

# Das Leben schmecken bis zuletzt

## Die Bedeutung gustatorischen und oralen Erlebens

Von Heike Walper

**Der Mund als Wahrnehmungsorgan ist einer der erfahrungsreichsten und intimsten Bereiche des Menschen. Der Geschmackssinn und der orale Tastsinn hat große Bedeutung bei der Aufnahme, Prüfung und Zuführung von lebensnotwendiger Nahrung und Flüssigkeit.**

Gleichzeitig ist die gustatorische und orale Wahrnehmung für das Erleben von Genuss unerlässlich. Durch die orale Tastwahrnehmung können Menschen in sehr jungen Jahren die Welt entdecken, Objekte erkunden, verstehen und auf ihre Realität prüfen. Darüber hinaus hat der Mund als Kommunikationsmedium eine zentrale Bedeutung. Gerade in diesem für kommunikativen Ausdruck wichtigen und zum Genusserleben notwendigen Bereich sind Einschränkungen durch Krankheit besonders einschneidend für die Selbstbestimmung und das Erleben von Lebensqualität. Erwartungsfreie und voraussetzungslose Angebote in den zentralen Lebensbereichen können schwerkranken und sterbenden Menschen die subjektiv erlebte Lebensqualität verbessern und Zugehörige als Begleiter in der letzten Lebensphase befähigen.

### Leben erhalten und Entwicklung erfahren

Die Wahrnehmung für Nahrungsaufnahme und Prüfung der Genussfähigkeit ist eine Leistung vieler Sinne in Kooperation. Die Bedeutung der visuellen Erfahrung vor dem Essen ist ebenso bekannt, wie die Störung durch akustische körperliche Auslöser von Ekel oder Abwehr bei oder nach dem Genuss von Mahlzeiten. Wenn jedoch die Nahrungsaufnahme nur dem Erhalt von Leben dienen sollte, wäre eine bilanzierte und genussfreie Zuführung der zum Leben notwendigen Stoffe sinnvoll. Diese setzt sich zusammen aus Energie liefernden Bestandteilen und Ballaststoffen. Die Grundnährstoffe sollen sich zu 25 – 30% aus Fett, 60% aus Kohlenhydraten, 10 – 15% aus Eiweiß und etwa 30g Ballaststoffe zusammensetzen.<sup>(1)</sup>

Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr am Lebensende ist ein kontroverses Thema das zum Teil auch sehr emotional diskutiert wird. Psychologische und soziale Aspekte sind ebenso allgegenwärtig wie ethische, moralische und auch rechtliche Gesichtspunkte werden auch oft in polemischer

Art und Weise missbraucht. Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme ist ein lebensnotwendiges Grundbedürfnis. Essen bedeutet Lebensqualität und diese ist auch ein Ziel von Fürsorge und Pflege in der letzten Lebensphase. Die Folgen von mangelhafter Nahrungsaufnahme können unter anderem Kachexie, Dehydratation, Schwäche, Bewusstseinseintrübung, Elektrolytstörungen, gastrointestinale Störungen und Mundtrockenheit sein. Wenn Menschen nicht ausreichend essen kann dies Hilflosigkeit bei Zugehörigen und professionellen Begleitern auslösen und Sterben bewusst wahrnehmbar machen. Nicht alle Palliativpatienten sind in der Terminalphase, viele erwarten noch Lebenszeit und Lebensqualität. Für diese Menschen ist Ernährung notwendig, um ihr Leben zu erhalten und zu genießen.

Die Reduzierung der Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme am Lebensende ist eine physiologische Reaktion des Körpers und eine künstliche Zufuhr von Nahrung und/oder zu viel Flüssigkeit kann sterbende Menschen unnötig belasten. Die für gesunde Menschen geltenden Flüssigkeitsmengen kann ein Mensch am Lebensende nicht mehr verarbeiten. Als Folgen kann eine vermehrte Sekretbildung im Gastrointestinal-Trakt zu Übelkeit und Erbrechen führen.

