

Artikel zum Thema Schluckstörungen
in der Zeitschrift Pflegefreund
Ausgabe Frühjahr -Sommer 2007

Autorin: Britta Raatschen, Bretten



Grafik: Benjamin Spies

Diagnose: Schluckstörung

Essen und Trinken haben eine wichtige soziale Komponente. Wir treffen uns zu gemeinsamen Mahlzeiten in der Familie, wir feiern besondere Anlässe mit einem Restaurantbesuch, begegnen uns bei Volksfesten und essen zusammen. Wir beobachten Menschen beim Essen und schreiben ihnen aufgrund ihres Verhaltens häufig sogar Charaktereigenschaften zu. Wenn sich bei einer Mahlzeit jemand verschluckt, stockt das Gespräch, wir nehmen Anteil.

Der sprichwörtliche „Frosch im Hals“ ist nur eine leichte Störung – wenn man nicht gerade ein Storch ist, und den Frosch am Hals hat... Doch Scherz beiseite: Schluckstörungen sind eine ernste Sache.

Noch vor einigen Jahren wurde Schluckbeschwerden (Dysphagien) wenig nachgegangen, wenn keine weiteren Krankheitssymptome vorlagen. Dies hat sich durch konzentrierte Forschung in den letzten Jahren grundlegend geändert. Heute wissen wir, dass Dysphagien zum einen die Lebensqualität stark beeinträchtigen und zum anderen lebensbedrohliche Folgen haben können. Auch können sie das erste Symptom bei einer neurologischen Erkrankung wie zum Beispiel ALS sein. Sie werden ernst genommen und mit durchaus gutem Erfolg behandelt.

Der Schluckablauf

Der Schluckvorgang ist ein halbautomatisierter Prozess zum Transport von Nahrung, Flüssigkeit, Speichel und Sekret aus der Mundhöhle durch den Rachen (Pharynx) und die Speiseröhre (Ösophagus) bis zum Magen unter gleichzeitigem Schutz der tiefen Atemwege durch einen festen und zeitgerechten Verschluss des Kehlkopfes.

Schluckstörungen sind keine Seltenheit. Die Zahl der Betroffenen liegt bundesweit bei ca. 7% ; in kli-

nischen Einrichtungen bei 20% und in Pflegeeinrichtungen steigt sie gar auf 50%. Aufgrund Multimorbidität leiden ca. 45% der über 75-Jährigen an Schluckbeschwerden (Wikipedia).

Vielfältige Ursachen

Die häufigsten Ursachen sind der Schlaganfall, das Schädel-Hirn-Trauma, und neurologische Erkrankungen wie zum Beispiel Morbus Parkinson, Amyotrophe Lateralsklerose (ALS), Multiple Sklerose und Alzheimer.

Nicht neurologische Ursachen für Schluckstörungen können Verletzungen, Entzündungen oder

Folgen von Schluckstörung

- Lungenentzündung (Aspirationspneumonie)
- Unter-/Fehlernährung
- Psychische Belastung
- Nahrungsverweigerung

Tumore in Mundraum, Rachen oder Speiseröhre sein. Aber auch Nebenwirkungen von Medikamenten oder Probleme mit Kiefer oder Zähnen wie zum Beispiel schlecht sitzende Prothesen, können zu Schluckproblemen führen. Ebenso können psychische Ursachen Schluckstörungen hervorrufen.

Probleme, die beim Schlucken auftreten können:

- Die geschluckte Substanz (Nahrung oder Sekret) verfolgt den falschen Weg, es kommt zum Eintritt in die Nase oder den Kehlkopf, es kommt zur Aspiration (Eintritt der geschluckten Substanz in die Lunge).
- Der Transport ist unvollständig, es bleiben Reste im Mundraum und oberhalb des Kehlkopfes.
- Die geschluckte Substanz fließt aus dem Magen oder aus der Speiseröhre wieder zurück in den Hals- oder Mundraum.

Foto: SRH-Klinikum Langensiebold



Folgen der Schluckstörung

Zunächst ist die lebensbedrohlichste Folge, die Aspirationspneumonie, zu nennen; eine Lungenentzündung, die durch Nahrungsmittel, die über die Luftröhre in die Lunge geraten, ausgelöst wird. Sie ist bei Schlaganfällen für 20% der Todesfälle im ersten Erkrankungsjahr verantwortlich.

