen Dame mag die Bedeutung der „Basalen Stimulation unterstreichen:

> Eine alte Frau, die in einem Drei-Generationen- Haushalt lebte, war seit längerer Zeit bettlägerig. Sie schien nicht verwirrt, sondern nahm am Alltagsgeschehen der Familie wachen Anteil. Eines Tages rief sie einige Familienmitglieder zu sich ans Bett und teilte ihnen mit:
> „Es tut mur ja so leid, daß ich Euch neben all der Mühe, die Ihr mit mir habt, jetzt auch noch finanzielle Unkosten bereite. Aber ihr seht ja, ich brauche ein neues Bett." Die Familienmitglieder schauten sich überrascht an, denn bislang hatte die Mutter bzw. Großmutter nicht über das Bett geklagt, es lagen auch keine Hinweise vor, daß sie eine spezielle Matratze o. ä. benötigte. Die Familie wechselte ungläubige Blicke und fragte: „Gefällt Dir das Bett nicht mehr, Mutter, liegst Du schlecht darin?“
> „Nein, Ihr seht doch, ich hänge überall heraus, das Bett ist mir zu klein geworden.“
> Die Mutter lag ganz ordentlich in der Mitte des Bettes, und man hatte wirklich nicht den Eindruck, dass das Bett für die Frau zu klein sei. Im Gespräch klärte sich, dass sie dennoch tatsächlich den Eindruck hatte, rechts und links über den Bettrand hinaus zu hängen und in ständiger Bedrohung war, herauszufallen. Ihr Körpergefühl sagte ihr, dass sie nur zum Teil im Bett und ansonsten außerhalb des Bettes lag. Ihr Körperbild hatte sich drastisch verändert, sie konnte ihre Grenzen nicht mehr erkennen, das lange Liegen hatte sie für sich selbst formlos werden lassen. Sie mußte den Eindruck haben, dass dieses Bett sie nicht mehr aufnimmt. Man könnte die Äußerungen der Frau als Anzeichen von Verwirrtheit betrachten, in Wirklichkeit aber hat sie ihre

[4] Vgl. Andreas Fröhlich, Basale Stimulatio – Das Konzept, a.a.O., S. 10
[5] hier zit. n. Christel Bienstein / Andreas Fröhlich, Basale Stimulation in der Pflege. Die Grundlagen, a.a.O., S. 44f.

veränderte Wahrnehmung mit der ihr möglichen Interpretation beschrieben.

5.2 Das „Essen reichen“

Bei schwer demenzerkrankten Menschen gehört das „Essen reichen“ zum Alltag, da sie zum einen oftmals nicht mehr über die nötige Fingerfertigkeit verfügen und/oder auch die einzelnen Vorgänge kognitiv nicht mehr umsetzen können, die Nahrung selbständig zu sich zu nehmen

Aus humanistischen Gründen ist der Begriff des „Fütterns“ antiquiert. Aber auch aus anderen Gründen ist dieser Begriff unangemessen, denn er sagt lediglich aus, dass man dem Patienten das Essen gibt, damit er etwas im Magen hat und satt ist.
Wesentlich angemessener ist der Begriff „Essen reichen“, denn dieser Begriff berücksichtigt über das Sattwerden hinaus auch die Ressourcen und fördert damit den Patienten, denn das Reichen bedingt ein Entgegennehmen.

Worauf ist während dem „Essen reichen“ zu achten?:

- Die Pflegekraft überprüft die Temperatur der Speisen. Dieses ggf. mit einer eigenen (zusätzlichen) Gabel.

- Bei blinden oder stark sehbehinderten Bewohnern sagen wir vor jedem Bissen an, welche Speisenkomponente als nächstes angereicht wird. Also etwa ein paar Bohnen, eine halbe Kartoffel, ein Stück Fleisch usw.

- Bei Bewohnern mit Halbseitenlähmung sollte die Pflegekraft die betroffene Hand führen. Das Essen wird über die betroffene Seite angereicht.

- Die Pflegekraft überprüft den Schluckvorgang beim Bewohner. Insbesondere nach einem Schlaganfall leiden viele Betroffene unter Kau- und Schluckproblemen.

- Der Bewohner bestimmt die Geschwindigkeit, mit der er isst. Die Pflegekraft wartet ab, bis er die vorherige Portion schlucken konnte. Erst dann führt sie den nächsten Löffel oder die nächste Gabel zum Mund des Bewohners.