Die Flüssigkeit kann nicht mehr ausgeschieden werden und die Folge einer Überwässerung zeigt sich in Atemnot und einer Zunahme von zerebralen und peripheren Ödemen. Die Bundesärztekammer hat diese Probleme in den Grundsätzen zur Sterbebegleitung benannt:

*„Die Hilfe besteht in palliativ-medizinischer Versorgung und damit auch in Beistand und Sorge für Basisbetreuung. Dazu gehören nicht immer Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr, da sie für Sterbende eine schwere Belastung darstellen können. Jedoch müssen Hunger und Durst als subjektive Empfindungen gestillt werden.“<sup>(2)</sup>*

Ein guter Appetit wird mit Genesung assoziiert. Wenn Kranke keine Nahrung oder Flüssigkeit zu sich nehmen wird die Erkrankung als bedrohlich wahrgenommen und die Progredienz sichtbar. Die daraus resultierende Angst

(1) [http://www.medicoconsult.de/wiki/Zusammensetzung\\_der\\_Nahrung](http://www.medicoconsult.de/wiki/Zusammensetzung_der_Nahrung)

(2) Grundsätze der BÄK zur ärztlichen Sterbebegleitung (Deutsches Ärzteblatt 2011, 7)

der Zugehörigen, häufig durch eine unzureichende Information über die möglichen Folgen von zu hohen Flüssigkeit und Nahrungsmengen, kann für den kranken Menschen einen enormen Druck zum Essen erzeugen. Eine Nahrungskarenz am Lebensende kann eine bewusste Entscheidung eines autonomen Menschen sein der dafür auch die Verantwortung übernimmt. Reduktion oder Einstellung der Nahrungsaufnahme oder Nahrungszufuhr kann die Frage nach passiver Sterbehilfe oder Lebensverkürzung aufwerfen. Die Frage ob ein freiwilliger Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit am Lebensende als Selbsttötung oder als Akt der Selbstbestimmung gilt wird kontrovers diskutiert.

Für Menschen am Lebensende, für Zugehörige und für die Betreuer kann es hier sehr unterschiedliche Schwerpunkte geben und um einer ganzheitlichen Betrachtung gerecht zu werden, ist es notwendig, dieses Thema individuell zu betrachten. Das kann mit der Orientierung an den Zentralen Lebensthemen der Basalen Stimulation und damit an den Motiven des Patienten gelingen.

Der Fokus der Betrachtung ist die subjektive Wahrnehmung einer individuellen und bestmöglichen Lebensqualität des betroffenen Menschen. Für schwerkranke und sterbende Menschen heißt „Essen“ autonom und selbstverantwortlich dem eigenen Bedarf und Appetit folgend essen zu dürfen. Es kann auch eine Erleichterung bedeuten, nicht essen zu müssen und Zuwendung in anderen Bereichen des Lebens zu erleben.

### **Das eigene Leben spüren**

Das eigene Leben mit allen Sinnen spüren und wahrnehmen schließt die Wahrnehmung über den Geschmackssinn ein. Unabhängig von individuellen Vorlieben ist das Schmecken eine sehr sinnliche Erfahrung und ein Ausdruck von Lebendigkeit. Viele Patienten beschreiben die Lust am Essen nicht mit Hunger sondern mit der Freude am Schmecken. Dabei wird der Gefahr sich zu verschlucken weniger Beachtung geschenkt als dem Geschmackserlebnis. Nicht selten gibt ein vertrauter Geschmack einen Gesprächsimpuls und kann so Türen zu einem intensiven Austausch öffnen. Der Bedeutung von Geschmack und Geruch in der

biografischen Erinnerung hat eine hohe Bedeutung. Viele Symptome wie Übelkeit, Erbrechen, Geschmacksveränderungen, Inappetenz, Dysphagie oder schlechte Gerüche können eine sinnliche Erfahrung behindern. Einige Probleme können medikamentös behandelt werden, für andere stehen palliativpflegerische Angebote der Basalen Stimulation zur Verfügung.

Außer dem Geschmackssinn und der oralen Tastwahrnehmung sind auch das Sehen von Speisen, die Gesellschaft und die Kommunikation mit Menschen, Bewegungsfähigkeit und Beschwerdefreiheit notwendig um Genuss zu erleben. Die Bedeutung von Beziehung und Begegnung, Erleben der Außenwelt, Sicherheit, Gestaltungsmöglichkeit, Rhythmus und Selbstbestimmung für den Genuss von Nahrung und Flüssigkeit ist groß.

