

Ausgabe 4 | 2020

Kampf gegen Corona

Curaviva-Schweiz-Präsident Laurent
Wehrli sagt Danke. – Seite 35

CURAVIVA

Fachzeitschrift Curaviva

Verband Heime & Institutionen Schweiz



Essen

Die Lust an einer ausgewogenen Ernährung fördern

«Bei der Pflege und Betreuung der anvertrauten Menschen ist ein professioneller Blick gefragt – nicht die persönliche Ansicht.»



Elisabeth Seifert

Chefredaktorin

Liebe Leserin, lieber Leser

Für jede Ausgabe der Fachzeitschrift pflegen wir den Austausch mit Expertinnen und Experten aus dem Gesundheits- und Sozialbereich. Besonders mit Geschäftsführenden, Pflege- und Betreuungsfachpersonen in den Institutionen für Betagte, für Menschen mit Behinderung sowie für Kinder und Jugendliche. Immer geht es darum, Anliegen, Meinungen und die fachliche Expertise zu Themen in Erfahrung zu bringen, die für die alltägliche Arbeit von Relevanz sind.

Das war auch bei der Erarbeitung der Aprilausgabe mit dem Schwerpunktthema «Essen» nicht anders. Und doch: Bei jedem Gespräch, das wir in den vergangenen Wochen – in aller Regel am Telefon – geführt haben, ging es neben spezifischen Fragen rund um eine gesunde, ausgewogene Ernährung immer auch um die Coronapandemie.

Wir spürten die Sorge und das Bemühen der Verantwortlichen in den Institutionen, alles zu unternehmen, damit die ihnen anvertrauten Menschen sowie die Mitarbeitenden nicht zu Schaden kommen. Besonders beeindruckt hat uns, mit welcher Professionalität und Gelassenheit die Führungspersonen dieser Herausforderung begegnen. «Wir müssen kühlen Kopf bewahren, um Bewohnenden, Mitarbeitenden und Angehörigen Sicherheit zu vermitteln», sagte mir die Leiterin einer Institution. Ein Engagement, das der Verband wahrnimmt und schätzt. Laurent Wehrli, der Präsident von Curaviva Schweiz, bringt in dieser Ausgabe der Fachzeitschrift seinen Dank zum Ausdruck für den «ausserordentlichen Einsatz», den alle Mitarbeitenden in den Institutionen leisten (Seite 35).

Trotz der aktuellen Krise geht der Alltag in den Institutionen weiter, muss weitergehen. Essen ist dabei für viele betagte Personen und für viele Menschen mit Behinderung ein wichtiger Teil des Lebens, etwas, das Freude und Lust bereitet. Essen ist ein hochemotionales Thema – für alle Menschen. Wir haben alle eine Haltung dazu, Vorlieben und Abneigungen, Vorstellungen von der richtigen Ernährung, aber auch eine

kritische Haltung gegenüber Gesundheitsaposteln. Gerade deshalb ist der Umgang mit Essen und Ernährung im institutionellen Kontext so anspruchsvoll. Bei der Pflege, Betreuung und Begleitung der anvertrauten Menschen ist ein professioneller Blick gefragt. Im Vordergrund müssen deren spezifischen Bedürfnisse stehen – nicht die persönlichen Ansichten der Betreuenden. Bei der Ernährung von Menschen mit Behinderung gibt es hier noch einiges zu tun. «Bei zahlreichen Fachpersonen und auch in der Öffentlichkeit scheint mir das Thema noch nicht die nötige Aufmerksamkeit zu haben», sagt Ernährungsberaterin Caroline Hofmann im Interview mit der Fachzeitschrift (Seite 23). Bei betagten Personen erfordern neue Entwicklungen eine erhöhte Aufmerksamkeit, wie unsere Berichte aus zwei Pflegeheimen zeigen: etwa die steigenden Anforderungen von Bewohnenden und Angehörigen, neue Zubereitungstechnologien und wissenschaftliche Erkenntnisse oder auch der nationale Qualitätsindikator Mangelernährung (Seiten 6, 13, 17). ●

Bezahlte Beilage

Zusätzlich zur Aprilausgabe der Fachzeitschrift erhalten Sie ein Heft des Betreuungs- und Pflegeheims Sonnweid in Wetzikon ZH. Es handelt sich um eine bezahlte Beilage. Sofern Inserate, Publiereportagen oder Beilagen in Übereinstimmung mit unseren ethischen Richtlinien stehen, nehmen wir diese auf. Die Inhalte liegen indes nicht in der Verantwortung der Redaktion.

Titelbild: Blick in den Speisesaal des Betreuungs- und Pflegezentrums (BPZ) Schlossgarten in Niedergösgen SO. Ein schönes Umfeld lädt zum Genuss ein. Foto: BPZ Schlossgarten



Inhaltsverzeichnis

Essen

Qualitätsindikator Mangelernährung – was tun? 6
Das Betreuungs- und Pflegezentrum Schlossgarten in Niedergösgen SO setzt bereits bei den Risiken für Mangelernährung an.

Wenn die Sensibilität der Sinne schwindet 10
Appetitlosigkeit im Alter hat auch damit zu tun, dass der Geschmacks- und der Geruchssinn nicht mehr so gut funktionieren.

Was ein Gastronomiekonzept leisten kann 13
Der Speiseplan muss laufend komplexen Bedürfnissen genügen. Im Haus Tabea in Horgen ZH hilft ein interdisziplinäres Gesamtkonzept.

Ein Heimkoch bewegt sich in zwei Welten 20
Neben den gastronomischen Ansprüchen müssen Köchinnen und Köche in Institutionen auch die Pflegeansprüche kennen.

Es gibt ein Recht auf gesunde Ernährung 23
In der Begleitung von Menschen mit Behinderung hat das gesunde Essen noch nicht den Stellenwert, den es haben müsste, sagt Ernährungsberaterin Caroline Hofmann.

Zwischen Selbstbestimmung und Gesundheit 26
In der Behinderteninstitution Schlossgarten Riggisberg BE ist die Gesundheitsförderung ein zentrales Thema.

Essstörungen als Ausdruck einer Notlage 29
Kinder sollen ein lockeres Verhältnis zum Essen entwickeln lernen, betont Präventionsfachfrau Thea Ritz.

Essanfälle bei jungen Menschen 31
Eine neue Studie zeigt die Gründe für solche Essstörungen auf – und wie sich dem Problem begegnen lässt.

Kampf gegen die Verschwendung 33
Das Alterspflegeheim in Riehen bei Basel macht vor, wie Food Waste vermieden werden kann.

Verband

Corona-Pandemie: Curaviva Schweiz sagt Danke 35
Verbandspräsident Laurent Wehrli zeigt seine Wertschätzung für das grosse Engagement der Mitarbeitenden in den Institutionen.

Kinder & Jugendliche

Fremdplatzierte Kinder in Entscheide mit einbeziehen 36
Ein Forschungsprojekt der ZHAW zeigt, wie die Partizipation in Institutionen weiterentwickelt werden kann.

Alter und Behinderung

Therapiehunde vermitteln Zuwendung 39
Der Besuch der Hundedame Kylie bringt Freude in den Alltag der Betagten im Betreuungszentrum in Heiden AR.

Smarter Medicine

Eine Kampagne bekämpft die Überbehandlung in Pflegeheimen. 42

Freude am Tanz trotz Behinderung 45
Der künstlerische Leiter der amerikanischen Axis Dance Company erläutert seine tänzerischen Ideen.

Journal

Lohrs Legislatur 47

Buchtipps 48

Carte Blanche 49

Kurznachrichten 49



DIE PUREN FARBEN,
SCHADSTOFFFREI,
GERUCHSFREI



Impressum: Redaktion: Elisabeth Seifert (esf), Chefredaktorin; Urs Tremp (ut); Claudia Weiss (cw); Anne-Marie Nicole (amn) • Korrektorat: Beat Zaugg • Herausgeber: CURAVIVA – Verband Heime und Institutionen Schweiz, 91. Jahrgang • Adresse: Hauptsitz CURAVIVA Schweiz, Zieglerstrasse 53, 3000 Bern 14 • Briefadresse: Postfach, 3000 Bern 14 • Telefon Hauptnummer: 031 385 33 33, Telefax: 031 385 33 34, E-Mail: info@curaviva.ch, Internet: www.fachzeitschrift.curaviva.ch • Geschäfts-/Stelleninserate: Zürichsee Werbe AG, Fachmedien, Laubisrütistrasse 44, 8712 Stäfa, Telefon: 044 928 56 53, E-Mail: markus.haas@fachmedien.ch • Stellenvermittlung: Telefon 031 385 33 63, E-Mail: stellen@curaviva.ch, www.sozjobs.ch • Satz und Druck: AST & FISCHER AG, Digital Media and Print, Seftigenstrasse 310, 3084 Wabern, Telefon: 031 963 11 11, Telefax: 031 963 11 10, Layout: Belinda Flury • Abonnemente: Natascha Schoch, Telefon: 041 419 01 60, Telefax: 041 419 01 62, E-Mail: n.schoch@curaviva.ch • Bestellung von Einzelnummern: Telefon: 031 385 33 33, E-Mail: info@curaviva.ch • Bezugspreise 2014: Jahresabonnement Fr. 125.–, Einzelnummer Fr. 15.–, inkl. Porto und MwSt.; Ausland, inkl. Porto: Jahresabonnement Fr. 150.–, Einzelnummer keine Lieferung • Erscheinungsweise: 10x, monatlich, Januar/Februar Winterausgabe, Juli/August Sommerausgabe • Auflage (deutsch): Druckauflage 4000 Ex., WEMF/SW-Beglaubigung 2017: 2848 Ex. (Total verkaufte Auflage 2777 Ex., Total Gratisauflage 71 Ex.), Nachdruck, auch auszugsweise, nur nach Absprache mit der Redaktion und mit vollständiger Quellenangabe. ISSN 1663-6058



Der Qualitätsindikator Mangelernährung sensibilisiert Pflegeheime für die Problematik

Die Risiken für Mangelernährung erkennen und angehen

Mangelernährung ist eines von vier Messthemen für nationale Qualitätsindikatoren. Das Betreuungs- und Pflegezentrum Schlossgarten in Niedergösgen SO nimmt dies zum Anlass, das Problem systematisch anzugehen – und damit die Lebensqualität zu fördern.

Von Elisabeth Seifert

Eine ausgewogene Ernährung und genügend Bewegung leisten einen wichtigen Beitrag dazu, dass wir uns gesund und fit fühlen. Während es für jüngere Menschen in der Regel einfach ist, körperlich aktiv zu sein und die nötigen Nährstoffe zu sich zunehmen, wird das bei hochbetagten Menschen immer schwieriger. Aufgrund physiologischer Veränderungen werden die Muskeln weniger und das Fett wird mehr. Dadurch bewegen sich alte Menschen oft nur noch wenig, wodurch der Energiebedarf sinkt und der Appetit entsprechend nachlässt. Problematisch ist das vor allem deshalb, weil der Bedarf an wichtigen Vitalstoffen im Alter gleich bleibt oder sogar zunimmt. Alte Menschen benötigen zum Beispiel mehr Vitamin D oder Eiweiss als Jüngere. Wird dieser Bedarf nicht mit einer entsprechend angepassten Kost gedeckt, kann das zu einer qualitativen Mangelernährung führen mit der Folge, dass wichtige Körperfunktionen nachlassen, besonders im kognitiven, psychischen und motorischen Bereich. Die Problematik verschärft sich, wenn neben den rein altersbedingten körperlichen Veränderungen Krankheiten hinzukommen, die die Nahrungsaufnahme zusätzlich negativ beeinflussen, zum Beispiel Verdauungsprobleme oder Schwierigkeiten beim Kauen und Schlucken. Auch psychische oder

neuropsychologische Probleme können den Appetit hemmen. Neben der qualitativen Mangelernährung und ihren gesundheitlichen Folgeerscheinungen kann dies, sobald die Energiezufuhr insgesamt geringer ist als der tatsächliche Energiebedarf, zu einer quantitativen Mangelernährung führen. Der damit einhergehende Gewichtsverlust und die Reduktion der Energiereserven lassen alte Menschen schwach und anfällig für Infektionen werden.

Noch gibt es keine schweizweiten Zahlen

Das weniger gute Allgemeinbefinden, die höhere Anfälligkeit für Krankheiten sowie der schlechtere Verlauf bei Krankheiten wirken sich negativ auf die Lebensqualität der betroffenen Menschen aus. Die Mangelernährung schlägt sich zudem auch in höheren Pflegekosten nieder. Curaviva Schweiz hat in den letzten Jahren eine Reihe von Dokumenten und Weiterbildungsangeboten erarbeitet, um die Verantwortlichen in den Heimen

zu sensibilisieren und ihnen praktische Tipps im Umgang mit der Thematik an die Hand zu geben.

Wie verbreitet das Problem in den Pflegeheimen ist, dazu gibt es – noch – keine verlässlichen schweizweiten Zahlen. Das dürfte sich aber bald ändern. So gewinnt das Thema derzeit auf nationaler Ebene an Bedeutung. Mangelernährung gehört zu den vier Themenbereichen für nationale medizinische Qualitätsindikatoren – neben

Polymedikation, bewegungseinschränkenden Massnahmen und Schmerzen. Im letzten Jahr mussten sämtliche 1600 Pflegeeinrichtungen in der Schweiz erstmals Daten zu insgesamt sechs Qualitätsindikatoren ihrer rund 160 000 Bewohnerinnen und Bewohner erheben. Dies erfolgt im Rahmen der regulären, zweimal jährlich stattfindenden Bedarfserfassung für die Zuteilung in Pflegestufen. Der Qualitätsindikator Mangelernährung gibt

Mangelernährung beeinträchtigt die Lebensqualität und führt zu höheren Pflegekosten.



Die meisten Pflegeheimbewohnenden im Schlossgarten Niedergösgen essen nur kleine Portionen. Wichtig ist, dass sie dennoch genügend Vitalstoffe zu sich nehmen.

Fotos: BPZ Schlossgarten

Auskunft darüber, wie hoch der prozentuale Anteil an Bewohnerinnen und Bewohnern ist, bei denen in den letzten 30 Tagen ein Gewichtsverlust von 5 Prozent und mehr zu beobachten war oder in den vergangenen 180 Tagen ein Gewichtsverlust von 10 Prozent und mehr.

Die erhobenen Daten mussten die Heime bis spätestens Mitte März 2020 an das Bundesamt für Statistik (BFS) übermitteln. Das BFS leitet die gesammelten Daten dann an das Bundesamt für Gesundheit weiter, das für die Berechnung der Indikatoren und deren Publikation zuständig ist. Ob und wie eine Veröffentlichung noch in diesem Jahr erfolgen kann, ist unter anderem aufgrund der nicht gesicherten Datenqualität derzeit unklar (siehe dazu die Märzausgabe der Fachzeitschrift). Die Qualitätsindikatoren sollen zum einen in qualitätsrelevanten Pflegebereichen Transparenz gegenüber der Öffentlichkeit ermöglichen, und zudem können die Indikatoren den Heimen dazu dienen, die Qualitätsverbesserung voranzutreiben.

Mit der Sammlung der Indikatordaten ist es nicht getan, man muss damit auch etwas machen.

Der Indikator trage aber dazu bei, so die Pflegefachverantwortliche, dass man sich im Schlossgarten «konsequent und bewusst» des Themas annimmt. Ganz Ähnliches sagt Küchenchef

Stefan Lorenz: «Der Qualitätsindikator lenkt den Fokus auf das Thema.» Beide unterstreichen indes, dass es mit der Sammlung der Daten für den Indikator alleine nicht getan ist, man müsse damit auch wirklich etwas anfangen. Im Schlossgarten bildete die Initialzündung dazu eine Weiterbildung rund um Ernährung und Mangelernährung, die Stefan Lorenz vor wenigen Jahren absolviert hat, als er von

der Gourmet- in die Heimgastronomie wechselte. Er erstellte daraufhin in Zusammenarbeit mit der Heimleitung ein Konzept zur Mangelernährung, das in den letzten drei Jahren sukzessive umgesetzt worden ist.

Herzstück des Konzepts ist eine präzise Erfassung von Mangelernährung, die über die Beobachtung eines Gewichtsverlusts hinausgeht. Der mit dem nationalen Qualitätsindikator

Einen ersten Hinweis auf die Verbreitung von Mangelernährung enthält eine Pilotstudie (2018) des Instituts für Pflegewissenschaft der Universität Basel zur Eignung der in einer interdisziplinären Expertengruppe erarbeiteten Qualitätsindikatoren. Insgesamt sind in den 152 teilnehmenden Heimen 7,3 Prozent der Betagten von einer Mangelernährung betroffen. Die Streuung in den Pilotheimen reicht von 0 bis 46 Prozent. Nicht eingeschlossen in diesen Zahlen sind Bewohnerinnen und Bewohner, die nur eine geringe Lebenserwartung haben.

Die Beobachtung des Gewichtsverlusts alleine ist noch nicht genug

Die Erhebung der sechs nationalen medizinischen Qualitätsindikatoren stellen die Pflegeheime vor eine Herausforderung. Gerade auch die Einführung des Indikators Mangelernährung erachten etwa die Verantwortlichen des Betreuungs- und Pflegezentrums (BPZ) Schlossgarten in Niedergösgen SO als sehr sinnvoll. «Der Qualitätsindikator schärft das Bewusstsein dafür, dass durch eine Mangelernährung die Lebensqualität beeinträchtigt werden kann», sagt Arbenita Veseli, die als Pflegefachverantwortliche für die 65 Bewohnerinnen und Bewohner des Schlossgartens zuständig ist. Man habe Mangelernährung freilich nicht erst jetzt als Problem erkannt. Schon vorher sei einiges unternommen worden, um den Handlungsbedarf im Bereich der Ernährung wahrzunehmen und Gegensteuer zu geben. Veseli spricht hier vor allem Abklärungen an, um die Gründe für eine Mangelernährung in Erfahrung zu bringen: «Das ist etwas vom Wichtigsten.» Auf dieser Grundlage habe man dann entsprechende Massnahmen eingeleitet.

>>

ausgewiesene Gewichtsverlust könne zwar grundsätzlich ein Zeichen für Mangelernährung sein, so Stefan Lorenz. Dessen alleinige Berücksichtigung sei aber zu wenig – und könne sogar in eine falsche Richtung weisen. Er nennt das Beispiel eines Bewohners, der einige Kilos verloren hat, nachdem man das Problem mit seinen Wasserablagerungen in den Griff bekommen hatte. Lorenz: «Die Lebensqualität ist im Zuge des Gewichtsverlusts nicht gesunken, sondern gestiegen.» Um den Gewichtsverlust richtig beurteilen zu können, müsse man also immer den gesamten Gesundheitszustand berücksichtigen. Gerade im Sinn einer verantwortlichen Pflege und Betreuung dürfe man es zudem nicht bei der Erfassung einer effektiven Mangelernährung belassen. Vielmehr gehe es zum Wohl der Bewohnerinnen und Bewohner darum, bereits das Risiko für Mangelernährung zu erkennen. Dafür müssen aber weitere Faktoren als bloss der Gewichtsverlust mit einbezogen werden.

Systematische Erfassung der Situation

Seit Mai 2017 arbeitet man im Schlossgarten deshalb mit einem Screening-Instrument. Zur Anwendung kommt das «Mini Nutritional Assessment» (MNA), das eigens für ältere Personen entwickelt worden ist und spezifische Risikofaktoren für die Entstehung der Mangelernährung in dieser Altersgruppe berücksichtigt. Die Beobachtung sämtlicher Bewohnenden erfolgt im halbjährlichen Rhythmus im Rahmen der allgemeinen Bedarfserfassung. Um das Risiko für Mangelernährung zu erkennen, interessiert neben dem Gewichtsverlust der Bodymassindex, ob jemand während der letzten Monate weniger gegessen hat, wie es um die Mobilität steht, ob Krankheiten, psychischer Stress oder auch neuropsychologische Probleme vorliegen. Zusätzlich zu diesen Kernaspekten enthält das MNA weitere Fragen, etwa zu den Ess- und Trinkgewohnheiten sowie – bei Bewohnenden, bei denen das möglich ist – zur Selbsteinschätzung des Ernährungs- und Gesundheitszustandes.

Die Auswertung der Fragen ergibt für jeden Bewohner einen Mangelernährungs-Index, der die Bewohner in drei verschiedene Ernährungszustände einstuft: den normalen Ernährungszustand, das Risiko für Mangelernährung und die Mangelernährung. Gemäss der jüngsten Auswertung des MNA im Schlossgarten (Februar 2020) sind knapp 70 Prozent der Bewohner normal ernährt, 25 Prozent haben ein Risiko für Mangelernährung, und rund 6 Prozent sind mangelernährt. In diesen 6 Prozent seien auch jene eingeschlossen, so Stefan Lorenz, deren Lebenserwartung nur noch gering ist und die deshalb oft nur noch sehr wenig essen.

Im Vergleich zur Auswertung vor einem halben Jahr habe sich der Anteil der Bewohnenden, die ein Risiko für Mangelernährung zeigen, zugunsten jener mit einem normalen Ernährungszustand verringert, freut sich Arbenita Veseli. Der Anteil jener mit einer Mangelernährung bleibe indes über die Jahre in etwa gleich, so ihre Beobachtung. Für die Pflegefachverantwortliche ist der neu gewonnene Überblick über die Ernährungssituation aller Bewohnenden die entscheidende Verbesserung gegenüber vorher. «Wir können auf diese Weise sicher

sein, dass wir uns der Probleme systematisch annehmen, und zwar bevor jemand in eine Mangelernährung hineinrutscht.» Zudem: «Niemand geht vergessen.»

Koordiniertes Vorgehen von Pflege und Küche

Das Mangelernährungskonzept definiert im Detail, was bei Risiko für Mangelernährung und bei Mangelernährung zu tun ist. Stefan Lorenz und Arbenita Veseli betonen beide die enge Zusammenarbeit zwischen der Pflege und der Küche. So erhält die Küche etwa eine Kopie des MNA. Beide Seiten koordinieren das weitere Vorgehen – und übernehmen dabei klar zugewiesene Rollen. Bevor irgendwelche Massnahmen ergriffen werden, müsse man, so Arbenita Veseli, genau hinschauen und die Gründe für Mangelernährung respektive für ein entsprechendes Risiko verstehen. Dabei handle es sich um eine wichtige Aufgabe der Pflege. Veseli: «Unter anderem geht es auch um die Frage, ob jemand aufgrund des nahen Lebensendes einfach nicht mehr essen will, oder ob bestimmte gesundheitliche oder auch psychische Problem dafür verantwortlich sind.» Wenn jemand bewusst darauf verzichtet, mehr zu essen, dann gelte es das zu respektieren.

«Wenn jemand bewusst darauf verzichtet, mehr zu essen, gilt es dies zu respektieren.»

Ebenfalls in die Verantwortung der Pflege falle es, sich grundsätzlich zu überlegen, welche Massnahmen ergriffen werden sollen. Auch dabei sei der Faktor Mensch mit einzu-beziehen, sagt die Pflegefachverantwortliche. «Wir besprechen alle Massnahmen mit dem Arzt, den Angehörigen und wenn immer möglich mit den Bewohnenden.» Es kann zum

Beispiel sein, dass jemand hochkalorische Getränke ablehnt, obwohl das aus der Perspektive der Pflege sinnvoll wäre. In einem solchen Fall müsse man Alternativen suchen. «Das Ziel aller Bemühungen ist immer, die Lebensqualität der Bewohnenden zu erhöhen.»

Bei der Definition auf die individuelle Situation zugeschnittener Ernährungsmassnahmen kommt die Küche ins Spiel. Aufgrund grosser Schluckbeschwerden konnte ein Bewohner zum Beispiel nur pürierte Kost zu sich nehmen, was er grundsätzlich ablehnte. «Wir haben uns deshalb darum bemüht, uns an seinen Lieblingsspeisen zu orientieren», sagt Stefan Lorenz. Statt heisser Beeren auf der Glace-Coupe gabs pürierte heisse Beeren. Und statt dem trockenen Lieblingskuchen zauberte der einstige Gourmetkoch eine Creme, die sich geschmacklich daran anlehnte. Einer anderen Bewohnerin, die aufgrund psychischer Probleme nur noch sehr wenig Nahrung zu sich nahm, konnte er mit der Zubereitung ihrer Wunschmenüs wieder etwas Freude am Essen vermitteln.

Über solche spezifischen Massnahmen hinaus habe die Küche, so Lorenz, die herausfordernde Aufgabe, die Menüplanung so zu gestalten, dass die Bewohnenden möglichst genügend Vitalstoffe zu sich nehmen, obwohl sie in aller Regel nur halbe Portionen essen. Die natürliche Anreicherung von Lebensmitteln spielt hier eine wichtige Rolle: So wird etwa ein Wäheguss mit Quark hergestellt, der ein guter Eiweissträger ist. Regelmässig gibt es im Schlossgarten hausgemachte Energieshakes mit einer Extraportion Eiweiss, die gezielt an Bewohner abgegeben werden. ●

Essen ist ein sinnliches Erlebnis – und somit Teil der Lebensqualität

Wenn der Geschmack abhandenkommt

Wenn Geschmacks- und Geruchssinn schwinden, wächst die Appetitlosigkeit. Das birgt die Gefahr von Mangel- oder Unterernährung. Heime und Institutionen tun gut daran, Appetitlosigkeit ernst zu nehmen und dieser entgegenzuwirken.

