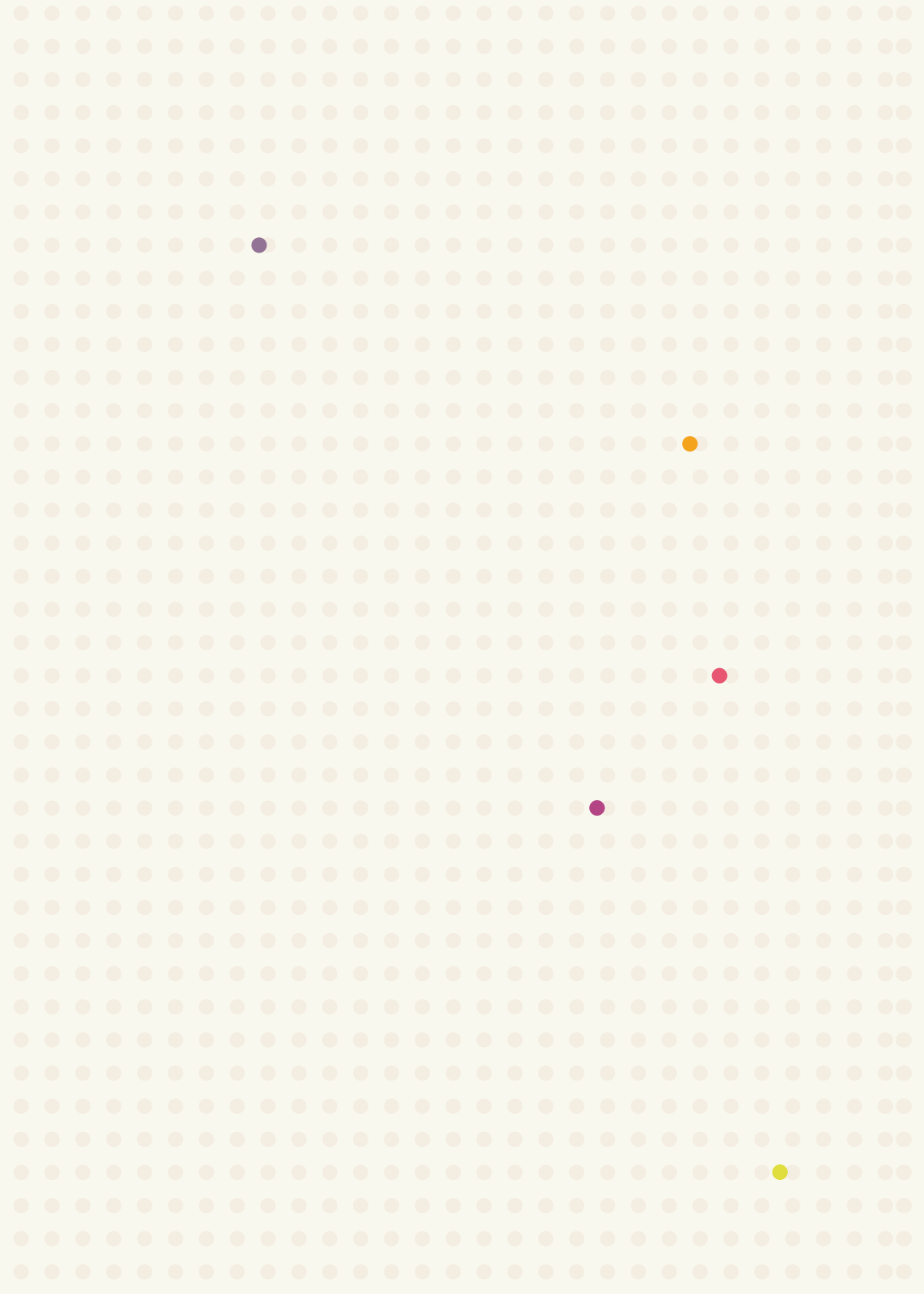




Markus Biedermann · Sandra Furer-Fawer · Herbert Thill

smooth**food**

5 Sterne für die Heimküche

LAMBERTUS

Begriff und Definition von smoothfood© sind urheberrechtlich und markenrechtlich geschützt.

Bibliographische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliographie; detaillierte bibliographische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

Alle Rechte vorbehalten

© 2010 Lambertus-Verlag, Freiburg im Breisgau
www.lambertus.de

Umschlaggestaltung und Layout:

www.sinn-kommunikation.de

Herstellung: Druckerei Stückle, Ettenheim

ISBN 978-3-7841-1975-5

inhalt

Vorwort	8 11
Teil 1 – Sandra Furer-Fawer Entstehung und Behandlungsmöglichkeiten von Kau- und Schluckstörungen	12 41
Teil 2 – Markus Biedermann Einführung in die Sonderkostformen	42 50
Ernährungsschemata	51 63
Teil 3 – Herbert Thill, Markus Biedermann Menüpläne Fünf Zubereitungsformen	64 65 66 67
Rezepte	
Normalkost	68 93
Fingerfood / eat by walking	94 121
Pürierte Kost	122 137
Passierte Kost	138 157
Schaumkost	158 177
Anhang	
Grundrezepte	178 181
Geliermittel	182 185
Geräte	186
Autoren	187

vorwort

smoothfood – Kostformen werden in Form gebracht

Bei Smoothfood handelt es sich um rohe oder gegarte, frische oder gefrorene, ernährungsphysiologisch hochwertige Lebens- und Nahrungsmittel, die durch Schneiden, Mixen, Pürieren, Passieren, Pacossieren oder durch Aufschäumen in eine geschmeidige („smooth“) Konsistenz gebracht werden ohne ihre ernährungsphysiologische Hochwertigkeit einzubüßen. Die Smoothfood-Technik verbindet klassische Zubereitungsarten mit Anwendungen der Molekularküche. Durch diese Zubereitungstechnik werden sowohl bei den Inhaltsstoffen, bei der Konsistenz als auch bei der Konzentration der Geschmacks- und Aromastoffe eine außergewöhnlich hohe Qualität erreicht und damit insbesondere die Ernährung von Menschen mit Schluckstörungen entscheidend verbessert.

Dieses Buch soll dazu beitragen, Menschen mit Kau- und Schluckstörungen eine Ernährung anzubieten, die sowohl ernährungsphysiologischen Ansprüchen gerecht wird als auch ein sinnliches Erlebnis darstellt. Smoothfood soll eine geschmacksvolle und gesunde Ernährung aller von Kau- und Schluckstörungen betroffenen Personen ermöglichen. Dazu werden Wege aufgezeigt, diese häufig als Sonder-Kostformen bezeichneten Mahlzeiten aus ihrem Schattendasein zu führen. Der phantasielose Einheitsbrei weicht einer lustvollen und innovativen Küche, die sich der Herausforderung stellt, Püriertes, Passiertes und Flüssiges in kulinarische Köstlichkeiten zu verwandeln.

