



Ursachen, Risiken und Therapieansätze

Spezielle Herausforderungen bei Dysphagie

Das Thema Kau- und Schluckstörungen gewinnt über die verschiedensten Fachdisziplinen zunehmend an Bedeutung. Oberste Priorität sollte die Erhaltung oder Wiederherstellung der Lebensqualität und die Freude am Essen sein.

Angeregt von dem Expertenstandard „Ernährungsmanagement zur Sicherstellung und Förderung der oralen Ernährung in der Pflege“ vom Deutschen Netzwerk für Qualitätsentwicklungen in der Pflege, den „Qualitätsstandards für die Verpflegung in stationären Einrichtungen“ der Deutschen Gesellschaft für Ernährung e.V. und aufgrund der veränderten Bedürfnissen von Bewohnern und Patienten ist das Thema Kau- und Schluckstörungen weiter in den Vordergrund gerückt.

Vor allem in der Versorgung von Patienten oder Bewohnern haben sich viele Fachkräfte in den Einrichtungen mit dem Thema Kau- und Schluckstörungen beschäftigt und Lösungsansätze erarbeitet.

Definition

Dysphagie (dys = fehlerhaft; phagie = essen) beschreibt eine Störung, die sich auf den gesamten Prozess der Nahrungsaufnahme auswirken kann. Je nach Schwere der Kau- und Schluckstörungen sind die Patienten nicht in der Lage, den Mund reflexartig zu schließen. Sie haben Probleme, Speisen und Getränke im Mund zu behalten und den Nahrungsbrei durch Zungen- und Kaubewegungen in Richtung Rachen zu transportieren, um dann normal abzuschlucken. Eine Dysphagie kann in jedem Alter auftreten, jedoch sind ältere Menschen häu-

figer betroffen. Presbyphagie wird die Kau- und Schluckstörungen bezeichnet, die aufgrund des Alterungsprozesses auftritt^[1].

Häufigkeiten und Ursachen

Die häufigsten Ursachen für eine Dysphagie sind neurologische Erkrankungen. Dazu gehören Schlaganfall, Schädel-Hirn-Verletzungen, Thrombosen und progressive Erkrankungen wie Multiple Sklerose, Morbus Parkinson oder Demenz. Die neurogene Dysphagie tritt bei ca. 50 % der Schlaganfallpatienten auf^[2]. Im Alter führen die Alterserscheinungen und mögliche Vorerkrankungen zu einer Häufung und Ausprägung von Dysphagie. Die ErnStES-Studie, veröffentlicht im Ernährungsbericht 2008, kommt zu dem Ergebnis, dass ca. 10 % der Bewohner in Pflegeeinrichtungen passiertes Essen und 13 % teilweise passiertes Essen erhalten haben^[3]. Einer weiteren Einschätzung zur Folge sind ca. 30–40 % der Pflegeheimbewohner von Kau- und Schluckstörungen betroffen, im Akutkrankenhaus sind es ca. 10–15 % und bei neurologischen Erkrankungen ca. 25–50 %^[4]. Nicht immer werden Kau- und Schluckstörungen auch als solche erkannt. 40–60 % bleiben unerkannt^[5]. Deshalb ist es umso wichtiger, die offensichtlichen wie weniger typischen Symptome von Kau- und Schluckstörungen genau zu kennen.

Symptome und Folgen

Jeder kennt das Gefühl, sich an etwas zu verschlucken oder das Steckenbleiben von Nahrung im Hals. Doch leider sind die Symptome von Kau- und Schluckstörungen oft nicht so eindeutig. Ein gezieltes Nachfragen nach Hinweisen oder ein genaues Beobachten der Patienten oder Bewohner kann helfen, Kau- und Schluckstörungen zu erkennen.

Symptome können sein:

- › Belegte Stimme
- › Häufiges Nachschlucken
- › Husten
- › Vermehrtes Räuspern
- › Häufige Atemwegsinfekte
- › Erstickungsanfälle
- › Angst sich zu verschlucken
- › Gewichtsabnahme

Treten diese Symptome auf, ist eine genauere Diagnose zwingend notwendig. Unterschiedliche Untersuchungen werden von einem entsprechenden Facharzt und/oder geschulten Logopäden durchgeführt¹. Weitere Symptome können auftreten, wenn der Kehlkopf die Luftröhre nicht richtig verschließt und dadurch Speisen in die unteren Atemwege gelangen. Das Einatmen von Speisebrei oder Getränken, auch als „Aspiration“ bekannt, und die Gefahr der daraus entstehenden Aspirationspneumonie, ist eine der schwerwiegendsten Folgen von Kau- und Schluckstörungen. Eine Aspiration kann auch ohne bemerkbare Symptome ablaufen, die sogenannte „stille Aspiration“. Diese erfordert besondere Aufmerksamkeit, da das Risiko eine Pneumonie zu entwickeln ca. sechsmal höher ist als bei Patienten mit einer auffallenden Aspiration¹.

Malnutrition als Folge von Dysphagie

Langfristig besteht durch die unbehandelten Symptome einer Dysphagie ein erhöhtes Risiko einer Malnutrition. Die Patienten können nicht genügend Energie und lebensnotwendige Nährstoffe aufnehmen. Die Gründe dafür liegen zum einen in

der einseitigen Auswahl der Lebensmittel. Insbesondere verzichten die Patienten oftmals auf Vollkornprodukte, Fleisch (aufgrund der Fasern) oder Fisch (Gräten), Obst sowie Gemüse. Sie ernähren sich hauptsächlich von Suppen und Brei. Einige Patienten haben Probleme, Flüssigkeiten im Mund zu kontrollieren; eine erhöhte Gefahr der Austrocknung besteht. Zum anderen haben die Betroffenen eine ausgeprägte Angst, sich zu verschlucken oder an der Nahrung zu ersticken und schränken daher ihr Essen und Trinken deutlich ein, was zu einer Malnutrition führt¹.

