Schluckstörungen professionell begegnen

Professionelle pflegerische Interventionen in der Versorgung von Menschen mit Schluckstörungen (Dysphagie) ermöglichen Lebensqualität durch Nahrungsaufnahme. Dies erfordert Kenntnisse über den Vorgang des Schluckens, über auftretende Schluckstörungen und geeignete Maßnahmen in einem interdisziplinären Team. Einblick in ein komplexes Thema von Expertinnen aus dem Kölner Dysphagiezentrum.

MATERIAL
Broschüre Gemeinsam zu Tisch

MELANIE WEINERT | MANUELA MOTZKO

Das Schlucken ist eine der häufigsten Aktivitäten des menschlichen Organismus. In der Regel verläuft diese mehrere hundert Male pro Tag reibungslos und sicher. Medizinisch-physiologisch versteht man darunter den Abtransport des Mundinhaltes (z. B. von Speichel, Speisen und Getränken), über den Rachen (Pharynx) und die Speiseröhre (Ösophagus) in den Magen. Hierbei handelt es sich um einen hochkomplexen, durch eine Vielzahl von verschiedenen peripheren und zentralen Strukturen gesteuerten, Vorgang.

Der Schluckvorgang

Den Schluckvorgang kann man in fünf Phasen (→ KASTEN 1, S. 40) aufteilen. Die ersten drei Schluckphasen können willkürlich gesteuert werden. Aber alles, was nach der Auslösung des Schluckreflexes geschieht, ist einer willkürlichen Steuerung entzogen und läuft rein reflexgesteuert in Bruchteilen von Sekunden ab. Die Phasen bedingen sich, d. h., eine Störung in einer oder mehrerer Schluckphasen kann die jeweils anderen negativ beeinflussen. Die Kenntnis der spezifischen Aspekte der einzelnen Schluckphasen ist hilfreich, um sich darüber die individuelle Pathologie herzuleiten, diagnostisch vorzugehen sowie Hilfen für die Versorgung des betroffenen Menschen im Pflegealltag ableiten zu können.

Auftreten von Schluckstörungen

Wie in Kasten 1 (S. 40) beschrieben, ist für den physiologischen Ablauf des Schluckens ein fein koordiniertes Zusammenspiel von mindestens 50 Muskelfunktionsgruppen, fünf Hirnnervenpaaren und vier Zervikalnerven notwendig (Bigenzahn et al., 1999). Der Schluckvorgang selbst dauert im Durchschnitt zwischen 0,7 und 2,9 Sekunden (vgl. Wuttge-Hannig, Hannig 2003). Vor diesem Hindergrund lässt sich erahnen, dass es im Verlauf dieses hoch differenzierten Ablaufes zu unterschiedlichen Störungen (Dysphagie) kommen kann. Oftmals sind davon mehrere Schluckphasen, auch unterschiedlich stark, betroffen.

Da die Qualität des Schluckvorganges auch maßgeblich von Tonus, Motorik und Sensorik des gesamten Körpers beeinflusst wird, ist es unerlässlich, auch diesen Aspekt in der Versorgung von Menschen mit einer Dysphagie mit in den Blick zu nehmen. Je schwerer ein Mensch gesamtkörpermotorisch, aufgrund seiner Körperwahrnehmung oder körperlichen Schwäche, beeinträchtigt ist, desto bedeutsamer wird dieser Aspekt.

Schluckstörungen schränken die Lebensqualität der davon betroffenen Menschen ein und können einen lebensbedrohlichen Verlauf nehmen (→ Aspiration). Stationär wie auch ambulant versorgte Patienten / Bewohner mit einer Dysphagie benötigen daher eine gezielte, individuell abgestimmte Unterstützung bei der Nahrungsaufnahme.