Ausgangssituation

Die Gefährdung des allgemeinen Gesundheitszustandes durch eine durch Kau- und Schluckstörungen verursachte Mangel- oder Unterernährung ist nicht zu unterschätzen. Zunächst einmal wird die Nahrungsaufnahme durch diese Störungen erheblich erschwert. Viele Menschen, die Schwierigkeiten mit dem Kauen und Schlucken haben, fürchten sich vor dem Essen – es bedeutet für sie, sich zu verschlucken und ist vielfach mit Schmerzen verbunden, besonders dann, wenn die Kostform nicht die geeignete Konsistenz hat. Genau aus diesem Grund muss auch immer wieder überprüft werden, ob die verabreichte

Kostform die beste Lösung ist: Vielfach ist die Notwendigkeit einer feineren Kostform lediglich temporär und kann nach gewisser Zeit wieder durch festere Speisen ersetzt werden. Diese Komplikationen führen dazu, dass betroffene Personen grundsätzlich zu wenig Nahrung zu sich nehmen. Sonder-Kostformen haben zudem normalerweise einen geringen Nährstoffgehalt. Durch Weichkochen, Warmhaltephasen und das Pürieren beziehungsweise Passieren gehen viele wertvolle Substanzen verloren. Die kleinen Mengen, die verzehrt werden, genügen meist nicht, den ernährungsphysiologischen Bedarf zu decken. Mangelernährung ist eine Folge davon.

Bei diesen Sonder-Kostformen handelt es sich ferner kaum um liebevoll zubereitete Speisen – somit wird der Appetit der betroffenen Personen gar nicht erst oder nur ungenügend stimuliert. Dies kann fatale Formen haben, besonders bei Menschen, die durch die Einnahme von Medikamenten bereits einen geringen Appetit haben – sie werden unterernährt. All diese Gründe führen zu einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes. Die zentrale Funktion und Notwendigkeit einer vollwertigen Ernährung liegen auf der Hand.

So ist es denn unabdingbar, in diesem Bereich innovativ zu handeln und eine ernährungsphysiologisch ausgewogene und genussreiche Ernährung sicherzustellen. Während sich in den letzten Jahren Einiges im Bereich der herkömmlichen Heimküche getan hat, werden die verschiedenen Kostformen immer noch vernachlässigt. Lustlos und ohne fachliche Ambitionen werden beliebige Lebensmittel miteinander püriert und als farbloser Einheitsbrei serviert – ein Frühstück in „Kostform“ bedeutet im Allgemeinverständnis nichts weiter als Brot, Butter, Konfitüre, Käse, Kaffee, Milch & Co. zusammen in einen Mixer zu geben und in die gewünschte Konsistenz zu bringen – vielfach handelt es sich bei diesen Lebensmitteln um Reste oder sonst minderwertige Ware.

Die Heimküche ist schon lange keine Breiküche mehr, sie muss es auch nicht sein! Seniorinnen und Senioren von heute werden älter als noch vor ein paar Jahrzehnten und haben hohe Ansprüche, auch was das Essen anbelangt. Es hat nicht nur eine strukturierende Funktion im Alltag, sondern steht auch für Freude und Genuss. Gerade bei Menschen, die in vielen Bereichen ihres Lebens auf Unterstützung angewiesen sind, kann

gutes Essen einen wesentlichen Beitrag zur Lebensqualität leisten. Dies gilt nicht nur für die herkömmlichen Zubereitungsformen, sondern ganz besonders auch für die Sonderkostformen: Für Personen, die bettlägerig und auf allumfassende Begleitung angewiesen sind, kann das Essen eine besonders wichtige und bereichernde Abwechslung darstellen – ist es denn entsprechend zubereitet und angerichtet. Die Möglichkeiten dieser Kostformen wurden bis heute jedoch kaum wahrgenommen und der Stellenwert einer gesunden Vollwertküche in all ihren Formen wird im Gegensatz zu einer medikamentösen Behandlung immer noch gering bewertet. Für eine zukunftsorientierte Begleitung pflegebedürftiger Menschen ist dies nicht länger haltbar. Die Folgekosten einer schlechten Ernährung sind dafür zu hoch – von den Vorteilen einer guten und gesunden Küche gar nicht zu reden!

Trotz wachsenden Bewusstseins für eine gesunde Ernährung wird in der Betreuung hochdementer Menschen immer wieder die Frage gestellt, wie lange es überhaupt Sinn macht, hochwertiges Essen zu verabreichen – die Entscheidung für eine Sondenernährung fällt oft leichtfertig und wird häufig vom Pflegepersonal bei Ärzten, die eine Sondennahrung anordnen müssen, angemahnt. Dabei sollte die Sonde nur im Notfall und in erster Linie temporär eingesetzt werden, um die Darmaktivität zu erhalten – wann immer es irgend möglich ist, muss wieder auf eine normale Ernährung umgestellt werden. Die technischen Hilfsmittel hierfür machen dies möglich – und die Berücksichtigung ethischer Aspekte macht es gar unumgänglich.

In der Begleitung pflegebedürftiger Menschen muss das Prinzip der Salutogenese zentral sein: Der Mensch ist ein Individuum, dessen Zustand sich zwischen den Polen Gesundheit und Krankheit hin und her bewegt. Niemand ist ganz und gar krank, und auch niemand ist völlig gesund. Wir alle sind, solange wir leben, in einem gewissen Ausmaß gesund. Daran müssen wir uns orientieren, wenn es uns gelingen soll, den uns anvertrauten Menschen gerecht zu werden und ihnen ein Umfeld anzubieten, in welchem sie sich respektiert fühlen. Auch der schwerstkranke Mensch hat Kompetenzen: Mag seine Wahrnehmung der Welt auch anders als die unsere sein, so ist er dennoch in der Lage, Lust und Unlust zu empfinden. Es muss in unserem Bestreben liegen, diese positiven Lustempfindungen zu fordern

und fördern. Ein leckeres und liebevoll zubereitetes und serviertes Essen ist ein hervorragendes Mittel dazu. Gemüseperlen zum Beispiel, die mit einer Pipette sorgfältig in den Mund der betroffenen Person getropft werden und auf der Zunge zerschmelzen, sind eine sinnliche Erfahrung und fördern dank ihres hohen Nährstoffgehalts die Gesundheit. Am Beispiel der Molekularküche lässt sich eindrücklich demonstrieren, dass in der Kochkunst immer wieder neue Wege eingeschlagen werden können und dass gerade auch die Zubereitung der verschiedenen Kostformen eine Herausforderung für den Profi sein kann. Mit dem Pacojet oder dem Easy Whip (Schaumbläser) werden neue Kreationen möglich, die eine Zubereitung der Kostformen auf höchstem Niveau erlauben: Gemüseperlen, luftige Mousses und feste heiße Suppen sind Beispiele dafür. Mit Smoothfood stellt sich die Köchin oder der Koch einer neuen Aufgabe: Die feine und gesunde Verpflegung von Menschen, die trotz ihrer Kau- und Schluckstörungen Freude am Essen haben.