Von Urs Tremp

Die Patientin beschrieb die bekannten Symptome: Husten und Fieber. Doch sie fügte den bekannten Anzeichen der neuen Corona-Krankheit ein weiteres an: Sie habe mit einem Mal den Geschmacks- und Geruchssinn verloren. Sie habe nicht mehr riechen und schmecken können, was sie isst und trinkt.

Ob dieses Symptom typisch ist für die Corona-Krankheit, ist noch nicht zu sagen. Aber eigentlich verwundert war die Fachwelt nicht. Es gibt viele Krankheiten, die den Geruchs- und Geschmackssinn beeinträchtigen, zuweilen ganz ausschalten. Und es gibt viele weitere Ursachen, die zu einem Verlust dieser Sinne führen. Oft werden sie nicht erkannt, gerade bei älteren Menschen.

Zwar kennt man gerade in den Alters- und Pflegeheimen das Phänomen, dass die Menschen oft wenig oder gar keinen Appetit haben. Aber man schiebt dies dem Alter, den schwindenden Kräften, der oft fragilen mentalen Verfassung zu. Dass ein Rückgang oder gar ein völliges Verschwinden des Geschmacks- und Geruchssinns wegen einer akuten Krankheit oder eines chronischen Leidens hinter der Appetitlosigkeit stehen könnte, wird selten bedacht. Besonders folgenreich: Kommt es wegen einer anhaltenden Appetitlosigkeit zu Ernährungsdefiziten, kann das die Sinnesempfindungen weiter verschlechtern. Ein Teufelskreis entsteht. Denn wenn die Men-

schen nicht mehr richtig essen, ist das gesamte Spektrum der lebensnotwendigen Nährstoffe betroffen: Es kommt zu einer Mangelerkrankung. Die Versorgung mit Eiweiss und Kalorien ist ebenso wie der Zugang zu Vitaminen und Mineralstoffen nicht mehr gewährleistet. Die möglichen Folgen: Immun- und Muskelschwäche, Osteoporose und Blutarmut (Anämie), verminderte Wundheilung und ein beschleunigter geistiger Abbau. Mängel bei den Nährstoffen Zink, Vitamin A und essenziellen Fettsäuren lassen zudem die Sinnesempfindungen, das Hören, Sehen, Riechen und Schmecken, weiter abstumpfen. Ein Teufelskreis in sich also.

Geschmackssinn bedeutet auch Lebensqualität

Wenn das Essen nicht mehr schmeckt, sinken der Appetit und damit die Freude am Essen und die Lebensqualität. Es ist also von zentraler Bedeutung, dass Menschen auch im hohen Alter Lust und Genuss am Essen behalten. Bei der Nahrungsaufnahme

sind der Geruchs- und Geschmackssinn nämlich – wie ein Ernährungswissenschaftler einmal gesagt hat – die strengen Türsteher: Sie entscheiden, was herein darf, was wir als bekömmlich und fein empfinden und was als ekelhaft, unbekömmlich oder gar giftig abgelehnt wird. Fallen diese Türsteher aus, hat man entweder überhaupt keinen Appetit mehr oder man isst unausgewogen und einseitig. In

beiden Fällen gilt: Das Essen als sinnliches und damit bereicherndes Erlebnis ist dahin.

Wie aber funktionieren überhaupt Geschmacks- und Geruchssinn? Der Geschmackssinn ist im Vergleich zum Geruchssinn der einfachere von beiden. Er funktioniert in klaren Kategorien, die er mit Hilfe der rund 2000 Geschmacksknospen identifiziert, die auf der Zunge, vereinzelt auch am Gaumen und im Rachenraum zu lokalisieren sind. In jeder Knospe liegen zehn

Haben alte Menschen wenig Appetit, kann das auch mit einem Geschmacksverlust zu tun haben.



«Der Gourmand», Ölgemälde von Henri Brisport (1846–1928): Das Essen als sinnliches Erlebnis erhalten.

bis fünfzig Sinneszellen mit Rezeptoren für je einen der bis heute bekannten fünf Geschmäcker. Bekannt sind die Geschmacksqualitäten süß, sauer, salzig und bitter. Beim fünften Geschmack handelt es sich nicht etwa um scharf, denn Scharfstoffe reizen keine Geschmacks-, sondern Schmerzrezeptoren. Gemeint ist mit dem fünften Geschmackssinn der Sinn, der mit dem aus dem Japanischen übernommenen Lehnwort «umami» umschrieben wird. Es bedeutet «köstlich» und steht zum Beispiel für die brühig-fleischige Note herzhafter Gerichte. Beschrieben wurde «umami» in Japan schon vor 100 Jahren. Doch die Wissenschaft stritt sich lange darüber, ob es ein eigenständiger Geschmack oder eine Mischung aus den anderen vier Geschmackseindrücken ist. Seit 2002 gilt «umami»

aber als ein eigenständiger Rezeptor und damit als der fünfte Geschmack.

Die Zunge macht allerdings nur die grobe Grundwahrnehmung der Geschmäcker aus, die Feinarbeit übernimmt die Riechschleimhaut, also der Geruchssinn. Dabei geht es nicht nur um die Düfte, die über die Nase aufgenommen werden. Da Mund- und Nasenraum im Rachen miteinander verbunden sind, gelangen mit jedem Bissen Essen und mit jedem Schluck Wein auch Hunderte von flüchtigen Substanzen via Mund in die obere Nasenmuschel. Im Alter geht vor allem die Fähigkeit zum Riechen via Mundhöhle verloren. Weil aber gerade das sogenannte retro nasale Riechen wichtig für ein umfassendes und differenziertes Geschmackserleben ist, scheinen für alte Menschen viele

Schmecken will schon früh gelernt sein

Schmecken muss gelernt werden, denn neben der biologischen Grundausstattung in Form von Rezeptorzellen und Nervenbahnen braucht das Geschmacks- vor allem aber das Geruchssystem-Training, um optimal zu funktionieren. Daher beginnt das Schmecken-Lernen bereits im Mutterleib. Das Ungeborene schluckt mit dem Fruchtwasser auch Geschmacks- und Aromastoffe aus dem Essen der werdenden Mutter. So sammelt es erste Erfahrungen und wird auf seinen späteren Lebensraum und die typischen Speisen seines Kulturkreises vorbereitet.

Den zweiten Kick bekommt das kindliche Geschmacks-Tuning beim Stillen. Auch mit der Muttermilch gelangen Geschmacks- und Aromastoffe zum Kind. Gestillte Kinder akzeptieren neue

Speisen leichter, wenn diese von der Mutter während der Stillzeit regelmässig gegessen wurden. Es schmeckt ihnen, weil sie die neuen Geschmäcker bereits kennen und weil die entsprechenden Speisen offenbar gesund und nahrhaft sind, sonst hätte sie die Mutter ja nicht verzehrt. Oft hat es den Anschein, Kleinkinder kämen mit einer «Gemüsehobie» zur Welt. Doch wenn die Mutter kein Grünzeug isst, nicht stillt und dem Kind nicht früh und immer wieder Gemüse anbietet, ist seine Abneigung kein Wunder, sondern biologisch nachvollziehbar.

Mit anderen Worten: Mütter, die wollen, dass ihre Kinder regelmässig und gerne Gemüse, Obst oder was auch immer essen, sollten es selber tun.

>>

Lebensmittel nach nichts mehr zu schmecken. Die Riechschleimhaut der Nase ist zwar nur wenige Quadratzentimeter gross, besteht jedoch aus bis zu hundert Millionen Riechsinneszellen. Jede von ihnen reagiert auf einen bestimmten Duftstoff. Diese Botschaft leitet sie mit Hilfe von Nervenfasern in den Riechkolben weiter.

So heisst eine Hirnregion, die aus den eingehenden Einzelsignalen komplexe «Geruchsbilder» oder «Duftkarten» zusammensetzt. Diese werden an jene Hirnregionen gesendet, die fürs Erkennen und Bewerten der Gerüche zuständig sind. Je nachdem, ob ein Essensduft via Nase oder durch den Mund zur Riechschleimhaut gelangt, reagiert das Hirn anders. Das zeigen Versuche mit Schokoladenduft. Kommt der Duft über die Nase, reagieren andere Hirnregionen als bei Schokoladenduft via Rachenraum. So registriert das Gehirn, ob eine Belohnung bevorsteht oder bereits erfolgt ist – und zwar schon, bevor die Schokoladeninhaltsstoffe verdaut und im Blut angekommen sind.

Wegen Alter, Unfall oder Krankheit

Geruchs- und Geschmacksforscher des amerikanischen Monell Chemical Senses Center in Philadelphia haben ausgemacht, dass rund ein Drittel der älteren Menschen mit ihrem Geruchs- oder Geschmackssinn unzufrieden sind. Warum die Geschmackswahrnehmung im Alter auch ohne Erkrankungen nachlässt (und schon ab 40 einsetzen kann), ist freilich nicht genau bekannt. Es spielen wohl verschiedene Faktoren eine Rolle: Armut, Einsamkeit und Krankheiten spielen möglicherweise eine Rolle. Weit mehr dazu beitragen aber könnten Krankheiten und Medikamente, aber auch so scheinbar banale Bedingungen wie fehlende oder künstliche Zähne.

Auch eine zweite Gruppe von Menschen hat keine richtige Lust aufs Essen: die Anosmatiker. Das sind Menschen, die nicht oder nur sehr eingeschränkt riechen können. Bei einem Test unter 1300 zufällig ausgewählten Bürgern haben deutsche Wissenschaftler vor einigen Jahren herausgefunden, dass knapp 4 Prozent gar nichts und 18 Prozent nur eingeschränkt riechen konnten. Wer etwa aufgrund eines Unfalls oder eines Schlaganfalls seinen Geruchssinn verliert, dem schmeckt auch das Essen

nicht mehr richtig. Zwar können die einfachen Geschmackseindrücke wie süss, sauer oder salzig, die von der Zunge kommen, noch wahrgenommen werden.

Darüber hinaus ruft zum Beispiel Kuchen aber nur noch den Eindruck «krümelig» hervor, und alle Tees schmecken wie warmes Wasser. Differenzierte Aromen und Geschmacksvielfalt kommen einfach nicht mehr vor.

Ein gezieltes Riechtraining kann helfen

Mit dem Verlust des Geruchssinns kommt den Betroffenen rund ein Drittel ihrer Sinneseindrücke abhanden, und damit geht ein deutlicher Verlust an Lebensqualität einher. Die Blütenpracht eines Gartens bereitet keinen Genuss mehr, und häufig kommt die Angst hinzu, giftigen Gasen schutzlos ausgeliefert zu sein. Zudem steigt auch bei Anosmatikern die Gefahr einer Fehlernährung. Denn wenn es egal ist, ob man Apfelkompott oder Blumenkohl in den Mund steckt, wird die Nahrung leicht einseitig und damit unausgewogen.

Allerdings gibt es Hoffnung. Mit Hilfe eines gezielten Riechtrainings kann versucht werden, wenigstens einen Teil der Geruchs-

wahrnehmung wieder herzustellen. Wie Forscher des Monell Instituts in Philadelphia herausfanden, kann der Körper die für das Riechen benötigten Nervenzellen lebenslang nachbilden. Dafür und damit diese Zellen ihre Aufgabe zufriedenstellend erfüllen können, scheint neben einer insgesamt guten Ernährungssituation insbesondere eine gute Versorgung mit Vitamin A vonnöten. Das Vitamin kommt vor

allem in Innereien wie Leber, in Eiern, Milch, Wurst und tierischen Fetten vor. Dazu kommen die Carotine, eine Vorstufe von Vitamin A, die mit pflanzlichen Lebensmitteln aufgenommen werden.

Zwar ist die Vitamin-A-Versorgung im Bevölkerungsdurchschnitt eher überreichlich. Bei alten Menschen finden sich jedoch häufig niedrige Vitamin-A-Spiegel im Blut. Mit einem verbesserten Riechen könnte auch das Schmecken wieder neu gelernt werden. Denn das, was wir in unseren täglichen Leben als «Geschmack» einer Speise bezeichnen, ist eine Kombination aus vielen Geruchs- und wenigen Geschmackseindrücken. ●

Faktoren wie Armut, Einsamkeit, aber auch Medikamente spielen eine Rolle bei Geschmacksverlust.

Ein gutes Gastronomiekonzept gewährleistet bestmögliche Ernährung im Pflegeheim

Das Rezept für den guten Appetit: Eine grosse Portion Absprache mit der Pflege

Die Aufgabe lautete: Ein umfassendes, interdisziplinäres Gastronomiekonzept für das Haus Tabea in Horgen ZH mit seinen 150 Plätzen zu erstellen. Küchenchef, Pflegedienstleiterin und Pflegeexpertin setzen sich zusammen und untersuchten Schritt für Schritt, was es dazu braucht.

Von Claudia Weiss

Markus Gottschalk war noch nicht lange im Amt als Küchenchef im Alterszentrum Haus Tabea in Horgen ZH, da beschloss der Stiftungsrat und Geschäftsleitung, im Haus ein neues Gastronomiekonzept einzuführen. Dieses sollte den immer höher werdenden Anforderungen an die Langzeitpflege-Institutionen begegnen – unter anderem auch jenen an die Küche.

Denn diese wird immer wichtiger: «Je älter die Bewohnerinnen und Bewohner, desto komplexer werden ihre Ernährungsbedürfnisse», erklärt Küchenchef Gottschalk. Da geht es nicht allein um Vorlieben wie den geliebten Sonntagsbraten mit Rüeblen, Kartoffelstock und Saucenseeli, sondern es gilt, diverse Sonderkostformen zu bieten, auf Mikro- und Makronährstoffe zu achten und besonders auf genügend Proteine – und all das erst noch saisonal, regional und bezahlbar.

Vor rund zwei Jahren fasste Markus Gottschalk deshalb den Auftrag auszutüfteln, wie das künftig machbar ist, und im Rahmen der Strategie im Haus Tabea ein umfangreiches Gastronomiekonzept zu erstellen. «Es ging darum, einerseits herauszufinden, was für unsere Bewohnerinnen und Bewohner wichtig ist, damit wir ihnen die Freude am Essen vermitteln können, und andererseits die modernen Ernährungsrichtlinien mit einzubeziehen.» Dafür

recherchierte er unter anderem in den Richtlinien der Österreichischen, der Deutschen und der Schweizerischen Gesellschaft für Ernährung, nahm deren Broschüre «Ernährung für Ältere Erwachsene» zu Hilfe sowie die «Schweizer Ernährungsempfehlung für ältere Erwachsene», den Leitfaden des Bundesamts für Lebensmittelsicherheit und Veterinärwesen (BLV). Die Vorgaben waren klar, und Küchenchef Gottschalk machte sich zügig an die Konzeptplanung. Dabei half ihm, dass ebenfalls von Anfang an klar war: Das Ganze sollte interdisziplinär aufgegleist werden. «Interdisziplinäre Zusammenarbeit ist der Schlüssel zum Erfolg», lautete das Motto der Chefetage. «Insbesondere Pflege und Betreuung, Küche und Prozess-Management müssen involviert werden und eng zusammenarbeiten», bringt es Gesamtleiter Markus Buck auf den Punkt (vergleiche auch Interview Seite 16).

Was ist wünschbar – und was machbar?

Betraut mit dieser Aufgabe, setzte sich Markus Gottschalk mit Pflegedienstleiterin Regula Bruckbach und Pflegeexpertin

Karin Lang zusammen. Gemeinsam erstellten sie zuerst ein Ernährungskonzept mit folgenden Vorgaben: Was ist wichtig für ein Pflegezentrum wie das Haus Tabea mit den Pflegebereichen geriatrische Kurz- und Langzeitpflege, Pflege für Menschen mit Demenz, stationäre gerontopsychiatrische Pflege & Betreuung und Tageszentrum? Was ist wünschbar – und was machbar?

Basierend auf diesen Vorgaben prüfte die Gruppe die Wünsche, Ansprüche und Ernährungsbedürfnisse der Bewohnerinnen und Bewohner, beispielsweise punkto Proteinzufuhr und Massnahmen bei Appetitlosigkeit oder persönliche Vorlieben. Aber sie stellten sich auch Fragen wie «Was können wir wie anpassen?» oder «Was können wir tun, um uns von anderen

>>

Herausfinden, was für die Bewohner wichtig ist und neue Ernährungsrichtlinien mit einbeziehen.

Institutionen abzuheben?». Und eine weitere Frage drängte sich unweigerlich auf, nämlich die Frage, ob Anpassungen nötig würden, beispielsweise bei der Infrastruktur.

Neue Küchenabläufe und Produktionsmethoden nötig

Tatsächlich zeigte sich beim Ausarbeiten eines Jahresmenüplans, dass neue Küchenabläufe und neue Produktionsmethoden nötig würden, um gleichzeitig vorausplanen und dennoch die laufend veränderten Bedürfnisse der Bewohnerinnen und Bewohner flexibel abdecken zu können. «Eines unserer nächsten Ziele ist es beispielsweise, Dysphagie-Speisen für Bewohnende mit Schluckschwierigkeiten selber herzustellen, um auch dort auf spezifische Bedürfnisse eingehen zu können», erklärt Markus Gottschalk.

Um die Ressourcen für solche Arbeiten freizuschaukeln, mussten Abläufe optimiert und verschlankt werden, beispielsweise durch Methoden wie Hotfill oder Freeze-and-Go: Dabei werden Speisen heiss in hitzebeständige Kochbeutel abgefüllt, zugeschweisst und schockgekühlt. «Wenn wir so bestimmte Speisen gezielt für eine Woche vorbereiten können, statt sie täglich zu kochen, bedeutet das eine Effizienzsteigerung, die uns viel Freiraum verschafft.»

Dieser Freiraum, so zeigte sich rasch, war auch anderswo als für die Produktion der Dysphagie-Speisen dringend nötig: Die neuen Produktionsabläufe bedeuteten nämlich gleichzeitig, dass neue Rezepturen erarbeitet werden mussten, um die gleiche Qualität zu gewährleisten. «Das Ziel war ja immer, die Menüplanung das ganze Jahr über bedarfsgerecht, saisonal und möglichst regional zu gestalten.» Und gleichzeitig wollten Markus Gottschalk und sein Team unbedingt berücksichtigen, was die Bewohnenden gerne mögen: «Es bringt nichts, wenn ein Menu perfekt ausgewogen ist, aber nicht gegessen wird – da werden wir immer Kompromisse eingehen müssen.»

Schon ziemlich früh hatte sich ausserdem in den Gruppendiskussionen herausgestellt, dass unbedingt ein Kostform-Katalog erarbeitet werden musste: «Das war wichtig, damit wir überhaupt alle vom Gleichen reden», erklärt der Küchenchef. Alle sollten unter «Breikost» oder «pürierter Kost» und «weicher Kost» dasselbe verstehen, und alle, die Pflegenden ebenso wie die Mitarbeitenden der Küche, sollten verstehen, welche Spezialkost wann hilfreich ist. «Zwar ist beispielsweise Fingerfood für Bewohnerinnen und Bewohner mit Demenz an sich sehr sinnvoll», sagt Gottschalk. «Wenn diese aber Kau- oder Schluckbeschwerden haben, ist das aber oft zu trocken.» Dasselbe gelte bei Muffins oder Frittiertem: Das Essen von Hand sei schön

und gut, aber bei Schluckbeschwerden ebenfalls problematisch. «Mit Hilfe solcher Erklärungen lassen sich Reibungspunkte zwischen Küche und Pflege vermeiden.»

Wichtig: Ernährungsberater

Beim Erarbeiten der Kostformen erkannte die Gruppe zugleich immer deutlicher: Ein Ernährungsberater wäre dringend vonnöten, einer, der sowohl die Krankheitsbilder als auch die Küchenseite kennt und weiss, was hier nötig und dort möglich ist: «Das ist eigentlich die einzige gute Möglichkeit, die Schnittstelle zwischen Küche und Pflege kompetent zu füllen», findet Markus Gottschalk. Die Geschäftsleitung hatte ein offenes Ohr für den Vorschlag, und idealerweise interessierte sich Diätkoch Andrej Deric für diesen Bereich. Inzwischen befindet er sich bereits in der Ausbildung zum Ernährungsberater.

Sobald er diese im Herbst abgeschlossen hat, kann das Haus Tabea erstmals mit einem hausinternen Ernährungsberater arbeiten, der sämtliche Menüpläne kontrolliert und bei Bedarf für bestimmte Bewohnerinnen und Bewohner anpasst. Ein Birchermüesli beispielsweise lässt sich unter anderem mit Hilfe von Magerquark, Rahm, Leindotter-Öl und Bananen auf den doppelten Proteingehalt und um 50 Prozent mehr Kalorien anreichern. Ausserdem wird Ernährungsberater Deric laufend mit den Bewohnerinnen und Bewohnern über ihre Vorlieben reden, gemeinsam mit der Pflegeexpertin über die optimale Sonderkost entscheiden, die Erkenntnisse in einer Dokumentation festhalten und an Fallbesprechungen teilnehmen.

Alle auf Konfliktkommunikation vorbereiten

Ein wichtiger Schritt – der jedoch gleich wieder weitere Schritte erforderlich machte: «Es genügt nicht, wenn nur der Ernährungsberater beide Seiten versteht und kommunizieren kann», erklärt Küchenchef Gottschalk. «Vielmehr müssen sämtliche Küchenmitarbeiter – wie übrigens alle im Haus – auf Konfliktgespräche vorbereitet werden.» Kommt es zum Beispiel zu einer Uneinigkeit, weil Angehörige nicht verstehen, warum ein Bewohner oder eine Bewohnerin pürierte Nahrung erhält, müssen alle in der Lage sein, mediative Gespräche zu führen. «Das heisst zu wissen, wie man etwas kommunizieren kann», sagt



Diätkoch Andrej Deric in der Küche. zum Ernährungsberater ausbilden



«Es bringt nichts, wenn ein Menu perfekt ausgewogen ist, aber nicht gegessen wird. Da werden wir immer Kompromisse eingehen müssen.»

Markus Gottschalk,
Küchenchef Haus Tabea
in Horgen



Für die neuen Produktionsmethoden waren Anpassungen nötig. Die grösste Änderung in Derics Alltag besteht aber darin, dass er sich lässt und dadurch noch besser auf die Bedürfnisse der Bewohnerinnen und Bewohner eingehen kann.

Fotos: HausTabea

Gottschalk: «Und zwar, indem man das Gegenüber ernst nimmt und verständlich erklärt, warum gerade diese Kostform die optimale ist.» Gleichzeitig müssen alle Mitarbeitenden der Küche verstehen, warum es so wichtig ist, möglichst oft den Geschmack der 150 Bewohnerinnen und Bewohner zu treffen und damit ihren Appetit anzuregen – und ihre Lebensfreude.

Langzeitplanung – mit laufenden Anpassungen

«Die Wünsche ändern sich allerdings laufend, sodass wir immer wieder neue individuelle Bedürfnisse einbauen müssen», sagt Markus Gottschalk. «Diese eruieren wir jeweils im Rahmen des «Menü-Schreibens mit dem Küchenchef» direkt im Gespräch mit den Bewohnenden.» Manchmal, hat er festgestellt, muss er aber einfach alle Ernährungsempfehlungen über Bord werfen und an die menschliche Seite denken: «Menschen, die bei uns wohnen, sind mit ihrer Ernährungsweise über 80 Jahre alt geworden – so komplett falsch können diese also nicht gewesen sein.» Für ihn ist klar, dass sie manchmal auch einfach Freude am Essen haben sollen.

«Menschen, die bei uns wohnen, sind mit ihrer Ernährung alt geworden – so falsch kann sie nicht sein.»

«Für viele besteht eine solche Freude noch aus Kutteln und Salzkartoffeln, etwas Jüngere werden sich über Chicken Nuggets und Burger freuen – und etliche andere, auch bereits über 90-Jährige, freuen sich heute schon über ein Crevetten-Curry. Da merken wir schon eine Veränderung.» Deshalb bietet das Haus Tabea immer drei Mittagsmenüs an.

Sonderkost für multimorbide Personen wird wichtiger

Künftig erwartet Markus Gottschalk vor allem eine stark steigende Nachfrage für Sonderkost für multimorbide Bewohnerinnen und Bewohner. Deshalb ist er sehr froh über das neue Gastronomiekonzept, das eine rationelle und bedarfsgerechte Zubereitung erlaubt: Das gibt ihm und seinem Team Luft, um die Kost an alle Bedürfnisse von proteinreich, salzarm, hochkalorisch und antiallergen bis schluckfreundlich anzupassen und trotzdem Zeit für

die interdisziplinäre Absprache und die laufende Weiterbildung zu finden. Allein ein bis zwei Tage pro Woche benötigt der Ernährungsberater für die Abklärungen mit Bewohnenden und Pflege. Der Aufwand sei aber gerechtfertigt, findet

>>

Umfassendes Gastronomiekonzept funktioniert nur mit einer übergeordneten Strategie

«Die interdisziplinäre Zusammenarbeit ist der Schlüssel zum Erfolg»

Markus Buck, Gesamtleiter des Alterszentrums Haus Tabea in Horgen ZH, versucht laufend, neuen Anforderungen zu begegnen. «Ein Gastronomiekonzept kann nur erfolgreich sein, wenn es als Bestandteil einer übergeordneten Strategie betrachtet wird. Und wenn es alle mittragen.»