Ursachen

Dysphagien unterschiedlicher Ausprägung können bei Menschen aller Altersgruppen und aufgrund verschiedener Ursachen auftreten. Für den Bereich der Palliativ Care sind insbesondere zwei Ursachengruppen zu nennen:

- neurologische Erkrankungen (neurogene Dysphagien): z. B. Schlaganfälle, Schädel-Hirn-Traumata, Muskelerkrankungen, degenerative Erkrankungen (Parkinsonsyndrome, MS, ALS) oder Demenzen
- onkologische Erkrankungen: z. B. Karzinome und Resektionen im Kopf-, Hals-, Mund-, Kiefer- oder Gesichtsbereich.

Operierte Karzinome können aufgrund der fehlenden Strukturen (Zunge, Gaumen, Kehldeckel, Kehlkopf usw.) zu Dysphagien führen. Oftmals ist auch die Strahlentherapie ein entscheidender negativer Faktor, der die Motorik und Sensibilität der Schluckfunktionen erheblich einschränkt. Dabei kann es zu einer ausgeprägten Mundtrockenheit und einem reduzierten Geschmacksempfinden kommen.

palliativ_17_39_43.indd 39 06.02.13 15:06

KASTEN 1

Schluckphasen bei der Nahrungsaufnahme

Präorale Phase

Sie ist dadurch gekennzeichnet, dass das Nahrungsmittel durch verschiedene Wahrnehmungskanäle (visuell, olfaktorisch, taktil sowie taktil-kinästhetisch) erkannt wird und der Körper sich auf die bevorstehende Nahrungsaufnahme einstellt (vgl. Nusser-Müller-Busch, 2004). Dies geschieht beispielsweise, indem der Oberkörper automatisch aufgerichtet und zum Tisch/Teller ausgerichtet wird. Die Speichelproduktion wird angeregt. Verschiedenste Hirnareale, die Erinnerungen und Erfahrungen des bisherigen Lebens bzgl. Geruch, Geschmack oder bestimmte Erlebnisse abgespeichert haben, werden aktiviert (→ Beitrag Brombach, S. 12). Mit Hilfe eines fein abgestimmten sensomotorischen Kontrollsystems wird dann die Nahrung entweder direkt mit der Hand ergriffen oder mit Hilfe des Bestecks/Trinkgefäßes zum Mund geführt. Der Mund öffnet sich und das Schluckgut wird kontrolliert von den Lippen aufgenommen und wohl dosiert im Mundraum platziert (→ **ABBILDUNG 1**).

Orale Vorbereitungsphase

Die zweite Phase ist durch das Einspeicheln und Zerkleinern der festen Nahrungsbestandteile gekennzeichnet. Hierzu werden verschiedene Muskelgruppen im orofazialen System (Wangen, Zunge, Lippen, Gaumensegel etc.) benötigt. So sind z. B. die Kaumuskulatur für Kieferrotationsbewegungen und der Zungenkörper für das Befördern des Kauguts zwischen die Kauleisten der Zähne zuständig. Ist das Kaugut ausreichend zerkleinert, wird es auf der Zunge (Zungenmulde) gesammelt und für die nächste Phase vorbereitet. Bei Flüssigkeiten ist diese Schluckphase verkürzt und beschränkt sich auf das Kontrollieren des Schluckguts in der Zungenmulde (→ **ABBILDUNG 2**).

Orale Transportphase

Der vorbereitete Speisebrei (Nahrungsbolus) wird mit Hilfe einer wellenförmigen Zungenbewegung aus der Mundhöhle in Richtung Rachen befördert. Dort gelangt er an Triggerareale, die den Schluckreflex auslösen. Ab diesem Zeitpunkt übernimmt ein fein aufeinander abgestimmter, reflektorischer Mechanismus die weitere Steuerung (→ **ABBILDUNG 3**).