Therapieansätze

Eine Dysphagie ist in der Regel behandelbar, wenn manchmal auch nicht ganz vollständig. Es gibt viele Möglichkeiten, die Symptome zu lindern sowie das Essen und Trinken zu unterstützen. Im Idealfall begleitet ein Team aus Ärzten, Schlucktherapeuten, Pflege- und Ernährungsfachkräften die funktionale Therapie.

Die funktionale Therapie geht individuell auf den Patienten ein. Sie besteht aus drei verschiedenen Ansätzen, die von Anfang an miteinander kombiniert werden können:



Tabelle 1: Störungen der Schluckphasen

Schluckphase	Störung	Symptome
Orale Vorbereitungsphase und orale Phase	Eingeschränkter Lippen- oder Kieferschluss	Speichel oder Nahrung läuft aus dem Mund
	Eingeschränkte Kiefer- oder Zungenbewegung	Geringe Kaubewegung, unzerkaute Nahrungsreste
	Reduzierte Wangenkontraktion	Nahrungsreste in den Wangentaschen
	Eingeschränkte Zungenschüsselbildung für Bolusformung	Nahrungsreste im Mund
	Reduzierte Zungenhebung	Probleme mit festen Speisen, verlängertes Kauen, Nahrungsreste
Pharyngeale Phase (Rachenphase)	Gestörte Reflexauslösung	Verschlucken, Husten, Ausspucken der Nahrung
	Eingeschränkter Verschluss der oberen Atemwege durch Gaumensegel	Niesen, Nahrungsaustritt aus der Nase
	Eingeschränkte pharyngeale Kontraktion	Fremdkörpergefühl im Hals, wiederholtes Schlucken, Husten, veränderte Stimmqualität
	Gestörter Verschluss der Luftröhre	Verschlucken, Husten, Würgen, veränderte Stimmqualität, unklare Fieberschübe, Aspirationspneumonie
Ösophageale Phase (Speiseröhrenphase)	Gestörte Öffnung des unteren Speiseröhrenschließmuskels	Gefühl des Steckenbleibens der Nahrung hinter dem Brustbein, Aufstoßen, Rückfluss von Nahrung
	Verkrampfung der Speiseröhre	Schmerzen

Kopiert aus: Kau- und Schluckstörungen im Alter, Deutsche Gesellschaft für Ernährung e.V., Seite 12 und 13¹.

- › Das restituierende Verfahren trainiert die orale Motorik wie z. B. Lippenschluss, Wangenmuskulatur und das Kauen (z. B. mit Obst oder Gummibärchen). Mit verschiedenen Übungen sollen Muskeln und Nerven aufgebaut und trainiert werden. Es werden Teilfunktionen zur Vorbereitung auf das Erlernen des Schluckvorganges trainiert.
- › Die Kompensationstechniken werden direkt während des Schluckvorganges angewendet. Mit verschiedenen Übungen zur Haltungsänderung oder speziellen Schlucktechniken können Funktionseinschränkungen verändert werden. Der Patient soll lernen, trotz evtl. Behinderungen wieder richtig zu schlucken.
- › Mit den adaptiven Verfahren wird die Umwelt an die Einschränkung angepasst. Dazu gehören unter anderem die diätetischen Maßnahmen, Essbegleitung oder Trink- und Esshilfen⁷.

Ernährungstherapie bei Dysphagie

Die Ernährungstherapie sollte individuell auf die Bedürfnisse des Patienten abgestimmt werden. Wichtigstes Kriterium ist die Anpassung der Konsistenz von Mahlzeiten und Getränken. Flüssige Speisen und Getränke sind im Mund schwer kontrollierbar. Die hohe Fließgeschwindigkeit kann dazu führen, dass sich der Patient schnell verschluckt. Eine Reduzierung der Fließgeschwindigkeit vor allem bei Getränken verzögert das Auslösen des Schluckreflexes und hilft dem Betroffenen beim kontrollierten Schlucken. Eine veränderte Konsistenz der festen Speisen kann dem Patienten das Essen deutlich erleichtern. Die Konsistenzstufen reichen von sehr fein zerkleinerten, passierten Gerichten bis hin zu einer weichen stückigen Kost. Harte oder feste Lebensmittel bereiten bei Kaustörungen mehr Probleme als weiche Mahlzeiten. Entsprechend temperierte Speisen, z. B. Eis, können besser von den Patienten wahrgenommen werden. Bereits zähem Speichel kann durch saure Speisen oder durch die Vermeidung milchhaltiger Produkte begegnet werden.

Konsistenzstufenplan von Vorteil

Im Rahmen eines Kostaufbaus werden verschiedene Konsistenzen von Lebensmitteln und Getränken Schritt für Schritt „erarbeitet“. Um diesen Aufbau strukturiert und bei der Vielzahl der Lebensmittel übersichtlich zu gestalten, kann ein Konsistenzstufenplan von Vorteil sein. Es ist zu empfehlen, die verschiedenen Konsistenzstufen zu definieren, um Missverständnisse unter Therapeuten zu vermeiden. Nicht nur die richtige Konsistenz der Nahrung, sondern auch das Angebot von ausgewogenen und abwechslungsreichen Lebensmitteln ist wichtig. Die Nährstoffzufuhr richtet sich nach den Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Ernährung e.V.

Der Appetit kommt beim Essen

Da Menschen mit Kau- und Schluckstörungen oft nicht so viel Appetit haben, sollte das Essen optisch ansprechend angerichtet werden, z. B. durch die Verwendung von Spritzbeuteln oder die Verwendung unterschiedlicher Formen. Das Essen sollte frisch zubereitet, in kleinen Portionen über den Tag verteilt und gut abgeschmeckt angeboten werden. Ein relativ neuer Trend, passierte, pürierte oder fein geschnittene Gerichte anzubieten ist „Smooth-Food“. Damit sind ernährungsphysiologisch hochwertige und gastronomisch ambitionierte Speisen gemeint, mit denen die verschiedensten Konsistenzen attraktiv und mit viel Kreativität zubereitet werden. Eine sehr beliebte Konsistenz sind stabile Schäume, die mit relativ wenig Aufwand mittels einer so genannten Whipperflasche hergestellt werden können.