### **Die Bedeutung gustatorischer und oraler Angebote im palliativen Kontext**

*Leben erhalten und Entwicklung erfahren kann für einen Menschen in der palliativen Begleitung eine andere Bedeutung haben. Es kann bedeuten: Lebensqualität erhalten und Entwicklung alternativer Qualitätskriterien.* Gustatorische und orale Angebote können für schwerkranke und sterbende Menschen das Erleben von Genuss in einem überschaubaren Zeitintervall ermöglichen. Aber es gibt Palliativpatienten und noch mehr Zugehörige die eine Notwendigkeit einer ausreichenden Nahrungszufuhr zur Erhaltung des Lebens thematisieren. Für beide Seiten bedeutet dies ein Festhalten an der Hoffnung auf Gesundung oder zumindest ein hinausschieben des unvermeidlichen Ende des Lebens.

*Bewohner, 44 Jahre, 2 kleine Kinder leidet an ALS. Eine Tetraparese macht ein Stützkorsett notwendig und wegen der dauerhaften Atemunterstützung mittels Nasenmaske und zunehmender Dysphagie ist die Nahrungsaufnahme sehr zeitaufwendig. Herr L. braucht die Unterstützung durch Anreichen der Nahrung was pro Mahlzeit ca. 90 min. benötigt. Es kommt nicht selten vor, dass er sich verschluckt, was mit massiven Erstickenfällen verbunden ist. Eine PEG-Anlage ist für ihn keine Alternative. Er bezeichnet sich als Gourmet und bestellt sich im Internet Lieblingspeisen, die nicht immer gut schluckbar sind.*

Der Umgang mit Hoffnung braucht Sensibilität und eine wahrhaftige Kommunikation ohne Belehrung oder suggestive Vorwürfe. Das bedeutet für Pflegende immer wieder eine Gratwanderung zwischen den Prinzipien der Autonomie, der Fürsorge und der gerechten Verteilung von Zeitressourcen.

Für andere Patienten ist eine Belastung durch das Gefühl von „Essen zu müssen“ oft spürbar bevor die Zugehörigen mit dem Zeichen der Progredienz der Erkrankung angemessen umgehen können. Es braucht für die betroffenen Menschen Alternativen zur Entlastung durch die Befähigung zur Fürsorge in anderen Bereichen von Pflege und Begleitung. Entlastung kann zum einen eine Aufklärung über Möglichkeiten und Grenzen der Nahrungsaufnahme bieten. Der andere, sehr wichtige Teil der Begleitung sind alternative Angebote, wie pflegerische Wohlfühlangebote, ein angenehmes Ambiente zu schaffen, vorlesen, erzählen oder gemeinsam schweigen. Cicely Saunders, die Begründerin der modernen Hospizbewegung sagte: „Nicht dem Leben mehr Tage hinzufügen, sondern den Tagen mehr Leben geben.“<sup>(3)</sup> Viele Menschen haben hier aus der Nähe und Verbundenheit eine große Kreativität, andere brauchen Unterstützung um individuelle Ideen anbieten zu können.

**Sinn und Bedeutung geben und erfahren** kann für den betroffenen Menschen und seine Zugehörigen in anderen Perspektiven gefunden werden: Essen und Trinken ist in dieser Krankheitsphase nicht lebenserhaltend, sondern eine Möglichkeit zur Verbesserung oder Erhalt der Lebensqualität.

*Frau H. leidet an einem Ileus. Sie isst gerne Suppen die über eine PEG wieder ablaufen. Sie erhält auf eigenen Wunsch eine parenterale Ernährung, die sie im Laufe des Hospizaufenthaltes selbst absetzt. Sie begründet dies mit der Bewegungseinschränkung durch die Infusion und das Wissen, das sie durch die Infusionen keine Verbesserung ihrer Schwäche erwarten kann. Die Suppen will sie unbedingt weiter essen können: „nur um sie zu schmecken und damit ich weiß, dass ich noch am Leben bin!“*

Eine gesteigerte Nahrungszufuhr, auch eine intravenöse Ernährungstherapie, bei bestehender Tumorkachexie führt nicht zu einer Gewichtszunahme oder einer Verbesserung der Kraft sondern in den meisten Fällen „nährt“ dies nur ein Tumorwachstum. Hunger und Durst werden von sterbenden Menschen selten geäußert. (eine Ausnahme erleben die Menschen, mit Dysphagie aufgrund von Tumorwachstum im Bereich der Speiseröhre). Aber kleine Portionen von Lieblingsessen – auch nur ein winziges Stück Schokolade, ein kleiner Tropfen Wein kann Genuss erlebbar machen.