Pharyngeale Phase

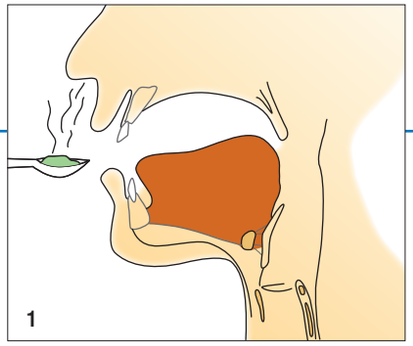
Diese sehr komplexe Phase beginnt mit der Schluckreflexauslösung; hierbei müssen viele motorische Vorgänge innerhalb kürzester Zeit aufeinander abgestimmt werden:

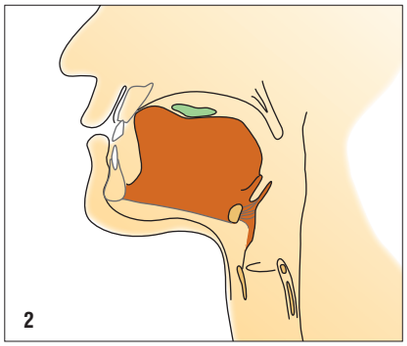
- eine Trennung zwischen Mund- und Nasenrachenraum (Oro- und Nasopharynx) durch einen velopharyngealen Abschluss (kurzzeitiger physiologischer Verschluss des Nasenrachens durch das Gaumensegel)
- eine Abdichtung des Larynx (Kehlkopf) bzw. der unteren Atemwege durch verschiedene laryngeale Schutzmechanismen
- das Aufziehen des oberen Ösophagussphinkters (Eingang zur Speiseröhre).

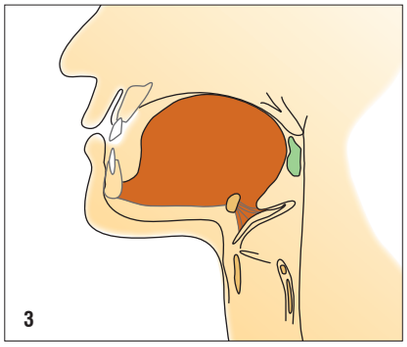
Das Schluckgut wird über den hinunter geklappten Kehldeckel in Richtung des geöffneten Ösophagus befördert. Für diese aufeinander abgestimmten Vorgänge ist u. a. eine Vielzahl von Muskelgruppen zuständig (→ **ABBILDUNG 4**).

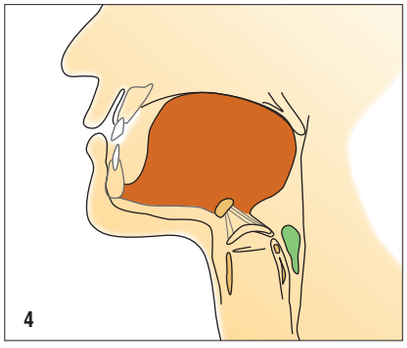
Ösophageale Schluckphase

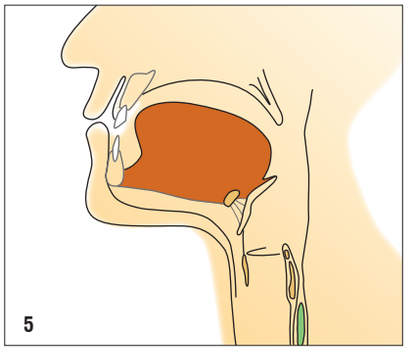
In der Speiseröhre angelangt, wird der Speisebrei durch peristaltische, muskuläre Transportbewegungen der Speiseröhrenwände bis zum unteren Ösophagussphinkter und somit zum Mageneingang befördert. Sobald der Bolus sich vollstän-dig im Magen befindet, endet der physiologische Schluckvorgang (→ **ABBILDUNG 5**) (vgl. Bartholome, 2006).