Interview: Claudia Weiss

Herr Buck, wie sind Sie im Haus Tabea dazu gekommen, ein ganzheitliches Gastronomiekonzept einzuführen?

Markus Buck: Lebensmitteldeklaration, Hygienekonzepte und Qualitätsindikatoren, höhere Anforderungen von Bewohnenden und Angehörigen, spezifische Ernährungsbedürfnisse, neue Zubereitungstechnologien und neue wissenschaftliche Erkenntnisse zum Thema Ernährung – all diese Faktoren verlangen von Alters- und Pflegeheimen eine ständige Weiterentwicklung. Deshalb überprüfen wir im Haus Tabea periodisch die Strategie und haben kürzlich die Angebotsstruktur im Bereich Pflege und Betreuung erweitert und fokussiert. Ein ganzheitliches Gastronomiekonzept, das sich nach den Bedürfnissen unserer Anspruchsgruppen richtet, ist ein wichtiger Bestandteil dieser übergeordneten Strategie.

Welche Überlegungen braucht es, um ein solches Konzept überhaupt aufzulegen?

Hier geht es um ein komplexes und anspruchsvolles Projekt. Zuerst muss die Ausgangslage definiert werden, also wo stehen wir bezüglich Ernährungsangebot, welche Infra-

struktur für die Produktion und welche Kompetenzen haben wir? In einem zweiten Schritt haben wir untersucht, wie die Ernährungsbedürfnisse unserer Anspruchsgruppen aussehen, welche Fähigkeiten und welche Infrastruktur wir dafür brauchen – und wie hoch die Investitionskosten sind. Anschliessend haben wir einen Umsetzungsplan erarbeitet und überlegt, wer welche Tätigkeiten zu welchem Zeitpunkt durchführen soll. Am Schluss kontrollieren wir, ob die ursprünglich festgelegten Ziele erfüllt wurden. Aufgrund der Grösse und der Komplexität des Projekts entscheidet bei uns final der Stiftungsrat auf Antrag der Geschäftsleitung über Ziellösung, Investitionen, Projektorganisation und Umsetzungsplanung. Deshalb ist sehr wichtig, dass auch dieses Gremium während der ganzen Projektdauer mit einbezogen ist und voll dahintersteht.

Und wer aus dem Haus muss mit einbezogen werden?

Ein solches Projekt kann nur erfolgreich durchgeführt werden, wenn von Anfang an sämtliche am Gesamtprozess Beteiligten mit einbezogen werden: Die interdisziplinäre Zusammenarbeit ist der Schlüssel zum Erfolg. Besonders eng müssen Pflege und Betreuung sowie Küche und Prozessmanagement involviert sein, sie müssen unbedingt und ständig eng zusammenarbeiten. Darüber hinaus sind auch die Bereiche Finanzen, Marketing und Kommunikation sowie Personalwesen betroffen.

Gab es bei den Mitarbeitenden auch Widerstände?

Grundsätzlich begrüssen es unsere Mitarbeitenden, dass wir diesem Thema eine grosse Bedeutung beimessen. Wichtig war, dass von Anfang an alle verstehen, dass ein Verpflegungskonzept nicht isoliert betrachtet werden darf: Es kann nur erfolgreich sein, wenn es als integrierter Bestandteil einer übergeordneten Strategie betrachtet wird, und wenn alle Involvierten das Konzept mittragen. Die Umsetzung bedeutet für sie einen Mehraufwand, da sie ja gleichzeitig ihre täglichen Aufgaben erfüllen müssen. Trotz diesem Mehraufwand sind aber alle sehr motiviert, weil sie ihre eigenen Ideen einbringen können.

Wie rasch lässt sich denn ein derart umfassendes Projekt verwirklichen?

Ein Projekt von solch hoher Komplexität braucht Zeit, die verschiedenen Phasen müssen sorgfältig geplant und professionell umgesetzt werden. Bei uns rechnet man vom Start bis zum Moment, in dem wirklich alles eingeführt ist, mit zwei bis drei Jahren. Wichtig ist, dass man die >> S. 18



Haus Tabea, Gebäude C: «Das Thema Ernährungskonzept darf nicht isoliert betrachtet werden.»

Küchenchef Gottschalk: «Wir müssen in diesen Themen fit für die Zukunft sein.» Vieles an seinem neuen Gastronomiekonzept ist in den beiden Jahren aufgegleist worden. Fertig ist die Arbeit noch nicht: Ganz oben auf dem Plan steht die Biografiearbeit mit «Ernährungsgewohnheiten und Vorlieben», die helfen soll, unter Berücksichtigung von Essgewohnheiten und Erinnerungen die Freude am Essen anzuregen. Welch wichtige Rolle das spielt, hat Markus Gottschalk schon oft gemerkt. «Sie können sich nicht vorstellen, wie wichtig es für alte Menschen ist, ob die Randen im Salat gewürfelt oder geraffelt daherkommen – sie mögen alles einfach am liebsten so, wie sie es sich seit Jahrzehnten gewohnt sind.»

Fleischgeruch kann Erinnerungen wecken

Deshalb soll künftig auch ein Koch das Essen direkt auf der Abteilung für Menschen mit Demenz zubereiten und dabei mit diesen Vorlieben arbeiten: Wenn der Geruch von frischem Gemüse oder gebratenem Fleisch durch die Räume zieht, kann das die Bewohnerinnen und Bewohner sehr wirkungsvoll an früher erinnern und anregen. Auch hier hilft, wenn dank der Biografiearbeit die Lieblings Speisen der alten Menschen bekannt sind. Und für jene Bewohnerinnen und Bewohner, die Tag und Nacht nicht mehr unterscheiden können, soll künftig eine 24-Stunden-Küche zur Verfügung stehen: Fünf verschiedene nahrhafte Gerichte, beispielsweise Suppe, Teigwaren, Ragout oder ein süßer Kaiserschmarren, werden in der Wohngruppe tiefgefroren und in Plastikbeuteln aufbewahrt. Diese Portionen können die Pflegenden je nach Bedarf Tag und Nacht regenerieren – mit einem speziellen Verfahren >>



Ausenterrasse bei der Cafeteria: Eine wichtige Rolle spielt die Umgebung – und manchmal auch, ob der Randen im Salat gewürfelt oder geraffelt ist.



Die Heimköche beim Anrichten: Neue Produktionsmethoden erlauben flinke Abläufe und lassen gleichzeitig die gewünschten Anpassungen zu.

Umsetzung in kleinere, aufeinander abgestimmte Unterprojekte unterteilt: Dies ermöglicht sogenannte «Quick-wins», das sind schnelle Erfolge bei der Umsetzung, die sich positiv auf die Motivation der Projektteilnehmer auswirken. Dadurch müssen die Betroffenen, also beispielsweise die Küchenmitarbeitenden und vor allem die Bewohnenden, nicht zwei Jahre warten, bis sie ein Resultat sehen, sondern erkennen in relativ kurzer Zeit den Mehrwert dieser Initiative.

Was waren die grössten Schwierigkeiten, die Sie überwinden mussten?

In einem Projekt dieser Komplexität gibt es immer Herausforderungen oder Hürden, die vorerst unüberwindbar erscheinen. Im Haus Tabea beispielsweise ging es darum, die volle Unterstützung des Stiftungsrats und der Geschäftsleitung sowie der betroffenen Kaderpersonen zu gewinnen.

Ausserdem mussten die notwendigen Ressourcen und die fachlichen Kompetenzen inklusive Projekt- und Prozess-Management während des ganzen Projektes zur Verfügung stehen. Dann müssen die hohen Investitionskosten auch finanziert werden können. Und last but not least müssen die Projektrisiken laufend erkannt und gemildert werden.

Kann auch eine kleine Institution ein Minikonzept einführen, oder sind zwangsläufig grosse Investitionen nötig?

Ich bin der Meinung, dass grundsätzlich jede Institution ein solches Konzept realisieren kann, sofern die Verantwortlichen eine gemeinsame Vision haben. Grösse und Ressourcen werden vor allem dann relevant, wenn es um hohe Investitionen geht oder wenn es spezifische Fähigkeiten braucht, wie zum Beispiel Projekt-Management-Fähigkeiten. Kleinere und mittlere Institutionen können aber in diesem Fall befristet Fachspezialisten beiziehen, um diese Lücken zu schliessen. Allerdings sind die Kosten sicher ein kritischer Faktor: Im Haus Tabea belaufen sich die Total-Investitionen über die zwei, drei Jahre auf ungefähr 55 000 bis 60 000 Franken. Diese Kosten unterteilen sich auf rund 45 000 bis 50 000 Franken für Geräte und Geschirr sowie



Markus Buck ist Gesamtleiter Haus Tabea in Horgen ZH. Dieses arbeitet künftig mit vier Pflege-Kernangeboten: Die Basis bildet die Geriatrische Kurz- und Langzeitpflege mit Palliativpflege und End-Of-Life Care, darauf bauen die drei Pfeiler «spezialisierte Demenzpflege», «stationäre

gerontopsychiatrische Pflege und Betreuung für den Bezirk Horgen» sowie «Tageszentrum für Menschen mit einer psychiatrischen Erkrankung».

«Wir wollen uns in Biografiearbeit zu Ernährungsgewohnheiten und Vorlieben spezialisieren.»

ungefähr 10 000 Franken für externe Weiterbildungen. Interne Aufwände und Weiterbildungen sind dabei nicht eingerechnet.

Wo stehen Sie heute mit dem Verpflegungskonzept?

Wir stehen mitten in der Umsetzung. Gastronomiekonzept, Ernährungskonzept, Kostformkatalog, Prozess-Management, neue Produktionsmethoden und Jahres-Menüplanung sind bereits eingeführt. Auch das Rezeptieren, die Kalkulation und Nährwerte wurden zu einem ersten Teil eingeführt,

sie werden fortlaufend angepasst, sobald das Budget der Jahres-Menüplanung bestätigt ist. Auch die hauseigene Ernährungsberatung ist bereits aufgegleist. Bei der 24-Stunden-Versorgung stehen Rezepte und Produktion bereit und warten auf den geeigneten Zeitpunkt der Einführung, unterstützt durch gezielte Marketing- und Kommunikationsmassnahmen. Bereits ein-

geführt haben wir die hochkalorische, proteinreiche Zusatzversorgung via Shakes.

Das ist schon eine ganze Menge – ist denn noch mehr nötig?

Zurzeit in Arbeit ist die Kontrolle der vorhandenen Rezepte durch unseren Diätkoch, der sich ja gegenwärtig zum Diplomierten Ernährungsberater ausbilden lässt. Einzelne Punkte sind noch in Planung: Wir möchten Dysphagie-Speisen für Bewohnende mit Schluckstörungen selber herstellen, uns zudem in Biografiearbeit «Ernährungsgewohnheiten und Vorlieben» spezialisieren und das Kochen auf der Demenzstation einführen.

Haben Sie Tipps, was man beim Planen eines umfassenden Konzepts bedenken sollte?

Aufgrund der Erfahrungen, die ich in meinem Netzwerk mache, bin ich überzeugt, dass die meisten anderen Institutionen ebenfalls an diesem Thema arbeiten und über die notwendige Erfahrung verfügen. Aus unserer Sicht kann ich nur betonen: Den Schlüssel zum Erfolg bilden das Commitment des Stiftungsrats, der Geschäftsleitung und des Kaders. Ebenso wichtig ist der frühzeitige Einbezug aller Betroffenen sowie die damit verbundene interdisziplinäre Zusammenarbeit und die Erkenntnis, dass dieses Thema nicht isoliert betrachtet werden darf, sondern ein integrierter Bestandteil der übergeordneten Strategie sein muss.

Wie schätzen Sie das heute ein – hat sich der Aufwand gelohnt?

Mit dem bisher Erreichten sind wir sehr zufrieden, sowohl für die Bewohnenden wie auch die betroffenen Mitarbeitenden. Eine bedürfnisorientierte Ernährung ist ein äusserst wichtiger Bestandteil unseres Pflege- und Betreuungsangebots, und ich bin sehr froh, dass wir diesem Thema schon seit geraumer Zeit die entsprechende Wichtigkeit geben und das auch in Zukunft noch verstärkt tun können. ●

aufwärmen – und den Bewohnerinnen und Bewohnern damit ein vollwertiges Gericht servieren. «Das schmeckt wie frisch zubereitet», versichert Markus Gottschalk.

Inzwischen hat sich der interdisziplinäre Austausch zwischen Küche und Pflege schon gut eingependelt. Wie wichtiger er ist, zeigt der Küchenchef an einem Beispiel: Eine 85-jährige Frau, die frisch von einer anderen Institution eingetreten war, bettlägerig und in einem sehr schlechten körperlichen und psychischen Zustand, verweigerte jegliche Nahrung. «Sie hatte nicht nur aufgrund ihrer Krankheiten viel Gewicht verloren und litt entsprechend an einer Mangelernährung, auch die Zahnprothese passte nicht mehr richtig», erzählt Gottschalk.

Ständiger Austausch half die Situation verbessern

In Gesprächen mit der Pflege und dem künftigen Ernährungsberater Andrej Deric stellte sich heraus, dass die Bewohnerin seit Kindheit kein Fleisch ass, dafür Fisch sehr mochte. Gemeinsam entwickelten Pflege und Küche einen Menüplan ohne Fleisch und probierten zwei Wochen lang, wie er sich bewähren würde. Anfangs verwendete die Küche weichen Fisch wie Schollenfilets, die sich gut pochieren und zerdrücken lassen. Als schliesslich eine funktionierende Zahnprothese angepasst worden war, konnte die alte Dame auch knusprigen Fisch essen. Und sie genoss die angebotenen Mahlzeiten offensichtlich: Im Nachgespräch nach zehn Tagen zeigte sie sich sehr zufrieden mit den Menüs und äusserte

sogar, dass sie jetzt auch Hackfleisch essen würde. Ein paar Wochen später erhielt das Küchenteam eine neue Meldung vom Pfllegeteam: Die Bewohnerin war inzwischen so gut erholt, dass sie das Bett verlassen hatte – und erklärte, sie esse übrigens ab sofort das ganz normale Menü. «Nur hie und da wünschte sie explizit ihren Fisch», sagt Gottschalk.

Hier hat sich für ihn gezeigt, wie enorm wichtig der ständige Austausch mit der Pflegeexpertin und das Feedback aller Beteiligten sind. Er weiss zwar, dass sich der Zustand der Bewohnerin auch wieder verschlechtern kann, «das sind schwankende Geschichten», aber vorläufig hat die Zusammenarbeit wunderbar geholfen.

Zwei bis drei Jahre bis zur Umsetzung

Zurücklehnen wird sich der Küchenchef auch nach solchen Erfolgsgeschichten noch lange nicht. «Es dauert zwei bis drei Jahre, bis alle Projekte umgesetzt sind», sagt er nüchtern. «Und auch dann bleibt es ein fortlaufender Prozess, der nie fertig wird.» Er macht sich stattdessen darauf gefasst: «Wir werden künftig immer wieder Anpassungen auf neue Anspruchsgruppen machen müssen.» Dafür sieht er immer wieder, wie wirkungsvoll es ist, in der Küche nicht als Einzelkämpfer dazustehen, sondern auch von Seiten der Pflege aufgewertet zu werden. Und die engere Zusammenarbeit, findet er, sei letztlich für alle Seiten ein Gewinn. ●

Anforderungen an Heimköchinnen und -köche heute und in Zukunft

Die unterschiedlichen Köche und ihr Brei

Wechselt ein Koch aus der Gastronomie in eine Heimküche, erlebt er eine Art Kulturschock: Umgangston und Kommunikation sind völlig unterschiedlich. Darum müssen Küche und Pflege unbedingt ein paar wichtige Dinge voneinander wissen, wie zwei Fachleute erklären.

Von Claudia Weiss

In seinem Lehrgang für Heimköche erlebt Christoph Roos, Verantwortlicher Gastronomie bei Curaviva Weiterbildung, immer wieder: Küchenchefs aus der Gastronomie, die in eine Pflegeheimküche wechseln, tun sich im Alltag überraschend schwer mit der neuen Aufgabe. Denn mit dem Fachwissen über moderne Altersernährung ist es nicht getan: «Wer aus der Gastronomie in eine Heimküche wechselt, erlebt einen kompletten Kulturwandel», erklärt Roos, der als gelernter Koch selber beides kennt.

Während ein Koch in einem klassischen Gastronomiebetrieb gewohnt sei, nur mit dem Küchenteam und unter hohem Zeitdruck zu arbeiten, weit weg von den Gästen, müsse derselbe Koch in einer Institution eine völlig neue Zusammenarbeit lernen: «Komplexe Themen wie Mangelernährung oder Nahrungsaufnahme bei Demenz können nicht allein von der Küche aufgefangen werden.» Dafür genüge der Curaviva-Leitfaden «Mangelernährung» nicht. Dort sei zwar festgehalten, welche Mengen Protein Seniorinnen und Senioren täglich erhalten müssten (1 bis 1,2 Gramm pro Kilogramm Körpergewicht) und wie viel Fett (bis zu 40 Prozent der täglichen Nahrung). Stattdessen müssten sich Pflege und Küche unbedingt miteinander absprechen, ihr jeweiliges Fachwissen austauschen,

um den Ernährungsbedürfnissen der Bewohnerinnen und Bewohner gerecht zu werden. «Wenn die interne Kommunikation nicht funktioniert, nützen Infrastruktur, Know-how und Ressourcen nichts», sagt Roos aus Erfahrung. Mangelernährung bestehe nur zum Teil aus Fragen rund um die Ernährung, und viele Küchenchefs hätten noch nicht einmal vom entsprechenden Qualitätsindikator gehört.

Wie viele Faktoren für die ausgewogene Ernährung im Alter eine Rolle spielen, weiss auch Ernährungsberaterin Rita Fricker. Sie berät Institutionen und leitet unter anderem Kurse bei Curaviva Weiterbildung, sie kennt sowohl die Bedürfnisse der Küche als auch jene der Bewohnerinnen und Bewohner. «Nimmt der Appetit ab, wird die Freude am Geniessen umso wichtiger», sagt sie. Dazu gehöre, dass schön angerichtet wird: Pürierte Kost dürfe nicht als form- und farblose Häufchen auf dem Teller landen, sondern die Masse sollte appetitlich geformt und angerichtet werden. «Die Küche muss ein Gefühl entwickeln.»

«Nimmt im Alter der Appetit ab, wird die Freude am Geniessen umso wichtiger.»

Nicht sympathisch oder nicht schmackhaft?

Ausserdem könne allein die Tischordnung ausmachen, ob es jemandem den Appetit verschlage, beispielsweise weil ihnen der Tischnachbar nicht sympathisch sei. «Ich bin immer wieder erstaunt, wie die gleiche Person beim Weihnachtessen, wenn die Familie dabei ist und alle fröhlich miteinander plaudern, beeindruckende Portionen verzehren mag.» Allerdings könne Appetitmangel durchaus auch einfach zeigen, dass jemandem das Essen nicht so schmeckt wie Zuhause, schliesslich hätten alte Menschen seit Jahrzehnten ihre Gewohnheiten: «Hier hilft eine sorgfältige Essbiografie, in der Vorlieben, Abneigungen und Wünsche aufgenommen werden», sagt Rita Fricker.

Mangelnder Appetit könne aber auch scheinbar banale Gründe haben, ergänzt sie: Wenn beispielsweise Bewohnerinnen und



Köche in der Gastronomie: Sie sind gewohnt, unter ihresgleichen zu arbeiten. Wechseln sie in eine Heimküche, müssen sie ihre Kommunikation anpassen, sagen Christoph Roos, Koch und Kursleiter, und Ernährungsberaterin Rita Fricker. Fotos: AdobeStock/Privat

Bewohner aus alter Gewohnheit bis 10 Uhr ausgiebig frühstücken, sei es nicht erstaunlich, wenn ihnen um 12 Uhr der Appetit auf das bereitstehende reichhaltige Mittagessen fehle. «Da kann man vielleicht etwas an den Zeiten und Abläufen ändern.» Das Problem mit der Proteinversorgung wiederum habe oft damit zu tun, dass in den Köpfen der alten Menschen die Idee stecke, sie müssten vor allem Obst und Gemüse essen, weil das gesund sei. «Das stimmt natürlich, aber noch wichtiger wäre, dass alte Menschen zuerst das Stück Käse oder das Ei essen», sagt Rita Fricker. «Sonst fehlt ihnen nach dem Essen von Gemüse und Beilage oft der Appetit für den wichtigen Proteinanteil.» Mit nachlassendem Appetit wird es laufend schwieriger, eine bedarfsdeckende Ernährung zu erreichen. «Deshalb ist es enorm wichtig, dass die Pflege darauf achtet.»

Fingerfood ist hilfreich, aber nicht für alle

Auch beim Thema Ernährung bei Demenz sei wichtig, dass sowohl Küche wie Pflege wissen, wer was nötig hat: Fingerfood ist für viele sehr hilfreich, aber nicht für alle gilt das Gleiche. «Hier liegt es an der Pflege, abzuklären, ob jemand Messer und Gabel überhaupt noch handhaben kann, oder ob das Essen von Hand angesagt ist.» Hier hilft eine gute Kommunikation zwischen Pflege und Küche, um herauszufinden, was bei der Ernährung angepasst werden muss.

Nebst den Problemen Schluckstörung und Proteinmangel ist auch Diabetes in Pflegeheimen ein Thema – allerdings je nach Alter ein unterschiedlich grosses: «Ist jemand erst 50 und lebt aufgrund einer Beeinträchtigung in einem Pflegeheim, gilt es noch ganz anders auf eine angepasste Diabetesernährung zu achten, als wenn jemand schon über 80 ist», erklärt die Ernährungsfachfrau. Im hohen Alter gelte es vor allem zu beachten, dass süsse Abendmenüs oft einen zu hohen Kohlenhydrat- und

einen zu geringen Proteinanteil aufweisen. «Ansonsten verhindert der fehlende Appetit meist automatisch eine allzu grosse Aufnahme von Kohlenhydraten.»

Rita Fricker bietet Kurse zu diversen Ernährungsthemen von Demenzkost oder Kompaktnahrung bis Anreichern oder Schluckstörungen. «Spezialkostformen machen allerdings einen kleinen Anteil aus, die meisten Menschen essen auch im Pflegeheim bis fast zuletzt normales Essen – halt etwas weicher gekocht und gegen das Ende zu dann vielleicht püriert.» Einen wichtigen Einfluss hat dann das Anrichten und Servieren. Beispielsweise, wenn das Küchenteam im Speisesaal mit einem Esswagen zu den Tischen fährt, sodass der Duft daraus aufsteigt und jeder Gast die gewünschte Menge der jeweiligen Menü-Komponenten selber zusammenstellen darf: «Das ist basale Stimulation pur und regt den Appetit an.»

Solche kreativen Ideen sind nicht zu unterschätzen, denn Appetitlosigkeit und Mangelernährung sind Alterserscheinungen, die heute vielfach noch zu wenig beachtet werden. Dabei sind die Fakten laut Experten eindeutig: «Mangelernährung ist einer der relevantesten Faktoren, der die Gesundheit von älteren Personen negativ beeinflusst», heisst es von Seiten der Eidgenössischen Ernährungskonferenz (EEK). Und: «Ein schlechter Ernährungszustand von über 65-jährigen Personen ist prädiktiv für vorzeitigen Tod.»

«Das Beste tun, bis zum Schluss»

Umso wichtiger sei es, das Beste zu geben für die Gesundheit alter Menschen, plädiert auch Ernährungsberaterin Fricker. Sie kann nicht verstehen, wenn jemand unbekümmert äussert, im Alter sei ein bisschen Mangelernährung ganz normal: «Wenn das Lebensende kommt, geht der Appetit, das ist tatsächlich

Einen wichtigen Einfluss hat das Anrichten. «Die basale Stimulation regt den Appetit an.»

>>

normal. Aber das soll so kommen, weil jemand so weit ist, nicht weil niemand darauf achtet, dass sie nichts mehr essen.» Gerade weil Ernährungsthemen oft komplex seien, findet Rita es Fricker sinnvoll, wenn Heime mit Ernährungsberaterinnen und -beratern zusammenarbeiten. Da bestehe oft noch Handlungsbedarf. «Umso wichtiger ist es, dass Küche und Pflege interdisziplinär zusammenarbeiten.»