Zunehmende Schwäche und Müdigkeit sind Krankheits-symptome die weder medikamentös noch durch eine gesteigerte Kalorienzufuhr behandelbar sind. Übelkeit und Erbrechen können durch zwanghaftes Essen zunehmen und sind sehr belastend.

**Den eigenen Rhythmus entwickeln**, der durch die Erkrankung vorgegeben wird, braucht kreative Angebote, die den individuellen Ressourcen und Symptomen angepasst sind. Vielleicht macht eine veränderte Tagesstruktur oder eine Pflegezieländerung eine intensivere Präsenz für den kranken Menschen möglich.

**Beziehung aufnehmen und Begegnung gestalten** braucht möglicherweise Zeiten des gemeinsamen Schweigens oder ein anderes sinnliches Erleben von Zweisamkeit als eine gemeinsame Mahlzeit. Die Integration der Zugehörigen, ihre Befähigung, die Situation in einer guten Weise zu unterstützen und der achtsame Umgang mit ihrer Sorge unterstützen die Lebensqualität des betroffenen Menschen. Sie kennen die Lebensgewohnheiten, Vorlieben und Abneigungen und können so ihre Fürsorge bei gustatorischen und oralen Angeboten im Sinne der Basalen Stimulation einbringen.

#### **Das eigene Leben spüren kann bedeuten: das eigene Leben schmecken**

Dem Tastsinn des Mundes und dem Geschmackssinn kommt aufgrund der sehr wichtigen Mundpflege in der letzten Lebensphase eine große Bedeutung zu. Es kann

---

(3) Saunders in Bausewein et al 2010, 6

auch eine der letzten deutlichen Willensäußerungen sein, wenn Menschen den Mund als Intimzone verschließen. Der Mund ist einer der intimsten Bereiche des Menschen und daher ist es von großer Bedeutung, dass der betroffene Mensch mit jeder Art von Manipulation in diesem Bereich etwas Positives assoziiert. In den Pflegeleitlinien der Palliativpflege lautet das primäre Ziel: der Patient öffnet den Mund freiwillig und verbindet mit der Mundpflege ein angenehmes Gefühl.<sup>(4)</sup>

Die orale Tastwahrnehmung kann bei Aphasie oder Bewusstseinsveränderungen als Begegnungsebene bedeutsam sein. Beispielsweise kann die Mundpflege durch das Spüren der Zahnbürste an den Lippen sinnhaft wahrgenommen werden und zu einer vertrauensvollen Kooperation führen die ein angenehmes Gefühl hinterlässt.

Der Mund ist als Tastorgan einer der wahrnehmungsstärksten Bereiche des Menschen. Aus der Neurophysiologie ist bekannt, dass die Aktivierung bestimmter Muskeln die vermehrte Durchblutung des entsprechenden Bereiches im Gehirn zur Folge hat. Da die motorischen Fähigkeiten im Mundbereich in unmittelbarer Nähe des Vigilanzentrums verarbeitet werden kann eine orale Wahrnehmungsförderung auch die Vigilanz verbessern.<sup>(5)</sup>

Orale Wahrnehmungsförderung kann als deutliche Anregung im Mund vielleicht auch neugierig machen und als angenehm empfunden werden. Wenn diese Angebote in Konsistenz, Temperatur und Geschmack (gustatorisches Angebot) differieren und den persönlichen Vorlieben und den Ressourcen des Patienten entsprechen, steigern sie die Lebensqualität auch indem Schluckstörungen vermindert werden. Darüber hinaus kann in Folge einer gesteigerten Aktivität der Mundmuskulatur auch die Speichelproduktion gefördert und so die unangenehme Mundtrockenheit von vielen Palliativpatienten verbessert werden.