1


2


3


4


5

palliativ_17_39_43.indd 40 06.02.13 15:06

Folgen & Komplikationen

Die *Aspiration* (Eindringen von Speichel, flüssigen oder festen Substanzen in die tieferen Atemwege) von Speisen und Getränken kann zu lebensbedrohlichen Erstickungsanfällen mit Atemnot und/oder zu einer Aspirationspneumonie (Lungenentzündung) führen. Von Bedeutung sind hierbei auch die oralhygienischen Verhältnisse, beispielsweise mit vermehrter/veränderter bakterieller Besiedelung sowie geschwächter Immunabwehr. Als weitere beeinflussende Faktoren sind aber auch die Unselbstständigkeit bei der Nahrungszufuhr, kariöser und plaquebesiedelter Zahnstatus, Sondenernährung, Multimorbidität, Zahl der Medikamente und Rauchen zu nennen (Langmore et al., 1998).

Besonders kritisch wird es für die betroffene Person, wenn es zu einer *silent aspiration* kommt, d. h. es wird aspiriert ohne erkennbares Zeichen, Schutzreflexe wie Husten/Räuspern fallen aus. Diese kann u. a. im Rahmen von neurologischen Erkrankungen (z. B. nach Schlaganfall) auftreten, bei denen es zu einer Sensibilitätsstörung bestimmter Strukturen im Pharynx- und Larynxbereich kommt (Hirnnervenschädigungen).

Fehl- oder Unterernährung, Exsikkose/Dehydration, deutlicher Gewichtsverlust (→ Beitrag Saner, S. 23) oder/und *Appetitlosigkeit* (→ Beitrag Möhr & Fringer, S. 8) können weitere Folgen einer Dysphagie sein. Vor allem der Zustand der Exsikkose führt oft zu einer Mangeldurchblutung des Gehirns und in Folge zu einer zunehmenden Bewusstseinseintrübung oder geistigen Verwirrung. Malnutrition über eine einseitige oder unzureichende Nährstoffzufuhr kann eine allgemeine Schwächung des Körpers, Abbau von Muskulatur und auch Wundheilungsstörungen z. B. bei Dekubitus (Proteinmangel) bewirken.

Darüber hinaus können Schluckstörungen auch zu einer *sozialen Isolation* (→ Beitrag Brombach, S. 12) führen, die wiederum für den betroffenen Menschen eine hohe psychische Belastung bedeuten kann.

Hinweise auf eine Dysphagie

Klinische Zeichen für eine Dysphagie können sein:

- Speichel, Speise oder Flüssigkeit läuft aus dem Mund (Drooling)
- stark verzögertes Kauen
- langsame Nahrungsaufnahme
- Nahrungsrückstände oder Speichelseen im Mund
- häufiges Ausspucken oder Hochwürgen von Speichel
- verminderte Kehlkopfhebung (vgl. Leonard, Kendall, 2002)
- verwaschene Artikulation (Sprechen und Schlucken benötigen gleiche Strukturen).

Eine mögliche *Aspiration* kann an folgenden klinischen Anzeichen erkannt werden:

- verstärkte Verschleimung im Hals- und Kehlkopfbereich, auch ohne Auslösung von Husten/Räuspern
- kräftiger Husten ohne oder mit Begleiterscheinungen wie tränende Augen, Würgen
- auffallendes, gehäuft auftretendes Räuspern
- gurgelndes Atemgeräusch im Hals- und Bronchialbreich
- raue, gurgelnde „feuchte" Stimme: „wet-voice"
- Kurzatmigkeit
- unklare Körpertemperaturerhöhungen.

Bei plötzlich auftretendem Fieber unklarer Genese sollte daher immer auch an eine Aspiration gedacht werden (silent aspiration).

Diagnostik

Eine Dysphagie erkennen und behandeln zu können, erfordert eine klinische Schluckuntersuchung, die in der ambulanten wie stationären Versorgung von qualifizierten Sprachtherapeuten (Logopäden) durchgeführt werden sollte. Daher wird eine interdisziplinäre Zusammenarbeit angestrebt, damit der betroffene Patient/Bewohner optimal versorgt und geschützt werden kann. Diese ermöglicht ein frühzeitiges Erkennen von dysphagischen Zeichen und den professionellen Umgang mit diesem Symptom.