Häufig tritt zu geringe Flüssigkeitsaufnahme sowie Unter- bzw. Fehlernährung auf. Nicht zu unterschätzen ist die soziale Isolation und damit eine große psychische Belastung.

Da im Alter auch das Geschmacks- und Geruchsempfinden oft beeinträchtigt sind, und der Appetit manchmal aus unbekanntem Gründen abhanden kommt, kann im geriatrischen Bereich auch eine geringfügige Schluckstörung letztlich zur vollständigen Nahrungsverweigerung mit allen Folgeproblemen führen.

Anzeichen für eine Schluckstörung

Neben häufigem Verschlucken, Husten, einer auffällig feuchten und gurgelnden Stimme sollte auch das Ausspucken oder Hochwürgen von Nahrung als Hinweis auf eine Schluckstörung gesehen werden, ebenso wie fehlendes oder vermindertes Kauen.

Allgemeine Kennzeichen sind Fieber unklarer Herkunft, unklarer Gewichtsverlust und unklarer Husten bis zu einer Stunde nach Aufnahme von Nahrung oder Flüssigkeit.

Genauere Untersuchung als Teil der Diagnose im Schluckzentrum

In der Pflege tätigen Personen sollte bewusst sein, dass nicht alle Schluckstörungen von „Verschlucken“, also Räuspern und Husten begleitet sind. Wenn die Sensibilität im Rachenraum stark herabgesetzt ist, kann es zur so genannten „Stillen Aspiration“ kommen.

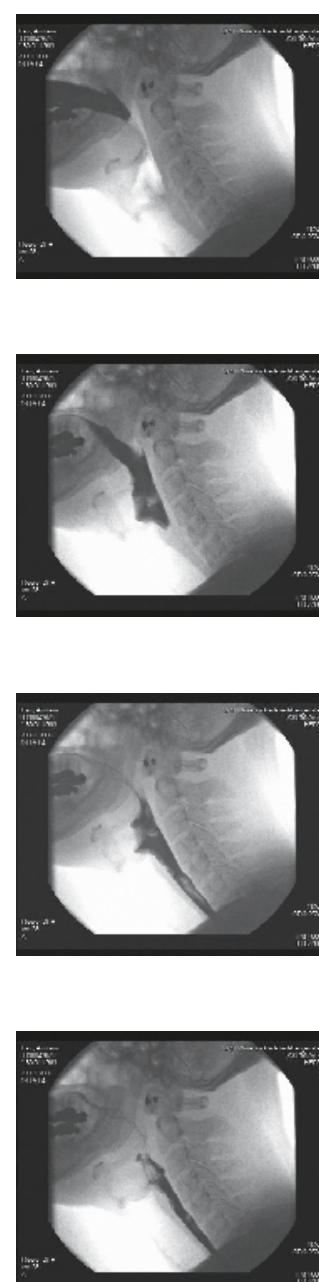
Die klinische Untersuchung

Steht der Verdacht im Raum, dass ein Patient an einer Schluckstörung leidet, so kann dieser vom Hausarzt, Hals-Nasen-Ohren-Arzt oder Neurologen zur Abklärung in eine Klinik überwiesen werden. Heute arbeiten in vielen Krankenhäusern und nahezu allen Reha-Kliniken Logopäden bzw. Sprachtherapeuten, die den Schluckvorgang unter anderem mittels Schluckversuchen mit genau festgelegten Mengen und Konsistenzen, durch Ertasten der Kehlkopfhebung oder durch Abhören mit dem Stethoskop grob diagnostizieren können.

Genauere Auskunft über die Vorgänge vor, während und nach dem Schlucken können aber nur bildgebende Verfahren wie die Videofluoroskopie und die Videoendoskopie geben, die in der Schluckambulanz einiger Kliniken durchgeführt werden.

Die Therapie

Je nach Krankheitsbild, Schweregrad der Störung und körperlichen sowie kognitiven Fähigkeiten des Patienten gibt es verschiedene Behandlungsformen. Sie können verbessernder, erhaltender oder kompensatorischer Natur sein.