Im Mittelpunkt der Ernährungstherapie steht die konsistenzdefinierte Kost. Die Kost sollte den Bedürfnissen der Betroffenen angepasst werden, um diese mit ausreichend Nährstoffen zu versorgen und die Angst vor dem Essen zu nehmen, mit dem Ziel das Essen wieder genießen zu können.

Die Autorin



Ariane Moormann

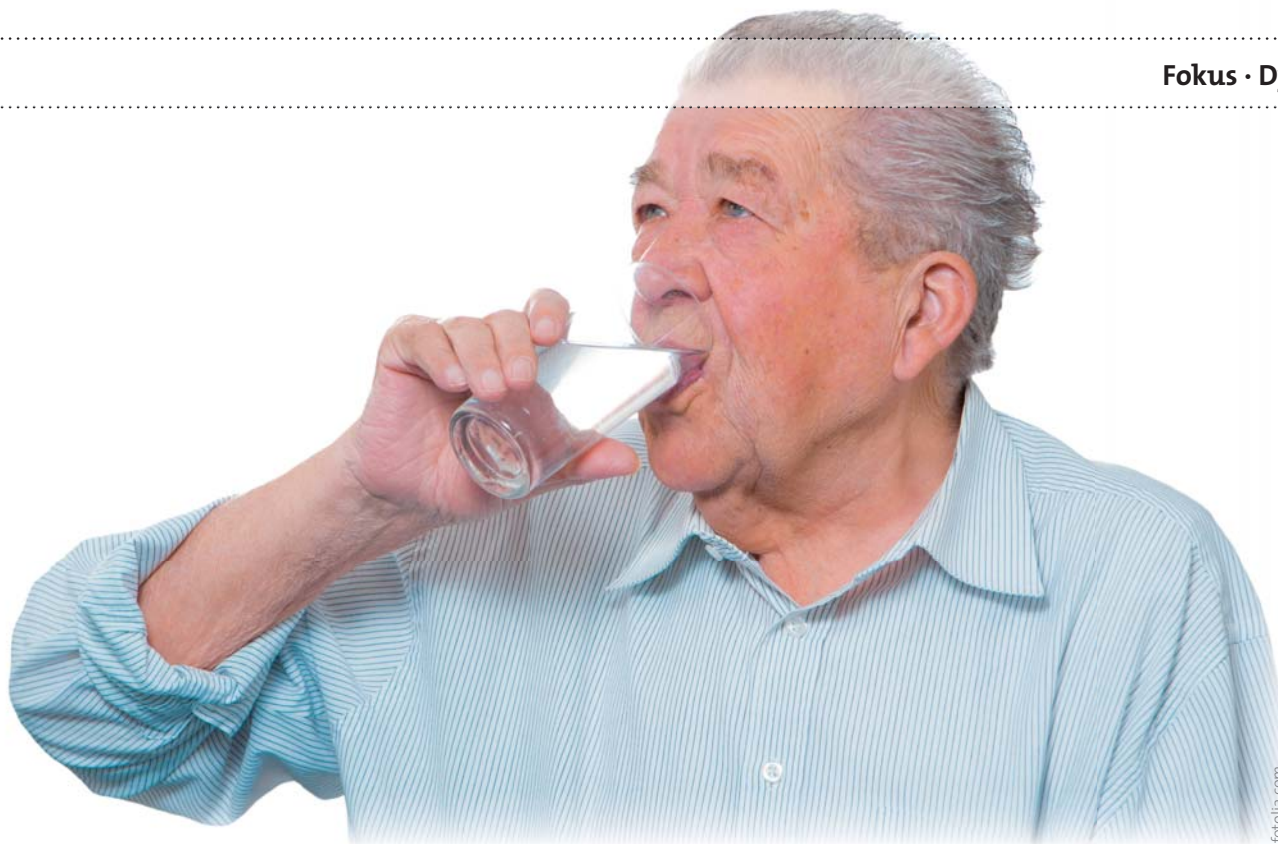
Diätassistentin und
Dipl. oec. troph. (FH)

BestCon Food GmbH
Franz-Lenz-Straße 1-3
49084 Osnabrück

Ariane.moormann@
bestcon-food.de

Literatur:

- 1 Jäger M, Rittig T. Einführung und Vorstellung eines Erfassungsprogramms von Schluckstörungen in der Geriatrie. *European Journal of Geriatrics* 2004; 1: 37-42.
- 2 Prosiegel M, et. al. Neurologische Dysphagie – Leitlinien 2003 der DGNKN. *Neurol. Rehabil* 2003; 9 (3-4): 157-181.
- 3 Bausch K, Goerg K, Hoffmann C, et. al. Kau- und Schluckstörungen im Alter. *Deutsche Gesellschaft für Ernährung e.V.; 2. Auflage, Bonn; 2011.*
- 4 Hesecker H., Stehle P. Ernährung älterer Menschen in stationären Einrichtungen (ErnSTES-Studie). *Ernährungsbericht 2008. Deutsche Gesellschaft für Ernährung e.V., Bonn; 2008.*
- 5 Hesecker H, Schmid A. Ernährung im hohen Alter und in der Geriatrie. *Ernährungsumschau* 2002; 5: B17-B20.
- 6 Paul C. Ernährung bei Kau und Schluckstörungen. *Die Medizinische Welt* 2003; 9: 32-39.
- 7 Bartolome G, Schröter-Morasch H, et. al. Schluckstörungen Diagnostik und Rehabilitation. Urban & Fischer, München; 2006.



fotolia.com

Von der Anbahnung bis zur stabilen oralen Nahrungsaufnahme

Gestaltung eines Dysphagiemanagements

Die Therapie von Patienten mit einer Dysphagie stellt hohe Anforderungen an alle beteiligten Berufsgruppen. Fachkompetenz, eine gut funktionierende, interdisziplinäre Zusammenarbeit und Empathie dem Patienten gegenüber sind dabei Grundvoraussetzungen.

Ziel führend und unerlässlich sind Klarheit, wer welche Aufgaben und Verantwortungen wahrnimmt, Standards der Durchführung und Dokumentation, Schnittstellen der einzelnen medizinischen Bereiche und Dienste sowie deren Verzahnung. Nicht zuletzt die Evaluation der Therapiemaßnahmen: Wurde das definierte Therapieziel erreicht? Planung, Durchführung, Kontrolle und Evaluation gilt auch für die Ernährungstherapie.

