



## **Was tun, wenn beim Essen Hilfe nötig ist?**

Essen und Trinken sind für uns Menschen von frühester Kindheit an mit sozialen Kontakten verknüpft. Ebenso sind viele soziokulturelle Aktivitäten untrennbar mit Essen und Trinken, und damit mit der Fähigkeit zu schlucken, verbunden. Ein Blick in unsere Agenda wird dies schnell beweisen: Geschäftsessen, Abschiedsapéro, Geburtstagsfest, Quartierfest... Schwierigkeiten beim Essen und Trinken bedeuten deshalb oft Ausschluss aus der Gemeinschaft, die Betroffenen können nicht mehr teilhaben an einem wesentlichen Teil des gesellschaftlichen Lebens. Das führt zu einem erheblichen Verlust an Lebensqualität, soziale Kontakte reduzieren sich, mitunter führt es Betroffene in eine soziale Isolation.



**Hans Schwegler,**  
dipl. Logopäde, Leiter  
Logopädie, Schweizer  
Paraplegiker-Zentrum Nottwil

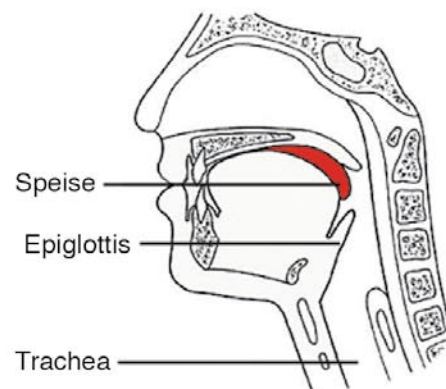
Neben der Gefahr des Verlustes von sozialen Kontakten sind weitere gravierende Folgen von Schluckstörungen (Dysphagien) zu nennen: Lungenentzündungen (Pneumonien) nach Aspirationen, Mangelernährung (Malnutrition), Flüssigkeitsmangel (Dehydratation), Gewichtsverlust, längere Genesungszeiten, schlechtere Wundheilung, erhöhte Infektionsanfälligkeit, Verdauungsprobleme, längere Dauer der Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme, Ängste vor dem Essen bis hin zu Essensverweigerung oder eine verminderte körperliche und geistige Leistungsfähigkeit. Die schwerwiegende Bedeutung von Schluckproblemen zeigt auch eindrücklich eine Studie von Wang et al. 2003: SchlaganfallpatientInnen mit Dysphagie haben im ersten Jahr nach dem Schlaganfall ein um das 9-fach höhere Sterberisiko als PatientInnen ohne Dysphagie. Die Vermutung liegt nahe, dass durch eine verstärkte Beachtung der Schluckproblematik das Sterberisiko dieser PatientInnen vermindert werden könnte. Auch bei anderen Krankheitsbildern lässt sich sagen, dass verstärktes Engagement in Prävention, Diagnostik und Behandlung von Schluckstörungen dazu beiträgt, Komplika-

kationen zu vermeiden, Genesungszeiten und Aufenthaltsdauer in Kliniken zu verkürzen sowie die Lebensqualität von Betroffenen zu verbessern.

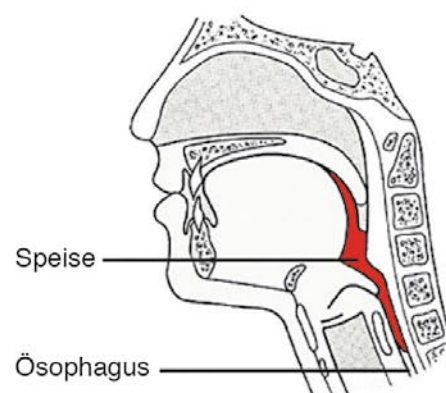
### Der Schluckakt

Schlucken ist für uns eine Selbstverständlichkeit, die wir täglich bis zu 2000 Mal mit Leichtigkeit ausführen und dabei neben Nahrung und Flüssigkeit auch ungefähr 1½ Liter Speichel schlucken. Unser Gehirn koordiniert über 30 Muskelpaare beim Schlucken zu einem höchst präzisen zeitlich-räumlichen Ablauf.