Inhalt

Dieses Buch ist in drei Teile gegliedert. Im ersten Teil führt die Logopädin Sandra Furer-Fawer in das Thema der Kau- und Schluckstörungen ein. Dabei wird erklärt, wie diese Störungen entstehen, was sie genau bedeuten und wie mit ihnen umgegangen werden kann. Im zweiten Teil werden nach einer theoretischen Einführung die verschiedenen Stufen der Sonder-Kostformen vorgestellt. Dabei gilt es sich stets in Erinnerung zu rufen, dass die Entscheidung für eine bestimmte Kostform lediglich eine zeitlich beschränkte Lösung ist. Es muss immer wieder überprüft werden, ob nicht wieder eine festere Form der Speisen verabreicht werden kann.

Abschließend folgt dann im dritten Teil eine Auswahl von Rezepten von Markus Biedermann (eidg. dipl. Küchenchef) und Herbert Thill (Küchenmeister) mit modellhaften Menüplänen und damit einer praktischen Anleitung zur Realisierung von Smoothfood in stationären Einrichtungen der Altenpflege. *Juni 2010 | Markus Biedermann, Herbert Thill*

behandlungsmöglichkeiten

Entstehung und Behandlungsmöglichkeiten von Schluck- und Kaustörungen¹

Der normale Schluckvorgang

Nehmen Sie zum Lesen dieses Abschnittes einen optisch ansprechenden wohlschmeckenden kleinen Snack zu sich oder beißen Sie in einen knackigen rotbackigen Apfel und beobachten Sie Phase für Phase, was Sie beim Schluckvorgang bei sich selbst wahrnehmen.

Die fünf Phasen des Schluckens

1 Schluckphase vor der Aufnahme in den Mund (Präorale Phase)

Das Aussehen und der Geruch von Speisen fördern die Bereitschaft zur Nahrungsaufnahme und erhöhen die Produktion des Speichelflusses. Diese Phase kann deshalb auch Stimulationsphase genannt werden. Eine angenehme Umgebung in Gesellschaft erhöht zudem die Schluckmotivation und das eigene Wohlbefinden beim Essen.

Der Transport der Speise zum Mund bedingt eine fein abgestimmte Hand- und Armbewegungen, koordiniert mit den Bewegungen des Oberkörpers, des Kopfes und des Unterkiefers. Eine gute Ausgangshaltung und eine optimale Sitzposition mit Rumpf- und Kopfkontrolle ist unabdingbare Voraussetzung für das Essen und Trinken.

Spüren Sie, wie Ihnen schon bei der Vorstellung oder dem Anblick des Essens das Wasser im Mund zusammen läuft? Sie stellen sich bereits den Geschmack oder den Geruch vor und verbinden die Eindrücke mit etwas Angenehem. Der dabei vermehrt auftretende Speichelfluss ist ein Reflex. Dafür sorgen vor allem drei große paarig angelegte Drüsen: die

¹ Eine ausführlichere und mit Fallbeispielen versehene Fassung dieses Beitrags steht unter www.lambertus.de Stichwort „smoothfood“ als Download zur Verfügung.

Unterkieferspeicheldrüse, die Unterzungenspeicheldrüse und die Ohrspeicheldrüse. Die „Spucke“ macht die Nahrung weich und geschmeidig, so dass der Speisebrei nun leicht über die Speiseröhre in den Magen gleiten kann.

2 Kauen und Vermischen der Speise mit Speichel (Orale Vorbereitungsphase)

Die Nahrung wird in den Mund aufgenommen und je nach Konsistenz zerkaut, mit Speichel durchmischt und auf der Zunge zu einem schluckgerechten Bissen geformt. Wichtige Voraussetzungen sind ein gut koordiniertes motorisches und sensorisches Zusammenspiel zwischen Lippen, Wangen, Kiefer und Zunge sowie eine gute Wahrnehmungsfähigkeit.

Der Mundschluss muss gewährleistet sein, so dass keine Nahrung aus dem Mund entweichen kann. Die Wangen müssen genügend Spannung aufbauen können.

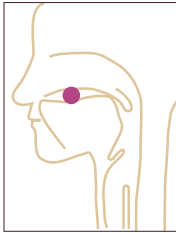
Die Zunge bildet die Form einer kleinen „Schüssel“. Das Gaumensegel hängt nach vorne unten. Der Unterkiefer bewegt sich nach unten und oben, nach der Mitte und der Seite und nach vorn und zurück. Diese Phase ist willentlich steuerbar.

Über diverse Rezeptoren im Mundbereich wird die Speise auf Beschaffenheit, Geruch, Geschmack und Volumen analysiert. Diese sensorischen Reize vermitteln uns das lustvolle Erlebnis eines köstlichen Essens, wie es der Begriff „Gaumenfreuden“ treffend umschreibt.

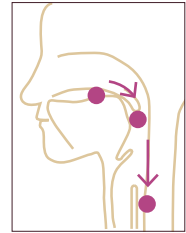
Die Dauer der oralen Vorbereitungsphase ist individuell verschieden. Sicher erinnern Sie sich an Beispiele von Schnell- und Langsamesser in ihrem Bekanntenkreis.

3 Schluckphase des Mundes (Orale Phase)

Nach der Vorbereitung einer schluckfertigen Portion hebt sich die Zungenspitze und legt sich hinter den oberen Schneidezähnen an den harten Gaumen. Die Wangen sind tonisiert, der dadurch entstehende Sog erleichtert den Transport der Speisen in Richtung Rachen. Wellenförmige Zungenbewegungen befördern den Bissen über den hinteren Teil der Zunge in den Rachenraum. Erst durch diesen Vorgang kann der **Schluckreflex** ausgelöst werden. Ein genügend kräftiger Lippenschluss gibt der Zunge den nötigen Widerstand. Der restliche Schluckablauf ist mit der Reflexauslösung nicht mehr willentlich steuerbar.



*Kauen und
Vermischen
der Speise
mit Speichel*



*Schluckphase
des Mundes,
des Rachens
und der Spei-
seröhre*

Versuchen Sie mit offenem Mund zu schlucken und Sie werden spüren, wie hilflos sich die Zunge einen Halt sucht und wie Sie den Schluckreflex nur mit großer Anstrengung auslösen können.

4 Schluckphase des Rachens (Pharyngeale Phase)

Diese Phase beginnt mit der Auslösung des **Schluckreflexes** und endet mit dem Übergang der Speise in die Speiseröhre und dauert nur ungefähr eine Sekunde. Die Auslösung des Schluckreflexes ist nicht beliebig oft nacheinander auslösbar. Die Auslösezonen verschieben sich mit zunehmendem Alter in den hinteren Teil der Zunge (Basis des vorderen Gaumenbogens in Zungenbasis bis in Höhe des Kehldeckels) und sind auch bei jungen Menschen individuell verschieden.

Das Gaumensegel schließt gegen den Nasenrachenraum ab, damit keine Speisen in den Nasenrachenraum gelangen können.