Diätetik, Kostform und Konsistenz

Der Anspruch an die Ernährung, die eine bedarfsdeckende Energie- und Nährstoffversorgung sicherstellt, gilt für jeden. Insbesondere gilt er für Risikogruppen, zu denen Menschen mit einer chronischen Erkrankung bzw. nach einem akuten Ereignis gehören. Die klaren Definitionen geltender und verwendeter Begriffe im klinischen Versorgungsmanagement sind Grundvoraussetzungen für die reibungslose Umsetzung medizinischer Indikationen, um gleichzeitig Komplikationen und Risiken vorzubeugen und zu behandeln.

Die **Diätetik** ist die Lehre von der Zusammensetzung der Nahrung und von der menschlichen Ernährung in besonderen Lebenssituationen, wie beispielsweise Krank-

heiten und Schwangerschaft. Sie bildet die Grundlage aller daraus abgeleiteten Kostformen.

Unter **Kostformen** versteht man bestimmte Ernährungsformen im klinischen Alltag, die den aktuellen ernährungstherapeutischen Erfordernissen eines Patienten bzw. der Spezifik einer Erkrankung bzgl. Lebensmittelauswahl- und Menge, im Rahmen einer medizinischen Behandlung entspricht. Die einzelnen Kostformen sind in einem Rationalisierungsschema beschrieben und fokussieren die jeweilige Besonderheit der Ernährungsform.

Die **Konsistenz** der Nahrung beschreibt die Beschaffenheit von Lebensmitteln, welche in der natürlichen Form besteht bzw. durch Bearbeitung und Zubereitung der Nahrung erreicht werden kann. Die geforderte Konsistenz, z.B. im Rahmen der Dysphagiebehandlung, ist praktisch als eine Erweiterung oder Kombination zu den Kostformen lt. Rationalisierungsschema zu sehen und ersetzt nicht geltende Ansprüche der Diätetik bzw. geltender Kostformen. So kann eine Vollkost oder eine energiedefinierte Kostform passiert oder auch püriert sein. Die Eignung verschiedener Lebensmittel ist zu berücksichtigen, die Mahlzeitengestaltung bzw. ihrer Abwechslung und Vollwertigkeit entspricht geltenden diätetischen Richtlinien.

Risiken einer Dysphagie

Die beiden lebensbedrohlichen Hauptgefahren der Dysphagie sind das Erstickten und die Aspirationspneumonie. Die größte Gefahr liegt in der „stillen Aspiration“, wenn keine oder nur eingeschränkte Schutzreflexe einsetzen. Weitere limitierende Faktoren sind unter anderem kognitive Störungen, Einschränkungen des Antriebs- und des Störungsbewusstseins, psychische Störungsbilder, aber auch der Einsatz von blockenden Trachealkanülen. Die resultierende Konsequenz besteht darin, dass die bisherige Ernährungsweise nicht wie gewohnt fortgeführt werden kann und darf. Der Anspruch an eine bedarfsgerechte Energie- und Nährstoffzufuhr bleibt jedoch unverändert und ist im Rahmen einer Erkrankung umso mehr zu berücksichtigen. Patienten und Angehörige müssen umfangreich

bzgl. der Gefahren und der geplanten Procedere informiert werden. Wahrnehmung und Einsichtsverhalten sind bei nicht allen Patienten vorhanden und leider auch bei Angehörigen zuweilen unzureichend.

Keine orale Nahrungszufuhr

Bei einer schweren Dysphagie ist zu Beginn, gelegentlich auch bleibend, keine orale Ernährung mehr möglich. Die Entscheidung treffen, nach eingehender Diagnostik und Verlaufskontrolle, Arzt und Logopäde. Nach weiterführender Klärung, welche Ernährungsform und vor allem auch wie lange diese vorerst nötig ist, erhält der Patient in aller Regel eine enterale Ernährung via Sonde. Ob diese nun nasogastral/jejunal oder mit Anlage einer PEG/PEJ sichergestellt wird, ist abhängig vom ganzen Krankheitsausmaß und dem geplanten Zeitrahmen.

Die Aufgabe von Diätassistenten in Zusammenarbeit mit dem Stationsteam liegt in der Zusammenstellung und Überwachung des Ernährungsregimes. Wird die Enterale Ernährung sach- und bedarfsgerecht durchgeführt, kommt es zu keinen Versorgungslücken, da die handelsüblichen Sondennahrungen hinsichtlich ihrer Zusammensetzung eine vollbilanzierte Ernährung ermöglichen. Sind die Störungsbilder der Dysphagie von mittlerer oder leichter Ausprägung, kann die Nahrungsaufnahme in der Regel über oralen Weg ohne zusätzliche Enterale Ernährung via Sonde erfolgen.

Anbahnung und Schlucktherapie

Begleitend zur enteralen Ernährung beginnen Logopäden mit der „Anbahnung“ des Schluckens mittels verschiedener Speisen oder Getränke. Wichtigstes Krite-

rium bei der individuellen Auswahl der Speisen und Getränke ist das geringfügigste Aspirationsrisiko. Ebenso sind die Ressourcen des Patienten grundlegend.

Diese „Anbahnung“ hat keine Relevanz auf die aktuelle Energie- und Nährstoffzufuhr. Es erfolgt aus diesem Grund auch keine Veränderung der festgelegten Sondenkost. Sollte es sich um stark kohlenhydrathaltige Getränke und Speisen handeln, die in ihrer verabreichten Menge eine nennenswerte Blutzuckerwirksamkeit haben, ist jedoch Rücksprache mit dem behandelnden Arzt oder der Diätassistentin zu halten. Das gleiche gilt für Lebensmittel, die nach Verabreichung zu Unverträglichkeiten führen. Im Einzelfall kann es hilfreich sein, die Applikation der Sondennahrung zeitlich zu verändern, um Hunger- und Appetitempfinden zu fördern und damit einen entsprechenden Antriebsimpuls zu nutzen.