Reorganisation mit Kreativität statt Geld

Wenn diese Zusammenarbeit nicht laufe, findet der Curaviva-Bildungsbeauftragte Christoph Roos, sei das eine Haltungsfrage: «Wer nicht will, findet immer ein Warum.» Er selber hat an einer früheren Arbeitsstelle miterlebt, wie man Abläufe verbessern kann, auch wenn das Geld für grosse Umstellungen fehlt: In einem kleinen Privatspital mit 50 Betten zeigte sich, dass immer wieder wichtige Informationen fehlten – weil immer die Pflegehilfen die Patienten zu ihren Menüwünschen befragten. Das führte zu Missverständnissen, Food Waste und belastete die Beziehung zur Pflege. Es sollte besser laufen. Nur: «Wir hatten alte Küchenmaschinen und weder Geld noch Ressourcen für grosse Reorganisationen.» Kreativität war also gefragt. Kurzerhand beschloss das Küchenteam, dass spezialisierte Diätköche die Patientinnen und

Patienten selber befragen sollten. «Zwischen sieben und acht Uhr waren wir unterwegs und befragten die Patienten nach Menüwünschen und Diätansprüchen», erzählt er. Die Informationen gab die betreffende Person in der Küche gleich selber ein, und um neun Uhr standen die fertigen Produktionspläne

bereit. «Dadurch sparten wir viel Zeit für mühsame Nachfragen und Fehlerkorrekturen», sagt Christoph Roos. «Und plötzlich konnten wir beim Kochen die Namen mit echten Menschen und ihren Geschichten verbinden.»

Einziger Mehraufwand war eine Schulung zum Thema «Wie gehe ich ins Patientenzimmer?», die dem Küchenteam die nötige Sicherheit verlieh. Der bessere Ablauf bewirkte

bald, dass die Arbeit in der Küche ruhiger ablief. Roos freut das noch heute: «All das gelang ohne finanziellen Aufwand und ohne den Produktionsprozess gross zu verändern.»

Für ihn ist die Sachlage klar: «Die Qualitätsindikatoren müssen ja eh erfüllt werden.» Letztlich gehe es nicht nur um die Gesundheit, sondern auch um die Lebensfreude alter Menschen: «Auch wenn sie oft weniger Appetit haben, freuen sich die meisten dennoch auf ihre drei täglichen Mahlzeiten: Diese gehören zu ihrem bekannten Tagesablauf, und viele Geschmäcker sind mit Erinnerungen verknüpft.» ●

Diätköche befragten die Leute gleich selber. Das half Fehler und Food Waste vermeiden.

Ernährungsprobleme bei Personen mit Behinderung bleiben oft unerkannt

«Wir müssen die Menschen individuell in ihrem Alltag begleiten»

Der Unterstützungsauftrag von Institutionen für Menschen mit Behinderung beziehe sich auch auf die Ernährung, betont Ernährungsberaterin **Caroline Hofmann***. Eine grosse Herausforderung bestehe darin, zu erkennen, ob jemand in einer bestimmten Weise mangelernährt ist.

Interview: Elisabeth Seifert

Wir haben als Gesellschaft eine hohe Sensibilität für die richtige, gesunde Ernährung. Inwiefern ist das auch in Institutionen für Menschen mit Behinderung der Fall?

Caroline Hofmann: Das ist nicht einfach zu sagen. Gerade auch im Unterschied zu betagten oder hochbetagten Personen gibt es für Menschen mit Behinderung kaum wissenschaftliche Untersuchungen. Ebenfalls im Unterschied zu Betagten ist das Thema kein eigenständiges Fachgebiet im Rahmen der Ernährungsberatung. Es gibt Institutionen, in denen Ernährung einen hohen Stellenwert genießt und in das Betreuungskonzept integriert ist. Bei zahlreichen Fachpersonen und auch in der Öffentlichkeit scheint mir das Thema aber noch nicht die nötige Aufmerksamkeit zu haben.

«Bei zahlreichen Fachpersonen hat das Thema noch nicht die nötige Aufmerksamkeit.»

***Caroline Hofmann**, 57, ist selbstständige Ernährungsberaterin mit eigener Praxis in Eschenz TG und Schaffhausen. Sie betreut Menschen mit Behinderung in Einzelgesprächen, in Teamarbeit oder im Mandatsverhältnis für ein ganzheitliches Ernährungskonzept. Sie hat weitere Mandatsaufträge mit geriatrischem Auftrag, etwa in der Rehaklinik für Geriatrie in Berlingen.

Mit der Deutschschweizer Fachgruppe Menschen mit Behinderung, die Sie im Jahr 2013 innerhalb des Schweizerischen Verbands der Ernährungsberaterinnen und Ernährungsberater gegründet haben, wollen Sie das jetzt ändern?

Es geht uns darum, das Bewusstsein für eine gute, gesunde Ernährung zu fördern. So muss man zum Beispiel verstehen, dass es sich in einer entsprechenden Institution immer um eine Gemeinschaftsverpflegung handelt. Hierzu gibt es offizielle Empfehlungen der Schweizerischen Gesellschaft für Ernährung, zum Beispiel was das Basisernährungsangebot betrifft. Neben einer Küche, die mit einer guten moderaten Fettauswahl kocht, viel Gemüse und Salat anbietet, wird zum Beispiel auch empfohlen, keine gezuckerten Getränke wie Sirup auf die Tische zu stellen. Und doch sieht man das immer wieder. Eine grosse Herausforderung bedeutet es zudem, dass in vielen Institutionen das Abendessen auf den Wohngruppen zubereitet wird. Das ist an sich eine tolle Sache, es fordert den Betreuenden aber eine Menge ab. Sie müssen kochen, dabei die Menschen mit Behinderung integrieren und sollten dann auch noch gesunde Ernährung anbieten. Es gibt Betreuende, die interessiert sind an einer gesunden Küche, andere weniger.

Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen setzen den Schwerpunkt wohl vor allem bei der Partizipation und der Selbstbestimmung?

Das sind selbstverständlich wichtige Schwerpunkte. Betreuende haben aber nicht nur die Aufgabe, mit den Bewohnerinnen und Bewohnern zu kochen, sondern ihr Auftrag besteht eben auch darin, ein gesundes Essen zuzubereiten. Zu einer professionellen Begleitung und Betreuung gehört auch eine entsprechende Ernährung. Es ist wichtig, sich im Rahmen von

>>

Schulungen die entsprechenden Kenntnisse anzueignen. Statt sich aber professionell Gedanken zu machen über die Art der Ernährung, stehen oft die persönlichen Vorlieben und Abneigungen der Fachpersonen im Vordergrund.

Sie sagen, Institutionen und auch Fachpersonen hätten den Auftrag, gesunde Ernährung anzubieten. Können Sie das näher erläutern?

Die UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK), die die Schweiz 2014 unterzeichnet hat, spielt hier eine wichtige Rolle. Dabei geht es um die Gleichberechtigung und die Gleichstellung von Menschen mit Behinderung. In der öffentlichen Diskussion stehen stark die Aspekte der Selbstbestimmung und der gesellschaftlichen Teilhabe im Zentrum. In der UN-BRK wird aber zusätzlich das Recht auf Gesundheit unterstrichen und dabei explizit das Recht auf gesunde Ernährung erwähnt. Die UN-BRK ist für die Schweiz sehr wichtig, da trotz des seit Jahren gültigen Behindertengleichstellungsgesetzes noch immer kein gleichberechtigter Zugang für Menschen mit Behinderung zum Gesundheitssystem besteht. Zum Beispiel was bestimmte Therapien und Operationen betrifft. Ein wichtiger Faktor für die Gesundheit ist zudem eine gesunde, adäquate Ernährung. In etlichen Leitbildern von Institutionen wird das Thema Gesundheit durchaus erwähnt.

Das Bewusstsein für das Thema Gesundheit ist innerhalb der Institutionen also grundsätzlich vorhanden?

Ja klar. Wichtig ist zu betonen, dass die richtige Ernährung wesentlich zu einer guten Gesundheit beitragen kann. Die Institutionen haben den Auftrag, Menschen mit Behinderung zu unterstützen. Und dieser Unterstützungsauftrag bezieht sich auch auf die Gesundheit und die Ernährung. Die grosse Herausforderung besteht nun darin, dass der Unterstützungsbedarf je nach Beeinträchtigung sehr unterschiedlich sein kann, und dies betrifft im Speziellen auch die Ernährung. Aufgrund der unterschiedlichen und oft sehr komplexen Behinderungen ist es zudem sehr schwierig zu erkennen, ob im Bereich der Ernährung ein besonderer Bedarf besteht und welcher Bedarf das genau ist. Ob jemand zum Beispiel zu viel oder zu wenig Nahrung zu sich nimmt. Und auch, ob eine Person die für sie richtige Nahrung bekommt. Es erfordert eine hohe Sensibilität, um zu erkennen, ob jemand in einer bestimmten Weise mangelernährt ist. Hier besteht aus meiner Sicht noch ein grosser Handlungsbedarf in den Institutionen.

Im allgemeinen Verständnis der Öffentlichkeit wird Fehlernährung bei Menschen mit Behinderung häufig mit Übergewicht und nicht mit Untergewicht in Verbindung gebracht...

Übergewichtsprobleme kommen öfter bei kognitiv relativ starken Personen vor. Sie haben eine grössere Autonomie und Bewegungsfreiheit und geben ihr Taschengeld gerne für Snacks aller Art aus, vor allem für Süssigkeiten. Sie haben oft Mühe damit, Eigenverantwortung zu übernehmen. Übergewichtsprobleme können aber teilweise auch auf bestimmte Zwänge oder auf Medikamente zurückgeführt werden. Oder es besteht eine

Krankheit wie das Prader-Willi-Syndrom, die das Sättigungsgefühl beeinflusst. Egal um welches Ernährungsproblem es geht, scheint mir deshalb die interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen den Betreuenden, den medizinischen Fachpersonen und der Ernährungsberatung sehr wichtig zu sein. Fast das grösste Problem besteht meiner Meinung nach darin, dass Ernährungsprobleme bei sehr Komplexen Behinderungen oft unerkannt bleiben. Und es gibt in den Institutionen eben sehr viele solch komplexer Fälle. Oft können sich diese Menschen verbal nicht richtig ausdrücken und beschreiben, was ihnen fehlt. Bei diesen Personen muss man sehr genau hinschauen, was oft eben nicht getan wird.

Inwiefern bleibt die Fehlernährung oft unerkannt?

Nehmen wir zum Beispiel einen Menschen mit Komplexer Behinderung, der über eine Magensonde ernährt wird und trotzdem mangelernährt ist. Das war bei einer jungen Frau mit Komplexer Behinderung der Fall. Gemeinsam mit den Betreuenden und nach verschiedenen Optimierungen gelang es uns schliesslich, eine angepasste Versorgung zu bieten und mit der Ergänzung von einer bestimmten Nahrungsfaser dem Darm Erleichterung zu verschaffen. Die junge Frau wurde ruhiger, und ihr Stuhlgang wurde besser. Eine Mangelernährung müsse man bei einer bestimmten Diagnose einfach hinnehmen, heisst es dann allzu schnell. Hinzu kommt, dass Betreuende, vielfach auch Eltern, nicht unglücklich darüber sind, wenn jemand sehr leicht ist, weil er oder sie dann besser bewegt werden kann.

Das Beispiel zeigt deutlich, wie verstärkte Bemühungen zum Wohlbefinden beitragen...

Wer mangelernährt ist, verhält sich oft apathisch, zeigt keine Lebensfreude, liegt auf den Knochen und kann uns sein Leiden oft gar nicht mitteilen. Auch Unruhe ist oft ein Zeichen von Mangelernährung. Wenn dann die Ernährung verbessert werden kann, bekommen die Betroffenen einen zufriedeneren Gesichtsausdruck, zeigen mehr Teilnahme am Leben. Ein Beispiel: Ein junger Mann mit einer Komplexen Behinderung, der zunächst zu Hause betreut wurde, kam mit 18 Jahren in ein Wohnheim. Trotz Bemühungen während eines Jahres kam es zu keiner Gewichtszunahme. Bei einer Grössenabklärung kam man zum Schluss, er sei ausgewachsen. Zusammen mit der Ärztin und dem Einverständnis der Mutter hat eine beigezogene Ernährungsberaterin dann beschlossen, neben der regulären Ernährung den jungen Mann über eine Sonde zu ernähren. Daraufhin hat er zugenommen und ist nochmals gewachsen. Auch konnte das Betreuerteam beobachten, dass er zufriedener war und sich zum Beispiel vergnügt im Bett hin- und herrollt.

Das war sicher eine grosse Ermutigung für das Betreuerteam?

Auf jeden Fall. Ich habe grossen Respekt vor der Arbeit des Unterstützungsteams. Es ist sehr anspruchsvoll, zu beobachten, wo ein Mensch steht, und ihn so gut wie möglich in seinem Alltag zu unterstützen, damit er Lebenszufriedenheit verspüren kann. Bei dem 18-jährigen haben die Betreuenden dann alles unternommen, um die neu gewonnenen Kompetenzen weiter zu fördern. Musik zum Beispiel animierte ihn dazu, sich

«In der UN-BRK wird explizit das Recht auf Gesundheit und gesunde Ernährung festgehalten.»



Ernährungsberaterin Caroline Hofmann in ihrem Büro in Eschenz TG: «Es ist wichtig, eine gesunde Ernährung anzubieten und auch zu protokollieren. Auf diese Weise kann man feststellen, was funktioniert und was nicht.» Foto: esf

im Liegen zu bewegen als würde er tanzen. Zudem lachte er immer wieder, was zuvor nicht mehr der Fall war.

Sie unterstreichen damit die Notwendigkeit der Zusammenarbeit mit den Fachpersonen?

Gerade die Betreuenden kennen die von ihnen begleiteten Menschen sehr gut und können ihre Befindlichkeit und Reaktionen entsprechend gut einschätzen. Bei einem Mann mit ebenfalls Komplexer Behinderung, der grosse Probleme mit der Verdauung hatte und bei dem es wichtig gewesen wäre, dass er Gemüse isst, kamen die Betreuenden nach vielen Bemühungen zum Schluss, dass es unmöglich war, ihn dazu zu bewegen. Meine Aufgabe bestand hier vor allem darin, das Unterstützungsteam vom Druck zu befreien, den Mann dazu zu drängen, unbedingt Gemüse zu essen. Ich empfahl dem Team stattdessen eine Kost mit löslichen Nahrungsfasern. Wir haben zudem die ganze Ernährung neu konzipiert, sie mit Vitaminen und Mineralstoffen ergänzt. Worauf sich sein Verdauungsproblem stark verbessert hat.

Was ist zu tun bei kognitiv relativ starken Personen, die eine Vorliebe für eher ungesunde Nahrungsmittel haben? Die UN-BRK räumt den Selbstbestimmungsrechten einen hohen Stellenwert ein ...

Manche Betreuenden betonen dieses Selbstbestimmungsrecht sehr stark, auch im Bereich der Ernährung. Das ist natürlich auch ein sehr wichtiges Recht. Die Institutionen haben den Auftrag, Menschen mit Behinderung in ihrem Alltag zu unterstützen, weil sie damit alleine nicht klarkommen. Wenn zum Beispiel jemand auf dem Weg zu seinem Arbeitsplatz in der Tagesstruktur eine stark befahrende Strasse überqueren muss und man genau weiss, dass er das alleine nicht schafft, dann wird niemand daran zweifeln, dass man ihn dabei begleiten soll. Und

gerade beim sehr komplexen Thema Ernährung wird es sehr schwierig, dass ein Mensch mit Behinderung eigenständig darüber entscheiden kann, was ihm guttut. So wie in anderen Lebensbereichen braucht es auch hier Begleitung.

Gibt es nicht auch ein Recht auf ungesunde Ernährung? Wir alle ernähren uns ja zuweilen nicht gerade gesund ...

Das ist so. Wenn wir aber Menschen in ihrem Alltag begleiten, wird es heikel, sie einfach gewähren zu lassen. Es geht ja auch nicht darum, rigorose Verbote auszusprechen. Vielmehr müssen die einzelnen Menschen sehr individuell und ihren Bedürfnissen entsprechend begleitet werden. Darüber hinaus braucht es, wie ich eingangs erwähnt habe, eine gute Basisernährung in den Institutionen. Statt gezuckerter Getränke sollte Wasser oder Tee auf den Tischen stehen. Wichtig ist auch, dass Zwischenmahlzeiten zurückhaltend angeboten werden. Immer wieder stelle ich fest, dass einfach zu viel aufgetischt wird. Zum Beispiel

dann, wenn trotz Vollernährung am Vormittag in der Tagesstruktur noch Kuchen verteilt wird, weil jemand Geburtstag hat, oder am Nachmittag jemand Sandwiches mitbringt. Ernährung wird immer wieder dazu genützt, Zuwendung zu zeigen. Es gibt dafür aber auch andere Möglichkeiten.

Neben einer guten Gemeinschaftsverpflegung braucht es die individuelle Begleitung, sagen Sie. Können Sie das näher erläutern?

Man muss als Betreuungsperson hinschauen und kontinuierlich im Gespräch bleiben, angepasst an die Fähigkeiten der Bewohner. Wir dürfen das Recht auf Selbstbestimmung nicht mit einer Laisser-faire-Haltung verwechseln.

Wir haben gegenüber den unterstützenden Personen eine Sorgfaltspflicht und dürfen sie nicht sehenden Auges in eine gesundheitlich schwierige Situation hineinschlittern lassen.

«Wir dürfen Selbstbestimmung nicht mit einer Laisser-faire-Haltung verwechseln.»

>>

Der Schlossgarten Riggisberg BE sensibilisiert die Bewohnenden für gesunde Ernährung

«Essen ist ein sehr emotionales Thema»

Gerade auch für Menschen mit psychischer Behinderung ist es wichtig, dass sie körperlich möglichst gesund sind. So manche Bewohnende des Schlossgarten Riggisberg lieben indes süsse, fettreiche Speisen. Die Förderung des Gesundheitsbewusstseins ist ein zentrales Thema.

Von Elisabeth Seifert

Der Schlossgarten Riggisberg im Kanton Bern begleitet und betreut rund 270 Menschen mit psychischen oder geistigen Beeinträchtigungen. Viele von ihnen leiden zudem an Krankheiten wie Lungen- und Atemwegserkrankungen oder Diabetes. Wegen dieser Diagnosen nehmen die meisten Bewohnenden mehrere Medikamente ein und das oft seit vielen Jahren oder gar Jahrzehnten. Dies erschwere es, das Gewicht zu halten, sagt Direktorin Regula Mader.

«Aufgrund der komplexen gesundheitlichen Probleme fühlen sich viele Bewohnende nicht wirklich wohl im eigenen Körper.» Ihnen fehle die Erfahrung, wie es ist, in einem gesunden Körper zu leben. Dies verhindere oft, ein gesundes Essverhalten zu entwickeln. «Das Essen ist eine der Freuden im Leben der Menschen mit Beeinträchtigungen und ein sehr emotionales Thema», beobachtet Mader. Die Bewohnenden lieben es, am Kiosk, im Dorf oder im hauseigenen Restaurant etwas zum Essen zu kaufen. Und oft sind es dann eben die fettreichen und süssen Snacks, die besonders begehrt sind. «Ein Fest ohne Wurst ist für viele der bei uns lebenden Menschen kein Fest.»

Hohes Risiko für Fehlernährung

Namentlich der hohe Konsum von Süssgetränken und die fehlende Bewegung in Verbindung mit körperlichen Erkrankungen führten zu einem «hohen Risiko» für Mangel- respektive Fehlernährung, stellt Regula Mader fest. Fehlernährung heisse bei den im Schlossgarten lebenden Menschen vor allem die Tendenz, zu viel und vor allem zu viel Junk-Food zu essen. Natürlich gebe es auch Bewohnerinnen und Bewohner, die sich sehr bewusst ernährten. Andere wiederum litten aufgrund ihrer psychischen Verfassung an Untergewicht. Das sei aber eher die Ausnahme, sagt Mader. Das hohe Risiko für eine Fehlernährung gehe einher mit «eher wenig Bewusstsein für gesunde Ernährung und genügend Bewegung». Diese teilweise fehlende Einsicht sei für die Betreuung und Begleitung eine grosse Herausforderung. Dies besonders, weil der Schlossgarten grosse Anstrengungen unternimmt, um Menschen mit Beeinträchtigungen im Sinn der UN-Behindertenrechtskonvention

(UN-BRK) ein selbstbestimmtes und autonomes Leben zu ermöglichen. Dazu gehört eben gerade auch das für die Bewohnenden so wichtige Thema Essen.

So habe man etwa vor rund zwei Jahren vom Tellerservice auf den «Familiensch» umgestellt. Seither kommt das von der zentralen Grossküche auf die Wohngruppen gelieferte Essen nicht mehr auf fertig vorbereiteten Tellern auf den Tisch, sondern in Schöpfgefässen, aus denen sich die Bewohnenden selber bedienen können. «Damit möchten wir sie für einen bewussten Umgang mit Ernährung sensibilisieren, sie sollen selbst entscheiden können, was und wie

viel sie essen möchten.» Eine weniger positive Folge dieser Umstellung sei allerdings, dass einige Menschen mit Beeinträchtigungen zu viel schöpften. Zu einem möglichst eigenständigen Leben gehöre zudem, selber einkaufen gehen zu können, was auch nicht immer der gesunden Ernährung diene. Regula Mader spricht von einem «schwer zu bewältigenden Span-

nungsfeld» zwischen dem Selbstbestimmungsrecht der beeinträchtigten Menschen und einer gesunden Ernährung.

Keine Süssgetränke auf dem Tisch

«Gerade bei Menschen mit psychischen Erkrankungen ist es wichtig, dass sie körperlich möglichst gesund sind und so auch ihr Selbstbewusstsein stärken können», unterstreicht Regula Mader. Aus diesem Grund investiere die Institution viel in die Gesundheit der bei ihr lebenden Menschen. Die Basis dafür sei ein Ernährungskonzept, das vor rund einem Jahr in Zusammenarbeit mit dem Küchenchef und einer Ernährungsberaterin erstellt worden ist. Dieses orientiere sich an einer ausgewogenen gesunden Ernährung gemäss der Lebensmittelpyramide. «Unser Küchenchef und seine Mitarbeitenden sind sehr sensibilisiert.»

Die Küche achte bewusst auf eine ausgewogene Ernährung gemäss den heute gültigen Richtlinien. Das schliesse auch mit ein, dass auf den Wohngruppen keine Süssgetränke mehr auf den Tischen stehen. Um der spezifischen gesundheitlichen Situation der Bewohnenden

Es besteht ein Spannungsfeld zwischen der Selbstbestimmung und der gesunden Ernährung.



Einmal im Monat kochen Mitar-

gerecht zu werden, biete die Küche individuell auf deren Bedürfnisse zugeschnittene Diäten an, wofür die Mitarbeitenden die entsprechenden Spezialausbildungen absolviert haben. Stolz ist Regula Mader auch auf die «Goût Mieux»-Zertifizierung im hauseigenen Restaurant, das vor allem den Mitarbeitenden sowie der Öffentlichkeit zur Verfügung steht.

Für die individuelle Begleitung von Personen, die gerade auch bei der Ernährung auf besondere Unterstützung angewiesen sind, ist die angestellte Ärztin gemeinsam mit einer Ernährungsberaterin zuständig; diese arbeitet in einem Mandatsverhältnis für den Schlossgarten.

Wichtige Rolle der Bezugspersonen

Im Alltag der rund 270 Bewohnenden spielen deren Bezugspersonen eine wichtige Rolle. Zum Begleitauftrag gehört neben den unterschiedlichsten Belangen des täglichen Lebens auch die Ernährung. Wie gut die Bezugspersonen die Menschen mit Beeinträchtigungen hierbei unterstützen, hänge allerdings stark davon ab, wie wichtig für diese selbst das Thema gesunde Ernährung ist, so Mader. Das Bewusstsein für die Bedeutung einer gesunden Ernährung sei aller-

dings noch nicht bei allen 350 Mitarbeitenden gleich hoch. Um das Gesundheitsbewusstsein generell und das Bewusstsein für gesunde Ernährung bei Menschen mit Beeinträchtigungen und Mitarbeitenden gleichermaßen zu fördern, hat der Schlossgarten Riggisberg eine Reihe von Instrumenten eingeführt.

Vom Recovery-Modell bis zum Tischset

Mit Blick auf die Bewohnenden unterstreicht Regula Mader etwa die Arbeit mit dem Recovery-Modell; dieses Konzept appelliert bei Menschen mit psychischen Erkrankungen und Suchterkrankungen an das Genesungspotenzial der Betroffenen und unterstützt dieses. «In der Auseinandersetzung mit den eigenen Ressourcen geht es auch darum, dass sich die Bewohnenden bewusst werden können, wie wichtig eine gesunde Ernährung für das allgemeine Wohlbefinden ist.» Auf diese Weise würden die beeinträchtigten Menschen ermutigt, «den Weg der Veränderung zu gehen und Veränderungen effektiv einzuleiten».

Eine praktische Auseinandersetzung mit Ernährung bieten die in verschiedenen Wohngruppen bestehenden Kochgruppen, wo in der Regel einmal pro Monat Bewohnende gemeinsam mit Aktivierungsfachleuten oder Mitarbeitenden aus Betreuung und Pflege kochen. «Die beteiligten Mitarbeitenden sind sensibilisiert für die Bedürfnisse der Bewohnerinnen und Bewohner.» Zur Ernährungskompetenz tragen weiter Koch- und Backkurse bei. Um die Bedeutung einer gesunden Ernährung für die Institution zu unterstreichen, habe man Tischsets gestalten lassen, die einen idealen Speiseplan illustrieren und die in der jährlichen Themenwoche «Gesunde Ernährung» zum Einsatz kommen. Neben der Ernährung setze man zudem einen Schwerpunkt bei der Bewegung, unterstreicht Regula Mader. Dazu gehören Physiotherapie, medizinische Trainingstherapie, Aquafit oder Nordic Walking.