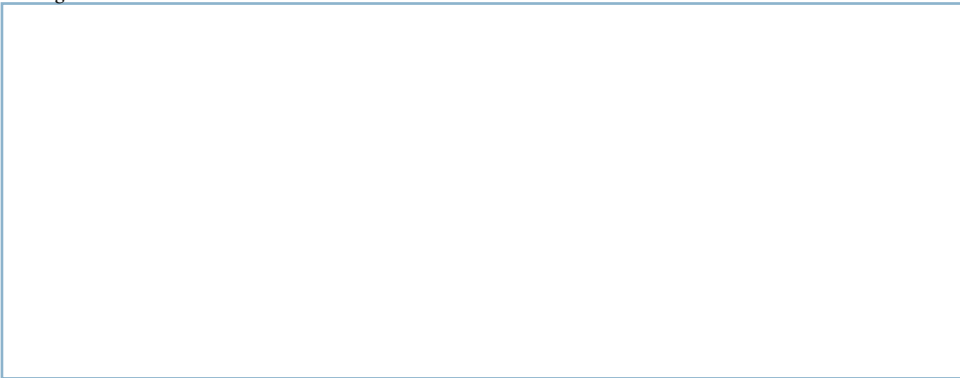
Videofluoroskopie:
Der Schluck, als dunkler Körper sichtbar, rinnt die Kehle hinab

Essensregeln für Menschen mit Schluckstörung

- Ruhige Atmosphäre
- Ausreichend Zeit
- Nicht sprechen
- Aufrechte Position
- Teelöffelweise von der gesunden Seite
- Kinn Richtung Brust
- Nachschlucken
- Getränke andicken

Kostanpassung bei Schluckstörung

Phase 0	Keine orale Ernährung, nur über Sonde
1. Phase	Feinpürierte Kost
2. Phase	Pürierte Kost
3. Phase	Weiche Kost (Brot ohne Körner und Rinde, streichfähige Brotaufstriche)
4. Phase	Übergangskost (ohne körnige, krümelige, faserige Nahrungsmittel)
5. Phase	Normalkost



Gefährliche Kost bei Schluckstörung

- Grobkörnige, krümelige und faserige Konsistenzen
- Nüsse, Körner, Haferflocken, Müsli mit Rosinen
- Reis, Graupen, Bulgur
- Spargel, Rhabarber, Ananas
- Rindfleisch
- Gemischte Konsistenzen, zum Beispiel Suppe mit Einlagen
- Salate

Schwerst betroffene Patienten erhalten zunächst Sondennahrung über eine Nasen- oder Magensonde (PEG). Beide Maßnahmen können nach erfolgreicher Schlucktherapie wieder rückgängig gemacht werden. Gleichzeitig werden Übungen zur Normalisierung der Sensibilität und zur motorischen Koordination der am Schlucken beteiligten Strukturen durchgeführt. Auch werden im Rahmen der Therapie immer wieder Kau- und Schluckübungen gemacht.

In leichteren Fällen wird zunächst die Nahrung in ihrer Konsistenz an die Gegebenheiten angepasst und die Getränke nach Bedarf angepöckelt. Auch hier werden spezielle Übungen, zum Teil mit elektronischen Hilfen, durchgeführt. Kompensatorisch können eine Veränderung der Kopfhaltung oder spezielle Schlucktechniken zur Nahrungsaufnahme nötig sein.

Tipps für den Alltag mit Schluckpatienten

Grundsätzlich ist darauf zu achten, dass bei der Nahrungsaufnahme eine ruhige Atmosphäre herrscht. Die Betroffenen brauchen unbedingt genügend Zeit zum Essen und sollten dabei nicht sprechen, da man beim Sprechen automatisch durch den Mund einatmet, und dadurch der Eintritt von Nahrung in die Luftröhre erleichtert wird.

Durch eine aufrechte Haltung, und, wenn nötig, stabile Lagerung, wird die Muskulatur in eine gute Ausgangsposition für den Schluckvorgang gebracht. Sofern der Patient nicht selbst essen kann, ist es wich-

tig, ihn soweit als möglich in das Geschehen mit einzubeziehen. Geben Sie dann das Essen bei Schlaganfallpatienten teelöffelweise von der gesunden Seite an und fordern Sie immer wieder zum Nachschlucken auf. Durch Anschauen, Riechen und Schmecken kann das Schlucken erleichtert werden, denn „es läuft einem das Wasser im Munde zusammen“.