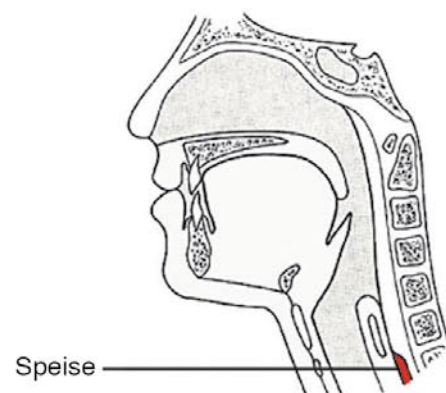
Wir können den Schluckakt in vier Phasen unterteilen. In der ersten Phase, der oralen Vorbereitungsphase, wird die Nahrung im Mund gekaut, eingespeichelt, in schluckfähige Portionen (Boli) eingeteilt und auf der Zunge platziert. Die orale Transportphase bringt die Nahrung als zweite Phase mit einer Wellenbewegung gegen den Gaumen von vorne nach hinten in den Rachen (Pharynx). Bis zu diesem Moment ist der Schluckakt willkürlich gesteuert, wir können die Nahrung beliebig lange im Mund behalten (zum Beispiel Kaugummi). Ist die Nahrung ungefähr auf Höhe der Gaumenbogen, wird der eigentliche Schluckreflex ausgelöst, es folgt die dritte Phase, die pharyngeale Phase. Ab jetzt läuft der Schluckakt unwillkürlich ab. In der pharyngealen Phase wird der Bolus an den verschlossenen Luftwegen vorbei in die Speiseröhre (Ösophagus) transportiert. Der Verschluss der Atemwege erfolgt durch ein Anheben des Kehlkopfes (Larynx), einer Senkung des Kehlkopfeingangs (Epiglottis) auf den Kehlkopfeingang und einem festen Verschluss der Stimmlippen. Dadurch wird die Atmung für die Dauer von ungefähr einer Sekunde unterbrochen (Schluck-Apnoe). Es folgt die vierte Phase, die ösophageale Phase, wäh-



Orale Transportphase



Pharyngeale Phase



Ösophageale Phase

rend der der Bolus mittels einer peristaltischen Welle durch die Speiseröhre bis in den Magen transportiert wird. Sie dauert zwischen 5 und 20 Sekunden und funktioniert übrigens auch, wenn wir uns auf den Kopf stellen.

### Schluckstörungen

Unter Dysphagie verstehen wir alle Schwierigkeiten beim Transport von Speichel, Nahrung und Flüssigkeit vom Mund bis in den Magen. Schluckstörungen kommen somit in allen Phasen des Schluckablaufes, also in der oralen Vorbereitungsphase, der oralen Transportphase, der pharyngealen Phase wie auch der ösophagealen Phase, vor.



Essen und Trinken ist in vielen Lebenssituationen untrennbar verbunden mit einem intakten sozialen Netzwerk.

## Ursachen

Ebenso vielfältig wie die Auswirkungen, die eingangs erwähnt wurden, sind die Ursachen von Schluckstörungen. Neben Entzündungen, wie beispielsweise einer vorübergehenden Angina, können Tumore im Kopf-Halsbereich sowie die Auswirkungen deren Behandlung (besonders Operationen und Bestrahlungen) zu Schluckstörungen führen.

Eine Vielzahl von neurologischen Beeinträchtigungen kann das Schlucken beeinflussen. Die häufigste Ursache von Schluckstörungen überhaupt ist der Schlaganfall (Cerebro-vasculärer Insult – CVI). Schluckstörungen können auch auftreten bei einem Schädel-Hirn-Trauma (SHT), oder bei degenerativen Erkrankungen wie Multiple Sklerose (MS), Amyotrophe Lateralsklerose (ALS), Morbus Parkinson oder Demenz. Weitere Ursachen können sein: Das Guillain-Barré-Syndrom, Muskelatrophien, Myasthenia gravis, das Locked-in-Syndrom, sowie weitere seltener Erkrankungen. Bei Medikamenten, besonders bei den Antirheumatika, muss auf deren appetitreduzierende Wirkung geachtet werden.

Schluckstörungen können auch bedingt sein durch Beeinträchtigungen im Ösophagus wie beispielsweise Reflux, Divertikel, Stenosen, Fremdkörper. Diese Störungen sind in der Regel medikamentös oder chirurgisch anzugehen.

Altersbedingte Veränderungen können Schluckstörungen verstärken oder verursachen. Es sind dies Verschlechterung der Sinnesorgane (Geschmack, Geruch, Visus), der Körperhaltung, verminderte Speichelproduktion, Kraftverminderung der Schluckmuskulatur, ein mangelhaftes Gebiss, fehlende oder schlecht sitzende Zahnprothesen, Verlangsamung des Schluckablaufes, Kraftverminderung der Atemmuskulatur oder auch eine beeinträchtigte Arm-Hand-Koordination.