Der Kehlkopf mit dem Zungenbein hebt sich nach oben vorne und öffnet dabei den oberen Speiseröhrensphinkter, einen ringförmigen Schließmuskel, der in der Ruheposition verhindert, dass die Speisen aus dem Magen wieder zurückfließen.

Um ein Eindringen der Speise in die Luftröhre (Aspiration) zu verhindern, muss in dieser kritischen Phase der Kehlkopf verschlossen werden. Dabei kommt nun ein dreifacher Verschlussmechanismus des Kehlkopfs zum Einsatz: Der Kehldeckel wird über den Kehlkopf gelegt, weiterhin schließen sich die Taschenfalten und die Stimmlippen. Während des

eigentlichen Schluckaktes wird die Atmung unterbrochen, deshalb sind Stimmbildung und gleichzeitiges Schlucken unmöglich.

Spüren Sie die Hebung und die anschließende Senkung des Kehlkopfes während des eigentlichen Schluckaktes, in dem sie die drei mittleren Fingerspitzen einer Hand auf den Kehlkopf legen. Versuchen Sie dasselbe nochmals indem Sie mit nach oben hinten geneigtem Hals schlucken. Sicherlich werden Sie feststellen, wie sich die überspannte Kehlkopfmuskulatur behindernd auf das Schlucken auswirkt.

Im Kapitel „Haltung und Sitzposition“ wird noch speziell auf die zentrale Wichtigkeit der Sitzposition des Schluckpatienten eingegangen.

5 Schluckphase der Speiseröhre (Ösophageale Phase)

Mittels ringförmig einschnürenden (peristaltischen) Kontraktionen der glatten Muskulatur der Speiseröhre wird der Bissen vom oberen zum unteren Speiseröhrensphinkter in den Magen befördert.

Der Schluckvorgang zählt zu den häufigsten Bewegungsvorgängen des Menschen und ist für die meisten Menschen eine Selbstverständlichkeit – vorausgesetzt, es funktioniert problemlos. Die normale Anzahl der Schlucke beim gesunden Menschen beträgt zwischen 580 bis zu 2.000 Mal pro Tag. Dieser Vorgang läuft unbewusst ab, kann aber auch willentlich gesteuert werden. Im Wachzustand, vor allem beim Essen oder beim Lutschen von einem Bonbon, ist die Schluckfrequenz deutlich erhöht, während sie im Tiefschlafzustand beinahe aufhört. Am hochkomplexen Kau- und Schluckvorgang sind etwa 50 Muskelpaare beteiligt. Dieses Muskelzusammenspiel ist hoch spezialisiert, entsprechend sensibel und stör anfällig. Häufig wird nach dem Schlucken nochmals nachgeschluckt, um Speisereste aus dem Mundraum zu entfernen.

Trinken Sie jetzt einige Schlucke Wasser aus einem dünnwandigen Glas und anschließend aus einer dickwandigen Tasse. Beobachten Sie genau, wie sich die Lippen beinahe schließen und sich auf die zu erwartende Flüssigkeit konzentrieren. Und wie Sie anschließend den Schluck quasi anschlürfen, auch wenn uns unsere Sozialisation gelernt hat, dies mög-

lichst geräuschlos zu tun. Dieser Sog erhöht die Spannung und erleichtert uns das Schlucken der Flüssigkeit.

Trinken Sie zudem mit einem Trinkhalm und nehmen Sie die Unterschiede wahr. Das Saugen ist ein reflektorischer Vorgang, das wir nach der Säuglingszeit eigentlich aufgegeben haben, aber je nach Situation bewusst einsetzen können. Die Flüssigkeit gelangt viel unkontrollierter, schneller und oftmals weiter hinten in den Rachen, bevor sie geschluckt wird.

Schluck- und Kaustörungen (Dysphagien)

1 Ursachen

Schluckstörungen sind mit großem Leidensdruck und zum Teil schweren gesundheitlichen Folgen verbunden. Vielerorts werden sie immer noch nicht erkannt und häufig unterschätzt oder bei der Verpflegung der Betroffenen unzureichend berücksichtigt.

Neben dem natürlichen **Alterungsprozess** sind unzählige **Krankheiten** die Grundursachen für sehr unterschiedlich ausgeprägte Schluck- und Kaustörungen.

Das Gewebe der am Schluckvorgang beteiligten Organe des alternden Menschen verändert sich, kann sich verhärten oder verdicken und wird weniger elastisch. Die Nerven übertragen motorische und sensorische Impulse weniger schnell. Die Folgen sind eine verlängerte Kauphase und eine spätere Auslösung des Schluckreflexes. Kraftverlust und Koordinationsstörungen verhindern ein effektives Kauen und Schlucken des Bissens.

Der Verlust der Zähne oder eine schlecht sitzende Prothese können zudem zur Veränderung der Kieferstellung beitragen. Das Alter bringt Einschränkungen in Geschmacks- und Geruchssinn mit sich, der die Motivation zum Essen zusätzlich vermindert. Die Speichelproduktion wird reduziert, was zur Folge hat, dass die Nahrung weniger eingespeichelt wird und die Nahrung schlechter rutscht. Weniger Durstgefühl und damit ungenügendes Trinken verstärken das Problem der Mundtrockenheit. Die Summierung der verschiedenen möglichen Veränderungen der Kau- und Schluckmuster im Alter führen zu einer ho-

hen Wahrscheinlichkeit von so genannten Altersschluck- und Kaustörungen. Es wird davon ausgegangen, dass bei der Hälfte der Heimbewohner eine Schluckstörung festgestellt werden kann.

Zu den häufigsten Erkrankungen, die eine Schluck- oder Kaustörung zur Folge haben, gehören die Erkrankungen des zentralen Nervensystems wie etwa ein Schlaganfall. 40-50 Prozent der Patienten nach einem Schlaganfall sind von Schluckstörungen betroffen. 20 Prozent aller Patienten nach einem Schlaganfall sterben im ersten Jahr nach dem Ereignis an einer Lungenentzündung, hervorgerufen durch eine Schluckstörung.

Weitere Ursachen sind Demenz, Schädelhirntrauma, Multiple Sklerose, Parkinson, Hirnhautentzündung, Tumore und ALS (Amyotrophe Lateralsklerose).

Lähmungen von Gesichtsmuskulatur, Zunge, Gaumensegel, Kehldeckel und Kehlkopf, Wahrnehmungs- und Sensibilitätsstörungen, Verzögerung oder das gänzliche Ausbleiben des Schluckreflexes, Störung der Ausführung willkürlicher, zielgerichteter Bewegungen im Gesichtsbereich und bei der Hand-Mund-Koordination (Apraxien), Beeinträchtigungen der Rumpf- und/oder Kopfkontrolle können Folgen der erwähnten Krankheiten sein, die zu einer Schluck- und Kaustörung führen.