Pflegende sowie Angehörige sollten daher als erste Kontaktpersonen aufmerksam auf Störungen beim Schlucken, und somit eine mögliche Aspirationsgefahr der erkrankten Personen achten. Denn eine als Komplikation auftretende Lungenentzündung, die in der Regel zu einer weiteren körperlichen Schwächung und im Extremfall auch zum Tod führen kann, sollte verhindert werden.

Hilfreiche pflegerische Interventionen

Sowohl für die selbstständige als auch für die unterstützte orale Nahrungsaufnahme sowie für die Mundpflege des erkrankten Menschen, müssen folgende Kriterien erfüllt sein:

- ausreichende Wachheit und Aufmerksamkeit
- Mund- und Lippenschluss muss während des Schluckens hergestellt werden können, ggf. mit Hilfestellung (Kieferkontrollgriff)
- Speichelschlucken sollte gelingen
- Schluckreflex muss stimulierbar sein
- Hustenstoß muss auslösbar und vor allem effektiv sein
- Oberkörperaufrichtung und Kopfkontrolle sollten gewährleistet sein (eigenständig oder unterstützt).

Lagerung

Für alle pflegerischen Maßnahmen, die sich mit dem Schlucken (Essen/Trinken anreichen, Mundpflege, Trachealkanülenmanagement, enterale Ernährung) befassen, stellt eine stabile Oberkörperaufrichtung der betroffenen Person eine wichtige Ausgangshaltung dar. Menschen, bei denen es infolge einer neurologischen Erkrankung zu Ausfällen der Gesamtkörpermotorik und/oder pathologischen Veränderungen im Körpertonus gekommen ist, sind nur bedingt in der Lage sich eigenständig zur Nahrungsaufnahme oder Mundpflege aufgerichtet auszurichten (mit Rumpf- und Kopfstabilität). Sie benötigen daher pflegerische Unterstützung. Hierzu bieten sich gezielte Lagerungstechniken/Körperpositionierungen an (→ Workshop S. 44). Das Becken und seine Position durch die Stellung der Füße ist dabei ein zentraler Schlüsselpunkt. Die

palliativ_17_39_43.indd 41 06.02.13 15:06

KASTEN 2

6

7

Anpassung von Nahrungskonsistenzen

Unsere „normale Nahrung“ fordert dem Schlucksystem ab, parallel mit unterschiedlichen Konsistenzen und Fließgeschwindigkeiten umzugehen. Für Menschen mit Dysphagie ist das oftmals eine Überforderung, weil bereits das Schlucken von Essen oder Trinken in einer Konsistenz Schwierigkeiten bereitet.

So kann eine *homogene* Konsistenz am leichtesten geschluckt werden. *Heterogene* Konsistenzen hingegen – wie z. B. Joghurt mit Fruchtstückchen, Müsli, Suppen mit Einlage, frische Tomaten oder viele Obstsorten (Mandarinen / Apfelsinen, Äpfel, Weintrauben etc.) – führen zum Verschlucken. Flüssigkeiten haben eine hohe Fließgeschwindigkeit, verteilen sich im Mundraum breit und sind demnach schwer kontrollierbar. Manchmal gleiten sie vor dem Schlucken schon über den Zungenrücken ab und führen zum Verschlucken. Daher ist es hilfreich, Flüssigkeiten stufenlos anzudicken (je nach Schluckfähigkeit) und Mischkonsistenzen zu einer Konsistenz zu pürieren (→ Smoothfood, Material p: p 17 / 2013).