Einen zusätzlichen Schutz der Luftwege erreichen wir, indem das Kinn zum Schlucken Richtung Brust genommen wird. Getränke sollten angepöckelt werden, um ein zu schnelles Einfließen in die Lunge zu vermeiden. Patienten, die angepöckelte Getränke verweigern, sollten möglichst nur Wasser und Tee bekommen, da dies von der Lunge besser toleriert wird als Milchprodukte oder säurehaltige Getränke. Lassen Sie nie Essen mit Getränken „runterspülen“.

Sie können den Patienten zwischendurch „Aah“ sagen lassen, und am Ton hören, ob sich durch eine feuchte oder gargelnde Stimme zeigt, dass unvollständig geschluckt wird. Am Ende der Mahlzeit sollte der Mund inspiziert und gegebenenfalls Essensreste entfernt werden, um vermehrter Keimbildung und Eindringen von verkeimtem Sekret in die Lunge vorzubeugen.

Medikamente können Sie, sofern möglich, zermörsert oder angepöckelt geben. Achtung: nicht alle Medikamente dürfen zermörsert werden.

Unter Berücksichtigung dieser Regeln ist es für die meisten Patienten doch möglich, mit Anpassung der Kost oder durch Einsetzen von Kompensationstechniken essen und trinken zu können. Dies führt zu einer erheblichen Entlastung der Betroffenen selbst und auch der pflegenden Personen.

Für Fragen zum Thema steht die Autorin gerne zur Verfügung:

Britta Raatschen
Praxis für Logopädie
Jörg-Schwarzerd-St. 8
75015 Bretten
britta.raatschen@web.de
www.logopaedie-raatschen.de



Glossar

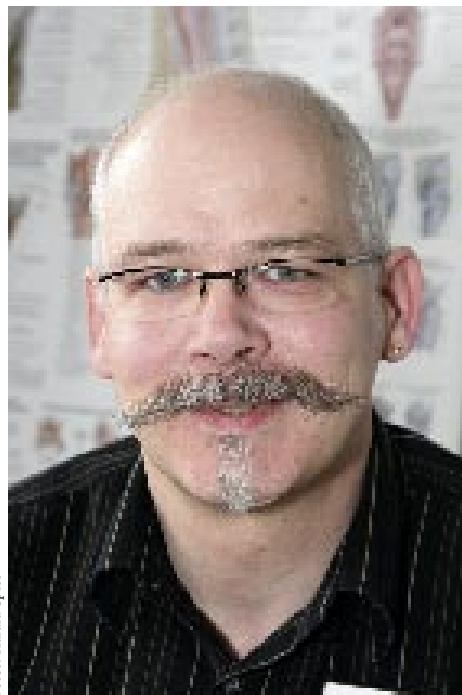
Dysphagien	Schluckstörungen
Pharynx	Rachen
Ösophagus	Speiseröhre
Multimorbidität	Mehrfacherkrankung
Aspiration	Einatmen von Fremdkörpern in die Atemwege
Aspirationspneumonie	Durch Aspiration hervorgerufene Lungenentzündung
Stille Aspiration	Durch Sensibilitätsstörung unbemerkte Aspiration
Videofluoroskopie	Aufzeichnung des Schluckaktes mittels Röntgenfilm
Videoendoskopie	Aufzeichnung des Schluckaktes mittels Endoskop
PEG	Perkutane endoskopische Gastrostomie (durch die Bauchwand hergestellter Zugang zum Magen, über den Sondennahrung komplikationslos gegeben werden kann)
ALS	Amyotrophe Lateralsklerose (Systemerkrankung des Rückenmarks mit nachfolgender Muskelatrophie)