Professionelle Begleiter brauchen eine Auseinandersetzung mit gelernten Mustern von Richtig und Falsch. Der Respekt vor der Autonomie von PatientInnen steht bei entscheidungsfähigen Menschen vor dem Prinzip des

NICHT-SCHADENS (nonmaleficence). Im konkreten Fall der Gefahr des erkrankungsbedingten Verschluckens kann ein Mensch, wenn er die Folgen und Alternativen zu seinem Handeln kennt, selbst entscheiden was ihm das „Schmecken“ wert ist. Husten oder sich verschlucken gehören zum Leben:

*Herr C. hat infolge eines HNO-Tumors Fisteln zwischen Ösophagus und Trachea und wird über PEG-Sonde nach seinem eigenen Bedarf mit Suppen ernährt. Er fragt manchmal, welche Suppe es ist und sagt, dass er gerne scharfe Mahlzeiten bevorzugt hat. Auf diese Anregung bekommt er seine Suppen schärfer gewürzt und er probiert zuerst einen Löffel bevor er die Suppe über die Sonde erhält. Oft schluckt er diese Probe, obwohl er dann stark husten muss weil diese über die Fistelgänge in die Bronchien gelangt. Das wiederholte Angebot die Suppe nach dem „schmecken“ wieder aus zu spucken nimmt er selten an.*

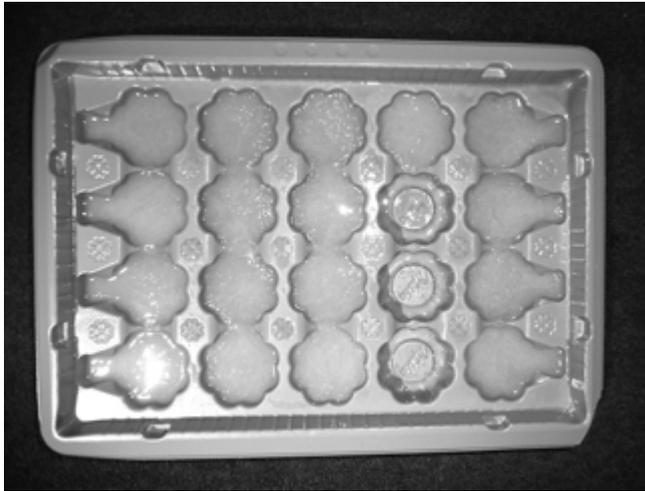
*Aber er schreibt (da er aufgrund des Tracheostomas nicht sprechen kann) seine Erklärung auf: „Husten gehört zum Leben, wenn ich mal nicht mehr husten muss weiß ich, dass ich nicht mehr lebe!“*

*Am nächsten Tag hat er für mich noch eine Ergänzung vorbereitet: „ich weiß, dass ich davon eine Lungenentzündung bekommen kann, an der ich sterbe, aber ich denke, eine Lungenentzündung ist nicht die schlechteste Art zu gehen!“ Er kennt die Alternative an einer akuten Tumorblutung zu sterben, da wir für die möglichen Akutsituationen das Vorgehen und die Wünsche des Bewohners erfragen und in einem Krisenplan dokumentieren.*

Funktionelle oder mechanische Dysphagie kann viele Ursachen haben. Mechanische Störungen wie Tumore im HNO-Bereich und im oberen Gastrointestinal-Trakt, neurologische Erkrankungen als Ursache oder auch psychische Einschränkungen wie Depressionen benötigen diagnostische Abklärung und möglicherweise therapeutische Intervention. Orale Wahrnehmungsangebote können die Schluckstörungen (in Abhängigkeit von der Ursache) im palliativen Kontext reduzieren.

(4) Kern 2006, 9

(5) Bienstein, Fröhlich 2003, 191 ff



Dazu gehören alle Regeln und Voraussetzungen zum Schlucktraining wie eine aufrechte Körperhaltung, ausreichend Zeit, Information und Konzentration. Wichtig für orale Wahrnehmungsangebote ist die Kooperationsfähigkeit des Patienten, das heißt eine ausreichende Vigilanz ist notwendig. Ist diese nicht gegeben stehen gustatorische Angebote bei der Mundpflege im Vordergrund.

Orale Angebote sollten darüber hinaus auch die Vorlieben und Abneigungen des betreffenden Menschen berücksichtigen. Dies wiederum benötigt eine individuelle Herangehensweise und einen kreativen Umgang mit Regeln und Standards. Manchmal finden die betroffenen Menschen oder ihre Zugehörigen selbst gute Lösungen:

#### **Konsistenz oder Temperatur**

Flüssigkeiten sollten angedickt werden! Dazu stehen diverse Pulver zur Verfügung die nach individuellen Bedürfnissen Flüssigkeiten von ihrer Konsistenz besser schluckbar machen. Nicht jeder findet einen Kaffee in gallertartiger Form noch als Genuss und nicht wenige verzichten auf einen zweiten Versuch.