- Dem Bewohner wird vor und nach dem Essen sowie während des Essens ein Getränk angeboten. Dabei gibt die Pflegekraft dem Bewohner die Flüssigkeit schluckweise ein. Sie wartet dabei jeweils ab, bis der Schluckvorgang abgeschlossen ist. Ggf. kann sie mit der anderen Hand den Kopf des Bewohners noch etwas weiter aufrichten.

- Die Pflegekraft sollte darauf achten, dass sie dem Bewohner die Speisen nicht zu tief in den Mund hinein schiebt. Dieses kann einen Würgereiz auslösen.

- Beim Herausziehen sollte der Löffel nicht mit den Schneidezähnen in Kontakt kommen. Dieses kann den Beißreflex auslösen, insbesondere bei demenzerkrankten Bewohnern.

- Während des Schluckens sollte die Pflegekraft nicht mit dem Bewohner sprechen. Dieses könnte ihn dazu veranlassen, ebenfalls während des Essens zu reden und dabei ggf. Nahrungsbestandteile zu aspirieren.
- Medikamente werden dem Bewohner nicht unwissentlich "unter das Essen gerührt". Dieses könnte das Vertrauensverhältnis zerstören.

- Falls gewünscht können auch Angehörige die Aufgabe übernehmen und dem Bewohner das Essen reichen. Bei Schluckstörungen ist dieses nicht möglich.

- Wenn ein Bewohner den Mund nicht öffnen möchte, nutzen wir verschiedene Strategien:

    - Wir berühren die Lippen des Bewohners mit der Spitze des gefüllten Löffels oder der Gabel.

    - Die Pflegekraft streicht behutsam über Mundwinkel, Lippen und Wange des Bewohners.

    - Die Pflegekraft übt einen sanften Druck auf die Kinngrübchen aus.

    - In keinem Fall darf Gewalt ausgeübt werden. Dies selbst dann nicht, wenn der Bewohner überhaupt nichts isst.

5.3 Essengruppen

Zielgruppe: Bewohner mit mittelschwerer bis schwerer Demenz (zweites und drittes Stadium), die entweder noch fast selbständig essen können oder über das Führen die Möglichkeit dazu noch haben.

Zielsetzungen:

- Wiederherstellung der Fähigkeit, selbständigen Essens.
- Erhaltung der Kompetenz mit Hilfestellung, sich selbst Nahrung zuführen zu können.
- Vermittlung von Erfolgserlebnissen.
- Förderung von Verhaltensänderungen und Anpassungsleistungen in Form selbständiger Essensfähigkeit.
- Aktivierung des Langzeitgedächtnisses und des Erinnerungsvermögens.
- Schulung der Motorik.

- Gewinnung von Ich-Stärke.
- Äußerung eigener Bedürfnisse.
- Förderung der mentalen und sozialen Fähigkeiten wie Kommunikation, Wahrnehmung und Kontaktaufnahme.

Methodische Gestaltung:

- Die Essengruppe ist als geschlossene Gruppe mit festgelegter Bewohnerzahl (nach Pflege- und Betreuungsplanung) und festgelegtem Zeitrahmen konzipiert. Besondere Aufmerksamkeit wird auf die Kontinuität dieses Angebots gelegt.

- Rituale beachten.

- Die methodische Gestaltung erfolgt auf der Grundlage des Biografischen Arbeitens und der validierenden Gesprächsführung.

Inhaltliche Gestaltung:

- Mit den Bewohnern die Zutaten für das Frühstück bzw. für das Mittagessen aus der Küche holen – den Tisch decken, Teller und Besteck verteilen, dabei auch an ein weißes Tischtuch denken.

- Medikamente aus dem Stationszimmer holen.

- variables Speiseangebot zur Wahl stellen - individuelle Hilfeleistungen bei der Essensvorbereitung und beim Essen selbst je nach Fähigkeiten geben (Hilfe zur Selbsthilfe) – manuelle Fähigkeiten wie z.B. die Handhabung von Besteck und Geschirr üben.

- Selbständigkeit wird dadurch erleichtert, dass kleinstmögliche Hilfestellungen genau in dem Moment gegeben werden, in dem bei dem Demenzerkrankten Handlungsunfähigkeit offensichtlich wird, und genau in dem Umfang, der die eigenständige Fortsetzung des Handelns ermöglicht.

- Die Bewohner sollen sich selbst das Essen aus einer Schüssel nehmen, auch wenn dies für einige TN eine schwierige Aufgabe darstellt. Mit Hilfe des Führens kann erreicht werden, dass schwer demenzerkrankte Personen diese Möglichkeit wieder wahrnehmen können.

- Selbst Flaschen mit Schraubverschluss auf- und zuzudrehen gelingt dieser Bewohnergruppe oftmals wieder, wenn es zuvor gezeigt wird.