Anzeichen für Schluckstörungen

- Häufiges Verschlucken, Hustenanfälle während oder nach dem Essen
- Vermehrtes Räuspern oder Husten während oder nach dem Essen
- Hochwürgen von Nahrung
- Gurgelnde, „feuchte“ Stimme
- Gurgelnde, rasselnde Atemgeräusche
- Fehlendes oder vermindertes Kauen
- Ausspucken oder ungewolltes Herauslaufen von Nahrung, Flüssigkeit oder Speichel aus dem Mund
- Äußerungen wie: „Das Essen bleibt mir im Halse stecken“ oder „Ich habe einen Kloß im Hals“
- Unlust am Essen, Nahrungsverweigerung
- Betroffene möchten lieber alleine essen, nicht in Gesellschaft
- Langsames Essen
- Gewichtsverlust
- Unerklärliches Fieber

Auch bei Ärzten gibt es Infobedarf

Interview mit Andreas Farr – das Gespräch führte Harald Spies



Fotos: Harald Spies

Der Diplom-Logopäde Andreas Farr ist Leiter der Schluckambulanz am SRH-Klinikum in Karlsbad-Langensteinbach

Herr Farr, was ist das Schluckzentrum des Klinikums Langensteinbach?

Das Schluckzentrum unseres Klinikums darf man sich nicht als eine räumliche Einheit vorstellen. Es ist gewissermaßen ein virtuelles Zentrum. Das Schluckzentrum ist in den alltäglichen Arbeitsablauf des Klinikums integriert und wird von allen Stationen und auch aus dem ambulanten Bereich angefragt.

Wir haben hier im Klinikum Langensteinbach schon immer Schluckstörungen diagnostiziert und therapiert. Wir stellten fest, dass nach Entlassung der Patienten die Therapie meist endete – es wurde einfach kaum mehr etwas gemacht. Wir haben dann für Patienten, die nicht stationär in unserem Haus lagen Untersuchungsleistungen angeboten. So entstand die Ambulanz. Die Ambulanz bietet für Patienten, die nicht hier im Haus stationär versorgt werden, Diagnose und Therapie von Schluckstörungen.

Wie ist das Schluckzentrum ausgestattet?

Wir haben uns hier in der Klinik entschieden – wie das auch in den USA üblich ist – als Diagnosemethode die Videofluoroskopie zu verwenden. Das ist eine radiologische Untersuchung des Schluckens, bei der man entweder von der Seite oder von vorne den Schluck in seiner Gänze sehen kann. Der

Patient nimmt dazu flüssiges Kontrastmittel – einen Brei mit Kontrastmittel und kontrastmittelangereichertem Brot – zu sich und wird beim Schluckvorgang geröntgt. Das wird auf Video aufgezeichnet, so dass man es hinterher gut und valide auswerten kann. Die Auswertung findet im Tandem Radiologe – Logopäde statt, so dass alle Belange von fachärztlicher Seite und logopädischer Seite berücksichtigt werden.

Wie groß ist der Einzugsbereich Ihres Schluckzentrums?