Besonders hervorzuheben im Zusammenhang mit Schluckstörungen und deren Grunderkrankungen sind die **Wahrnehmungsstörungen**. Um Nahrung zu sich nehmen zu können braucht es unzählige Wahrnehmungsleistungen wie räumliche Wahrnehmung, Körperwahrnehmung, Raumlagesinn, Kraftsinn und taktil-kinästhetische Wahrnehmung.

Im Zusammenhang mit Smoothfood sei besonders die **Demenz** hervorgehoben. Weil in unserer Gesellschaft der Anteil älterer Menschen zunehmen wird, erwartet man auch eine Zunahme an Demenzzkranken. Das Risiko an einer Demenz zu erkranken steigt mit dem Alter. So leidet im Alter zwischen 65 und 69 Jahren jeder Zwanzigste an einer Demenz, aber zwischen 80 und 90 ist schon fast jeder Dritte betroffen. 80 Prozent der Heimbewohner mit Demenzen in fortgeschrittenem Stadium sind von einer Schluck- oder Kaustörung betroffen. Gedächtnis, Koordinations- und Wahrnehmungsprobleme, zunehmende Appetitlosigkeit sowie Abbauprozesse auf der funktionalen Ebene der Schluck- und Kaumuskula-

tur führen zur Verschlechterung der Schluckfähigkeit. Der Betroffene hat möglicherweise einen Bissen in den Mund genommen, vergisst diesen jedoch zu schlucken. Oder er kann sich nicht mehr an die Funktion des Essbestecks erinnern. Wenn dem Heimbewohner der Sinn des Essens und damit der Zugang und die Motivation zum Schlucken und Kauen verloren gehen, verliert sich die Fähigkeit immer mehr und wird im fortschreitenden Krankheitsverlauf häufig gänzlich verweigert.

Ebenso führen organische Erkrankungen wie Missbildungen und Tumore im Hals-, Nasen-, Ohrenbereich zu Schluck- und Kaustörungen. Zusätzlich zu erwähnen sind mögliche Medikamentenneben- oder Wechselwirkungen, die den Speichelfluss verändern, die Speiseröhre angreifen oder die Spannung der Kau- und Schluckmuskulatur verändern. Es können Veränderungen des Geschmacks oder des Appetits, Mundtrockenheit, Übelkeit, Schläfrigkeit oder Störungen der Nährstoffverwertung auftreten.

Zur besseren Verständlichkeit der Schluck- und Kaustörungen werden die Ursachen im Folgenden nach den Schluck- und Kauphasen des vorangegangenen Kapitels eingeteilt.

1.1 Schluck- und Kaustörungen vor dem Schlucken

Durch die mangelnde Kontrolle des Nahrungsbissens im Mund kann der Nahrungsbissen nicht mehr kontrolliert werden. Nahrung läuft aus dem Mund und kann nicht mehr an der korrekten Position zwischen den Kauflächen der Backenzähne gehalten werden.

Das Kauen wird kraftloser und verlangsamt sich, so dass sich die Dauer einer Mahlzeit unter Umständen stark verlängert. Schlecht sitzende Prothesen, Entzündungen oder Tumore beeinträchtigen die Kaufunktionen zusätzlich.

Die Auslösung des Schluckreflexes wird verzögert, was sich unmittelbar auf das Schlucken von Flüssigkeiten negativ auswirkt. Die verlangsamte Koordination des Schluckaktes stimmt nicht mehr mit dem Tempo überein, in welcher die Flüssigkeit den Rachenraum passiert.

Das Auslösen des Schluckreflexes fehlt ganz, was eine normale Nahrungsaufnahme verunmöglicht (Aphagie).

1.2 Schluck- und Kaustörungen während des Schluckens

Ein ungenügender Verschluss des Kehlkopfs, eine schwache Kontraktion des Rachens und vor allem eine eingeschränkte Kehlkopfhebung reduzieren den Schutz der Luftwege oder verunmöglichen ihn ganz. Speisen oder Speichel können ungehindert in die Lunge eindringen. Die Öffnung des oberen Speiseröhrensphinkters ist gestört, so dass die Nahrung nicht in die Speiseröhre gelangen kann.

1.3 Schluck- und Kaustörungen nach dem Schlucken

Nahrungsreste bleiben in den Räumen oberhalb des Kehldeckels und der Stimmlippen (Valleculae und den Sinus piriformis) hängen und werden nicht vollständig abgeschluckt. Die große Gefahr besteht darin, dass erst nach dem Schlucken, zum Teil unbemerkt, verbleibende Nahrungsreste in die Luftröhre eintreten. Der Heimbewohner aspiriert möglicherweise erst nach dem Essen, wenn er sich beim Mittagsschlaf in liegender Position erholen möchte.

Reduzierte Kontraktion oder überhöhte Spannung des Speiseröhrenmuskels haben zur Folge, dass die Nahrung nicht durch die Speiseröhre in Richtung Magen transportiert werden kann.

2 Lebensbedrohliche Situationen durch Lungenentzündungen

Durch das Eindringen von Speisen oder des eigenen Speichels in die Luftröhre kommt es zum Verschlucken, einer so genannten Aspiration. Die Nahrung gelangt unterhalb die Ebene der Stimmlippen und erreicht auf diesem Weg die Lungen. Das Lungengewebe wird beschädigt. Dadurch entstehen entzündliche Reaktionen, die Fieberschübe auslösen. Zusätzlich können schädliche Bakterien eindringen. Die unmittelbare Folge dieser Aspiration sind Erstickungsanfälle oder Lungenentzündungen (Aspirationspneumonien), die zu lebensbedrohenden Situationen führen können.

Weitere Folgen sind Gewichtsverlust, Appetitlosigkeit und Unter- beziehungsweise Fehlernährung. Häufig führen die negativen Erfahrungen der Betroffenen mit dem Schlucken

und das Gefühl zu ersticken zu Vermeidungsreaktionen, der Heimbewohner isst und trinkt immer weniger. Zu geringe Aufnahme von Flüssigkeiten führt wiederum zu einer allgemeinen Dehydration und damit zu einer verminderten Durchblutung des Gehirns. Nicht selten werden die Symptome von neurologischen Erkrankungen noch zusätzlich durch die Dehydration verstärkt.

Redewendungen wie „du musst essen, damit du wieder zu Kräften kommst“ waren früher und sind zum Teil heute noch Hintergrund und Ursache der Irrmeinung, den bettlägerigen Patienten in quasi jeder Lebenslage das Essen und die Flüssigkeiten einzuflößen. Wunder-schöne, noch gar nicht so alte Porzellankrügelein mit mundgerechten Ausgüssen, aus welchen der Patient auch liegend noch trinken kann, sind im Zusammenhang mit Schluckstörungen makabre Zeugen, die nur zusätzliches Unheil anrichten.

Noch heute sterben kranke Heimbewohner oder Patienten in Spitälern nicht an der eigentlichen Krankheit, sondern an der Komplikation Lungenentzündung, die wiederum aus einer nicht beachteten Schluckstörung resultiert. Laut Untersuchungen ist bei 62 Prozent der über 85-Jährigen in Institutionen lebenden Menschen eine Schluckstörung ein Faktor, der die Sterblichkeit der Betroffenen erhöht.