- Das Eingießen fördert die Fähigkeit, das Glas als Gefäß mit einem Inhalt, der getrunken werden soll, wahrzunehmen. Oft ist es leichter, den Kranken nach dem selbständigen Eingießen zum Trinken zu bewegen, als wenn man ihm ein eingeschenktes Glas hinstellt. Es wird eine bessere Verknüpfung zu tief gespeicherten Bewegungen erreicht.

- Während des Essens sollte Ruhe einkehren. Alle Patienten sollten aufgefordert werden, solange sitzen zu bleiben, bis alle fertig sind. Dies gelingt nur durch tägliches Training.

- Initiierung, Ermutigung und Aufforderung zu Gesprächen der Teilnehmer untereinander, z. B. über die Zubereitung von bestimmten Gerichten (Vgl. hierzu die „10-Minuten-Aktivierung“ nach Ute Schmidt-Hackenberg). Verstärkung der kleinsten Erfolge – zur Äußerung von Wünschen motivieren - Orientierungshilfen geben.

- Das Abräumen und ggf. das Abwaschen und Abtrocknen sollte gemeinsam erledigt werden. Dadurch lässt sich wieder die taktil-kinästhetische Perzeption über eine im Gehirn tief verankerte Bewegung ansprechen.

- Bewohner zurück begleiten

Teilnehmerzahl: ca. 4 bis 8 Teilnehmer

5.4 Fingerfood für demenzerkrankte Menschen

Fingerfood bedeutet die direkte Nahrungsaufnahme von der Hand in den Mund.

Fingerfood ist eine leichtverdauliche, vollwertige Kostform. Die Kostform wird in greifbare Stücke geschnitten, so dass der Benutzer sie möglichst einfach in ein bis zwei Bissen zu sich nehmen kann.

Die Größe, Konsistenz und Qualität von Fingerfood muss den noch verbliebenen Fähigkeiten der Hand – beziehungsweise der Finger – des **Patienten** angepasst werden.
Die kleinen Fingerhappen müssen so zubereitet werden, dass sie mit einem Handgriff aufgenommen werden können. Sie dürfen nicht größer sein als höchstens zwei Bissen.
Da man die Häppchen von Hand greift, dürfen sie nicht zu heiß, zu klebrig, zu weich, zu hart oder zu brüchig zubereitet werden.

Zielsetzungen von Fingerfood (Fingeressen)

- Mit dem Essen von Hand (Fingerfood) gilt es grundsätzlich die Selbständigkeit beim Essen der einzelnen Bewohner möglichst lange zu erhalten bzw. zu fördern
- Das Konzept Fingerfood ist als kleiner Baustein, als ein Teil des aktivierenden Pflegekonzeptes zu verstehen.
- Das Essen von Hand / Fingern richtet sich an noch verbliebenen Fähigkeiten mit der Hand bzw. mit den Fingern zu essen.

Bei welchen Erkrankungen (Indikationen) wird das Konzept Fingerfood angewandt?:

- Für Personen, die aus psychischen und physischen nicht mehr mit Messer, Gabel und Löffel essen können.
- Bei eingeschränkter Motorik
- Bei eingeschränkten kognitiven Fähigkeiten (den Sinn mit Messer und Gabel essen nicht mehr erkennen können

5.5 Kochen am Bett von demenzerkrankten Menschen

Es wurde festgestellt, dass der der Geruchsinn wesentlich zur Wahrnehmung des Geschmacks mit beiträgt.

Hinzu kommt der Fakt, dass unser Geruchsgedächtnis, über ein sehr großes und starkes Erinnerungsvermögen verfügt. Daher vermögen es gerade Düfte besonders gut, uns an Vergangenes zu erinnern.

Es hat sich herausgestellt, dass Düfte Lockstoffe aussenden, die augenblicklich zu stimulieren vermögen. Durch den Geruch eines köstlichen Essens werden unsere Speicheldrüsen aktiviert und der Appetit steigt (beim Riechen eines guten Geruchs läuft uns ja bekanntlich gerne „das Wasser im Mund zusammen“.

Es spielt aber offensichtlich auch eine Rolle, mit welchen Gerüchen man jemanden zu locken versucht. So reagiert ein alter demenzerkrankter Menschganz anders auf den Geruch von gebratenen Zwiebeln als auf beispielsweise Curry. Hier spielt die jeweilige Essbiografie eine entscheidende Rolle.

Auf jeden Fall lassen sich der Geruchs- und damit letztlich auch der Geschmackssinn durch das Kochen am Bett eines demenzerkrankten Menschen sehr gut stimulieren und aktivieren.