Trotz all dieser Bemühungen bleibe es eine grosse Herausforderung, die im Schlossgarten lebenden Menschen dazu zu motivieren, gesund zu essen und sich genügend zu bewegen. «Wir sehen unseren Auftrag darin, entsprechende Angebote zu machen, auch wenn diese längst nicht immer genutzt werden.» ●



beitende mit Bewohnenden – und fördern das Bewusstsein für gesundes Essen. Foto: Schlogari

Wenn zum Beispiel ein Bewohner all sein Taschengeld für Süssigkeiten ausgibt, könnte man ihm eine Prepaid-Karte mit einem beschränkten Betrag aushändigen, der für eine Woche reichen muss. Oder man kommt gemeinsam mit der Person zum Schluss, dass das tägliche Taschengeld nicht mehr ausbezahlt wird, sondern in ein Kässeli kommt, aus dem sich er oder sie dann Kleider kaufen kann.

Ist das aber nicht doch eine relativ starke Bevormundung?

Oder anders gefragt: Wie erleben Sie die Bereitschaft zu einer Verhaltensänderung?

Ich stelle immer wieder fest, dass viele im Gespräch sehr einsichtig sind, dass aber die Nachhaltigkeit fehlt. Die Bewohner finden die Empfehlungen einer unterstützten Person zwar sehr gut, aber ein paar Stunden später ist alles wieder vergessen. Aus diesem Grund ist es so wichtig, dass es innerhalb der Institutionen eine gute Gemeinschaftsverpflegung gibt, auch auf den Wohngruppen. Und es ist oft einfacher als man denkt: Betreuende erleben immer wieder, dass gezuckerte Getränke gar nicht mehr verlangt werden, wenn diese nicht mehr auf den Tischen stehen. Und unterstützte Personen sind oft auch sehr froh darüber, wenn sie mit bestimmten Massnahmen daran gehindert werden, ihr ganzes Taschengeld für irgendwelchen Junk-Food auszugeben.

Selbstbestimmung braucht Befähigung. Ist es nicht auch möglich, Menschen mit einer Beeinträchtigung zu einer gesunden Ernährung zu befähigen?

Eine gute Möglichkeit besteht darin, unterstützte Personen aus verschiedenen Alternativen auswählen zu lassen. Auf einer Wohngruppe zum Beispiel, die ich gut kenne, wird am Abend immer selber gekocht und die Bewohnenden können abwechselnd entscheiden, was gekocht wird. Dafür werden ihnen mehrere Piktogramm-Karten mit entsprechen Vorschläge vorgelegt. Dabei ist wichtig, dass die Betreuenden eine Vorselektion vornehmen, sodass sich die unterstützte Person nicht immer für dasselbe Menü entscheidet. Wenn Bewohner selbst aus mehreren Menüs auswählen können, wählen sie oft immer die gleichen Gerichte. Seit ihrer Kindheit sind sie wahrscheinlich darauf konditioniert worden. Deshalb ist es so wichtig, dass die Betreuungsteams bewusst andere Gerichte anbieten und so den Geschmackshorizont erweitern. Es gibt einzelne Bewohner, die sich dem verweigern, viele aber nehmen das Angebot an.

Wie steht es um die Lebenszufriedenheit jener, die aufgrund einer gesünderen Ernährung ihr Übergewicht in den Griff kriegen?

Sie finden es durchaus gut, wenn sie abnehmen. Auch deshalb, weil das Umfeld sie in ihren Bemühungen bestärkt und lobt. Viele nehmen aber den gesundheitlichen Gewinn, zum Beispiel dass die Knochen entlastet werden, nicht wirklich wahr. Der längerfristige Erhalt der Gesundheit ist für viele Menschen mit Behinderung doch sehr abstrakt. Zumal etliche ja noch weitere gesundheitliche Probleme haben, die ihre Bewegungsfreiheit einschränken können. Auch der ästhetische Nutzen ist für viele nicht wirklich so entscheidend. Aus solchen Gründen ist

es gerade auch in weniger eng begleiteten Wohngruppen nur sehr schwer möglich, unter den zu unterstützenden Personen ein nachhaltiges Bewusstsein für gute gesunde Ernährung zu etablieren.

Ist das nicht ernüchternd?

Institutionen und Fachpersonen, die Menschen mit Behinderung unterstützen, haben den Auftrag, eine gesunde Ernährung anzubieten, auch wenn die begleiteten Personen das vielleicht nicht immer annehmen. Es ist wichtig, eine gesunde Ernährung anzubieten und auch zu protokollieren. Auf diese Weise können wir dann auch feststellen, was funktioniert und was nicht. Und ganz wichtig: Selbst kleine Schritte sind schon ein Erfolg. Entscheidend für den Erfolg sind die Haltung der Betreuenden und ihre Vorbildfunktion. Und diese Haltung basiert auf einem Ernährungskonzept.

Welches sind die entscheidenden Eckwerte eines solchen Ernährungskonzepts?

Inhaltlich orientiert sich ein solches Konzept an den Richtlinien für Gemeinschaftsverpflegung der Schweizerischen Gesellschaft für Ernährung. Sehr hilfreich ist, dass zunehmend auch in den Institutionen für Menschen mit Behinderung gut qualifizierte Leitungspersonen in den Küchen angestellt werden. Die Vision unserer Fachgruppe ist zudem, dass jede Institution mit einer Fachperson Ernährungsberatung zusammenarbeitet. Diese besuchen zum Beispiel zweimal im Jahr die Wohngruppen, nehmen am Essen teil, besprechen mit den Fachpersonen die Ernährungssituation der zu unterstützenden Personen und formulieren Ziele. Zudem macht es Sinn, dass die Ernährungsberatenden auch mit der Leitungsperson Küche zusammenkommen. Diese Vorgehensweise kann natürlich nur erfolgreich sein, wenn sie von der Geschäftsführung unterstützt wird.

Weshalb erachten Sie gerade die kontinuierliche Zusammenarbeit mit der Ernährungsberatung für so wichtig?

In den meisten Institutionen wird eine Ernährungsberatung derzeit nur für einzelne zu unterstützende Personen angeboten. Das genügt aber nicht, um ein entsprechendes Bewusstsein innerhalb der Institutionen zu verankern. Auch Weiterbildungen für die Mitarbeitenden sind zwar nötig, aber zu wenig, um einen entsprechenden Prozess in den Einrichtungen zu implementieren. Aufgrund der sehr spezifischen Bedürfnisse der einzelnen Menschen mit Behinderung ist es wichtig, dass die Situation aller unterstützten Personen in regelmässigen Abständen besprochen wird. Auch deshalb, weil sich ihre Situation manchmal sehr schnell ändern kann. ●

Zur Fachgruppe «Mensch mit Beeinträchtigung» innerhalb des Schweizerischen Verbands der Ernährungsberaterinnen und Ernährungsberater (SVDE) gehören derzeit sechs Fachpersonen. Sie alle haben Erfahrung in der Betreuung von Menschen mit Behinderung. Kontaktperson ist Caroline Hofmann, info@lifestyle-ernaehrung.ch

Wann und warum entwickeln Kinder Essstörungen?

«Kinder sollen ein lockeres Verhältnis zum Essen entwickeln können»

Erwachsene sollen Vorbilder sein, wie man ausgewogen und lustvoll essen kann. Gegen Essstörungen müsse man vor allem auch präventiv wirken. Das sagt die Therapeutin und Präventionsfachfrau Thea Rytz*.

Von Urs Tremp

Frau Rytz, welche Kinder und Jugendlichen sind besonders gefährdet, an einer Essstörung zu erkranken?

Thea Rytz: Wir müssten zuerst einmal definieren, was wir unter Essstörung verstehen.

Nur zu: Was ist eine Essstörung?

Essstörung ist ja eine psychiatrische Diagnose. Es gibt Magersucht, es gibt die Bulimie, die Ess-Brechsucht oder die Binge-Eating-Störung.

Das ist ...?

In der Kurzform wird sie «Bindsch» genannt und ist ein Störung, die sich dadurch äussert,

***Thea Rytz** ist Therapeutin und Geisteswissenschaftlerin. Sie arbeitet als Präventionsfachfrau im Verein PEP und leitet die Projekte Papperla PEP und PEP Gemeinsam Essen. Als Körperwahrnehmungstherapeutin ist sie am Inselspital Bern, Psychosomatik, tätig, spezialisiert auf die Behandlung von Menschen mit Essstörungen. Thea Rytz ist zudem Autorin und Dozentin im Bereich Achtsamkeit und Emotionsregulation. www.pepinfo.ch

dass Menschen anfangen zu essen, wenn es ihnen schlecht geht. Sie futtern etwa Berge von Süssigkeiten und haben danach Schuld- und Schamgefühle. Eigentlich wollen sie nicht so viel essen. Wenn sie aber einmal angefangen haben, können sie ihr Essverhalten nicht mehr kontrollieren.

Und wer ist anfällig, solche Störungen zu entwickeln?

Wie gesagt: Eine Essverhaltensstörung ist eine psychiatrische Diagnose. Viele Kinder haben zwar ein Durcheinander beim Essen, sie essen, was gerade da ist. Das ist noch keine Störung. Aber Kinder und Jugendliche, die tatsächliche psychiatrisch diagnostizierte Störungen entwickeln, befinden sich in einer emotionalen Notsituation.

Und diese Notsituation äussert sich in einer Essverhaltensstörung?

Diese Kinder und Jugendlichen haben keine andere Möglichkeit, eine Notlage auszudrücken, als mit einer Essverhaltensstörung. Sie essen entweder nichts mehr, das ist die klassische Magersucht. Oder sie entwickeln eine Ess-Brechsucht oder aber: Sie essen zu viel.

«Es sind oft mehrere Faktoren, die eine Essstörung auslösen.»

Und so bewältigen sie eine emotionale Stresssituation?

Ja. Es sind Nöte, die sie nicht anders ausdrücken können. Das kann sich als Magersucht äussern, aber auch mit Essattacken.

Und welche Nöte stecken dahinter?

Das können verschiedene Notlagen sein: starke Ängste zum Beispiel oder eine Depression. So wie Erwachsene Ängste und Depressionen mit Alkohol betäuben, ist es bei Kindern und Jugendlichen ein gestörtes Essverhalten. Das ist ihre Bewältigungsstrategie, denn so seltsam es tönt: Dieses gestörte Essverhalten kann kurzfristig beruhigen.

>>



Kinder beim Kochen. Damit sie ein gutes Essverhalten lernen, müssen ihnen die Eltern das vorleben:
 «Dazu gehört, dass Kinder in der Küche miterleben können, wie Mahlzeiten zubereitet werden.»

Wie denn?

Indem das Gefühl entsteht: Wenn ich nichts oder viel zu viel esse, dann kann ich Stress abbauen und habe meine Gefühle wieder im Griff.

Stehen denn immer konkrete Erlebnisse und Ereignisse im Hintergrund?

Essstörungen können ganz unterschiedliche auslösende Faktoren haben. Das kann ein lebensgeschichtliches Ereignis sein – eine Trennung, Mobbing, Abwertung oder demütigende Bemerkungen zum Körper. Doch es ist in den seltensten Fällen ein einziges Ereignis, sondern es sind oft mehrere Faktoren. Mobbing kann der Auslöser sein. Aber dann stellt man fest: Es gibt Spannungen im Familiensystem.

Und wie geht man die Essstörungen an?

Wenn die Essstörung eine ernsthafte psychiatrische Erkrankung

ist, dann muss sie entsprechend behandelt werden. Aber wenn wir von Kindern reden, die gefährdet sind, dann müssen die Erzieher und die Schulen vor allem präventiv einwirken. Kinder sollen ein lockeres Verhältnis zum Essen entwickeln können. Auch in Tagesstätten oder Heimen sollen sie ein ungestörtes Verhältnis zum Essen entwickeln können.

«Die Erwachsenen sollen vormachen, wie man vielfältig essen kann.»

Was heisst in diesem Zusammenhang ein lockeres Verhältnis?

Dass man Kinder nicht zum Essen zwingt, dass man sie ermuntert, verschiedene Speisen zu probieren, dass man Kinder so weit bringt, dass sie sagen können, sie hätten genug... Das darf nicht missionarisch passieren, die Erwachsenen sollen vormachen, wie man genussvoll und vielfältig essen kann.

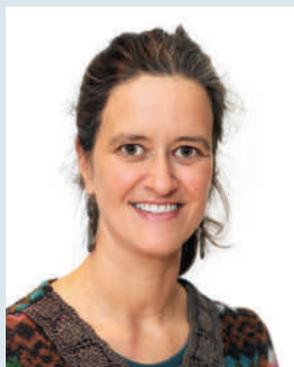
«Es wird ausgegessen!» ist also kein sinnvoller pädagogischer Imperativ?

Nein. Und auch nicht ein Belohnungssystem, das nur jenen Kindern ein Dessert verspricht, die ihre Hauptspeise aufgegessen haben. Mit Essen zu belohnen oder zu bestrafen, das ist nicht zu empfehlen.

Die Kinder lernen das Essverhalten zuerst von den Eltern oder den Erziehern. Was müssen sie vorleben?

Dass Essen nicht Zwang ist, dass man dem Essen aber einen regelmässigen Platz gibt im Tagesablauf. Dazu gehört, dass Kinder in der Küche miterleben können, wie Mahlzeiten zubereitet werden, wie man was miteinander kombinieren kann... und so weiter. Aber wie gesagt: locker und nicht missionarisch.

Dann dürfen es einmal auch Pommes frites mit Ketchup sein?
 Selbstverständlich – wenn es sich danach wieder ausgleicht. ●



«Mit Essen zu belohnen oder zu bestrafen, das ist nicht zu empfehlen.»

Thea Rytz, Körperwahrnehmungstherapeutin am Inselspital Bern

Esstörungen bei Kindern und Jugendlichen – und wie man entgegenwirken kann

Kontrollverlust, Scham und Schuldgefühle

Eine neue Studie zeigt, dass Essanfälle und Essen mit Kontrollverlust bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen zumeist mit Erfahrungen von Zurückweisung zu tun haben. Ein speziell entwickeltes Programm namens BEAT hilft, diese Essstörungen zu behandeln.

Von Felicitas Forrer, Simone Munsch und Nadine Messerli-Bürgy*

Das Jugend- und das junge Erwachsenenalter sind geprägt von deutlichen Veränderungen in der körperlichen, psychischen und sozialen Entwicklung. Soziale Beziehungen zu und Vergleichsprozesse mit Gleichaltrigen stehen im Vordergrund und legen die Lern- und Erfahrungsgrundlage für die Entwicklung der eigenen Identität und Autonomie sowie für reife zwischenmenschliche Beziehungen und Kompetenzen. Die Akzeptanz durch Gleichaltrige und die Zugehörigkeit zu einer Gleichaltrigengruppe gehören dabei zu den zentralen Grundbedürfnissen im Jugend- und jungen Erwachsenenalter. Gleichzeitig gilt das Jugend- und junge Erwachsenenalter auch als vulnerable Phase für die Entwicklung psychischer Probleme im zwischenmenschlichen Bereich sowie für ein gestörtes Essverhalten. Die Binge-Eating-Störung (BES; Essanfallsstörung) ist mit einer Lebenszeitprävalenzrate von 1 bis 5 Prozent die häufigste Essstörung. Oft sind diese Essanfälle davon begleitet, dass sehr schnell, meist durcheinander, ohne Hunger und bis zu einem unangenehmen Völlegefühl oder Übelkeit gegessen wird. Im Vergleich zur Bulimie erfolgt bei der BES nach Essanfällen kein Kompensationsverhalten (Erbrechen, Abführmittel, exzessives Fasten oder Sport). Darum gehen die anhaltenden Essanfälle meist mit einem Anstieg des Körpergewichts einher. Als Folge stellen sich Gefühle von Scham, Schuld und Niedergeschlagenheit ein. Die Forschung zeigt, dass dieser Kontrollverlust (loss of control, LOC) unabhängig von der gegessenen Nahrungsmenge mit deutlichen psychischen und physischen Beeinträchtigungen assoziiert ist – beispielsweise mit erhöhter allgemeiner Psychopathologie, interpersonalen Problemen oder Übergewicht und

***Felicitas Forrer** ist Diplom-Assistentin am Departement für Psychologie an der Universität Fribourg, **Simone Munsch** und **Nadine Messerli-Bürgy** sind Professorinnen am Departement für Psychologie an der Universität Fribourg. Dieser Beitrag wurde für die Fachzeitschrift Curaviva sowie für das Westschweizer Onlinemagazin Reiso geschrieben (www.reiso.org)

Adipositas. Die adäquate Behandlung von LOC ist damit für die Entwicklung der psychischen und physischen Gesundheit im Jugend- und jungen Erwachsenenalter unablässig. Der bisherige Forschungsstand zu und die Verfügbarkeit von evidenz-basierenden Behandlungsmethoden für Jugendliche und junge Erwachsene mit regelmässigen Essanfällen und LOC ist lückenhaft. Für die Entwicklung wirksamer Behandlungsprogramme ist das Wissen über zugrunde liegende spezifische Faktoren, die zur Entwicklung von LOC im Jugend- und jungen Erwachsenenalter beitragen, zentral.

Therapieprogramm via E-Mail

Mit BEAT* ist ein 9-wöchiges kognitiv-verhaltenstherapeutisches Behandlungsprogramm für Jugendliche und junge Erwachsene im Alter von 14 bis 24 Jahren mit regelmässigen Essanfällen und LOC entwickelt worden. BEAT besteht aus sechs angeleiteten E-Mail-Sitzungen und drei Workshops im Gruppensetting. Das Hauptziel der BEAT-Pilotstudie ist die Wirksamkeits- und Machbarkeitsprüfung dieses Behandlungsprogramms. Zweitens untersucht die BEAT-Pilotstudie in der virtuellen Realität, bei dem die Teilnehmer systematisch von einem Ballspiel ausgeschlossen werden, den Effekt von Zurückweisung und Zurückweisungsempfindlichkeit bei Essanfällen und LOC.

Die vorläufigen Ergebnisse der BEAT-Pilotstudie zeigen, dass mit diesem Behandlungsprogramm die Anzahl wöchentlicher Essanfälle von 9,7 auf 3,9 reduziert werden können. 82 Prozent der Teilnehmerinnen und Teilnehmer geben an, dass sie nach

>>



Jugendliche mit Fast-Food: Das Ziel ist, unkontrollierte Essanfälle zu reduzieren.

der Teilnahme an BEAT während eines Essanfalls weniger Nahrung konsumieren, oder sie geben an, gar keine Essanfälle mehr zu haben. Weiter geben 91 Prozent an, dass sich das Gefühl des Kontrollverlusts deutlich reduziert hat.

Die Ergebnisse zur Zufriedenheit mit dem Behandlungsprogramm BEAT fallen positiv aus. Über 90 Prozent der Teilnehmenden geben an, dass sie sehr zufrieden mit ihrer Behandlungsperson waren. Knapp zwei Drittel würden BEAT mit der Maximalpunktzahl weiterempfehlen.

Wie relevant die Zurückweisungsempfindlichkeit für regelmäßige Essanfälle und LOC im Jugend- und jungen Erwachsenenalter ist, zeigt sich auch in unserer Untersuchung im virtuellen Ballspiel: Dort reagieren Jugendliche und junge Erwachsene regelmässiger mit Essanfällen und LOC auf den Ausschluss als Gleichaltrige ohne psychopathologische Auffälligkeiten, und auch mit einem deutlichen Anstieg von Wut und Traurigkeit sowie einer Reduktion von Freude. Im Vergleich zu gesunden Gleichaltrigen greift die Zurückweisung durch den Ausschluss vom Ballspiel bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit regelmässigen Essanfällen und LOC zudem deutlich den

Selbstwert an. Diese Ergebnisse unterstreichen, wie zentral Zurückweisungserfahrungen und Zurückweisungsempfindlichkeit für Essanfälle und LOC im Jugend- und jungen Erwachsenenalter sind. Die vorläufigen Ergebnisse der BEAT-Pilotstudie legen nahe, dass Essanfälle und LOC im Jugend- und jungen Erwachsenenalter gut behandelt werden können und dass Zurückweisung und Zurückweisungsempfindlichkeit dabei eine wichtige Rolle spielen.

Die Erkenntnisse aus der BEAT-Pilotstudie dienen als Grundlage für die i-BEAT-Hauptstudie, einem Forschungsprojekt, das vom Schweizerischen Nationalfonds unterstützt wird. ●

***BEAT** ist die Abkürzung für **«Binge Eating Adolescent Treatment»** und ist ein Behandlungsprogramm für Jugendliche und junge Erwachsene mit Essanfällen. Die Abteilung Klinische Psychologie und Psychotherapie der Universität Freiburg, zu der unsere Autorinnen gehören, evaluiert zurzeit die Wirksamkeit des Behandlungsprogramms.

Essverhalten und psychische Gesundheit bei Schweizer Kindern

Internationale Studien haben gezeigt, dass 25 Prozent der 4- bis 6-jährigen Kinder im Vorschulalter emotionales Überessen zeigen. Dabei ist emotionales Überessen (Essen ohne Hunger) mit einem Kontrollverlust und einem erhöhten Risiko für einen Gewichtsanstieg verbunden. Andere Studien berichten von ähnlich vielen Kindern im Vorschulalter, die zu emotionalem Überessen neigen. Dabei scheint ein fehlender Appetit bei Vorschulkindern mit besonders tiefem und bei solchen mit besonders hohem Body-Mass-Index vorzukommen.

In der Schweizer Studie *Splashy** ist dieses emotionale Essen bei Vorschulkindern im Alter von 2 bis 6 Jahren untersucht worden. Dazu wurden insgesamt 555 gesunde Kinder in ihren Kindertagesstätten untersucht und deren Eltern befragt.

Ein emotionales Überessen wurde bei 2,7 Prozent der Kinder festgestellt. Hingegen zeigte sich emotionales «undereating» bei einem Drittel der Kinder (32,9 Prozent) und somit häufiger als in Studien anderer europäischer Länder. Gesunde Kinder scheinen also weniger zu essen, wenn sie unter Stress stehen. Dies könnte ein Hinweis darauf sein, dass eine Reduktion der Nahrungsaufnahme eine natürliche Essverhaltensweise für mehrheitlich normalgewichtige Kinder ist und damit als Schutzmechanismus vor potenziellem Übergewicht verstanden werden könnte. Studien mit älteren Kindern haben zudem gezeigt, dass Kinder mit emotionalem Überessen über mehr Stresserleben berichten und häufiger auch Veränderungen der körperlichen Stressregulation aufweisen, was langfristig mit einer schlechteren körperlichen und psychischen Gesundheit einhergeht.

Emotionales Essen steht offenbar nicht in Verbindung mit der physiologischen Anpassungsfähigkeit auf Stresssituationen. Dies weist darauf hin, dass jüngere, mehrheitlich normalgewichtige Kinder noch nicht die biologischen Veränderungen

der Stressregulation aufweisen, die bei älteren Kindern und jungen Erwachsenen mit der Tendenz zu emotionalem Essen gefunden wurden.

Die Daten der Studie zeigten jedoch, dass es eine Gruppe von Kindern gibt, die eine erhöhte Stresssensitivität aufweisen und sensibler und emotionaler auf belastende Situationen reagieren und deren Essverhalten in diesen Situationen beeinträchtigt wird. Es kann angenommen werden, dass diese Kinder ein erhöhtes Risiko haben, bei freiem Zugang zu Nahrungsmitteln und bei unregelmässigen Ernährungstendenzen Ess- und Gewichtsregulationsprobleme zu entwickeln.

Weitere Untersuchungen zur körperlichen Stressregulation bei Vorschulkindern deuten darauf hin, dass Kinder mit weniger Erholungsfähigkeiten während des Nachtschlafs mehr Gewichtsprobleme aufweisen. Damit erweist sich bereits bei jungen und gesunden Kindern die Erholungsfähigkeit während der Nacht als relevant für eine gesunde Entwicklung.

In einer laufenden Studie wird diese Stressregulationsfähigkeit bei Vorschulkindern genauer untersucht und überprüft, welche herausfordernden Situationen im Leben eines Kindes zu einer gesunden Entwicklung beitragen. Ziel ist es, in Zukunft präventive Massnahmen zu verbessern und damit die psychische Gesundheit zu fördern.

***Splashy** steht für **«Swiss Preschooler's Health Study»** und ist eine nationale Studie zur Gesundheit von Vorschulkindern in der Schweiz. Sie untersucht den Einfluss von Stress und Bewegung auf die psychische Gesundheit und die körperliche und geistige Entwicklung von 3- bis 5-jährigen Kindern in Kindertagesstätten.

Das Alterspflegeheim Humanitas in Riehen BS sagt der Verschwendung den Kampf an

Aus Waste wird Care – Essen retten auf allen Ebenen

Vor rund einem Jahr machte das Alterspflegeheim Humanitas unter der Leitung von Stefanie Bollag den Umgang mit Lebensmitteln zum Schwerpunktthema. Die Lebensmittelkosten sinken seither immer noch. In ihrem Essay erklärt sie, wie das möglich geworden ist.