Besonders schwer zu erkennen sind die so genannten „stillen Aspirationen“ (silent aspirations). Beim Verschlucken, das normalerweise einen Hustenreiz provoziert, spürt der Patient nicht, dass der bereits geschluckte Speichel oder der Speisebrei in den „falschen Hals“ gelangte. Die Sensibilität im Rachenbereich ist derart vermindert, dass es nicht zu der natürlichen Hustenreaktion kommt. Der Betroffene ist nun der Aspiration mit all seinen Komplikationen schutzlos ausgeliefert. Die interdisziplinäre Zusammenarbeit von Pflegenden, Therapeuten, Köchen und Ärzten ist eine sehr wichtige Voraussetzung, um Schluck- und Kaustörungen richtig zu erkennen und zu behandeln. Ebenso können Angehörige zentrale Beobachtungen einbringen, wenn sie auf die Zusammenhänge des Schluckablaufes aufmerksam gemacht werden.

Wichtige allgemeine Aspirationshinweise sollen bei den Heimbewohnern nicht übersehen werden:

- Verstärkte Verschleimung des Halsnasenohrentraktes ohne direkt erkennbare Erkältung,
- Husten und Räuspern vor, während oder nach dem Essen, beim Zähneputzen,
- Husten beim Schlucken von Speichel,
- unklare Temperaturerhöhungen,
- Veränderungen der Stimme,
- Kurzatmigkeit,
- gehäufte Erkrankungen der Bronchien,
- Lungenentzündung,
- gurgelndes Atemgeräusch.

Aus der Praxis der Logopädie

1 Diagnostik

Eine gute Versorgung und Therapie einer Schluckstörung verkürzen den Aufenthalt im Spital, erhöhen die Lebensqualität in Alters- und Pflegeheimen und helfen auch, die immer höher steigenden Kosten im Gesundheitswesen zu stabilisieren.

In der Diagnostik ist die Zusammenarbeit im interdisziplinären Team eine grundlegende Voraussetzung. So werden bei Ärzten und Pflegenden Vorinformationen eingeholt. Welche Abklärungen bestehen bereits? Wurden bereits apparative Untersuchungen wie Endoskopien oder Röntgenaufnahmen vorgenommen?

Die Logopädin führt nun eine klinische Schluckabklärung durch und überprüft nach einem Anamnesegespräch die am Schluckvorgang beteiligten Organe, die Motorik des Gesichtes und der Zunge, die Kraft der Lippen und die Kraft und die Koordination aller beteiligten Or-

gane. Es wird beobachtet wie der Patient mit dem Speichel umgeht. Kann er diesen spontan und regelmässig geschluckt werden, befinden sich Speichelansammlungen im Mund- oder Kehlkopfbereich oder kann der Speichel durch Räuspern oder Husten entfernt werden? Bewegen sich der Kehlkopf und Zungengrund funktionsgerecht? Wie sind die Leistungen im Bereich Sensibilität und Wahrnehmung?

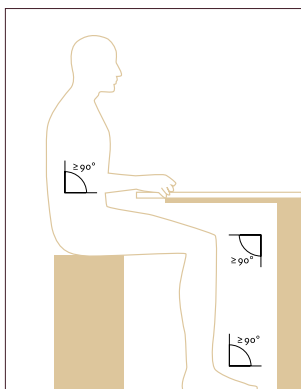
Die Beobachtungen während des eigentlichen Schluckversuches werden genau protokolliert und festgehalten. Der Patient erhält dazu je nach Ausgangslage wenig Wasser oder einen Bissen pürierte oder festere Nahrung. Ein sogenannter Wassertest erlaubt eine Einteilung in keine, leichte, und mittelgradige bis schwere Schluckstörung und liefert damit bereits aussagekräftige Ergebnisse. Der Patient trinkt in guter Sitzposition 50 ml Wasser in sukzessiven Schlucken von 5 ml aus einem geeigneten Glas oder Becher. Falls notwendig wird die Flüssigkeit dem Heimbewohner mit einem Löffel verabreicht. Nach dem Schlucken 5 Minuten auf mögliche Aspirationshinweise achten (siehe folgende Seite).

2 Therapeutische Maßnahmen

2.1 Haltung und Sitzpositionen

Die Optimierung der Haltung und damit der Sitzposition ist eine äußerst wichtige Hilfestellung und Voraussetzung sowohl für die Therapie als auch als Grundlage bei jedem Essen der Heimbewohner mit Kau- und Schluckstörungen. Die bestmögliche Ausgangsposition des Betroffenen erlaubt eine ausgeglichene Körperspannung, die sich direkt auf die Schluck- und Kaumuskulatur auswirkt.

Die Grundvoraussetzung ist eine aufrechte **Sitzhaltung**, bestenfalls auf einem soliden und bequemen Stuhl oder einem gut angepassten Rollstuhl. Der Oberkörper ist gerade aufgerichtet. Die Kopfkontrolle des Patienten muss gewährleistet sein. Der Kopf ist leicht nach vorne geneigt und das Kinn richtet sich in Richtung Brustkorb. Das Becken ist im 90° Winkel gerichtet und der Rücken wird gegebenenfalls mit einem Kissen gestützt. Die Füße sind hüftbreit auf dem Boden aufgestellt.



*Aufrechte
Sitzhaltung*

Bei einem Rollstuhl wird, wenn möglich, auf die Fußstützen verzichtet oder diese so eingestellt, dass ein 90° Winkel in den Knien erreicht wird.

Dreifacher 90° -Winkel:

- Fuß/Unterschenkel
- Unter/Oberschenkel
- Oberschenkel/Körperstamm

Wichtig ist dabei, dass der Heimbewohner seine Füße und Beine gut spürt und diese als Halt wahrnehmen kann. Unterarme werden zusätzlich auf die Tischplatte gelegt, so dass der Schluckpatient zusätzliche Stabilität erlangen kann.

Falls es dem Heimbewohner nicht mehr möglich ist, das Bett zu verlassen, kann eine gute Sitzposition auch im Bett erreicht werden. Der Aufwand, den Heimbewohner mit zusätzlichen Kissen und Rollen zu stützen, darf auf keinen Fall gescheut werden. Die Körperspannung sollte in der zu erreichenden Sitzposition möglichst ausgeglichen sein. Die Knie werden mit einer Rolle unter den Kniekehlen gestützt, so dass diese nicht ganz durchgestreckt sind. Das Becken wird, wie beim Sitzen auf dem Stuhl, aufgerichtet. Die Arme können

mittels einer langen Rolle, die hinter dem Rücken hindurch geführt wird, rechts und links unterstützt werden. Der Rücken kann auch ohne die Armstütze mit einem flachen Kissen gestützt werden. Je nach Fähigkeit der Kopfkontrolle des Heimbewohners muss auch der Nacken mit einer kleinen Rolle oder einem kleinen flachen Kissen gestützt werden. Oftmals wird durch eine gute Ausgangslage des gesamten Körpers eine Kopfkontrolle überhaupt möglich.