## Diagnostik

Die Diagnostik bei Schluckstörungen setzt sich zusammen aus einer differenzierten schluckspezifischen Anamnese, einer Untersuchung der am Schluckakt beteiligten Organe (Zunge, Lippen, Kiefer, Gebiss, Gaumensegel, Kehlkopf) und Funktionen (Atmung, Husten, Räuspern, Stimmgebung, Kognition, Wachheit). Je nach Befund werden Schluckversuche oder bildgebende Verfahren wie Videoendoskopie (zusammen mit dem HNO-Arzt) oder Videofluoroskopie (zusammen mit dem Radiologen) durchgeführt. Diese bewegten Bilder, die mit dem Patienten in Ruhe analysiert und besprochen werden können, leisten oft einen wichtigen Beitrag zum Verständnis der individuellen Schwierigkeiten. Sie bringen auch wertvolle Unterstützung bei der Instruktion von Pflegepersonen oder Angehörigen. Dazu dienen sie natürlich der Dokumentation des Befundes und des Therapieverlaufes.

Besonders wichtig sind bildgebende Verfahren bei Verdacht oder zum Ausschluss von so genannten «stillen Aspirationen». So werden Aspirationen genannt, die wegen verminderter Sensibilität keinen Hustenreflex auslösen, deshalb von aussen oft unbemerkt verlaufen. Das Aspirat verbleibt so in den Atemwegen. «Stille Aspirationen» können sowohl bei neurologischen PatientInnen, wie auch besonders häufig bei im Halsbereich bestrahlten PatientInnen, beobachtet werden. Bei rezidivierenden Pneumonien unklarer Herkunft muss deshalb unbedingt an die Möglichkeit von Schluckstörungen gedacht werden, auch wenn keine offensichtlichen Hustenanfälle beim Essen oder Trinken beobachtet werden können.

## Therapie

Für die Therapie von Schluckstörungen existieren im Wesentlichen zwei therapeutische Ansätze: Die

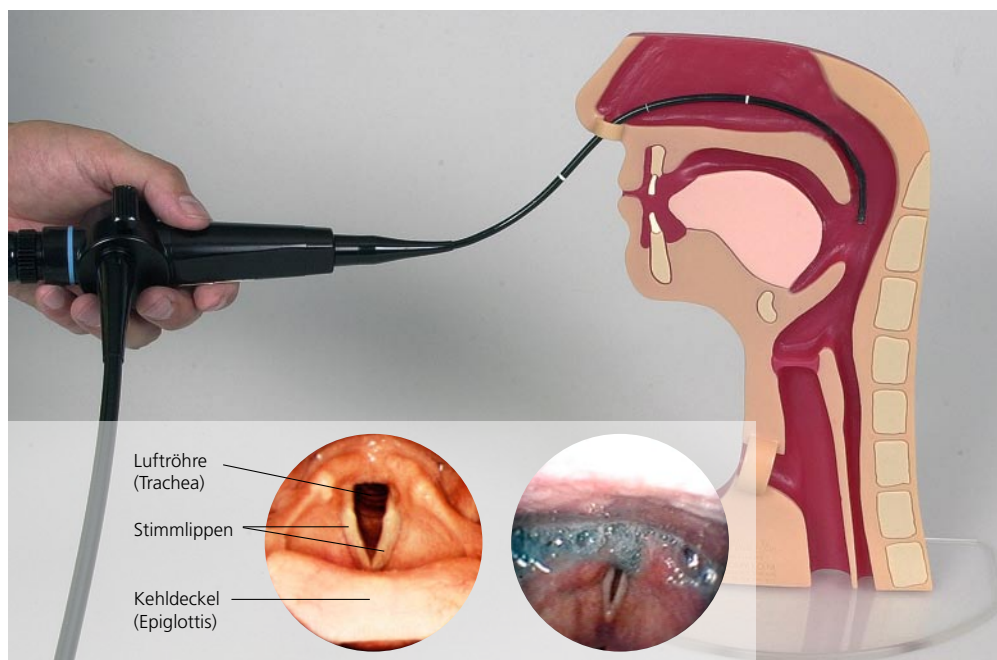


Kräftigung der Zungenmuskulatur durch Widerstandsübungen.