Sukzessiver Kostaufbau

Nachdem die Anbahnung und die Stabilisation des Schluckakts erfolgreich trainiert wurden, beginnt der sukzessive orale Kostaufbau. Unter Begleitung des Logopäden, werden erste Mahlzeiten mit einer individuell festgelegten Konsistenz (passiert, püriert und weich), die einem klar definierten Standard entspricht, dem Patienten angereicht. Das gleiche gilt für Getränke, die mit Hilfe entsprechender Dickungsmittel die gewünschte Viskosität erhalten. Sehr häufig nutzt der Patient einen erlernten kompensatorischen Schluckmodus (Haltungs- und Schlucktechniken), der ihm, trotz der Schluckproblematik, ein aspirationsfreies Schlucken ermöglicht. Grundlegende Kenntnisse bzgl. Haltung, Ausgangsstellung und Schluckmodus, notwendige Hilfsmittel, Nahrungsvorlieben- und Aversionen, sollten vom betreuenden Personal, auch von Diätassistenten, erworben werden. An dieser Stelle beginnen meist die „Schwach-

Anzeige

OptiDiet Basic
Das Profi-PC-Programm
für die zeitgemäße
Ernährungsberatung

Neu
Besuchen Sie uns!
VDD-Kongress
Stand 59

GOE Gesellschaft für Optimierte Ernährung
An der Ziegelei 21 A · D-35440 Linden

www.goe-software.de

stellen“ einer bedarfsgerechten Energie- und Nährstoffversorgung. Der therapeutische Fokus des Diätassistenten muss jedoch auf deren Sicherstellung gerichtet sein. Die Berechnung einer Mahlzeit in Bezug auf ihren Energie- und Nährstoffgehalt ist im Grunde unproblematisch. Die Herstellung dieser Speisen in einer Diätküche mit festgelegten Rezepturen und Portionsgrößen und auch die Angebote für die konsistenzdefinierten Kostformen verschiedener Anbieter erlauben eine sehr genaue Bilanzierung.

So wie wir selbst, hat auch der Patient eine klare Vorstellung von Lebensmitteln und Speisen bzgl. ihres Aussehens, Geschmack, Zubereitung und Präsentation. Mit der veränderten Konsistenz und Viskosität von Nahrungsmitteln wird ein neues und zum Teil gewöhnungsbedürftiges Bild von Nahrungsmitteln geschaffen. Hier Akzeptanz und Motivation herzustellen, erfordert von allen Beteiligten Kenntnis, sehr viel Geschick und Einfühlungsvermögen. Gespräche mit dem Patienten darüber, was ihn erwartet, seine Wünsche dabei zu berücksichtigen, das Anrichten der Speisen zu beachten, die Angehörigen einzubeziehen und vor allem auch die Schulung der Mitarbeiter sind unerlässliche Maßnahmen.

Wenn man „Essen und Trinken“ als etwas Elementares versteht, das von Prägung, Gewohnheiten, Religion, sozialem Status und einer individuellen Autonomie gekennzeichnet ist, wird deutlich, welcher sensible Prozess wir modifizieren und begleiten.

Teiloralisierung

Immer dann, wenn die Nahrungsaufnahme und Trinkmenge von einer bedarfsgerechten Portion, Menge und Zusammensetzung deutlich bzw. häufig abweicht, ist ein Ernährungsprotokoll erforderlich. Diese Situation kann bevorzugt eintreten, wenn Patienten nur eine bzw. einen Teil der täglichen Mahlzeiten oral zu sich nehmen. Das begleitende

Personal (Therapeuten und Pflege) aber auch Angehörige, sollten die quantitativen Werte protokollarisch festhalten. Nur so erhält man eine sachliche Berechnungsgrundlage für die täglich zu ergänzende Sondenkostmenge.

Ähnlich wie einzelne Lebensmittel die zur „Anbahnung“ eingesetzt werden, gehören auch Mahlzeiten, die in ihrem gesamt kalorischen Tageswert max. 500 Kalorien ergeben, zur Kategorie „minimal orale Ernährung“. Sie können in der gesamt kalorischen Bilanzierung unberücksichtigt bleiben. Begriffe wie „häufig“, „wenig“ bzw. „deutliche Abweichung“ der Nahrungsaufnahme sollten mit einem einheitlich definierten Zielwert verglichen (z. B. Tasse, Glas, Teller, Anzahl zugrunde gelegter Mahlzeiten oder Wochentage) und bewertet werden. Das gilt insbesondere für Risikopatienten, die ohnehin einen mangelhaften Ernährungszustand haben bzw. gefährdet sind.

Toleriert der Patient aus unterschiedlichsten Gründen die Speisen und Getränke nicht und lehnt sie ab oder strengt ihn die orale Nahrungsaufnahme noch zu sehr an, müssen kompensatorische Maßnahmen zur Verbesserung eingeleitet werden. Zu oft werden an dieser Stelle Kontrollen vernachlässigt!

Häufig wird die Sondennahrung zu früh reduziert, abgesetzt oder es wird verpasst, Nahrungsanreicherungen zu nutzen, um mit kleinvolumigen Mahlzeiten eine ebenso adäquate und bedarfsgerechte Versorgung sicherzustellen. „Der Patient hat gegessen“, so lautet eine oft getätigte Aussage. Erschwerend kommt dazu, dass die Speisen evtl. von Servicepersonal abgeräumt werden, das in das Therapiekonzept nicht involviert ist. Schichtwechsel im Pflegedienst und Wochenenden ohne Logopäden sowie Tagesschwankungen bzgl. Befinden und Appetit des Patienten stellen zusätzlich Schwachstellen dar. Die tatsächliche Erfassung der aufgenommenen Mengen wird

schnell problematisch und unzureichend. Die Gefährdung des Patienten hinsichtlich einer Mangelernährung potenziert sich.

Bis zur stabilen oralen Nahrungsaufnahme, ggf. in Kombination mit einer enteralen Ernährung, welche auch in Form von Trinkzusatznahrung erfolgen kann, muss dem interdisziplinären Team von Beginn an klar sein, wie das Dysphagiemanagement zu gestalten ist.