Auswahl geeigneter Ess- und Trinkhilfen

Durch den Einsatz von speziellen Ess- und Trinkhilfen kann die selbstständige Nahrungsaufnahme erleichtert werden. Diverse Hersteller bieten unterschiedliche Produkte an, die den Möglichkeiten der betroffenen Menschen entsprechend eingesetzt werden können (→ **ABBILDUNG 6** „Trinkhilfen“).

So sollte der bekannte „Schnabelbecher“ aus dem Versorgungsalltag von Menschen mit Dysphagie verschwinden, da er für die Schluckkompetenz von großem Nachteil ist. Beim Leeren des Bechers muss der Kopf mehr und mehr in den Nacken genommen werden, was für die Schluckmuskulatur und Motorik extrem schwierig ist. Die Tülle verhindert zudem ein Geruchs- und Temperaturempfinden, erfordert von der Zunge die Dosierung der Trinkmenge und forciert ein pathologisches Schluckmuster. Der Einsatz eines Schnabelbechers hat aber für Menschen ohne Schluckstörungen einen Nutzen, um das Verschütten von Flüssigkeit (bei Tremor, Ataxie usw.) zu verhindern.

Daher ist es vor der Auswahl des geeigneten Trinkgefäßes wichtig, die Schluckfähigkeiten der betroffenen Person zu analysieren, um herauszufinden, welche Unterstützung das Trinkgefäß bieten muss. So kann ein kleiner Becher mit Nasenkerbe (→ **ABBILDUNG 7**) für das sehr kontrollierte Anreichen von Flüssigkeiten oder Medikamenten (Tropfen, Sirup) hilfreich sein. Bei diesem ist es möglich, den Rand ein wenig zusammenzudrücken und eine gezielte Führung der Flüssigkeit in den Mund zu erreichen.

Neben den geeigneten Trinkhilfen ist die individuelle Auswahl von Esshilfen (Besteck und Geschirr) für eine autonome und auf die Fähigkeiten abgestimmte Nahrungsaufnahme hilfreich.

palliativ_17_39_43.indd 42 06.02.13 15:06

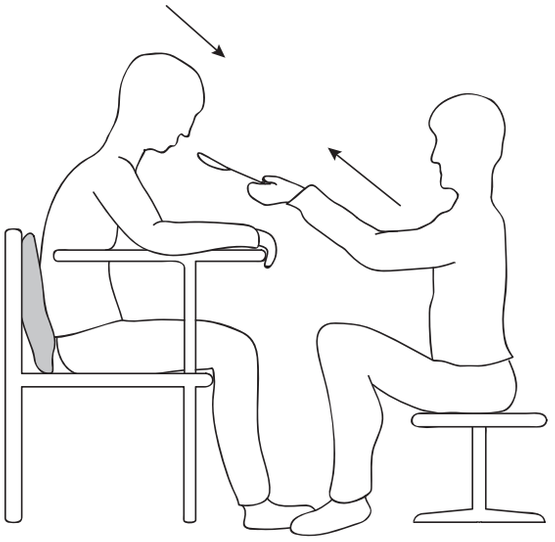


ABBILDUNG 8
Die richtige Position beim Anreichen von Nahrung unterstützt den Schluckvorgang

Beckenposition bestimmt die Ausrichtung der Wirbelsäule, die Rumpfposition und folglich die Halswirbelsäule (HWS) sowie die Kopfposition. In Abhängigkeit davon, wie Kopf und HWS zueinander stehen, wird die Stellung von Unterkiefer und Zungenbein beeinflusst sowie die Muskulatur dementsprechend tonisiert.