Von Stefanie Bollag*

Als ich mir im Februar zum ersten Mal Gedanken für diesen Artikel gemacht habe, wusste die Welt zwar, dass es Covid-19 gibt und dass es schlimm werden könnte; aber wie kann man etwas verspüren, das man noch nie erlebt hat?

Wie hätte man vor dem 26. Dezember 2004 einem Menschen einen Tsunami erklärt?

Ich sass also am Schreibtisch und habe mir den Kopf darüber zerbrochen, wie die Menschheit (nah und fern) noch viel mehr gegen Food Waste unternehmen könnte, wie man argumentieren sollte und womit man das Thema breiter streuen kann. Und heute, nachdem am

17. März die «ausserordentliche Lage» in der Schweiz ausgerufen worden war, spricht man von Gemüse-Anpflanzen im Garten, sorgt sich, ob es genug Lebensmittel in den Geschäften gibt, und weiss plötzlich, wie viele Kalorien einer erwachsenen Person pro Tag zustehen und was man dafür zuhause vorrätig

**Das Jahresthema
2019 für das ganze
Haus lautete:
«Schetze schtatt
Verschwände.»**

***Stefanie Bollag**, 63, leitet seit 2008 das Alterspflegeheim Humanitas in Riehen bei Basel. Zuvor arbeitete sie unter anderem als Pflegefachfrau, Hebamme und ISO-Managerin. Sie ist in einer Grossküche aufgewachsen.

haben muss. Nun, durch Krisen muss man hindurch, und sie gehen auch vorbei – und danach? Wie mag es danach mit Food Waste aussehen?

In Spitälern, Kliniken, Wohn- und Alterspflegeheimen werden Menschen mehrmals am Tag verköstigt, oft kommen (in «normalen» Zeiten) in einem angeschlossenen Restaurant auch noch externe Gäste und Angehörige dazu – eine unvorstellbar grosse Menge an Lebensmitteln, Energie, Geschirr und Arbeitskraft. Die Food-Waste-Bewegung respektive die Bewegung dagegen hat in vielen Institutionen bereits Einzug gehalten. «Waste» (englisch für Abfall, aber auch Vergeudung) will niemand mehr, aber wie vermeidet man diesen sinnvoll und nachhaltig? Ansätze zur Vermeidung von Abfall gibt es inzwischen unzählige:

Food Save, Food Care, No Waste, From nose to tail (alles vom Tier verwenden), From leaf to root (alles vom Gemüse verwenden), Too Good to Go (gewinnfrei übriggebliebene Speisen per App verkaufen) und vieles mehr schwirrt durch Köpfe, Töpfe und Medien.

Dazu soll und will man natürlich auch kein Plastik mehr verwenden, an Verpackung sparen, recyceln, mit Energie haushalten, Gefässe

wiederverwenden und trotzdem die Gäste, Bewohnerinnen und Bewohner sowie Angehörige nach dem gewohnten Standard verwöhnen und bedienen.

Wie soll das gehen?

Als Direktorin eines Pflegeheims bei Basel – die das grosse Glück hatte, für den 2017 bezogenen Neubau bereits in der Planungsphase ganz genaue Vorstellungen gehabt zu haben, die dann auch in Bezug auf die «Care-Gastronomie» umgesetzt werden konnten – habe ich mit meinem Leitungsteam vor etwas über einem Jahr beschlossen, das Thema durch alle Geschäftsbereiche hindurch zum grossen Schwerpunktthema zu

>>

machen: Das Jahresmotto 2019 hiess daher für das ganze Haus «Schetze schtatt Verschwände» und galt nicht nur für das Essen, sondern kam in allen Bereichen zum Tragen.

In der Gastronomie kam es sehr schnell zu einer ersten Ernüchterung, weil wir merkten: Wer alles will, schafft kaum etwas. Daraus konnten wir zwei wichtige Erkenntnisse gewinnen: 1. Wer sparen will, muss unter Umständen zuerst Geld in die Hand nehmen. 2. Ein Betrieb kann nicht jeglichen Waste vermeiden.

Mit der Hilfe eines Coachs und nach einer von Curaviva beider Basel organisierten Veranstaltung mit Mirko Buri, Mitarbeiter bei «United against Foodwaste» und Besitzer des Anti-Food-Waste-Restaurants «Mein Küchenchef» in Köniz BE, wurde uns klar, dass intern der Tellerrückgang den grössten Waste-Faktor ausmacht, denn:

- Um jede Mahlzeit entsteht viel, viel Abfall, wenn «Frau Meier» und «Herr Huber» mehr auf dem Teller haben, als sie mögen.
- Hinter jedem servierten, nicht aufgegessenen Essen steht eine Vollkostenrechnung, also etwa Lebensmittelkosten, Energie-, Personal- und Entsorgungskosten.
- Wenn wir nun also in einem Pflegeheim davon ausgehen, dass wir pro Bewohner oder Bewohnerin und Tag rund 40 Franken für drei Mahlzeiten (und Zwischenmahlzeiten, Referenzzahlen Kanton Basel-Stadt) zur Verfügung haben und von 40 Prozent Entsorgung/Waste ausgehen, wie Mirko Buri berechnet hat, werfen wir bei 110 Bewohnenden pro Jahr ungerechnet rund 632000 Franken in den Abfalleimer!

Wie planen, einkaufen und servieren?

Eine andere gängige Berechnung vom Bundesamt für Umwelt gemäss einer Studie vom Oktober 2019 spricht von 290000 Tonnen Abfall pro Jahr in der Schweiz (vom Anbau bis zum Tellerrücklauf). Bei einer realistischen Vollkostensumme von 24 Franken pro Mahlzeit reden wir von unfassbaren 6,9 Milliarden Franken, die in der Schweiz im Jahr im Kübel respektive im Biogas landen. Auf unserem Planeten leben derzeit rund

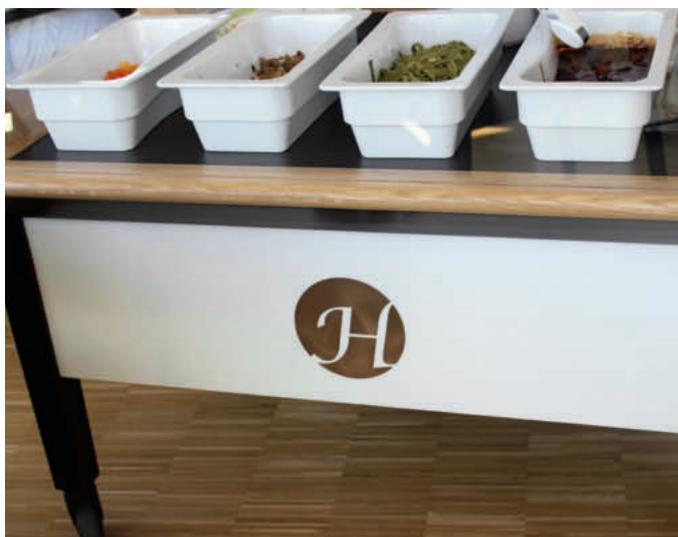
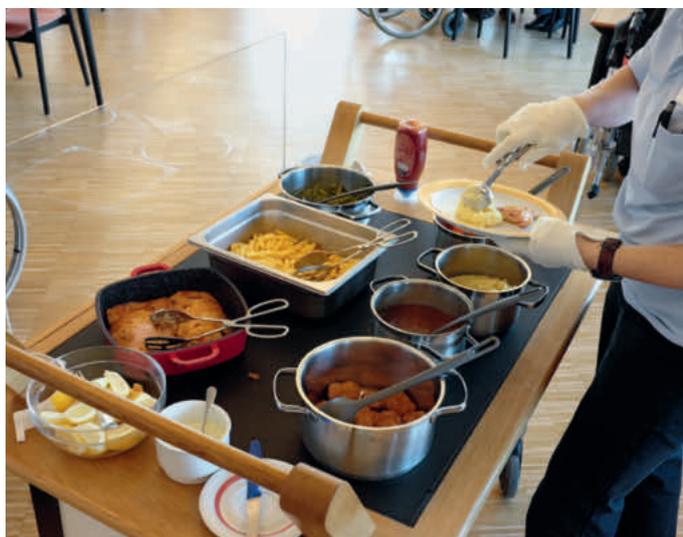
7,6 Milliarden Menschen – das ist also, als ob fast jeder Mensch täglich einen Franken in den Müll werfen würde! Wie absurd, wenn man bedenkt, dass das für Millionen Menschen bereits einen Tagesverdienst bedeutet.

Um sinnvoll vorzugehen, stellten wir uns zunächst folgende klärenden Fragen: Wie wird geplant? Wie wird eingekauft? Wie wird gekocht? Wie wird serviert? Wie wird die Person geschult, die serviert?

Sinkende Kosten und steigende Umsätze

Dank dem Umstellen auf einen Jahresmenüplan bildeten wir ein Gerüst, das aktualisiert, angepasst und «aufgepeppt» werden kann. Die daran gekoppelten Anpassungen in der Kochweise zeigten bald auf, dass die «Sous-vide»-Methode, also das Vakuum-Garen, eine längere Haltbarkeit garantiert, wodurch Personalressourcen optimiert und Reserven für Wochen ermöglicht werden. Weitere Massnahmen, wie das Einkaufen von Gemüse zweiter Wahl für Suppen, haben uns messbare Verbesserungen gebracht. Heute, ein Jahr später, haben wir immer noch sinkende Lebensmittelkosten bei steigenden Umsätzen im Restaurant «Rosis Garten» und beim Mahlzeitendienst «Stübli-Kurier». Wir haben einige weitere Kühlgeräte angeschafft, die uns erweiterte Lagerungen von produzierten Speisen ermöglichen. Wie bekämpft man nun aber den starken, immens teuren Tellerrückgang? Diesem Thema begegnen wir seit Einzug in das neue Alterspflegeheim Humanitas mit dem selbstentworfenen Menüwagen «Tischlein deck dich». Ein Prototyp in mehrfacher Hinsicht: Er ist schön, hat sowohl einen grossen Akku als auch eine grosse Induktionsfläche, und die Speisen, die in den Schüsseln übrigbleiben, dürfen dank Spuckschutz weiterverwendet werden.

Und schliesslich fährt gut geschultes Servicepersonal den Wagen von Tisch zu Tisch und schöpft genau jene Menge, die die Bewohnerinnen und Bewohner hier und jetzt mögen. Nach einem Jahr machen wir nun Stichproben, das Konzept ist tief verwurzelt, und: es wird «gschetzt schtatt verschwändet». ●



Der selbstentworfene Menüwagen «Tischlein deck dich» dient dazu, dass die Bewohnerinnen und Bewohner genau jene Menge auf dem Teller haben, die sie auch wirklich essen wollen.

Fotos: Humanitas

Institutionen für Menschen mit Unterstützungsbedarf

Herzlichen Dank für Ihren ausserordentlichen Einsatz

Seit Ende Februar bestimmt das Coronavirus auch das Leben in der Schweiz. Institutionen für Menschen mit Unterstützungsbedarf sind ganz besonders gefordert. Sie leisten in dieser schwierigen Zeit Aussergewöhnliches. Dafür können wir ihnen nicht genug danken.

Von Laurent Wehrli, Präsident Curaviva Schweiz

Plötzlich ist fast nichts mehr, wie es einmal war. Seit dem ersten Fall von Covid-19 in der Schweiz überschlagen sich die Ereignisse, der Bundesrat ruft zuerst die «besondere» und dann die «ausserordentliche Lage» aus. Inzwischen sind Läden, Restaurants und Freizeitbetriebe geschlossen, der Präsenzunterricht an den Schulen untersagt und Treffen von mehr als fünf Personen verboten. Hygienevorschriften und Abstandsregeln bestimmen unser Leben. Die Massnahmen sind einschneidend – und absolut notwendig. Denn nur so haben wir eine Chance, uns vor der vollen Wucht des Virus zu schützen und die Kapazitäten im Gesundheitswesen aufrechtzuerhalten.

So stark gefordert wie noch nie

Die Gegensätze könnten nicht grösser sein: Während das öffentliche Leben zum Stillstand kommt, bereiten sich Gesundheitswesen und Sozialbereich unter Hochdruck auf noch schwierigere Zeiten vor. Organisationen für Menschen mit Unterstützungsbedarf sind stärker gefordert denn je. Ihre Mitarbeitenden leisten schon unter normalen Umständen Aussergewöhnliches. Doch jetzt ist ihre Arbeit noch anspruchsvoller und belastender geworden. Im Dienst der Allgemeinheit und der besonders Gefährdeten setzen sie sich einem erhöhten Ansteckungsrisiko aus und stellen ihre eigenen Bedürfnisse noch mehr zurück.

Professionell, engagiert und mutig

Liebe Geschäftsführende, liebe Pflege-, Betreuungs- und Begleitungsfachkräfte, liebe Mitarbeitende in den Institutionen: Es beeindruckt und berührt mich zutiefst, wenn ich sehe, wie professionell, engagiert und mutig Sie agieren. Sie konzentrieren sich auf Ihre Aufgabe und setzen alles daran, diese Aufgabe möglichst gut zu erfüllen. Für Ihren unverzichtbaren Einsatz zum Wohl der unterstützungsbedürftigen Menschen danke ich Ihnen von Herzen.

Der jüngste Auftritt des Kinderchors im Alterszentrum, der Ausflug der Wohngemeinschaft von Menschen mit Beeinträchtigung und der letzte Elternbesuch im Kinderheim liegen schon

lange zurück. Seitdem die Institutionen ihre Türen für externe Besucher schliessen mussten, sind Sie für die Bewohnerinnen und Bewohner noch wichtigere Bezugspersonen geworden. Bezugspersonen, die zum Schutz vor dem Virus zahlreiche neue Regeln einhalten und auf Abstand achten müssen – und die immer wieder mit Fragen konfrontiert sind, auf die es noch keine klaren Antworten gibt. Für diese Ausnahmesituation wünsche ich Ihnen viele ermutigende Lichtblicke in Ihrem Alltag sowie Ausdauer, Kraft und Zuversicht. Wenn die Menschen rund um den Globus voller Dankbarkeit klatschend auf den Balkonen stehen, gilt dieser aufrichtige Applaus auch jeder und jedem Einzelnen von Ihnen.



Die Mitarbeitenden sind für die Bewohnerinnen und Bewohner zu noch wichtigeren Bezugspersonen geworden.

Dem Applaus müssen Taten folgen

Plötzlich ist fast nichts mehr, wie es einmal war. Heute wissen alle, wie unentbehrlich die Dienstleistungen in den Bereichen Pflege, Betreuung und Begleitung für unsere Gesellschaft sind. Ich bin sicher: Die Diskussionen über die Qualität im Gesundheitswesen und im Sozialbereich, über neue Angebote und Finanzierungsmodelle, aber auch über den Stellenwert der Pflege-, Betreuungs- und Begleitungsfachkräfte werden künftig anders geführt. Wir alle von Curaviva Schweiz werden uns weiterhin für dringend nötige Verbesserungen einsetzen – und uns auf allen Ebenen engagieren, damit auf den Applaus auch Taten folgen. ●

Die Infopage von Curaviva Schweiz bietet Institutionen und ihren Mitarbeitenden Fachwissen und nützliche Arbeitsinstrumente. www.curaviva.ch/coronavirus

Forschende untersuchen, wie junge Menschen Partizipation im Heim erleben

Wie lassen sich Sichtweisen, Wünsche und Anliegen berücksichtigen?

Partizipation ist ein Qualitätsmerkmal der stationären Kinder- und Jugendhilfe. Es gibt aber Lücken in der Umsetzung. Ein Projekt der Hochschule Soziale Arbeit der ZHAW analysiert, wie die Sichtweisen fremdplatzierter Jugendlicher bei der Weiterentwicklung der Partizipation helfen.

Von Stefan Eberitzsch, Samuel Keller, Julia Rohrbach*

Im Umgang mit jungen Menschen ist ein gesellschaftlicher Wandel zu beobachten: Kindern und Jugendlichen werden heute in der Familie, aber auch in öffentlichen Institutionen wie der Schule mehr Mitsprache und Entscheidungsmöglichkeiten eingeräumt. Junge Menschen können und müssen heute stärker Kompetenzen entwickeln, um ihre eigene Meinung bestimmt formulieren und in Entscheidungssituationen einbringen zu können. Diese Kompetenzen gelten als Grundlage für die Bewältigung der Anforderungen, die eine Gesellschaft mit unzähligen Möglichkeiten und Handlungsoptionen sowie einer flexibilisierten Arbeitswelt an junge Menschen stellt. Daneben ist Partizipation aus sozialpädagogischer sowie entwicklungspsychologischer Sicht für die Entwicklung junger Menschen grundsätzlich sehr bedeutsam. Kinder und Jugendliche haben in der Schweiz daher seit 1997 den rechtlichen Anspruch, an Fragen ihrer Lebensgestaltung

Es ist fordernd, in den Strukturen der Heime individuelle Aushandlungen zu ermöglichen.

mitzubestimmen (UN-Kinderrechte). Entsprechend hat der Bundesrat seit 2008 Partizipation zu einem Leitthema der Kinder- und Jugendpolitik erhoben.

In der Pädagogik, und insbesondere in der Sozialpädagogik, gilt Partizipation seit Langem als eine Grundlage und wurde – um nur ein Beispiel zu nennen – schon bei Pestalozzi thematisiert. Daher verwundert es nicht, dass Partizipation von Fachpersonen grundsätzlich als positiv angesehen wird. Der Begriff findet sich auch in vielen Heimkonzeptionen und Angebotsdarstellungen wieder. In aktuellen Studien wird die Umsetzung von Partizipation in Heimen jedoch eher als entwicklungsbedürftig beschrieben: Es zeigt sich, dass Sichtweisen, Wünsche und Anliegen der fremdplatzierten jungen Menschen – im Vergleich zu gleichaltrigen – zu oft unberücksichtigt bleiben. Auch wird deutlich, dass in den Institutionen Ansätze zur Partizipation häufig auf formale Situationen, wie zum Beispiel auf regelmässige Gruppensitzungen oder die Beteiligung an Standortgesprächen, bezogen werden.

Deutlich seltener richtet sich die Aufmerksamkeit auf Mitbestimmung bei alltäglichen Aktivitäten wie etwa Freunde treffen. Allgemein ist es eine Herausforderung, in den Strukturen der Heime individuelle Aushandlungsprozesse zu ermöglichen.

Das Projekt «Wie wir das sehen»

Vor diesem Hintergrund stellt sich die Frage, wie es um die Realisierung von Partizipation im Heimwesen der Schweiz steht. Inwieweit ermöglichen es die institutionellen Strukturen der Heime, dass die dort lebenden Heranwachsenden partizipieren wollen und können? Welche Möglichkeiten erhalten fremdplatzierte junge Menschen, um die Kompetenzen der Meinungsäusserung und Mitbestimmung zu entfalten? Hier setzt das laufende Projekt «Wie wir das sehen – die Sichtweise

*Dr. Stefan Eberitzsch und Dr. Samuel Keller sind als Dozenten und Projektleiter an der ZHAW Hochschule für Soziale Arbeit tätig. Julia Rohrbach ist wissenschaftliche Assistentin.



Fremdplatzierte Kinder und Jugendliche fühlen sich bei zentralen, ihren Alltag betreffenden Themen oft nicht genügend in die Entscheide der Institution mit einbezogen.

Foto: Adobe

fremdplatzierter Kinder als Ausgangspunkt für Qualitätsentwicklung?» der ZHAW Soziale Arbeit an. Es untersucht, wie junge Menschen im stationären Setting Partizipationsmöglichkeiten erleben und wahrnehmen. Es analysiert auch, wie die Sichtweisen der jungen Menschen im strukturellen Gefüge von Institution und Fachpersonen an Bedeutung gewinnen können. Hauptziele des von der Stiftung Mercator Schweiz geförderten und in Kooperation mit dem Fachverband Integras durchgeführten Projekts sind:

1. Die Gewinnung systematischer Erkenntnisse über Sichtweisen von jungen Menschen auf ihre Partizipation im stationären Setting.
2. Das Initiieren von Entwicklungsprojekten zu partizipativen Ansätzen in drei Institutionen und deren Evaluation.
3. Die Ermöglichung des Austauschs zwischen Jugendlichen aus verschiedenen Heimen der Deutschschweiz. Eine Sammlung von Themen und Bereichen, die die Jugendlichen beim Thema Partizipation als wichtig erachten. Die Weiterverarbeitung der dabei entstandenen Erkenntnisse zu einem Produkt zur Sensibilisierung der Fachwelt.
4. Wissenstransfer durch Publikationen, Weiterbildungen und die Plattform «Wissenslandschaft Fremdplatzierung – WiF» (www.WiF.swiss).

Eine gemeinsame Jugendkonferenz

An dem Projekt beteiligen sich drei Institutionen mit insgesamt vier Angeboten aus unterschiedlichen Deutschschweizer Kantonen. Mit interessierten Mädchen und Jungen zwischen 9 und 16 Jahren wurden in den teilnehmenden Institutionen unterschiedliche Veranstaltungen durchgeführt. Ziel dabei war es, mehr über ihre Perspektive auf Beteiligung im stationären Setting zu erfahren. Methodisch unterstützt wurde das Projekt-

team hierbei von einem soziokulturellen Animator des Kinderbüros Basel. Dessen Erfahrungen und Methoden waren sehr hilfreich, um die Veranstaltungen wie einen kreativen Ideentreff oder eine gemeinsame Jugendkonferenz zusammen mit den Kindern und Jugendlichen gestalten zu können. Es zeigten sich viele Überschneidungen. Die Jugendlichen teilen sehr viele Erfahrungen und Wünsche an Beteiligung und Mitbestimmung, auch wenn sie in verschiedenen Heimen leben.

Es geht nicht darum, eigene Regeln aufzustellen

So entstanden zwölf Lebensbereiche, die den Jugendlichen im Hinblick auf Partizipation besonders wichtig sind. Zu den zentralen Punkten im Alltag der jungen Menschen gehört demnach ihre Mitsprache bei den Bett- und Zimmerzeitregeln sowie den Medienzeitregeln, den Möglichkeiten der Raumgestaltung, dem Einbezug beim Essensplan oder beim Beschaffen von Spiel- und Freizeitgeräten sowie ihre Einflussnahme auf die Wahrung ihrer Privatsphäre.

Aber auch das Mitreden bei Regeln, welche die Themen rund um Gefühle, Liebe und Sexualität oder um verbotenes oder ungesundes Verhalten wie das Rauchen betreffen, stellen für die jungen Menschen wichtige Bereiche dar. In diesen wird für sie Partizipation besonders erfahrbar oder nicht. Dabei scheint es ihnen nicht in erster Linie darum zu gehen, dass sie unabhängig von den Fach-

personen eigene Regeln aufstellen oder eigene Entscheidungen treffen wollen, sondern darum, dass sie in der Ausgestaltung institutioneller Abläufe mit einbezogen sind. Analytisch betrachtet, verweisen die von den Jugendlichen geäußerten Lebensbereiche und Punkte auf interessante Zusammenhänge zwischen kindlichem Wohlergehen, institutionellen Bedingungen und der Ermöglichung von Beteiligung, die im Laufe des Projekts noch weitergehend untersucht werden.

Das Mitreden bei Regeln, die Gefühle, Liebe oder Sexualität betreffen, ist sehr wichtig.

>>

Je teilnehmender Institution formulierten die Jugendlichen an der Jugendkonferenz zwei konkrete Themen, in denen sie mehr Beteiligung fordern. So ist beispielsweise Jugendlichen aus einem Heim besonders wichtig, bei der Anschaffung neuer Spiel- und Freizeitgeräte mit einbezogen zu werden sowie bei Verhaltensregeln zur Wahrung ihrer Privatsphäre mehr mitbestimmen zu können. Diese Forderungen wurden jeweils zurück in die Heime getragen: An je einem Workshop mit der Heimleitung und einem Teil der Fachpersonen stellten die Jugendlichen ihre Themen vor, was den Ausgangspunkt für die Entwicklung eines Partizipationsprojektes je Heim bildete. Diese Projekte sind zurzeit in der Umsetzungsphase.

Fördernde und hemmende Faktoren

Im weiteren Verlauf des Projekts bis 2022 sind verschiedene weitere Meilensteine und Analyseschritte geplant. Diese sollen in der Gesamtschau, ausgehend von den Perspektiven der jungen Menschen, förderliche und hemmende Faktoren von Partizipation im Heimbereich besser ersichtlich machen sowie handlungsorientierte Ansätze aufzeigen. Dazu gehört auch eine Sensibilisierungskampagne, die Erfahrungen und Wünsche der Jugendlichen zu Gehör bringen wird. Weiterhin liegt der Fokus auch auf der Generierung

Mit der Weiterentwicklung einer partizipativen Kultur sind offene Fragen verbunden.

empirischer Erkenntnisse darüber, was Kinder und Jugendliche unter Partizipation verstehen und wie sie diese einschätzen. Hierfür wurden qualitative Gruppendiskussionen mit Jugendlichen über ihr Erleben des Heimalltags durchgeführt. Die Diskussionen werden nun ausgewertet und in Bezug zu Erkenntnissen aus der kommenden Evaluation der Entwicklungsprojekte gesetzt. Somit wird nach und nach eine facettenreiche Analyse von Partizipationsbedingungen in der stationären Kinder- und Jugendhilfe realisiert, die Ansatzpunkte für Praxisentwicklung und weitere Forschung verspricht.