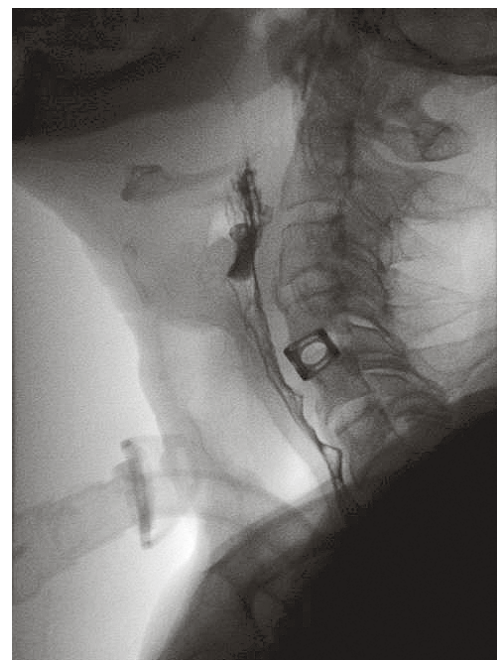
Funktionelle Dysphagie-Therapie (FDT) nach Bartolomé und die Therapie des Facio-Oralen Traktes (F.O.T.T.) nach Kay Coombes. Dieser zweite Ansatz ist insbesondere geeignet für PatientInnen, die aktiv nicht oder wenig zur Therapie beitragen können, beispielsweise für PatientInnen mit Schädel-Hirn-Traum (SHT).

Die funktionelle Dysphagie-Therapie (FDT), die ich hier etwas genauer vorstellen möchte, gliedert sich in drei verschiedene Verfahren: restituierende, kompensierende und adaptierende Verfahren. Mit den restituierenden Verfahren wird das Ziel verfolgt, möglichst viele der am Schlucken beteiligten Bewegungen und Funktionen wieder zu normalisieren. Es werden demnach verschiedenste Übungen zur Verbesserung beispielsweise der Zungenmotorik, oder je nach Betroffenheit anderer beteiligter Organe, durchgeführt.

Bei den kompensierenden Verfahren wird versucht, mittels Haltungsanpassungen oder Schlucktechniken das Schlucken sicherer, das heisst möglichst aspirationsfrei, zu gestalten. Beispielsweise könnten PatientInnen, die weder im Stuhl noch im



Bildgebende Diagnoseverfahren wie die Videoendoskopie (links) oder die Videofluoroskopie (rechts) leisten einen wichtigen Beitrag zum Verständnis der individuellen Schwierigkeiten.





Durch Haltungsanpassungen oder Schlucktechniken kann ein sicheres Schlucken für unterschiedlichste Beeinträchtigungen erreicht werden.

Bett aufrecht sitzen können, in Seitenlage essen oder trinken. Das reduziert die Aspirationsgefahr oft erheblich, da Flüssigkeit und Nahrung nicht so schnell in den Pharynx gelangen. Bei einseitigen Lähmungen der Pharynxmuskulatur hilft oft eine Rotation des Kopfes zur gelähmten Seite, damit die nicht aktiven Räume verengt werden und so auf der gelähmten Seite weniger Resten zurückbleiben. Als Beispiel einer Schlucktechnik innerhalb der kompensierenden Verfahren sei das «supraglottische Schlucken» erwähnt. Bei dieser Technik wird zunächst forciert eingeatmet, es folgt ein bewusst kräftiger Verschluss der Stimmlippen mit thorakalem Druckaufbau, dann wird geschluckt und unmittelbar nachher kräftig geräuspert oder gehustet. Mit dieser Technik können zum Beispiel PatientInnen ohne Epiglottis (Kehlkopfdeckel) oder verminderter laryngealer Sensibilität, aspirationsfrei schlucken lernen.

Innerhalb der adaptierenden Verfahren werden die Nahrungsmittel entsprechend den Schluckfähigkeiten der PatientInnen ausgewählt und zubereitet (diätetische Massnahmen) oder Hilfsmittel zur Nahrungsaufnahme oder Platzierung im Mund angeboten. Ein flacher Löffel beispielsweise erleichtert es, die Nahrung mit den Lippen abzustreifen, wenn die Beweglichkeit für die normale Vertiefung nicht ausreicht. Der abgebildete Löffel ist zusätzlich aus bruchfreiem Kunststoff, damit bei einem Beissreflex keine Verletzung oder Gefährdung besteht. Der ausgeschnittene Rand bei einem Becher kann verhindern, dass der Kopf bei fast leerem Becher angehoben werden muss. Damit kann bei manchen PatientInnen ein zu schnelles abfließen der Flüssigkeit in den Pharynx verhindert und die Aspirationsgefahr vermindert werden.