Eine Lösung eines Bewohners war Speiseeis mit Kaffeegeschmack oder auch Eiscafe-to-go der von verschiedenen Herstellern auch in unterschiedlichen Konsistenzen angeboten wird. Bei Bedarf kann hier auch noch Eis cremig untergerührt werden. Die verbesserte

Schluckbarkeit ist durch die verdickte Flüssigkeit und auch durch den deutlichen Temperaturunterschied zum Mundraum gegeben. In der oralen Wahrnehmung kann eine kalte, zähere Speise im Mund spürbar und damit auch für den Schluckakt gut platzierbar sein.

Eine andere Möglichkeit sind Süßspeisen in den diversen Geschmacksrichtungen die optimaler Weise gekühlt serviert werden. Für die Zubereitung von kleinen Eiswürfeln, die im Mund langsam zergehen und einer oralen Aktivität bedürfen, bieten sich alle Geschmacksrichtungen an. Auch mit anderen „Lieblingsgetränken“ bieten sich Getränke-Eiswürfel an oder eine Gabe kleiner Mengen mit einer Pipette im Sinne eines gustatorischen Angebotes.

**Eingefrorene kleine Stücke von Konservenobst** können gelutscht werden. Ausreichende Vigilanz vorausgesetzt fördert dies die orale Aktivität und bei saurem Obst regt dies zusätzlich den Speichelfluss an oder speziell Ananas-Eis-Chips können Borken und Beläge lösen.

**Getränke mit viel Kohlensäure, Brausepulver oder Brausetabletten** sind durch das bitzelnde Gefühl im Mund ein Erlebnis und auch wiederum eine Möglichkeit Beläge zu lösen. **Herzhafte Soßen** lassen sich auch einfrieren, wenn es keine süße Anregung sein soll. **Lunchpack** – in eine ausgewaschene Kompresse eingewickelter kleines Stück Obst, Wurst oder ähnliches wird in den Mund gelegt. Dies kann die orale Aktivität und den Speichelfluss fördern.

**Abb. 1:**

Eiswürfel in Pralineschachtel sind visuell und oraltaktile interessanter und kleiner als *normale* Eiswürfel.

**Abb. 2:**

Eisblumen aus Orangensaft, Wasser und Rotwein

**Abb. 3:**

Einmalpipette, Schaumstoff-Zahnbürste und Sprühflasche: Die Schaumstoff-Zahnbürsten (z. B. Denta-swab) gibt es mit und ohne Zahnpasta. Für die Verwendung mit Getränken sollte nur darauf geachtet werden, dass geschmacksneutrale Materialien verwendet werden.

Aufgrund einer breiten alternativen Angebotspalette findet dieses Angebot in meinem Bereich kaum Anwendung.

### Gustatorische Wahrnehmung

Im Vergleich zu den anderen Sinnen des Menschen ist der Geschmackssinn weniger differenziert. Mit dem Geruchssinn gemeinsam besteht aber eine direkte Verbindung zu den biographischen Erinnerungen was wiederum direkten Einfluss auf die Lebensqualität hat. Wenn eine Nahrungsaufnahme nicht möglich ist kann eine individuelle Mundpflege als gustatorisches Angebot ein sinnliches Erleben ermöglichen. Die Geschmackswahrnehmung hat am Lebensende einen entscheidenden Einfluss auf die Lebensqualität. Außerdem kann ein schlechter Geschmack durch eine ansprechende Mundpflege verbessert werden. In beiden Fällen müssen Vorlieben und Abneigungen bekannt sein und berücksichtigt werden.

### Mundpflege in der palliativen Begleitung

Die Mundpflege kann von wahrnehmungsveränderten Menschen sehr ambivalent erlebt werden. Der Mund als persönlicher und intimer Bereich ist häufig die letzte Domäne von gelebter Autonomie. Negative Erfahrungen durch schmerzhaft, vielleicht gewaltsame Manipulationen mit schlecht schmeckenden oder scharfen Mundpflegezusätzen verursachen bei Menschen, die sich nicht verbal mitteilen können Misstrauen, Angst oder Abwehr.

Sie haben erlebt, dass therapeutische oder pflegerische Maßnahmen ausschließlich unter dem Aspekt der Notwendigkeit verrichtet wurden.