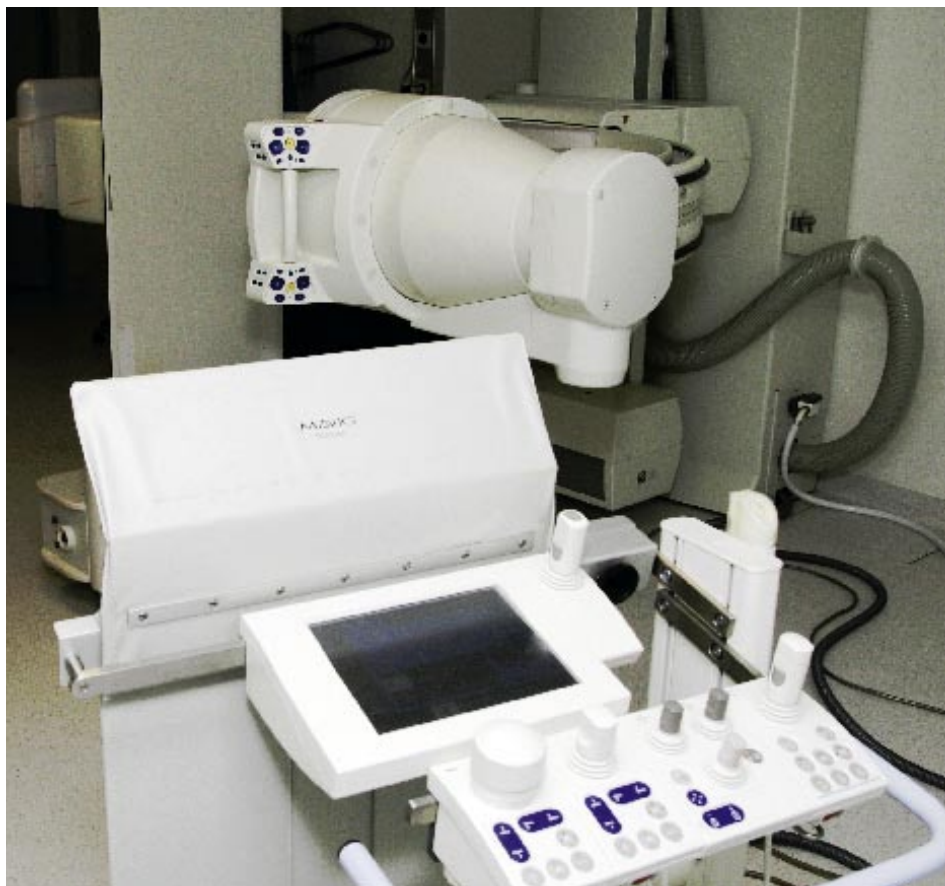
Da wir ein Akutkrankenhaus sind, decken wir stationär hauptsächlich den direkten Umkreis ab. Der ambulante Einzugsbereich ist jedoch deutlich größer, vor allem für die Diagnostik, für die Therapie nur in Einzelfällen. Wir sind bis weit über Frankfurt am Main hinaus die einzige Klinik, die ambulante Videofluoroskopie anbietet. Die Patienten kommen aus dem Bereich von Basel im Süden bis etwa zur Höhe Gießen und Koblenz, und von der Pfalz im Westen bis aus der Region Stuttgart. In Einzelfällen kommen Patienten von noch weiter angereist, um sich diagnostizieren zu lassen.

Welche Art von Patienten nehmen das Schluckzentrum in Anspruch?

Bei den stationären Patienten sind es meist neurologische Patienten – Menschen nach Schlaganfall oder mit Schädel-Hirnverletzungen, Patienten mit systemischen neurologischen Erkrankungen wie ALS, Parkinson oder MS. Eine weitere Gruppe sind Patienten aus der Halswirbelchirurgie. Bei den großen halswirbelchirurgischen Eingriffen, die Professor Harms hier im Hause durchführt, wird auch teilweise durch den Mund operiert. Dabei werden gerade die Strukturen durch die Operation in Mitleidenschaft gezogen, durch die das Schlucken abläuft. Nach der Operation ist dann meist das Schlucken beeinträchtigt. Ambulante Patienten sind ebenfalls viele neurologische Betroffene, dazu kommen auch onkologische Patienten nach Operationen, Chemotherapie und Bestrahlungen im Hals-Rachen-Bereich.

Wie muss man sich eine Schlucktherapie vorstellen?

Es gibt verschiedene Arten von Therapien, die sich teilweise ergänzen und parallel oder in Phasen angewendet werden. Da sind



Am SRH-Klinikum in Karlsbad-Langensteinbach wird Videofluoroskopie mit modernsten Geräten durchgeführt

zunächst Behandlungen, die den Patienten helfen, sich auf eine Störung einzustellen und damit umzugehen, das sind die adaptiven Therapien. Sie orientieren sich daran, was der Patient noch an Schluckfähigkeiten hat. Das kann bedeuten, dass man die Konsistenz der Nahrung anpasst, dass der Patient bestimmte Körperhaltungen trainiert, in denen das Schlucken verschiedener Nahrungskonsistenzen erleichtert wird. Dazu zählt auch eine Versorgung mit Nahrungssonden.

Dann gibt es die funktionellen Therapien, bei denen der Patient gezielt Übungen zur Kräftigung der Schlundmuskulatur, der Kehlkopf-Hebemuskulatur macht. Diese Behandlungen erzielen oft sehr gute Erfolge. Das Resultat ist natürlich immer vom Grad der Schädigung abhängig. Entsprechend sind die Therapieziele. Bei Menschen, die völlig auf normale Nahrungszufuhr verzichten mussten, geht es beispielsweise zunächst nur darum, dass sie überhaupt wieder in den sinnlichen Genuss von Nahrung kommen, etwas trinken oder essen können.