Sowohl Hilfestellungen wie auch Hilfsmittel zum Essen und Trinken sind vielfältig und müssen unbedingt individuell den jeweiligen Schwierigkeiten angepasst werden. Oft, aber nicht in jedem Fall, bietet eine aufrechte Körperhaltung mit einem eher flektierten Kopf die besten Voraussetzungen. Weiter können eher kleine Schluckportionen, ein konsequentes Abwarten des Abschluckens bis der Mund leer ist, Aufforderung zu absichtlichem Husten und Nachschlucken oder auch Unterstützen des Abhustens das Schlucken verbessern. Wird die Stimme nach dem Schlucken «gurgelig», «feucht», «nass» oder

«heisrig», kann das ein Hinweis sein für vorhandene Aspirationen. Diese Stimmkontrolle (/a/ oder /m/ phonieren lassen) kann deshalb bewusst eingesetzt werden, um zu kontrollieren, ob ein Abhusten notwendig ist. Dies macht besonders bei den erwähnten «stillen Aspirationen» Sinn, da der Hustenstoss dann nicht reflektorisch ausgelöst wird.

Bei Hinweisen auf Aspirationen soll das Abhusten der PatientInnen unterstützt werden, nicht mit klopfen auf den Rücken, sondern mit Unterstützung des Ausatemdruckes im Bauch- oder Brustkorbbereich.

Es kann hilfreich sein, die PatientInnen dazu aus der vertikalen Lage in eine horizontale Lage zu bringen, damit das Aspirat nicht gegen die Schwerkraft nach oben abgehustet werden muss. Eine Technik, die besonders bei akuter Atemnot infolge Aspiration angewendet werden kann, ist das so genannte «Heimlich-Manöver», bei dem die betroffene Person von hinten mit beiden Armen umfasst, und die Ausatmung und/oder die Hustenstöße mit kräftiger Kompression des Brustkorbes unterstützt wird.





Bei Aspirationen soll das Abhusten der PatientInnen durch die Verstärkung des Ausatemdruckes im Bauch- oder Brustkorbbereich unterstützt werden.

### Psychologische Aspekte

Menschen, denen das Essen eingegeben werden muss – und das kann neben Schluckstörungen auch aus anderen Gründen der Fall sein –, fühlen sich abhängig, ausgeliefert, machtlos, hilflos, «als kleines Kind» oder gar als Belastung für andere. Sie wünschen sich von den helfenden Personen, dass ihre Wünsche und Vorlieben erfragt werden und darauf eingegangen wird, dass ihnen mit Takt, Anstand und Würde begegnet wird, dass die helfenden Personen sich Zeit nehmen für das Essen, dass soziale Interaktion und Kommunikation dabei Platz haben. Diese Angaben stammen von einer Umfrage bei ungefähr 30 PatientInnen im SPZ Nottwil, die auf Hilfe bei der Nahrungsaufnahme angewiesen waren beziehungsweise immer noch sind. Auf ähnliche Angaben stösst man auch in der Literatur, zum Beispiel im Buch: «Nahrungsverweigerung in der Pflege» von S. Borker. Er formuliert darin unter anderem «12 Leitgedanken zur Verbesserung der Nahrungsaufnahme» (S. 328–333).

Jemandem bei der Nahrungsaufnahme behilflich sein bedeutet immer Interaktion. Diese sollte sich auf zwei Ebenen abspielen. Die eine ist die Inhaltsebene, sie meint die Kenntnisse der individuellen Schwierigkeiten der PatientInnen sowie auch die Fähigkeiten der Pflegenden zu störungsspezifischen, adäquaten Hilfestellungen. Die zweite Ebene ist die Beziehungsebene, sie betont den eher gefühlsmässigen Inhalt und fordert von den Pflegenden kommunikative Kompetenzen, Einfühlungsvermögen, Empathie.

Natürlich soll darauf geachtet werden, dass die PatientInnen nicht während des Kauens oder wenn zu viele Nahrungsreste im Mund verblieben sind, zum Sprechen aufgefordert werden. Aber bei leer geschlucktem Mund ist ein Sprechen durchaus möglich. Ein gänzlich Schweigen während der gesamten Essenszeit würden wir uns alle bestimmt nicht

wünschen. Eine Ausnahme könnte bei PatientInnen gemacht werden, die die ganze Konzentration auf das Kauen und Schlucken legen müssen. Der kommunikative Aspekt kann dann bewusst vermehrt auf den Beginn und den Schluss der Mahlzeiten gelegt werden.