«Partizipation verwirklichen»

Einige Kinder- und Jugendheime machen sich mittlerweile auf den Weg, ihre partizipative Kultur weiterzuentwickeln. Doch sind damit auch offene Fragen, allenfalls Ängste verbunden, dem sozialpädagogischen oder dem protektiven Auftrag nicht gerecht zu werden. Fachpersonen möchten daher ihre Kompetenz zu einer partizipativen Pädagogik erweitern. Hierfür bietet der Weiterbildungskurs «Partizipation in der stationären Kinder- und Jugendhilfe verwirklichen», der für August 2020 in Zürich geplant ist und auch auf Erkenntnissen aus diesem Projekt aufbaut, gute Qualifikationsmöglichkeiten. ●

Therapiehunde-Besuche bedeuten Lebensqualität für Menschen mit einer Demenz

Hundedame Kylie streicheln heisst einen Moment purer Freude geniessen

Menschen mit einer Demenz haben ein besonders grosses Bedürfnis nach Nähe und Zuwendung. Ein Therapiehund vermittelt ihnen Geborgenheit, löst Emotionen aus und schafft Momente der Präsenz. Das beweist unter anderem ein Pilotprojekt von Pro Senectute in Heiden AR.

Von Esther Sträuli und Dominique Furrer*

Die Bewohnerinnen und Bewohner der weglaufgeschützten Demenzabteilung im Betreuungszentrum in Heiden (BZH) AR warten bereits gespannt auf den Besuch des Therapiehundes. Als Kylie, eine siebenjährige Shetland-Sheepdog-Hündin, den Aufenthaltsraum betritt, streckt eine Bewohnerin spontan die Arme nach ihr aus und juchzt kurz vor Freude.

Ein Bewohner versucht, Kylie mit Gesten und Schnalzen zu sich zu locken. Dass ihm dies gelingt, freut ihn sichtlich.

Bald geht die Hündin zur nächsten Bewohnerin. Die Hundehalterin lässt Kylie auf ihren Schoss springen, was bei einigen Anwesenden Ausrufe des Erstaunens und der Begeisterung auslöst. Jetzt ist die kleine Hündin auf geeigneter Höhe, um Streicheleinheiten zu geniessen und mit den Menschen in Kontakt zu treten. Bald klettert Kylie behutsam

Tiere bringen Freude und Abwechslung in den Alltag, auch bei Menschen mit Demenz.

vom Schoss der Hundehalterin auf den Schoss der im Rollstuhl sitzenden Bewohnerin, die strahlt und den Hund vorsichtig streichelt. Nach einer Weile hüpfte Kylie auf den Boden, schnuppert interessiert an den Händen einer Bewohnerin und zaubert ein Lächeln auf deren Gesicht. Beim einen Bewohner weckt Kylie Erinnerungen an seinen Hund, einer Bewohnerin fallen ihre verschiedenfarbigen Augen auf. Nach einer halben Stunde wird Kylie müde, sucht verstärkt den Kontakt zu ihrer Besitzerin und kuschelt sich in deren Arme. Nach einer kurzen Verabschiedungsrunde erhält Kylie dann ihre wohlverdiente Ruhepause.

Das spontane Projekt auf der Demenzabteilung

Eine Studie des Schweizer Tierschutzes zeigt, dass Tiere Freude und Abwechslung in den Alltag bringen, Trost spenden und die Lebensfreude steigern. Sie beeinflussen sogar die Kommunikationsfähigkeit von Menschen mit Demenz positiv. Im Rahmen eines Praktikums bei der Pro Senectute Appenzell Ausserrhoden ergab sich für Autorin Esther Sträuli die Möglichkeit, ihr Interesse an der Lebenswelt hochbetagter Personen und die Ressource «eigener Therapiehund» zu verbinden. So entstand die Idee, dem Betreuungszentrum Heiden in Form eines Pilotprojekts mit regelmässigen Besuchen auf der Demenzabteilung die positive Wirkung von Therapiehund-Einsätzen aufzuzeigen. Bevor die Besuche starten konnten, mussten einige wichtige Dinge abgeklärt werden: Ob allfällige Allergien bestanden oder ob jemand aufgrund biografischer Ereignisse Ängste hegte. So können während der Begegnung heikle Situationen vermieden werden.

Das Aktivierungsteam war sofort begeistert. So wurde aus einer spontanen Idee ein handfestes Projekt: Therapiehund-

***Esther Sträuli** ist Therapiehundehalterin, Studentin Soziale Arbeit FHS St. Gallen und absolvierte ein Praktikum bei Pro Senectute AR.

Dominique Furrer ist Diplomierte Aktivierungsfachfrau HF und Leiterin Aktivierungstherapie im BZ in Heiden AR.

>>



Therapie-Hundedame Kylie mit einer Bewohnerin des Betreuungszentrums Heiden AR. Sie und alle anderen freuen sich über die regelmässigen Besuche der Hündin. Das Tier zu streicheln, tut ihnen offensichtlich gut.

Foto: Dominique Furrer

Besuche sollen auf der Station für Menschen mit Demenz für strahlende Gesichter sorgen. Tatsächlich ist es erstaunlich, wie viele Reaktionen Therapiehund Kylie bei den Bewohnenden auslöst: Eifrig erzählen sie Erinnerungen von früher, und häufig sieht man ein Lächeln über die Lippen huschen. Viele strahlen förmlich, wenn sie von Erlebnissen mit ihren eigenen Hunden erzählen: Kylies Besuch fördert das gesellige Zusammensein und sorgt für Gesprächsstoff auf der Demenzabteilung. Viele Bewohnerinnen und Bewohner wirken im Moment des Therapiehundebesuchs sehr präsent: Für einen kurzen Moment konzentrieren sie sich auf das Hier und Jetzt, die Sorgen geraten in den Hintergrund. Ein Mann mit einer mittelstarken Demenz, der beim ersten Besuch von Kylie völlig regungslos dasass, begann beim zweiten und dritten Besuch jeweils kaum merklich zu lächeln. Beim vierten Besuch streichelte er den Hund dann sogar auf seinem Schoss, während seine Augen strahlten und seine Lippen vor Freude zitterten. Momente wie dieser haben eine besondere Bedeutung für alle Beteiligten.

Ein Mann, der zuerst regungslos dasass, begann beim vierten Besuch strahlend, Kylie zu streicheln.

Sinneswahrnehmungen aktivieren

Die Hand einer Bewohnerin, deren Demenz so weit fortgeschritten ist, dass sie kaum mehr mit ihrem Umfeld interagiert, wurde sanft über Kylies Fell geführt. So kann man durch gezieltes Aktivieren der Sinneswahrnehmung versuchen, eine Reaktion auszulösen. Als die Bewohnerin nicht mehr geführt wurde, dauerte es zuerst einen Moment, aber dann begann sie plötzlich aus eigenem Antrieb, die Hündin zu streicheln und zu ihr zu sprechen. Dieser Moment dauerte nur wenige Sekunden, er zeigt aber deutlich, dass mit Hunden Schwellen überwunden werden können.

Einen Bewohner, der wissen wollte, ob diese Besuche für Kylie nicht zu anstrengend seien, konnte die Hundehalterin beruhigen: Die Besuche sind deswegen zeitlich begrenzt und mit Sorgfalt geplant und durchgeführt. Die Therapiehündin bleibt während eines Besuchs an der Leine und unter ständiger Aufsicht der Halterin. Kylie entscheidet intuitiv, wo sie zuerst schnuppert und bei wem sie länger verweilt, und sie weiss instinktiv, wenn sie sich an jemanden

Therapiehunde in der Schweiz: Vielseitig einsetzbar

Therapiehunde-Besitzerinnen und -Besitzer erbringen zusammen mit ihren Hunden auf freiwilliger Basis soziale Dienstleistungen. Der Therapiehund wird zusammen mit seiner Halterin oder seinem Halter ausgebildet, anschliessend besucht das Therapiehund-Team Personen in verschiedenen Lebenslagen. Die Einsatzmöglichkeiten für Therapiehunde sind vielfältig. Sie werden je nach Eignung eingesetzt in Alters- und Pflegeheimen, in Spitälern, psychiatrischen und Reha-Kliniken, in Institutionen und Werkstätten für Menschen mit Beeinträchtigung, in (Sonder-) Schulen und Kindergärten sowie in der Palliative Care oder auch im Massnahmenvollzug.

Je nach Einsatzgebiet kann ein Therapiehund Einsamkeit überwinden, Abwechslung bieten, Erinnerungen aktivieren, körperliche Entspannung unterstützen, Trost spenden, Zuneigung und das Gefühl von Geborgenheit vermitteln, Emotionen auslösen, Momente der Präsenz schaffen, Blockaden lösen und Interaktionen in Gang setzen. Mit dem Einsatz von Therapiehunden wird ausserdem der Beziehungsaufbau gefördert. Therapiehund-Einsätze sind für Hund und Halter anspruchs-

voll. Als Therapiehunde eignen sich menschenbezogene, freundliche und nervenstarke Hunde, und als Begleiterin oder Begleiter eines Therapiehundes braucht es mitfühlende, warmherzige Menschen, die benachteiligten, kranken oder einsamen Menschen Freude bereiten wollen. In der Schweiz gibt es zahlreiche Organisationen, die Ausbildungen für Therapiehunde anbieten. Esther Sträuli hat die Ausbildung beim Verein Therapiehunde Schweiz (VTHS, www.therapiehunde.ch) absolviert.

Nach einem Eintrittstest, einer halbjährigen intensiven Ausbildung und einem theoretischen sowie praktischen Abschlussstest wird das Team für die anspruchsvollen und anstrengenden Einsätze zugelassen. Vor dem ersten Einsatz muss jeder Hund eine umfassende tierärztliche Kontrolle bestehen, welche jährlich wiederholt wird. Daneben verpflichten sich die Teammitglieder, ihre Hunde durch Entwurmung und sorgfältige Fellpflege von Parasiten freizuhalten. Zudem ist jeder Hundehalter vollumfänglich gegen mögliche Haftpflichtansprüche gedeckt.

langsam und achtsam herantasten muss. Aussenstehenden kann eine solche Situation endlos scheinen, Kylie scheint aber genau zu wissen, was sie macht und wie viel Zeit nötig ist, wenn eine Bewohnerin sie zuerst gar nicht bewusst wahrnimmt.

Aufgrund der vielen besonderen Erlebnisse während der Therapiehund-Besuche und der positiven Resonanz aller Beteiligten haben die Verantwortlichen des Betreuungszentrums Heiden beschlossen, das spontan angefangene Projekt weiterzuführen. Sie schätzen die Arbeit der ehrenamtlichen Hundehalterinnen und Hundehalter und empfehlen die bereichernden Therapiehund-Besuche allen Institutionen wärmstens weiter. Ganz im Sinne von Charlie Chaplin, der sagte: «Ein Tag, an dem man nicht lacht, ist ein verlorener Tag.» ●

Literatur:

«**Tiere als Therapie**», Silvia Greiffenhagen, Kynos Verlag, 2012. 336 Seiten, 28.90 Franken

«**Tiergestützte Therapie in Senioren- und Pflegeheim**», Anne Kahlisch & Andreas Blümel, Kynos Verlag, 2010. 111 Seiten, 31.90 Franken

«**Demenz – Ein neuer Weg der Aktivierung: Tiergestützte Intervention**», Carola Otterstedt, Network Verlag, 2013. 75 Seiten, 29.90 Franken

«Smarter medicine» will der Fehl- und Überbehandlung in Pflegeheimen entgegenwirken

Das Richtige tun

Eine breit abgestützte Kampagne versucht, die Ärzteschaft, Pflegefachpersonen und auch die Öffentlichkeit dafür zu sensibilisieren, dass auch in der Medizin weniger manchmal mehr ist. Welche Empfehlungen dazu gibt es für Pflegeheime und wie wirken sich diese auf die Arbeit aus?

Von Anna Gruber*

Jährlich veröffentlichen Bundesstellen und Fachgesellschaften zahlreiche neue Empfehlungen für Pflegeheime. In der Regel fordern diese zusätzliche Massnahmen, um die Pflege- und Lebensqualität in Bereichen wie Demenz, Palliative Care, Hygiene oder Medikamentenversorgung zu verbessern.

Eine neue Initiative versucht nun, alltägliche Routinen in Pflegeheimen zu durchbrechen, um eine höhere Lebensqualität von betagten Menschen mit weniger Massnahmen zu erreichen. Geschehen soll dies mit Hilfe einer Top-5-Liste, auf der fünf No-Gos für die geriatrische Pflege aufgeführt sind (siehe Seite 43). Es handelt sich dabei um Massnahmen, die in der Praxis zwar oftmals Verwendung finden, die man aber überdenken muss, damit die Lebensqualität nicht eingeschränkt wird.

Im November 2019 hat die an den Schweizerischen Verein für Pflegewissenschaft angegliederte Fachgesellschaft Gerontologische Pflege die Top-5-Liste veröffentlicht. Angelehnt an die «Choosing Wisely»-Empfehlungen aus den USA

Fünf Massnahmen, die oft verwendet werden, die man aber überdenken muss.

wurde die Liste durch eine Expertengruppe für die Schweiz adaptiert und mit relevanter Literatur ergänzt. Jeanine Altherr, Präsidentin der Fachgesellschaft Gerontologische Pflege und Co-Autorin der Top-5-Liste, sieht in dieser Liste eine gute Möglichkeit, fundiertes Fachwissen aus der Wissenschaft in Praxis und Alltag zu transferieren. Damit sollen nicht nur die Pflegenden erreicht werden, sondern auch Ärzte und Management sowie die Bewohnenden und ihre Angehörigen.

Auch wenn die meisten dieser Empfehlungen als banal oder selbstverständlich erscheinen, stellt sich in der Praxis immer wieder heraus, dass genau die unnötigen oder gar kontraproduktiven Praktiken weit verbreitet sind. Beispielhaft können das nächtliche Runden oder die Verschreibung sedierender Medikamente bei Schlafstörungen oder unruhigen Patienten genannt werden. Massnahmen wie diese stellen in vielen Alters- und Pflegeheimen eine seit Jahren verbreitete Routine dar. Genau solche Routine versucht die Initiative zu durchbrechen. Dabei

geht es nicht darum, alle nächtlichen Pflegehandlungen oder sedierenden Medikationen unreflektiert wegzulassen. Im Diskurs mit allen Beteiligten, auf allen Hierarchiestufen, soll vielmehr die für jeden einzelnen Betroffenen optimale Lösung gefunden werden, um letztlich die Lebensqualität längerfristig zu verbessern.

Wünschenswert wäre die Diskussion der fünf Empfehlungen überall dort, wo betagte Menschen

Pflege benötigen. Der Diskurs führe dazu, dass das eigene Verhalten oder auch das Verhalten in der eigenen Institution neu überdenkt werde, sagt Jeanine Altherr. Dies sei enorm wichtig, damit alte Routinen durchbrochen werden und neue Strukturen und Verhaltensmuster entstehen können. Zentral ist dabei, dass das Gespräch zwischen allen Beteiligten – das heisst zwischen Bewohnenden, Angehörigen, dem medizinischen Personal und dem Management – geführt wird. Wer glaubt, das qualitativ

*Anna Gruber ist wissenschaftliche Mitarbeiterin von Curaviva Schweiz



Gründung des Trägervereins «smarter medicine – Choosing Wisely Switzerland» im Jahr 2017: Hoffen auf ein starkes Netzwerk.

hochstehende und fortschrittliche Schweizer Gesundheitssystem biete für die Betroffenen stets die beste Behandlungsmethode, liegt falsch. Studien zeigen, dass 20 bis 30 Prozent der Behandlungen nicht nötig wären. Das heisst, den Betroffenen ginge es ohne die entsprechenden Interventionen nicht schlechter, im Gegenteil: Tendenziell erlebten sie sogar eher eine höhere Lebensqualität. Dieser Tatsache der Fehl- und Überbehandlung

will die 2014 in der Schweiz lancierte Initiative «smarter medicine» entgegenwirken. Zur besseren Verbreitung und Bekanntmachung wurde 2017 der Trägerverein «smarter medicine – Choosing Wisely Switzerland» – gegründet.

Der Verein verfolgt das Ziel, die Öffentlichkeit dafür zu sensibilisieren, dass manchmal weniger Medizin mehr Lebensqualität für die Betroffenen bedeutet. Ihren Ursprung hat die

Die 5 No-Gos der geriatrischen Pflege

Lassen Sie ältere Menschen nicht im Bett liegen oder nur im Stuhl sitzen:

Bei bis zu 65 Prozent der älteren Menschen verschlechtert sich die Gehfähigkeit während eines Spitalaufenthaltes: Bett-ruhe oder Nur-im-Stuhl-Sitzen verursachen Kraftverlust. Die Förderung der Gehfähigkeit ist entscheidend, die Mobilisation sollte auf die persönliche Lebenssituation der betroffenen Person angepasst werden.

Vermeiden Sie bewegungseinschränkende Massnahmen bei älteren Menschen:

Bewegungseinschränkende Massnahmen verursachen häufig erhöhte Unruhe und ernsthafte Komplikationen. Sie erfolgen oft bei herausforderndem, gefährdendem Verhalten. Wichtig ist eine klare Strategie zur Vermeidung von gefährdendem Verhalten und eine gute Abstimmung mit Angehörigen. Sicherheit und eine dem Menschen zugewandte Betreuung ohne bewegungseinschränkende Massnahmen kann von einem interprofessionellen Team unterstützt werden.

Wecken Sie ältere Menschen nachts nicht für routinemässige Pflegehandlungen, solange es weder ihr Gesundheitszustand noch ihr Pflegebedarf zwingend verlangen:

Ältere Menschen brauchen länger fürs Einschlafen, schlafen weniger tief und wachen mehrmals auf. Gesundheitliche Probleme wie Schmerzen, Atemnot oder nächtliches Wasserlas-

sen stören ohnehin den Schlaf-Wach-Rhythmus, und regelmässige Runden führt zu mehr unnötigen Schlafunterbrüchen. Schlafstörungen können jedoch zu Delir, Depression oder anderen psychischen Beeinträchtigungen führen.

Legen oder belassen Sie keinen Urinkatheter ohne spezifische Indikation:

Der Katheter-assoziierte Harnwegsinfekt ist eine der häufigsten nosokomialen Infektionen. Er erhöht Morbidität, Mortalität und damit auch die Kosten. Präventionsmassnahmen sind die Vermeidung unnötiger Katheterisierungen und gezielte Interventionen zur Aufrechterhaltung eines optimalen Urinausscheidungsmusters. Katheter sind deshalb so wenig und so kurz wie möglich einzusetzen.

Vermeiden Sie die Verabreichung von Reservemedikationen wie Sedativa, Antipsychotika oder Hypnotika bei einem Delir, ohne die zu Grunde liegenden Ursachen zu behandeln:

Ein Delir ist oft die physiologische Folge einer anderen Erkrankung, einer Substanzintoxikation oder hat multiple Ursachen. Antipsychotika sollten nur in der niedrigsten Dosis, für die kürzeste Zeitdauer und nur bei stark agitierten und fremd- oder selbstgefährdend älteren Menschen verabreicht werden: Diese Medikamente verursachen starke Nebenwirkungen. Zur Delirprävention werden verschiedene nicht-pharmakologische Interventionen empfohlen.

>>

Bewegung in den USA, wo vor einigen Jahren Warnungen vor der medizinischen Überversorgung laut wurden. 2011 lancierten Ärztinnen und Ärzte in den USA die Initiative «Choosing Wisely» (klug wählen).

Ziel dieser Initiative ist es nicht nur, kluge Entscheidungen zu treffen, sondern auch die offene Diskussion zwischen Ärzteschaft, Patienten und Öffentlichkeit zu fördern. Alle Beteiligten sollen gut informiert sein und im gegenseitigen Austausch die bestmögliche Therapie für die Betroffenen bestimmen. Kernstück von «Choosing Wisely» sind die Top-5-Listen aus allen klinischen Fachdisziplinen. Sie enthalten je fünf (oder mehr) medizinische Massnahmen, die in der Regel unnötig sind und vermieden werden sollten. Es geht darum, die Behandlungsqualität nach dem Motto «weniger Medizin kann mehr sein» zu verbessern. Kosteneinsparung steht nicht im Vordergrund. Im Gegensatz zu anderen europäischen Ländern vermochte die «Choosing Wisely»-Bewegung in der Schweiz bisher nicht richtig Fuss zu fassen. Der Trägerverein «smarter medicine – Choosing Wisely Switzerland» erhofft sich aber, dass dank neuen Initiativen ein starkes Netzwerk entsteht, das das Thema der Fehl- und Überversorgung in den Fokus der Öffentlichkeit und Politik rücken soll. Um das Hauptziel zu erreichen, sollen folgende Massnahmen gefördert werden:

- die Ausarbeitung und Publikation weiterer Top-5-Listen durch medizinische Fachgesellschaften

- ein aktiver Einbezug anderer Gesundheitsberufe (interprofessioneller Ansatz)
- Sensibilisierung von Patientinnen, Patienten und Versicherten sowie der Gesellschaft und der Politik für das Anliegen und das Etablieren des Themas der Behandlungsqualität als Teil der medizinischen Fort- und Weiterbildung.

Auch die Fachgesellschaft Gerontologische Pflege will ihre Top-5-Liste in nächster Zeit vermehrt bekannt machen. Dazu sind Publikationen in verschiedenen Fachzeitschriften, Vorträge und praxisnahe Unterstützung geplant.

Interessierte Personen oder Institutionen können sich direkt an die Fachgesellschaft wenden, um Fragen zur Liste und deren Umsetzung im Betrieb zu stellen oder aber um eine Fachperson aus der Expertengruppe in den eigenen Betrieb einzuladen (Kontakt: gerontologie@vfp-apsi.ch). Dass die Umsetzung der No-Gos und der entsprechenden To-dos nicht ganz einfach ist, auf die jeweiligen Betriebsstrukturen angepasst werden muss und ebenfalls einige Massnahmen mit sich bringt, das ist auch Jeanine Altherr und der Fachgesellschaft bewusst. Jedoch soll sie dazu anregen, bestehende Strukturen kritisch zu überdenken und Raum für Veränderungen zu schaffen. Nicht zuletzt könne die Top-5-Liste auch Aspekte der Unterversorgung sichtbar machen. Denn noch häufiger als mit einer Fehl- oder gar Überversorgung sehe sich die Pflege damit konfrontiert. ●

Seine Behinderung eröffnet Marc Brew eine Welt neuer Tanzmöglichkeiten

«Wenn man einen Körper hat, kann man auch tanzen»

Die Axis Dance Company wurde 1989 gegründet und ist die bekannteste und eine der ältesten inklusiven Tanzcompanien der Welt. Im April und Mai hätte die amerikanische Company im Rahmen des Migros-Kulturprozent-Tanzfestivals «Steps» durch die Schweiz touren sollen.*

Von Edith Arnold

Das Ensemble der Tanzcompany besteht aus Tänzerinnen und Tänzern mit und ohne körperliche Behinderungen. Seit zwei Jahren ist der Tänzer Marc Brew künstlerischer Leiter. Das Interview mit dem Selbstvertreter wurde im Februar anlässlich des «Holland Dance Festival» geführt.

Marc Brew, die Axis Dance Company tourt von Oakland/Kalifornien aus rund um den Globus. Sie engagieren sich zudem bei weiteren internationalen Tanzprojekten. Jetzt sind Sie in Holland zwischengelandet. Fliegen statt gehen?

Marc Brew: Nun, ich bin tatsächlich viel unterwegs. Doch Fliegen ist nicht immer «Smooth Sailing». Manchmal kommt der Rollstuhl beschädigt an – wenn überhaupt.

«Ich mache heute Bewegungsentscheidungen, auf die ich zuvor gar nie gekommen wäre.»

*Das Migros-Kulturprozent-Tanzfestival 2020 wurde wegen des Coronavirus abgesagt und hätte vom 23. April bis 16. Mai stattfinden sollen.

Bis zu einem allfälligen Auftritt der Axis Dance Company in der Schweiz können auf deren Website immerhin schöne Kurzvideos angeschaut werden (www.axisdance.org).

Ich habe zwei Rollstühle, einen für den Alltag, einen für die Bühne. Im November ist beispielsweise mein Tanzrollstuhl in Los Angeles hängengeblieben. Man vergass ihn einfach vor dem Eingang zum Flugzeug. Drei Tage musste ich ohne ihn in London arbeiten. Bis er nachgeliefert werden konnte, offerierte man mir zwar einen anderen, doch ein Rollstuhl ist etwas sehr Persönliches, denn jeder Körper ist anders.

Was ist Ihre genaue Diagnose?

Rückenmarkverletzung bei C6/C7. Ich bin aufgrund eines Unfalls von der Brust abwärts gelähmt, und dies seit 22 Jahren.

Wie kam es dazu?