Was bedeutet das für unsere Berufsgruppe?

Es müssen Standards erstellt werden, die sich

- › mit der Gestaltung und Überwachung der Enteralen Ernährung,
- › der Sicherstellung der bedarfsgerechten Energie- und Nährstoffzufuhr durch Bedarfsermittlung,
- › der Lebensmittelauswahl und Mahlzeitengestaltung,
- › der Nahrungsanreicherung und Trinkzusatznahrung
- › sowie mit dem Ernährungs- und Trinkprotokoll

über den gesamten Zeitrahmen der konsistenzdefinierten Phasen befassen.

Dabei ist eine gemeinsame Sprache und enge Zusammenarbeit mit Logopädie, Küche und Stationsteam zwingende Voraussetzung. Nur so kann auf bestehende bzw. sich verändernde Ansprüche flexibel und angemessen reagiert werden.

Die Autorin



Jeannette Obereisenbuchner

DA/MEB/DB DDG
Kliniken Beelitz GmbH
Neurologische Rehabilitationsklinik
Paracelsusring 6A
14547 Beelitz-Heilstätten

obereisenbuchner@
gesundheitspark.com



Sprachtherapeut und Diätassistent spielen eine wichtige Rolle

Dysphagie – Interdisziplinäre Zusammenarbeit im geriatrischen Team

Insbesondere die Dysphagie bei älteren Menschen ist häufig eine Kombination aus altersbedingter Veränderung und chronischer Erkrankung. Aufgrund des meist langsamen Krankheitsverlaufes wird die Diagnose Dysphagie spät gestellt, häufig erst nach Auftritt eines Akutereignisses.

Die Prävalenz von Dysphagien in Alters- und Pflegeheimen liegt bei 40% der Bewohner^[10]. Bei Befragung im ambulanten Bereich gaben bis zu 14% der betagten Menschen Schluckprobleme an^[11]. Die funktionelle Dysphagietherapie^[2] hat die Aktivierung und Wiederherstellung der beeinträchtigten Funktionen und/oder die Vermittlung von Techniken und Strategien zur Kompensation der Störung zum Ziel. Es soll eine sichere und selbständige Nahrungsaufnahme und eine ausreichende Nahrungszufuhr erreicht bzw. erhalten werden.

Eine wichtige Voraussetzung für eine effektive und erfolgreiche klinische Behandlung von Dysphagien ist die interdisziplinäre Zusammenarbeit in einem multidisziplinären Team. Hierbei spielen Sprachtherapeut und Diätassistent eine wichtige Rolle^[2].

Diagnostik von Schluckstörungen

Am Anfang der Behandlung steht eine ausführliche Schluckdiagnostik, auf deren Basis evidenzbasierte therapeutische und medizinische Maßnahmen zur Behandlung der Schluckstörung eingeleitet werden können. Die Untersuchungen und Informationen, die zur Einschätzung einer Schluckstörung benötigt werden, sind in der unteren Tabelle stichwortartig zusammengestellt. An dieser ganzheitlichen Diagnostik sind verschiedene Be-

rufgruppen beteiligt (z. B. Arzt, Sprachtherapeut, Diätassistent, Ergo- und Physiotherapeut, Neuropsychologe).

Ziele der Dysphagietherapie und medizinische Maßnahmen

Das Ziel der Behandlung von Kau- und Schluckstörungen ist die weitgehende Wiedererlangung der Fähigkeit zur oralen Nahrungsaufnahme. Risiken wie Aspirationspneumonie, Mangelernährung und Dehydration müssen vermieden bzw. minimiert werden^[12]. Wenn die orale Flüssigkeits- und/oder Nahrungszufuhr nicht aspirationsfrei und im ausreichenden Maße möglich ist, muss eine enterale Ernährung über eine nasogastrale Sonde (NGS) oder die Anlage einer PEG (perkutane endoskopische Gastroskopie) eingeleitet werden^[13].

In sehr schweren Fällen, wenn auch der Speichel nicht abgeschluckt werden kann und in die Atemwege gelangt, so dass die Sauerstoffversorgung nicht gewährleistet ist, muss ein Luftröhrenschnitt (Tracheostomie) unterhalb des Kehlkopfes durchgeführt und eine blockbare Trachealkanüle in die Luftröhre als Schutz vor Speichelaspirationen eingesetzt werden^[14]. Bei geblockter Kanüle kann die Stimme nicht eingesetzt werden, man kann nicht husten und sich nicht räuspern. Die Schluckfunktion ist eingeschränkt, deshalb sollten im geblockten Zustand keine Schluckversuche bzw. orale Gaben erfolgen.

Sobald ein Dysphagiepatient in der Lage ist, kleine Mengen Flüssigkeit oder Breikost sicher und effizient zu schlucken, zielt die funktionelle Schlucktherapie⁸ darauf hin, die oralen Gaben sukzessive zu steigern und einen oralen Kostaufbau anzubahnen. Dieser Prozess wird zunächst durch die Sprachtherapeuten begleitet, bis eine regelmäßige orale Ernährung unter Aufsicht der Pflege möglich ist. Zu diesem Zeitpunkt können Hilfestellungen zum Essen auch durch das geschulte übrige Team erfolgen. Auch wenn die orale Ernährung nicht ausreichend ist und der Patient zusätzlich enteral ernährt werden muss, bedeuten selbst geringe orale Gaben für viele geriatrische Patienten einen Gewinn an Lebensqualität.

Beim Anreichen der Speisen ist es zwingend notwendig, eine entsprechende Sitzposition bzw. Körperhaltung zu beachten (am Tisch im 90°- und im Bett im 75°-Winkel), ablenkende Reize müssen vermieden werden.

Diätetische Maßnahmen

Im Evangelischen Geriatriezentrum Berlin (EGZB) wird zur Erfassung der Ernährungssituation der MNA (Mini Nutritional Assessment)^{12,13} eingesetzt. Bei auffälligen Screening-Ergebnissen wird die reale Ernährungssituation durch ein 3-tägiges Essprotokoll ergänzt.