Bewusstseinsveränderung oder Verständigungsprobleme können eine Durchführung der Mundpflege für beide Seiten zu einem sehr unangenehmen Erlebnis machen. Um eine bedürfnisorientierte Pflege anbieten zu können ist es notwendig, zwischen pflegerisch indiziertem Vorgehen und den individuellen Bedürfnissen des Patienten zu unterscheiden. Palliativpflege bewegt sich hier in einem Spannungsfeld von „tun und lassen“ und bedarf einer kreativen Herangehensweise, sowie einer reflektierten Haltung zu den eigenen Zielen einerseits und den Patientenbedürfnissen auf der anderen und wichtigeren Seite.

Für Pflegende wird eine saubere und intakte Mundschleimhaut mit einer hohen Pflegequalität assoziiert. Dies ist in einer palliativen Situation oft nicht erreichbar und in der Palliativpflege entspricht dies nicht dem vorrangigen Ziel. Es ist wichtig, dass sich der betroffene Mensch sicher fühlt und die Mundpflege freiwillig durchführen lässt. Er soll mit der Mundpflege ein gutes Gefühl verbinden und sich mit seinen Problemen bezüglich der Mundpflege wahr- und angenommen fühlen und die autonome Entscheidungsfreiheit über den Intimbereich Mund behalten. <sup>(6)</sup>

<sup>(6)</sup> Kern 2006, 9

Eine sinngebende Einbettung der Mundpflege in die Grundpflege ist für den Patienten nachvollziehbar und vertraut. Menschen mit einem veränderten Körperbild benötigen eine körperorientierende Einleitung um den Mundbereich wahrnehmen zu können. Dies kann durch Ausstreichungen und vorsichtige Berührungen an den Lippen geschehen. Wenn diese Ausstreichungen mit der Hand des Patienten geführt angeboten werden wird er befähigt sich selbst zu spüren und sich autonom zu orientieren. Auch durch eine geführte Lippenpflege, bei welcher der Patient seine Lippen selbst cremt kann sich Vertrauen und Orientierung entwickeln. Die eigenen und bekannten Materialien werden als individuelle Normalität wahrgenommen. So kann Sinn und Bedeutung erlebbar sein.

Eine sitzende Position, das Ertasten einer Zahnbürste, das Riechen von Zahnpasta, sich selbst in einem Spiegel sehen und ein geführter Beginn des Zähneputzens vermittelt das, was der Patient vielleicht mit Worten nicht versteht. Eine nachvollziehbare Normalität und die Unterstützung der Autonomie schafft das für die Mundpflege nötige Vertrauen. Die Sinnhaftigkeit der Mundpflege wird nicht nur auf der oral-taktilen Wahrnehmungsebene sondern auch im gustatorischen und olfaktorischen Bereich erlebt. Dabei sind die Vorerfahrungen und persönlichen Präferenzen des Patienten auf der einen Seite und der therapeutische Einsatz von Zusätzen auf der anderen Seite manchmal schwierig zu verbinden.

Ein sehr unangenehmes Symptom stellt die Mundtrockenheit oder auch Xerostomie dar. Häufig wird diese mit Durst beschrieben. Sie lässt sich mit einer guten Mundpflege ohne viel Flüssigkeit lindern und kann nicht mit einem Flüssigkeitsmangel gleichgesetzt werden. Für sterbende Menschen ist diese Mundtrockenheit eine Belastung die eine sehr häufige Anfeuchtung der Mundschleimhaut und eine gute Lippenpflege erfordert. Der Speichelfluss kann durch die Ausstreichung der Wangen und des Kiefers und einer vorsichtigen Massage der Speicheldrüsen gefördert werden. Wenn gewünscht können saure Getränke (Fruchtsäfte vor allem verdünnter Zitronensaft, saure Tees, geharzter Wein) mit Sprühflache oder Pipette, „Eis-Chips“ aus Lieblingsgetränken oder eingefrorenes Konservenobst, (v.a. Ananas) zum Lutschen, Zitronenöl über eine Aromalampe, Saure Bonbons zur Mundbefeuchtung angeboten werden.

Bei Mundgeruch kann Thymian oder Pfefferminz als Tee oder Aufguss zum Spülen oder in einer Sprühflasche desodorierend wirken. Das Lösen von Borken im Mundbereich wird unterstützt durch Sahne, Mandelöl, Brausepulver und kohlesäurehaltigen Getränken.