Ich bin Australier, geboren in Jerilderie, einem kleinen Ort in New South Wales. Nach der klassischen Tanzausbildung und dem Engagement bei der Australian Ballet Company in Melbourne ging ich zum PACT Ballet nach Johannesburg, Südafrika. An einem Samstagnachmittag wollte ich mit Freunden zu einem Wildreservat fahren. Auf dem Hinweg steuerte ein betrunkenen Fahrer direkt auf unser Auto zu. Meine drei Freunde starben. Ich erwachte nach einer Woche. Im Heimatland ging ich später in eine sechsmonatige Reha. Mir wurde dort bewusst, was eine Rückenmarkverletzung bedeutete.

Sie wollten immer Tänzer bleiben?

Ja, aber ich musste meine Vorstellung davon, was ein Tänzer sein kann, ändern. Ich konnte meinen Körper nach wie vor bewegen. So begann ich, neue Ausdrucksformen zu suchen: vom Boden aus, alleine oder mit anderen Tänzern, mit oder ohne Rollstuhl. Die Behinderung eröffnete mir eine Welt von anderen, neuen Möglichkeiten. Nur schon der Kurationsprozess

>>



Szene in der Choreografie «Radical Impact» von Marc Brew: Tänzer und Tänzerinnen mit und ohne Behinderung ergänzen sich gegenseitig.

Foto: Tom Kramer

ist ein ganz anderer. Wie man mit körperlichen Einschränkungen, mit Zeit und Raum arbeitet. Ich machte Bewegungsentscheidungen, auf die ich zuvor nie gekommen wäre. Diese Erfahrungen brachte ich zunächst im Unterricht, später als Choreograf in den USA ein. Ich wurde damals von einer Tänzerin nach New York eingeladen, die im Rollstuhl beim American Ballet Theatre trainierte. Dort traf ich auf eine neue Community. Bei der Axis Dance Company, für die ich inzwischen choreografiere und als künstlerischer Leiter tätig bin, geht es ebenfalls um Bewegungen von Tänzerinnen und Tänzern mit und ohne physische Einschränkungen. Zusammen können wir anders, einzigartig und wunderschön partnern.

In Ihren Choreografien sieht man Bewegungskaskaden. Ein Tänzer im Rollstuhl führt eine Armbewegung leicht zeitversetzt zu jener einer Tänzerin ohne Rollstuhl aus, was auf der Bühne eine zusätzliche Dynamik suggeriert ...

Es geht darum, neue Wege von «Partnering» zu erforschen und neue Bewegungsformen der Ensemblemitglieder zu entwickeln. Deshalb finde ich unsere Arbeit so wichtig. Die Tiefe, die Virtuosität, die Dynamik und auch die Furchtlosigkeit: Axis Dance Company führt vor, was möglich ist und wie man sich gegenseitig ergänzt.

Ihre Aufgabe?

Mein Job ist es, ein gutes Ensemble zu leiten. Auf und hinter der Bühne. Ich liebe die Verschiedenartigkeit der Axis-Mitglieder. Ihre vielseitigen Persönlichkeiten, ihre unterschiedliche Herkunft und kulturellen Hintergründe: unsere Tänzerinnen und Tänzer kommen aus Puerto Rico, Japan, China, Philippinen, Australien. Demarco Sleeper aus Nordamerika wirft sich blitzschnell vom Rollstuhl auf den Boden. Das ist gute Akrobatik, schon fast Magie! Alle trainieren ihre Fähigkeiten. Als Rollstuhlfahrer entwickelt man die Möglichkeiten, wie man

seinen Stuhl benutzt, immer weiter. Tricks, Geschwindigkeit, Bewegungslust: Es geht darum, sie als kreative Werkzeuge zu nutzen.

Ist es für die Spannung auf der Bühne wichtig, neben Tänzerinnen und Tänzern mit Behinderungen auch solche ohne zu haben?

Die Balance ist wichtig und wie die Unterschiede zusammenwirken. Es geht nicht einfach um Tänzerinnen und Tänzer mit und ohne körperliche Einschränkungen, sondern um deren Zusammenspiel als Ensemble.

Sie waren vor zwei Jahren als Tänzer der britischen Candoco Dance Company in der Schweiz. Nun steht «Steps» mit Ihnen als künstlerischem Leiter der Axis Dance Company an. Worauf freuen Sie sich?

Ich liebe die Seen, die Flüsse, die Berge! Die Natur erdet mich, gibt mir Energie und inspiriert mich. In der Choreografie «Radical Impact» bilden die Tänzerinnen und Tänzer einen Berg. Und Sonsherée Giles klettert, hangelt und manövriert das steile Gelände hoch – bis sie die Spitze erreicht.

Die Tänzerin und Trainingsleiterin Sonsherée Giles klettert auch Gebäude hoch, bewegt sich mit ihrer Flyaway-Productions-Formation durch die Lüfte. Weshalb ist Tanz so wichtig in dieser bewegten Zeit?

Tanz ist eine Sprache ohne Worte. Wir kommunizieren über den Körper. Alle Menschen auf dieser Welt verbindet ja etwas. Wissen Sie was?

Die Seele, die chemischen Elemente?

Wir alle haben einen Körper. Auch wenn sich dieser von anderen unterscheidet, anders daherkommt. Und wenn man einen Körper hat, kann man auch tanzen. ●

«Und jetzt schaut alles ganz anders aus, denn wir müssen unser Verhalten ändern»

Der Blick zurück in die Frühjahrssession fühlt sich für mich ziemlich bizarr an. Zwar unter verschärften Hygienemassnahmen sowie absolut eingeschränkter Bewegungsfreiheit für Besucher und Lobbyisten, doch die ersten beiden Wochen unter der Bundeshauskuppel fanden einigermassen regulär statt. Als Mitglieder des Parlaments wollten wir Flagge zeigen und uns nicht aus der politischen Verantwortung nehmen. Wir wurden eines Besseren belehrt und mussten für den letzten Teil unseres Pflichtprogramms aufgrund der sich ankündigenden Coronavirus-Welle vernünftigerweise die Segel streichen. Mit der vom Bundesrat ausgesprochenen «ausserordentlichen Lage» wurden auch wir von Covid-19 zurückgebunden und richtig durchgeschüttelt.

Respekt für das Krisenmanagement

Was danach folgte, waren eine Verordnung nach der anderen, die dem Notrecht folgend durch die Regierung erlassen wurden. Ich lasse keinen Zweifel daran, dass es vom Bundesrat der einzige Weg war, das Zepter entschlossen in die Hand zu nehmen. Für das geleistete Krisenmanagement zolle ich diesem Gremium höchsten Respekt. Von der Schockstarre schienen sich die beiden Räte dann für einige Zeit nicht zu erholen. Die in dieser Einigkeit notwendigen Aufforderungen und Bekenntnisse an die Bevölkerung, sich an die nationalen Anweisungen zu halten, waren das Richtige, was wir Mandatsträgerinnen und Mandatsträger in diesen Tagen tun konnten. Es sollte jedoch nicht lange dauern, bis dann halt doch die ersten verwerflichen persönlichen Profilierungsversuche wieder daherkamen.

Einfach Danke zu sagen, das reicht nicht

Und jetzt schaut alles ganz anders aus. Ich bemühe mich derzeit darum, die verschiedenen ersten Massnahmen zur zumindest partiellen Abfederung des sogenannten «Lockdown» inhaltlich nachzuvollziehen und mir auch Gedanken über die möglichen Konsequenzen zu machen. Homeoffice bedeutet für mich, viel zu lesen und mir Gedanken darüber zu machen, wie wir unser gesellschaftliches Verhalten in Beruf und Freizeit verändern. Es wirkt auf mich beklemmend, nichts in der aktuellen Situation tun zu können. Ich will weiterhin mit Verantwortung tragen können für das, was in unserem Land in nächster Zeit geschieht. Die Thematik der Gesundheitsversorgung mit der Pflege und Betreuung müssen aus neuen, zusätzlichen Optiken betrachtet werden. Nett allen einfach Danke zu sagen, das reicht nicht im Geringsten.

Der Ruf nach Solidarität gegenüber Älteren und besonders schutzbedürftigen Menschen erfolgte schnell und wurde in



«Es war der einzige Weg für den Bundesrat, das Zepter entschlossen in die Hand zu nehmen.»

Christian Lohr, Nationalrat CVP Thurgau, ist der einzige Rollstuhlfahrer im Bundesparlament.

unserem Land auch erhört. Ich fordere nun aber, dass sich die Politik auch im Nachgang der schwierigen Situation mit den Folgen des Social Distancing beschäftigen wird. So überlege ich, wie die Solidarität aussehen wird, wenn wir das Größte überstanden haben werden. Denkt unsere Gemeinschaft dann weiterhin auch noch an die sozial Benachteiligten, an Menschen mit Beeinträchtigung, an einsame Betagte? Die Corona-Pandemie ist für uns auch ein Test unserer ethischen Grundhaltung. Ich distanzieren mich entschieden vom gegenseitigen Auspielen von Gesundheit und Wirtschaft.

Wir werden aber schauen müssen, dass wir die Gesundheitskosten jetzt erst recht im Griff behalten. Wir müssen uns den Vorwurf gefallen lassen, dass wir viele Problemsituationen wie die Altersvorsorge, die berufliche Vorsorge und das Auseinanderdriften der sozialen Schere nicht wirklich

konsequent genug angegangen sind. Das Parlament steht jetzt in der absoluten Pflicht, mehrheitsfähige, zukunftsfähige Lösungen fertigzuentwickeln.

Die Weiterentwicklung der Invalidenversicherung stand vor dem Sessionsabbruch vor der Schlussabstimmung. Sie soll jungen Menschen vermehrt Perspektiven zur Integration in den Arbeitsmarkt geben. Wir müssen im Blick haben, dass dies auch bei den sich nun abzeichnenden Sparprogrammen möglich bleiben wird. Die Überbrückungsleistung für ältere Arbeitslose hatte in der Frühjahrssession keinen leichten Stand. Den Betroffenen ein würdevolles Leben zu sichern, diesen Auftrag haben wir mit in die Nach-Corona-Zeit zu nehmen. Von höchster Bedeutung ist für mich, dass wir in den nächsten Monaten Entscheidungen zu treffen bereit sind. Nicht immer werden wir dabei zusätzliche Finanzen zur Verfügung stellen können. Von uns wird in erster Linie gefragt sein, Prioritäten (neu) zu setzen. ●

«Ich fordere, dass sich die Politik mit den Folgen des Social Distancing beschäftigt.»

In Wort und Bild: Ein Kinderbuch über Beeinträchtigungen

Was eigentlich ist normal?

Ein Buch für junge Leserinnen und Leser, das unverkrampft zeigt, wie man neugierig und ohne Scheu auf Menschen mit einer Behinderung zugehen kann – und wie man lernt, dass es gar nicht so einfach ist, zwischen normal und nicht normal zu unterscheiden.

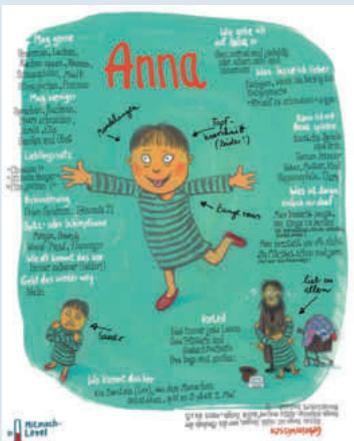
Von Urs Tremp

Kann ein Buch über Kinder mit einer Beeinträchtigung witzig, lustig und gerade darum wertvoll sein? Ja, es kann. Die Autorin Monika Osberghaus und der Illustrator Horst Klein haben ein Buch mit dem Titel «Alle behindert!» geschrieben und gezeichnet – mit dem Untertitel «25 spannende und bekannte Beeinträchtigungen in Wort und Bild».

Das Buch stellt eine Vielzahl von sichtbaren und unsichtbaren Behinderungen vor und zeigt, dass es eigentlich ganz normal sein könnte, beeinträchtigt zu sein. Denn alle Kinder, die vorgestellt werden, haben wie alle anderen Menschen einen eigenen Charakter, sie haben ihre Vorlieben und Fähigkeiten. Zuweilen ganz enorme. Pippa etwa ist seit einem Unfall an den Rollstuhl gebunden. Damit kommt sie ganz gut zurecht. Sie ist zur guten Chair-Skaterin geworden. Es stört sie zwar, dass sie nicht mehr klettern kann. Aber sie sieht auch, dass sie dank dem Rollstuhl zuweilen zur Prinzessin wird: «Im Kino und im Konzert – immer in der ersten Reihe.»

Hier dürfen Kinder neugierig sein

Das Buch «Alle behindert!» vertraut darauf, dass Kinder neugierig sind und nicht wie viele Erwachsene verlegen und beschämt wegschauen, wenn sie einer Person mit Beeinträchtigung begegnen. Kinder haben Fragen und wollen alles genau wissen. Das dürfen sie auch: Was ist Trisomie 21? Warum hat man das? Ist das ansteckend? Geht es wieder weg? Es ist nicht unver-schämt, so zu fragen. Denn wie sollte man sonst etwas darüber lernen, warum jemand anders ist als man selbst – und was das bedeutet?



Buchseite von Anna:
Ein unverkrampftes Sachbuch.

Auf jeder Seite des Buches wird ein Kind mit Auffälligkeiten vorgestellt, und es werden im wahrsten Sinn des Wortes unverschämte Fragen gestellt. Das Fragemuster wird durch das ganze Buch durchgezogen, und so entstehen eigentliche kurze Steckbriefe der vorgestellten Kinder mit ihren Beeinträchtigungen.

Wer ist wie behindert?

Anna etwa hat Trisomie 21: Kann ich mit Anna spielen? Wie gehe ich auf Anna zu? Was lasse ich lieber? Mareike ist hochbegabt, Hanna stottert, Max ist Spastiker, Paul ist ein Mitläufer, und Julien ein unverbesserlicher Bluffsack. Wie bitte – sind ein Mitläufer und ein Bluffsack Behinderte? Tatsächlich macht das Buch keinen Unterschied zwischen angeborenen und sozialisierten Merkmalen einer Beeinträchtigung. Das führt unweigerlich zur Frage: Was ist denn normal? Mit jeder der 25 Geschichten, die das Buch erzählt, wird klarer: Es ist gar nicht so einfach, eine klare Trennlinie zwischen «normal» und «nicht normal» zu ziehen.

Auf knappe Art erklärt das Buch, woher die Behinderung kommt, wie man auf diese Menschen zugeht, was man lieber unterlässt und was die Kinder mit ihrer Behinderung von ihrer Umwelt wünschen. Die Autorin Monika Osberghaus sagt: «Für dieses Buch haben uns viele Kinder selbst von ihren Besonderheiten erzählt. So konnte gar kein Dogmatismus aufkommen.»

Ein witziger Einfall der Buchautoren: Zu jeder Behinderung gibt es ein Geheimwissen und einen Mitmachwettbewerb mit Wissenslevel, die anzeigen, wie schlau man geworden ist und was man weiss über Behinderungen, ihre Ursachen, Auswirkungen und Besonderheiten. Man kann etwa lernen, wie man mit einem Zahnstocher und einer vorgezeichneten Schablone selbst etwas in Braille-Schrift schreiben kann. Was man geschrieben hat? «Frag einen Blinden!»

Auf der letzten Seite dann findet sich der Super-Trumpf des Buches: ein leerer Steckbrief mit der Überschrift «DU!» zum Ausfüllen. Der Auftrag lautet: «Welche Behinderung hast DU denn? Raus mit der Sprache!».

«Ein unverkrampftes und witziges Sachbuch über behinderte Kinder», urteilte eine Kritikerin. Dem ist nichts beizufügen. Zu ergänzen ist höchstens noch, dass das Buch nominiert war für das beste Wissenschaftsbuch des Jahres 2019. ●

Horst Klein, Monika Osberghaus, «Alle behindert», Klett Kinderbuch Verlag, 40 Seiten, 18 Franken

Trotz Corona-Krise gleichwertige Abschlüsse ermöglichen

Negative Auswirkungen auf Berufsabschlüsse müssen vermieden werden: Verbundpartner müssen deshalb eng zusammenarbeiten.

Von Monika Weder

Berufsbildung erfolgt im Verbund, so steht es im Berufsbildungsgesetz. Diese Verbundpartnerschaft ist schon in normalen Zeiten eine Herausforderung, sind doch die Interessenlagen der verschiedenen Partner recht unterschiedlich. Mit der Initiative Berufsbildung 2030 wurde deshalb ein Prozess in die Wege geleitet, der die Partnerschaft stärken, die geeigneten Gremien einrichten sowie die Aufgaben und Einfluss richtig verteilen soll. Die aktuelle Krise fordert jedoch ein blitzschnelles Zusammenraufen aller Akteure.

In dieser aussergewöhnlichen Situation erweist es sich allerdings als zusätzliche Herausforderung, dass in der Berufsbildung sowohl die Ausbildung als auch das Prüfen im schulischen Kontext und im Betrieb eng verzahnt und ergänzend stattfinden. Und dass jede Branche für sie angepasste Umsetzungen treffen kann.

Die aktuelle Situation der Betriebe unterscheidet sich sehr stark: Viele Betriebe im Sozial- und Gesundheitswesen sind sehr belastet. Andere Betriebe, die gleiche Berufsausbildungen anbieten, sind geschlossen. Demzufolge sind die Ressourcen für die Ausbildung auch sehr unterschiedlich. Jenen Absolventinnen und Absolventen einer beruflichen Grundbildung, die diesen Sommer ihren Abschluss machen, sollen in ihrer Berufslaufbahn trotz allem nicht nachhaltige Nachteile durch das Coronavirus erwachsen. Es darf nicht sein,

dass zum Beispiel ein Abschluss im 2020 weniger zählt.

Die Zusammenarbeit aller Verbundpartner muss deshalb intensiviert werden, und es müssen schnell tragfähige nationale Lösungen gefunden werden. Auf Alleingänge und nicht durchdachte Lösungen von Einzelnen muss unbedingt verzichtet werden.

Die Grundbildungen sollten abgeschlossen werden können – oberstes Ziel muss sein, allen Lernenden trotz schwierigen Rahmenbedingungen einen gleichwertigen Abschluss ohne Nachteile zu ermöglichen.

Die Lösungen werden nicht hundert Prozent perfekt sein. Ich hoffe jedoch, dass das Optimum, das in der aktuellen Situation realisierbar ist, erkannt und umgesetzt werden kann. In diesem Sinne wünsche ich allen zunächst gute Gesundheit, viel Energie, erfolgreiche Arbeit und wo immer möglich eine gute Ausbildung.



Monika Weder
leitet den
Geschäftsbereich
Bildung bei
Curaviva Schweiz

Alter

Stärkung der Palliative Care

Die Gesundheits-, Sozial- und Integrationsdirektion des Kantons Bern (GSI) baut das Angebot im Bereich der Palliative Care aus. Zur Förderung von sogenannten spezialisierten mobilen Palliativdiensten (MPD) führt die GSI einen dreijährigen Modellversuch durch. Ein MPD sei ein interprofessionelles, mobiles Team, das sich aus ärztlichen und pflegerischen Fachexpertinnen und -experten zusammensetzt und mit Fachkräften aus dem psychosozialen Bereich zusammenarbeitet. Das Team sei hauptsächlich in der zweiten Interventionslinie tätig, d.h., es berät und unterstützt die Grundversorgerinnen und -versorger (unter anderem Hausärztinnen und -ärzte, Pflegepersonal in der Pflege zu Hause und in Alters- und Pflegeheimen) bei der Betreuung von schwerkranken Patientinnen und Patienten in der letzten Lebensphase. Ein MPD ermöglicht ein Verbleiben der Patientin / des Patienten zu Hause beziehungsweise in der Langzeitinstitution und hilft, Überweisungen in ein Akutspital zu vermeiden. Mit der Durchführung des Modellversuchs werden die Grundlagen für den Entscheid bezüglich einer allfälligen flächendeckenden Einführung von MPDs im Kanton geschaffen. Der konkrete Bedarf und Nutzen von MPDs werde ermittelt.

Sterbehilfe im Wallis

Das Walliser Kantonsparlament hat entschieden, den Artikel 18a aus dem neuen Gesundheitsgesetz zu streichen. Dieser Artikel hätte verlangt, dass Walliser Gesundheitsinstitutionen in ihren Räumlichkeiten Sterbehilfe zulassen müssen. Das ging vielen

>>

Volksvertretern zu weit: 69 entschieden sich dafür, den umstrittenen Absatz aus dem Gesetz zu streichen. 57 votierten dagegen. Allerdings ist das Thema Sterbehilfe noch nicht definitiv vom Tisch: Die CSP Oberwallis hat zusammen mit der welschen CVP-Fraktion beantragt, die Sterbehilfe und die Palliativpflege in einem separaten Gesetz zu regeln. Eine entsprechende Motion soll nächstens behandelt werden. Das Kantonsparlament musste die Frage klären, ob Sterbehilfe in Heimen künftig überall möglich sein soll. Rund die Hälfte der Walliser Heime schliesst die Sterbehilfe aus. Viele möchten, dass dies so bleibt. Das wünscht sich auch die römisch-katholische Kirche. Der Bischof von Sitten etwa sagte, Sterbehilfe habe aus seiner Sicht keinen Platz in den öffentlichen Gesundheitsinstitutionen im Kanton Wallis.

Kinder & Jugendliche

Körperliche und psychische

Demütigung

Eine unabhängige externe Untersuchungskommission hat die Vergangenheit des Kinderheims St. Benedikt Hermetschwil im Aargau aufgearbeitet. Im März hat sie die Ergebnisse präsentiert. Edith Lüscher, Geschäftsführerin des Deutschschweizer Logopädinnen- und Logopädenverbands und ehemalige SP-Grossrätin, Hanspeter Thür, Rechtsanwalt und Aarau Stadtrat, sowie Historiker Bruno Meier haben mit damaligen Vorstandsmitgliedern, Verantwortlichen und Ange-

stellten gesprochen. Zudem haben sie mit fünf Personen Gespräche geführt, die zwischen 1946 und 2006 im Kinderheim wohnten, und sich auf einen Zeitungsaufdruck bei der Untersuchungskommission gemeldet hatten. Alle fünf hätten Vorfälle beschrieben, «die auf einen sehr autoritären Umgang bis hin zu körperlicher und psychischer Demütigung hinweisen», sagt Edith Lüscher. «Sie wurden geschlagen oder eingesperrt, mussten Dinge essen, die sie nicht mochten, bis sie erbrachen.» Die Erlebnisse hätten bei allen grosse seelische Verletzungen verursacht. Bei Einzelnen seien psychische Beeinträchtigungen nach wie vor vorhanden. Gleichzeitig hält die Kommission fest, dass sich die Vorwürfe auf einzelne Erzieher und Lehrpersonen beschränkten. Ein besonderes Augenmerk legte die Untersuchungskommission auf die Vorgeschichte eines übergriffigen Pfarrers, der von 1974 bis 1992 im Vorstand des Kinderheims sass und Religionslehrer der Kinder war. Die Faktenlage und vor allem der Umgang mit dem Missbrauch seien vergleichbar mit vielen anderen Fällen und damit typisch für die damalige Zeit: «Zwar im Ansatz untersuchen, dann aber verschweigen und den Täter an einen anderen Ort versetzen.»

Menschen mit Behinderung

Rekord bei Eingliederung

Die Zahl der im Arbeitsmarkt eingegliederten Menschen mit einer gesundheitlichen Beeinträchtigung hat 2019 mit 22 534 einen Rekord erreicht.

Dies bedeutet im Vorjahresvergleich einen Anstieg um 6 Prozent, wie die IV-Stellen-Konferenz, der die 26 kantonalen IV-Stellen angegliedert sind, im März mitteilte. Berufliche Eingliederung heisse nicht nur die Vermittlung einer neuen Arbeitsstelle, sondern in vielen Fällen der Erhalt des aktuellen Arbeitsplatzes durch Massnahmen der Früherkennung und Frühintervention. So hätten 12 640 Menschen dank Unterstützung der Invalidenversicherung (IV) ihren Arbeitsplatz beibehalten. 1933 Menschen hätten im gleichen Betrieb in eine neue Arbeitsstelle wechseln können, und 7420 Menschen hätten eine neue Arbeitsstelle ausserhalb ihres Unternehmens gefunden. Zusätzlich sei es 541 Menschen mit einer bestehenden IV-Rente gelungen, wieder eine Arbeit aufzunehmen oder ihre Erwerbsfähigkeit zu steigern. Die Anzahl der Eingliederungen sei im vergangenen Jahr fast zweieinhalb Mal so hoch gewesen wie noch vor zehn Jahren, schreibt die IV-Stellen-Konferenz weiter. Und die Tendenz sei steigend. Parallel zu den konstant wachsenden Eingliederungszahlen sei auch ein bedeutender Rückgang der Neurentenquote in den letzten 15 Jahren zu beobachten, stellt Florian Steinbacher, Präsident der IV-Stellen-Konferenz, gemäss der Mitteilung fest. Zwischen 2004, der vierten IVG-Revision, und 2018 seien nur durch berufliche Eingliederungen über 11 Milliarden Franken oder rund 730 Millionen Franken pro Jahr gespart worden.