Die Auswertung erfolgt mit der Ernährungssoftware (PC-professional Version 4.00041). Die anschließenden ernährungstherapeutischen Maßnahmen bauen auf den

Ergebnissen dieses Protokolls auf. Patienten mit leichten und mittelschweren Dysphagien können in der Regel ausschließlich oral ernährt werden. In vielen Fällen kommen diätetische Maßnahmen zum Einsatz. Im EGZB wurde ein Ernährungsplan erstellt, in dem über mehrere Stufen die Viskosität der Speisen langsam gesteigert wird⁸. Pürierte Speisen weisen ein erhöhtes Volumen und damit einhergehend eine reduzierte Nährstoffdichte auf. Zur Optimierung des angestrebten Energiebedarfs ist deshalb in den meisten Fällen eine Energieanreicherung der Speisen notwendig. Optional ist der Einsatz von energiereicher Trinknahrung indiziert. Sowohl bei der oralen und enteralen Ernährung lässt sich eine geeignete Konsistenz (flüssig-nektarartig oder breiig) durch Einsatz von Andickungsmitteln erreichen.

Neben der Konsistenz haben die Temperatur und das Volumen der Speisen einen Einfluss auf die Speichelproduktion und die Schluckauslösung. Auch geschmackliche Unterschiede sind in der Kost zu berücksichtigen. Beispielsweise fördern salzige und saure Speisen die Produktion von serösem Speichel, süße und milchartige Speisen fördern den mukösen Schleim^{10,13}.

Die Schlucktherapie, Ernährungstherapie und Essmotivation sind im klinischen Alltag des EGZB Voraussetzung und Bestandteil der Behandlung von Dysphagien unter Einbezug des gesamten geriatrischen Teams. Gemeinsames Ziel ist eine Besserung der Ernährungssituation und der Lebensqualität.

Tabelle 1: Interdisziplinäre Schluckdiagnostik.

Anamnese	Klinische Untersuchungen und Testdiagnostik	Klinische Untersuchung der Schluckorgane	Klinischer Schluckbefund	Apparative Schluckdiagnostik	Ernährungsassessment und Erfassung der Ernährungssituation
<ul style="list-style-type: none"> - Grunderkrankung, Erkrankungszeitpunkt; - Ernährungsweise (enteral, parenteral, oral); - respiratorischer Status, Tracheostomie; - Zeichen von Mangelernährung und Exsikkose; - pulmonale Komplikationen; - Refluxsymptomatik. 	<ul style="list-style-type: none"> - Einschätzung der Kognition, Kommunikation, motorischen Fähigkeiten, Wahrnehmung, Apraxie; - neurologische Untersuchung. 	<ul style="list-style-type: none"> - Prüfung von Tempo, Umfang, Kraft, Koordination und Sensibilität der Schluckorgane; - Prüfung der oralen Reflexe; - Einschätzung pathologischer Reflexe; - Gebiss-/Zahnstatus; - ggf. Hals-Nasen-Ohrenärztliche Untersuchung. 	<ul style="list-style-type: none"> - Untersuchung des Schluckakts visuell und nach Palpation; - Prüfung verschiedener Konsistenzen (flüssig, breiig, fest) bei der Nahrungsaufnahme (wenn keine akute Aspirationsgefahr besteht); - Beurteilung/ Bewertung pathologischer Symptome vor, während und/ oder nach dem Schlucken; - Ernährungsempfehlung. 	<ul style="list-style-type: none"> - Videofluoroskopie zur Differentialdiagnose der trachealen Aspiration, Bestimmung des Schweregrads der Aspiration, Abgrenzung zwischen pharyngealen und ösophagealen Störungen, Planung funktionell-chirurgischer Eingriffe; - Videoendoskopie zur Beurteilung reflektorischer Abläufe, von Hyperkinesen und intendierten Bewegungen, Einschätzung der oralen, pharyngealen und laryngealen Sensibilität, Untersuchung des Schluckvorgangs mit Nahrung unter diagnostischen und therapeutischen Aspekten. 	<ul style="list-style-type: none"> - Erfassung der anthropometrischen Parameter - Körpergewicht - BMI - Hautfaltendickemessung - Oberarmumfangmessung - Wadenumfang; - Erfassung der ernährungsrelevanten Laborwerte; - Ermittlung des Energiebedarfs; Erfassung der Ernährungswünsche und Gewohnheiten; - Organisation der Kostform und Einsatz von enteraler Nahrung/ Sondennahrung.

Tabelle 2: Diätetische Maßnahmen als siebenstufige Skala.

Stufe 0 Sondenkost	Stufe 1 Breikost	Stufe 2 Passierte Kost	Stufe 3 Teilpassierte Kost	Stufe 4 Überwiegend feste Speisen	Stufe 5 Adaptierte Vollkost	Stufe 6 Vollkost
	breiige Speisen mit absolut homogener Konsistenz Portionsgröße 100 bis 200ml Getränke ggf. angedickt	wie Stufe 1 Zusätzlich Weißbrot + Streichbelag (homogen) Getränke ggf. angedickt	wie Stufe 2 Zusätzlich Graubrot; gegartes Obst- und Gemüse; weich gekochtes gewürfeltes Fleisch Getränke ggf. angedickt	geeignete Schnittwurst- und Schnittkäsesorten, geeignete rohe Obst- und Gemüsesorten, weich gekochtes Fleisch als Scheibe, Hackfleischgerichte Getränke ggf. angedickt	lediglich stark krümelige LM oder Speisen (z. B. Müsli, Knäckebrot, Paniertes) und faserige LM (z.B. Rhabarber, Porree, Spargel, Ananas) müssen gemieden werden Getränke ggf. angedickt	Getränke ggf. angedickt



Fallbeispiel

Patientin G 82 Jahre; BMI 24; Sollenergiebedarf 1600 kcal:

Frau G hatte vor einem Monat einen Ponsinfarkt rechts erlitten. Sie hat seither eine Dysphagie. Es ist außerdem eine Multiinfarkt-Demenz vorbeschrieben. Bei Einweisung in das EGZB besteht der Verdacht auf eine Aspirationspneumonie. Der Schluckakt ist stark verzögert. Die Lippen- und Zungenmotorik ist eingeschränkt. Es besteht eine geringe spontane Schluckrate von Speichel und eine deutliche Speichelansammlung im oberen Mundraum. Gelegentlich ist Speichelfluss zu beobachten. Bei Gaben von angedicktem Wasser treten oraler Nahrungs-

austritt und Husten auf. Es besteht der Verdacht auf Leaking und postdeglutitiver Aspiration. Eine orale Nahrungszufuhr ist zunächst nicht möglich. Die Patientin wird ausschließlich über eine Magensonde ernährt. Vor der Sprachtherapie wird sie durch Physio- und Ergotherapie mobilisiert und am Tisch in aufrechter Sitzposition gelagert. Frau G hat keine Rumpfkontrolle, ein freier Sitz ist nicht möglich. Der Schwerpunkt der Sprachtherapie liegt auf Quadrantenstimulation, Artikulationsübungen zur Verbesserung der Zungen- und Lippen-

motorik und therapeutischem Essen. Das Ziel der Therapie ist die Steigerung der oralen Gaben zu regelmäßigen Mahlzeiten unter pflegerischer Aufsicht. Im Verlauf der Behandlung sind Schluckleistung und Vigilanz der Patientin allerdings sehr schwankend. Die Anlage einer PEG ist nicht zu vermeiden, da eine bedarfsdeckende, sichere und regelmäßige orale Ernährung nicht erreicht wird. Bei Entlassung erhält die Patientin Sondenkost und unregelmäßig kleine Mengen breiige Kost und angedickte Getränke unter therapeutischer Aufsicht.

Die Autorinnen



Dr. phil. Regine Becker

Klinische Linguistin (BKL)
Leitung der Sprachtherapie
Evangelisches Geriatrie-
zentrum
Reinickendorferstrasse 61;
13347 Berlin

regine.becker@egzb.de



Susanne Kupczyk

Diätassistentin, Medizinische Ernährungs-
beraterin, Diabetesassistentin DDG
Ernährungsmedizin und Diätberatung
Interdisziplinäres Stoffwechsel-Centrum
Charite CC13 Campus Virchow Klinikum
Augustenburger Platz 1
13353 Berlin
susanne.kupczyk@charite.de

Literatur:

- 1 Bath, P.M.W., Bath-Hextall, F.J., Smithard, D.G. (2006). Interventions for dysphagia in acute stroke (Review). The Cochrane Collaboration. Wiley Publishers.
- 2 Becker, R., Friedrich, A., Nagel, E., Steinhagen-Thiessen, E. (2003). Funktionelle Dysphagietherapie. Implikationen für die Nahrungsaufnahme. European Journal of Geriatrics, 5, 117-122.
- 3 Becker, R., Nieczaj, R., Egge, K., Moll, A., Meinhardt, M. & Schulz, R.J. (2011). Functional Dysphagia Therapy and PEG Treatment in a Clinical Geriatric Setting. Dysphagia, 26, 108-116.
- 4 Bartolome, G. (1999). Grundlagen der funktionellen Dysphagietherapie (FDT). In Bartolome, G. et al. (Hrsg.), Schluckstörungen: Diagnostik und Rehabilitation (S. 179-296). Stuttgart: Urban & Fischer.
- 5 Crary, M.A., Groher, M.E. (2006). Reinstating oral feeding in tube-fed adult patients with dysphagia. Nutrition in Clinical Practice, 21, 576-586.
- 6 Ergun, G. & Miskovitz, P.F. (1992). Aging and the esophagus: common pathologic conditions and their effect upon swallowing in the geriatric population. Dyphagia, 7, 58-63.
- 7 Guigoz, Y. (2002). Identifying the elderly at risk for malnutrition. The Mini Nutritional Assessment. Clin Geriatr Med, 18, 737-757.
- 8 Heiss, C.J., Goldberg, L. & Dzarnowski, M. (2010). Registered dietitians and speech-language pathologist: an important partnership in dysphagia management. Journal of the American Dietetic Association, 110, 1290-1293.
- 9 Kolb, G. (2001). Dysphagie und Mangelernährung im Alter. European Journal of Geriatrics, 3, 66-71.
- 10 Ledochowski, M. (2010). Klinische Ernährungsmedizin. Wien: Springer.
- 11 Kawashima, K., Motohashi, Y. & Fujishima, I. (2004). Prevalence of dysphagia among community-dwelling elderly individuals as estimated using a questionnaire for dysphagia screening. Dysphagia, 19, 266-271.
- 12 Löser, C. (2011). Unter- und Mangelernährung. Stuttgart: Georg Thieme Verlag.
- 13 Müller, S.D. & Pütz, K. (2001). Dysphagie aus ernährungsmedizinischer und diätetischer Sicht. Vita-MinSpur, 16, 127-137.
- 14 Prosiel, M. (2005). Neurogene Dysphagien im höheren Lebensalter. NeuroGeriatric, 2, 135-142.
- 15 Prosiel, M. & Weber, S. (2010). Dysphagie. Diagnostik und Therapie. Berlin: Springer

Anzeige



Pflanzlicher Genuss – und eine gute Calciumquelle

Ob zum Frühstück, als Zwischenmahlzeit oder Dessert – die leckeren Alpro Produkte bieten erfrischend-leichten Genuss zu jeder Tageszeit. Die 100% milchfreien Soja-Drinks, Desserts und Joghurtalternativen sind eine hervorragende Calcium- und Vitamin D-Quelle und versorgen den Körper mit hochwertigem, pflanzlichem Eiweiß.

1 Glas (200 ml) Alpro Soja-Drink Original enthält:

- 30% des Tagesbedarfs an Calcium
- 30% des Tagesbedarfs an Vitamin D
- 6 g pflanzliches Eiweiß
- 3 g ungesättigte Fettsäuren

Dank des abwechslungsreichen, rein pflanzlichen Alpro-Sortiments lässt sich Pflanzenkraft ganz einfach genießen.

Weitere Informationen unter:
www.alpro-soya.de