Grundsätzlich wird sowohl sitzend auf dem Stuhl wie auch im Bett nach dem Prinzip „von Fuß bis Kopf“ vorgegangen. Die Optimierung der Körperhaltung beginnt bei den Füßen und endet bei einer ausgeglichenen Spannung der Schluck- und Kaumuskulatur. Die Zusammenarbeit mit einer Physiotherapeutin oder der Beratung durch dieselbe ist in vielen Fällen sehr hilfreich, da sich doch jede körperliche Einschränkung eines Betroffenen wieder individuell auf die Spannungsverhältnisse und die motorischen Voraussetzungen des Schluckpatienten auswirkt.

Eine wiederholte Haltungskorrektur der Rumpf- und Nackenmuskulatur während des Essens kann nötig werden, wenn der Patient unruhig ist oder sich die Streck- und Beugespannung zum Beispiel durch eine Hustenattacke erhöht.

In den folgenden Kapiteln werden die therapeutischen Verfahren in die drei Schwerpunkte: Wiederherstellung, Kompensation der Schluck- und Kaumuskulatur und Anpassung der Kost und der Essenssituation, eingeteilt und erläutert.²

2.2 Therapieverfahren zur Wiederherstellung der Schluck- und Kaufunktionen (Restituierende Therapieverfahren)

Das übergeordnete Ziel dieser Therapieverfahren ist die vollständige oder teilweise **Wiederherstellung** der gestörten motorischen und sensorischen Funktionen des Betroffenen.

² Verschiedenste Fachspezialisten haben sich mit Theorie und Therapie von Schluckstörungen und deren Begleitstörungen auseinandergesetzt. Die Beschreibung all dieser Richtungen würde den Rahmen dieser kurzen Übersicht sprengen. Weiterführende Literatur findet sich im Anhang dieses Beitrags.

Die Zielbewegungen und Bewegungsmuster der **Gesichts- und Zungenmuskulatur** werden trainiert. Die Therapieschwerpunkte dieses Verfahrens umfassen **Stimulationstechniken und motorische Übungen**. Die Bewegungen erfolgen dosiert im Gleichgewicht zwischen maximaler Muskelanspannung und -entspannung. Nach jeder Übung ist die Entspannung genauso wichtig wie die vorangehende Spannung. Durch Dehnungen oder gegebenenfalls durch Verwendung von Kälte- oder Wärmereizen werden Gesichts- oder Zungemuskeln stimuliert und mobilisiert. Grundsätzlich werden unerwünschte Reflexe, wie zum Beispiel der Beißreflex und Mitbewegungen im Gesicht- und Zungenbereich gehemmt und erwünschte Bewegungen angebahnt.

Die passiven **Stimulationstechniken** werden bevorzugt in der Frührehabilitationsphase angewandt, wenn viele Patienten noch bewusstseinsgestört sind. Der Bewusstheitszustand kann dadurch verbessert, die Verständigung angebahnt und die Beweglichkeit der Kau- und Schluckmuskulatur angeregt werden. Eine wichtige Übung ist die so genannte Quadrantenstimulation. Die Logopädin massiert mit dem Zeigefinger mit einem feinen latexfreien Gummihandschuh oder einem Fingerling alle vier Seiten, oben rechts und links, unten rechts und links das Zahnfleisch oberhalb bzw. unterhalb der Zähne mit festem Druck von vorne nach hinten und wieder zurück. Bei jeder einzelnen Seite wird nach zirka drei Massagebewegungen der Finger am hinteren Ende der Zahnreihe gedreht und die Wangentaschen ebenfalls mit kreisenden Bewegungen ausgestrichen.

Durch Stimulationstechniken wird die Schluckfrequenz erhöht und damit die Speicherkontrolle verbessert. Eine verringerte Schluckhäufigkeit ist eine häufige Begleiterscheinung der Kau- und Schluckstörungen.

Bei wachen und kooperativen Patienten kann auf einer aktiven Mitarbeit aufgebaut werden. Die HeimbewohnerInnen mit Kau- und Schluckstörungen arbeiten gerne und intensiv mit, vor allem wenn ihnen klar ist, aus welchem Grund die Gesichts- oder Zungenbewegungen geübt werden. In dieser Situation kann der betroffene Heimbewohner auch selbstständig üben und so zusätzlich die Fortschritte unterstützen. Patient und Heimbewohner können, gegebenenfalls unterstützt durch die Pflegenden, ein Übungsprogramm zusam-

menstellen, das am besten täglich durchgeführt wird. Fotos oder Bilder sind dabei sehr hilfreich.

2.3 Therapieverfahren zur Kompensation der Schluck- und Kaufunktionen (Kompensatorische Therapieverfahren)

Der physiologische Mechanismus des Schluckaktes wird direkt während des Schluckens durch **Haltungsmodifikationen** verändert, dadurch wird das Schlucken erleichtert und die Aspiration von Speichel, Nahrung und Flüssigkeit verhindert. Dabei handelt es sich meistens um Haltungsänderungen des Kopfes in optimierter Sitzhaltung, sofern der Betroffene über eine genügende Kopfkontrolle verfügt. So wird zum Beispiel der Kopf auf die betroffene gelähmte Seite gedreht, so dass der Bissen über die gesunde Seite abgeschluckt werden kann.

Je nach Störungsbild werden spezielle **Schlucktechniken** angewandt. Im gegebenen Rahmen sei nur auf das kräftige Schlucken und das supraglottische Schlucken hingewiesen. Durch das kräftige Schlucken sollen die Schubkraft der Zunge und damit der Transport der Nahrung Richtung Rachen verbessert werden. Durch das supraglottische Schlucken wird das willkürliche Schließen der Stimmklappen und der Taschenfalten verstärkt, was zu einem verbesserten Verschluss des Kehldeckels führt. Die Gefahr einer Aspiration wird minimiert. Für diese Technik braucht es Kooperationsfähigkeit und Einsicht des Betroffenen, da sie in drei Schritten ausgeführt werden muss. Erstens wird der Atem während des Schluckens willkürlich angehalten, zweitens wird nach dem eigentlichen Schlucken sofort kräftig gehustet, um mögliche Speisereste aus dem Kehlkopfbereich zu entfernen und drittens wird anschließend nachgeschluckt, um Speisereste vollständig zu schlucken.

Vor allem bei der eingeschränkten Hebung und Beweglichkeit des Kehlkopfes wird das so genannte **Mendelsohn-Manöver** mit den betroffenen Heimbewohnern eingeübt. Dabei handelt es sich mehr um eine therapeutische Übung als um eine Technik, die während des Schluckens trainiert wird. Der Kehlkopf wird während des Schluckens nach vorne und oben

ein paar Sekunden quasi festgehalten, um Kraft und Beweglichkeit zu stärken. Lesen Sie im Kapitel „Fallbeispiel“ wie und mit welchem Erfolg sich das Training unter anderem mit dieser Übung auswirkt.