Wie sieht es allgemein mit der Versorgung von Menschen mit Schluckstörungen aus? Gibt es da ein Bewusstsein bei allen behandelnden Fachärzten, dass eine logopädische Behandlung notwendig oder zumindest möglich ist?

Wenn die entsprechenden Patienten bereits in der Akutphase logopädisch versorgt wurden, ist bei den Ärzten auch ein entsprechendes Bewusstsein vorhanden. Da, wo das nicht der Fall ist, gibt es in der Regel auch keine logopädische Versorgung. Die Erkenntnis, dass man Dysphagien behandeln kann, ist noch nicht durchgängig bei allen behandelnden Ärzten vorhanden. Wir haben viele Patienten in unserer Ambulanz, die auf eigene Initiative und durch eigene Nachforschungen auf unser Schluckzentrum gekommen sind und ihren Arzt informieren.

Oft werden Schluckstörungen gar nicht als solche erkannt. Es gibt so genannte „dezenete“ Störungen, die man zunächst gar nicht wahrnimmt. So kann es sein, dass bei einem Schlaganfall zunächst keine massiven Störungen der Sprache erkennbar sind. Später zeigt sich aber, dass der Patient vermehrt hustet, oder weniger isst, oder länger beim Essen braucht. Manche Patienten mit diesen „dezenten“ Schluckstörungen meiden bestimmte Nahrungskonsistenzen, weil sie damit nicht zurecht kommen. Auch eine unerklärliche Gewichtsabnahme kann ihre Ursache in einer Schluckstörung haben. In einem solchen Fall ist es ratsam, eine genaue Diagnose stellen zu lassen, ob eine Schluckstörung die Ursache der Störung ist. ■

Multimedia-CD-ROM

Das Lernprogramm „Schluckstörungen“ vermittelt sehr anschaulich und mit ausgefeilter Didaktik detailliertes Wissen zum Thema. Es eignet sich sowohl für das selbst gesteuerte Lernen im Unterricht im Rahmen der Ausbildung als auch für die Wissensaktualisierung für Pflegefachkräfte bzw. zur Wissensvermittlung für angelesene Hilfskräfte. Das Lernmodul kann ebenso von Berufsrückkehrern und für die Einarbeitung neuer Mitarbeiter sinnvoll genutzt werden. Aufgrund der einfachen Bedienbarkeit, der verständlichen Aufbereitung und der konsequenten Visualisierung der Lerninhalte können auch Mitarbeiter ohne EDV-Kenntnisse, Mitarbeiter mit Sprachbarrieren und pflegende Angehörige fachlich profitieren.

Mit grafischen Animationen, Fotos und Texteneinschüben werden die komplexen Fachinformationen anschaulich und leicht verständlich dargestellt. Zwischen den Lernsequenzen sind Übungseinheiten integriert, die dem Lernenden eine Rückmeldung darüber geben, ob der Lernstoff verstanden wurde. Abschließend kann eine Erfolgskontrolle durchgeführt werden.

Das Lernprogramm wurde im Rahmen des Projektes „Innovationsverbund PflegeWissen“ konzipiert und ist das erste Modul aus der PflegeWissen-Reihe, das als einzelnes Lernprogramm frei erhältlich ist. In enger Kooperation mit hessischen



Altenpflegeeinrichtungen und ambulanten Pflegediensten entwickelt und erprobt das Projekt computergestützte Lernmodule zu pflegerelevanten Themen.

Am 4. Februar dieses Jahres wurde das Projekt auf der jährlich stattfindenden E-learning Messe „Learntec“ in Karlsruhe mit dem Europäischen E-Learning-Award (eureleA) ausgezeichnet. Dieser Preis wird von der Landesregierung Baden-Württemberg vergeben.

Das interaktive Lernprogramm kostet 35,- € inkl. Mehrwertsteuer, Porto und Versand.

Zu bestellen bei:

GOAB, Kaiserstraße 66, 63065 Offenbach
Telefon 00 49 (0)69/98 64 88-0
Fax 00 49 (0)69/86 22 97
Informationen und Bestellformular unter
www.projekt-pflegewissen.de