Selbstständige und unterstützte Nahrungsaufnahme

Die selbstständige Nahrungsaufnahme sollte auch einem schwerkranken Menschen unbedingt ermöglicht werden. Gibt es Einschränkungen in der präoralen Phase – aufgrund von Kraftminderung, Lähmung, Tremor o. ä. der oberen Extremitäten oder Hände – so sind geführte Bewegungen sehr hilfreich. Muss die Nahrung eingegeben werden, sollte sich die Pflegekraft dafür unbedingt gegenüber der betroffenen Person mit ausgeiegendem Blick platzieren, um die Kopfneigung nach unten zu unterstützen (→ **ABBILDUNG 8**). Weitere hilfreiche Aspekte sind:

- aufgerichteter Oberkörper, Kinn nach unten geneigt
- geeignete Speisen und Konsistenz (→ **KASTEN 2**) wählen
- kleine Portionen anbieten
- geeignete Ess- und Trinkhilfen (→ **KASTEN 2**) auswählen
- Speisen sehen, riechen und schmecken lassen, um Speichelproduktion und Appetit anzuregen
- Zeit lassen für Kauen und Nachschlucken
- während des Kauens und Schluckens nicht unterhalten und auch Störlärm (z. B. Fernsehen) reduzieren
- nach dem Essen Mundpflege durchführen, ansonsten besteht die Gefahr, dass Nahrungsrückstände vermengt mit Speichel später (bei Lagerungswechsel) unbemerkt abgleiten und zum Verschlucken führen (→ Workshop, S. 44)
- etwa 20–30 Minuten nach Nahrungsaufnahme aufrecht sitzen bleiben, minimiert die Refluxgefahr und die Schwerkraft wird genutzt, damit die Nahrung im Magen vollständig verarbeitet und dann weitertransportiert werden kann.

Eine gewissenhafte und kompetente Versorgung von Menschen mit Dysphagie in der Palliative Care fordert einen interdisziplinären Blick. Denn nur durch die Verzahnung von pflegerischen, therapeutischen und ärztlichen Maßnahmen, kann den betroffenen Patienten / Bewohnern hinreichend geholfen werden. ■

Im WORKSHOP – als Teil dieses Beitrags – sind einige exemplarische Maßnahmen zur praktischen Umsetzung dargestellt.

Literatur

Bartholome, G.; Schröter-Morasch, H. (Hrsg.) (2006): *Schluckstörungen: Diagnostik und Rehabilitation*. München / Jena: Urban & Fischer Verlag

Bigenzahn, W.; Piehslinger, E.; Denk, D.-M. (1999): *Anatomische und Physiologische Grundlagen des Schluckens*. In: Bigenzahn, W.; Denk, D.-M. (Hrsg.): Oropharyngeale Dysphagien. Stuttgart: Thieme Verlag

Langmore, S. E.; Terpenning, M. S.; Schork, A.; Chen, Y.; Murray, J. T.; Lopatin, D.; Loesche, W. J. (1998): *Predictors of aspiration pneumonia: how important is dysphagia?* Dysphagia 13: 69–81

Nusser-Müller-Busch, R. (2004): *Die Therapie des facio-oralen Trakts*. Heidelberg: Springer Verlag

Prosiegel, M. (2002): *Neurologie von Schluckstörungen*. In: Prosiegel, M. (Hrsg.): Praxisleitfaden Dysphagie. Diagnostik und Therapie von Schluckstörungen. Bad Homburg: Verlag Hygieneplan

Wuttge-Hannig, A.; Hannig, C. (2003): *Radiologische Diagnostik und Therapie von Schluckstörungen nach Therapie eines HNO-Tumors*. Manual Kopf-Hals-Malignome: 113–116

Weitere Literatur bei den Autorinnen.

DR. RER. MEDIC. M. WEINERT
Akadem. Sprachtherapeutin (dbs) und psychoanalytisch-systemische Beraterin (SG); 2002 Gründung des Kölner Dysphagienzentrums: thematische Gutachten, Beratungen, Coachings, Weiterbildung
info@dysphagiezentrum.de

M. MOTZKO
Logopädin (dbl), 2002 Gründung des Kölner Dysphagienzentrums: thematische Gutachten, Beratungen, Coachings, Weiterbildung
info@dysphagiezentrum.de

palliativ_17_39_43.indd 43 06.02.13 15:06