Butter ist zur Mundpflege ungeeignet da sie durch den Einfluss von Luftsauerstoff, Licht, Wärme, Wasser, Enzymen und Mikroorganismen sehr schnell ranzig riecht und schmeckt. Wegen des hohen Wassergehaltes weist die Butter bei normalen Temperaturen eine sehr rasche Verderblichkeit auf. Aus diesem Grund ist Butter zum Lösen von Belägen zwar eine weit verbreitete Methode, die aber durch die Verwendung von Sahne, Mandelöl oder Olivenöl abgelöst wurde. Eine als angenehm beschriebene Variante ist Honig in Kondensmilch verrührt und mit einem Schaumstoff-Tupfer auf die Zunge und die Mundschleimhaut aufgetragen.

Mit gustatorischen Angeboten zur Mundpflege kann bei individuellen Bedürfnissen und mit pflegetherapeutischen Absichten gemeinsam mit dem Patienten eine Sinn und Bedeutung spendende Mundpflege vertrauensvoll gestaltet werden.

### Fazit

Orale und gustatorische Angebote bieten schwerkranken und sterbenden Menschen die Möglichkeit in der letzten Lebensphase Genuss zu erleben. Essen müssen mit dem Ziel der Genesung und des Wiedererlangens von Lebensenergie tritt in den Hintergrund wenn belastende Symptome infolge der Ernährung Kraft und Lebensqualität zusätzlich begrenzen. Eine sensible Aufklärung mit dem Perspektivenwechsel von Quantität zu Qualität ist notwendig um das Leben bis zuletzt schmecken zu können! 🍷

Palliative Probleme	Beschreibung in Stichworten
Mundgeruch	Pfefferminztee, Pfefferminzhydrolat (verdünnt), Eukalyptusöl in Dexpanthenol-Lösung zum Spülen
Mundtrockenheit	Speichelfluss anregen: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ausstreichung und Massage der Speicheldrüsen</li> <li>• Zitronenöl über Duftlampe</li> <li>• Zitronenwasser</li> <li>• saure Tees</li> <li>• Säfte</li> <li>• Vitamin C Lutschtablette</li> <li>• Ananas Eis-Chips</li> <li>• Eiswürfel aus geharztem Wein (Retzina), Sekt, Bier, Cola, Säfte</li> <li>• Brotrinde, Trockenobst, Kaugummi</li> </ul>
Borken, Beläge	Ablösen mit Fett (Sahne, Mandelöl, Olivenöl, Naturjoghurt) danach Spülen oder Abwischen.  Ausspülen mit kohlesäurehaltigen Getränken (Cola, Sekt) Brausepulver oder Vitamin C → die Schaumentwicklung löst Beläge.
Painful mouth Mukositis	Honig auf Plastiklöffel oder Mundspatel im Gefrierschrank gekühlt Myrrrentinktur, Salbeitee (nur wenn gewünscht)
Für weitere therapeutische Interventionen stehen der Palliativmedizin pharmakologische Möglichkeiten zur Verfügung. Insbesondere für eine Mukositis und ein Schmerzsyndrom im Mund (painful mouth), sowie für Infektionen (Soor) ist eine ärztliche Anordnung einer medikamentösen Therapie notwendig.	

## Literatur

Bausewein C., Roller S., Voltz R.:  
Leitfaden Palliative Care.  
Elsevier München 2010

Bienstein Ch., Fröhlich A.:  
Basale Stimulation in der Pflege. Die Grundlagen.  
Kallmeyer'sche Verlagsbuchhandlung,  
Seelze-Velber 2003 und Verlag Huber Bern 2010

Deutsches Ärzteblatt 2011, Jg. 108, Heft 7

Kern M.:  
Palliativpflege Richtlinien und Pflegestandards.  
Pallia Med Verlag Bonn, 2006

Walper H.:  
Basale Stimulation in der Palliativpflege.  
Ernst Reinhardt Verlag München, 2012

Walper H.:  
Basale Stimulation Palliative Care für Einsteiger.  
Band 1, der hospiz verlag, 2014



**Heike Walper** ist Krankenschwester für Anästhesie und Intensivmedizin Praxisbegleiterin Basale Stimulation in der Pflege, Trainerin für Palliative Care und Stationsleiterin im stationären Christophorus Hospiz in München.

[heikewalper@mnet-online.de](mailto:heikewalper@mnet-online.de)