2.4 Therapieverfahren zur Anpassung der Kost an die Kau- und Schluckfunktionen (Adaptierende Therapieverfahren)

Die Therapieverfahren zur **Anpassung der Kost an die Kau- und Schluckfunktionen** können nur in enger Zusammenarbeit mit den Pflegenden und vor allem mit dem Küchen- oder Diätverantwortlichen einer Institution gemeinsam realisiert werden. Die Umwelt, das heißt die Kostform, Konsistenz der Flüssigkeiten, der Ort des Essens, die Art der Präsentation auf dem Teller oder mittels Tasse wird an die Menschen mit Kau- und Schluckstörung angepasst. Jeder Schluckpatient hat Anspruch auf vollwertiges frisches und wohlschmeckendes Essen. Bei allen Kostformen wird von einer vollwertigen gesunden Ernährung ausgegangen.

Die anzupassende Nahrungsbeschaffenheit orientiert sich an der differenzierten Diagnose der jeweiligen Kau- und Schluckstörung und wird immer wieder individuell adaptiert. Dies kann bereits während der wiederherstellenden und der kompensatorischen Therapieverfahren geschehen oder wird als einzig verbleibende Hilfestellung eingesetzt. Je nach Verlauf einer Schluckstörung kann die Kost wieder aufgebaut werden oder muss stufenweise den Möglichkeiten des Menschen mit einer Schluckstörung angepasst werden.

Liegen der Schluckstörung **Wahrnehmungs- und Sensibilitätsstörungen** zu Grunde, ist zu beachten, dass Komponente um Komponente gereicht wird und diese nicht innerhalb des Gerichtes gemischt werden. Die Umstellung von flüssig auf festere Kost beansprucht die Wahrnehmungsleistungen zusätzlich. Hitze und Kälte können bei Wahrnehmungsstörungen überhöht oder vermindert wahrgenommen werden und müssen je nach Kau- und Schluckstörung zusätzlich beachtet werden.

Auf weitere Maßnahmen wie Nasensonden und Magensonden, künstliche Ernährung und Luftröhrenschnitt (Tracheotomie) kann im Rahmen dieses Buches nicht eingegangen werden.

Im Zusammenhang mit Schluckstörungen werden hier, neben den allgemeinen diätetischen Maßnahmen, die in diesem Buch ausführlich beschreiben werden, vor allem die **gewürfelte, die pürierte und die fein passierte Kost** und die Flüssigkeitsstufen erwähnt.

Die **leichte, halbweiche bis feste Kost** (Normalkost) ist indiziert bei

- leichten Störungen des Kauens und/oder der Schluckphase im Rachen
- Fortschritten im Kostaufbau



Nicht geeignet sind grobkörnige, krustige, klebrige oder zähe Konsistenzen wie Brot mit harter Kruste, Kuchen mit Nussstücken, rohe Karotten, Beeren mit Körnern, sehr trockenes Fleisch, Fisch oder Fleisch, das paniert oder scharf gewürzt ist, Nahrungsmittel die mit Kernen, Körnern versehen sind oder Produkte mit hohem Schalenanteil.

Die **gewürfelte Kost** oder weiche Kost ist indiziert bei

- mittleren Störungen des Kauens,
- der reduzierten Kontrolle des Bissens,
- je nach Einzelfall bei mittelgradiger Beeinträchtigung der Schluckphase im Rachen.



Nicht geeignet in dieser Phase sind grobkörnige, krümelige, faserige oder klebrige Konsistenzen wie zum Beispiel Brot mit harter krustiger Rinde, feine Nudeln, Fisch oder Fleisch, das paniert oder scharf gewürzt ist, Nahrungsmittel die mit Kernen, Körnern versehen sind oder Produkte mit hohem Schalenanteil.

Die **pürierte** Kost ist indiziert bei

- erfolgreichen Versuchen der fein passierten Kost,
- den erwähnten Störungsbildern der fein passierten Kost, falls der Schluckpatient erste Fortschritte beim Kauen oder Schlucken erzielen konnte.



Nicht geeignet in dieser Phase sind ähnliche Konsistenzen wie in der fein passierten Kost, körnige, faserige oder klebrige Konsistenzen, Blattgemüse und Salate, Ananas und Zitrusfrüchte.

Die **fein passierte Kost** ist indiziert bei

- ersten Essversuchen,
- schwersten bis schweren Störungen des Kauens,
- der gestörten Kontrolle des Bissens im Mund,
- der verzögerten Auslösung des Schluckreflexes,
- eingeschränktem Verschluss des Kehldeckels,
- eingeschränkter einschnürender Kontraktion der Speiseröhre.



Nicht geeignet sind körnige, faserige oder klebrige Konsistenzen wie Reis, Teigwaren, Spargel, es sei denn, die Lebensmittel sind nach den Grundsätzen von Smoothfood zubereitet (siehe dazu die spezifischen Kapitel).

Wichtig ist die Tatsache, dass bei fein passierter und bei pürierter Kost die **ernährungsphysiologischen Anforderungen** für eine längerfristige Kost nicht gegeben sind. Wenn es die Einschränkungen im Schluck- und Kaubereich erlauben, soll wieder auf die nächsthöhere Stufe gewechselt werden, da durch das Kauen die Nahrung besser eingeschleimt und leichter geschluckt werden kann. Wenn die Patienten keine vollständige Mahlzeit bewältigen können, wird die Nahrung bei der feinpassierten und pürierten Kost kalorienangereichert oder mit Zusatz- und Ergänzungsnahrung versehen.



*Portionierung
des Bissens für
die optimale
Positionierung
im Mund*



Die **Flüssigkeitsstufen** werden abhängig vom individuellen Bild der Schluckstörung angepasst. Die Fließfähigkeit von Getränken, Saucen und Suppen kann in die folgenden Flüssigkeitsstufen eingeteilt werden:

- Dünnflüssige normale Flüssigkeiten, einschließlich Tee und Kaffee,
- nektarartige, honigartig eingedickte Flüssigkeiten wie Fruchtnektar und eingedickte Saucen und Suppen,
- cremige, eingedickte, durchgesiebte Flüssigkeiten wie durchgesiebte Cremesuppen und Trinkjoghurt ohne Fruchtstücke, besonders empfehlenswert bei Schluckstörungen ist die von den Verfassern des Buches eingeführte Schaumkost.
- Keine Flüssigkeiten (Karenz). Dazu gehören auch Suppen, Kompottsaft und Saucen sowie das Spülwasser beim Zähneputzen!

Auch Suppen, Kompottsaft, Saucen und das Spülwasser beim Zähneputzen stellen Flüssigkeiten dar. Bei Vorliegen einer Verordnung, einem Heimbewohner keine Flüssigkeiten zu verabreichen, fallen auch Suppen hierunter. Dass diese Flüssigkeiten trotzdem immer wieder verabreicht werden, ist ein Erfahrungswert aus der Praxis.