### Ethische Aspekte

Pflegebedürftige Menschen, die nicht mehr selbstständig essen und trinken können, haben ein Anrecht darauf, ihre Ernährungsgewohnheiten möglichst beizubehalten. Dr. theol. Ruth Baumann-Hölzle beschreibt das in ihrem Artikel «Ernährungsautonomie – ethisches Grundsatzpapier zur Ernährung der Patientinnen und Patienten im Akutspital». Diese Ernährungsautonomie gilt es soweit als möglich zu respektieren, aus ethischer Sicht selbst dann, wenn damit Mangelernährung verbunden ist.

Nahrungsverweigerung kann Pflegenden in ernsthafte Konfliktsituationen bringen. Wird der Wille der PatientInnen respektiert und die unter Umständen schwerwiegenden Folgen akzeptiert oder sollen die PatientInnen notfalls auch gegen Ihren Willen ernährt werden? Dieser ethische Konflikt ist dann besonders gross, wenn der Wille der betroffenen Person sowie die Gründe für die Nahrungsverweigerung nicht explizit bekannt sind und nicht direkt erfragt werden können.

Diese ethischen Fragen können für Einzelpersonen sehr belastend sein und sollten wenn möglich in einem Team angegangen werden. Mögliche Hilfen können Ethik-Foren, oder wenn möglich das frühzeitige Erarbeiten einer Patientenverfügung sein. (siehe dazu auch [www.dialog-ethik.ch](http://www.dialog-ethik.ch))

Lassen Sie mich schliessen mit einem selbstredenden Zitat von Ruth Baumann-Hölzle: «Im Umgang mit der Pflegebedürftigkeit zeigt sich die Humanität einer Gesellschaft.»

### Weitere Informationen

Hans Schwegler  
Leiter Logopädie  
Schweizer Paraplegiker-Zentrum  
6207 Nottwil  
[hans.schwegler@paranet.ch](mailto:hans.schwegler@paranet.ch)

### Literatur

- Bartolome G., Schröder-Morasch H. et al. Schluckstörungen. Diagnostik und Rehabilitation. Urban & Fischer. 3. Auflage 2006
- Baumann-Hölzle R., Imoberdorf R., Koblet K. et al. Ernährungsautonomie – ethisches Grundsatzpapier zur Ernährung der Patientinnen und Patienten im Akutspital. Schweizerische Ärztezeitung 2006;87: 33. 1412-15
- Borker Siegfried. Nahrungsverweigerung in der Pflege. Eine deskriptiv-analytische Studie. Verlag Hans Huber. 1. Auflage 2002
- Daniels SK, et al. (1997): Clinical assessment of swallowing and prediction of dysphagia severity. American Journal of Speech-Language Pathology, 6, 17-24
- Hotzenköcherle S: Funktionelle Dysphagie-Therapie: Ein Übungsprogramm. Idstein, Schulz-Kirchner, 2003
- Motzko M, Mlynaczk U, Prinzen C: Stimm- und Schlucktherapie nach Larynx- und Hypopharynxkarzinomen. München, Urban & Fischer, 2004
- Nusser-Müller-Busch R. (Hrsg.) Die Therapie des Facio-Oralen Trakts. Springer. 2004
- Prosiegel M: Neurogene Dysphagien: Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Neurologie und der Deutschen Gesellschaft für Neurotraumatologie und klinische Neurorehabilitation. August 2004
- Schreier Maria Magdalena, Bartholomeyczik Sabine. Mangelernährung bei alten und pflegebedürftigen Menschen. Ursachen und Prävention aus pflegerischer Perspektive. Review/Literaturanalyse. Wittener Schriften. 2004
- Söhnke S. (Hrsg). Rehabilitation von Dysphagien. Schulz-Kirchner Verlag. 2006
- Ulmer Eva-Maria, Margraf Kisten. Interaktion mit dementen Menschen. Lehrvideo im Vertrieb Schlütersche. Juni 2001. VHS PAL, Programmlänge 38 Minuten. ISBN 3-87706-658-5.
- Wang Y., Lim L., Heller R., et al. A Prediction Model of 1-Year Mortality for Acute Ischemic Stroke Patients. Arch. Phys. Med. Rehabil. 2003 (84) 1006-11