

...

Sind Schluckstörungen gefährlich?

Fakten: Der Schluckakt ist sachlich betrachtet eine rein mechanische Bewegungsabfolge, der unter Absicherung der Atemwege dem Transport von Nahrung und Speichel in den Magen dient. Dessen Koordinierung erfolgt durch Schluckzentren innerhalb der Großhirnrinde (steuern willentliche, aber auch unwillkürliche Abläufe) sowie durch Schluckzentren des Hirnstamms innerhalb der Medulla oblongata (sog. Central Pattern Generators, die sämtliche unwillkürlichen, reflektorischen Abläufe steuern). Des Weiteren sind 5 Hirnnerven und über 50 schluckrelevante Muskelgruppen am Schluckakt beteiligt

Ein gesunder Mensch schluckt, wenn er wach ist, seinen Speichel ca. 1x pro Minute (sog. Spontanschluckrate).

Der Schluckakt wird allgemein in vier Phasen gegliedert, die jedoch fließend ineinander übergehen.

Während der **oralen Vorbereitungsphase** wird die in die Mundhöhle geführte Nahrung wahrgenommen, auf Festigkeit hin analysiert, entsprechend eingespeichelt und so lange gekaut, bis ein gut zu schluckender Nahrungsbrei (Bolus) entsteht. Dieser wird auf die zu einer Schüssel geformten Zunge platziert.

Während der **oralen Transportphase** wird der Bolus durch wellenförmige Bewegung der Zunge am harten Gaumen entlang nach hinten in den Rachenraum (Pharynx) befördert.

Mit Erreichen einer sensiblen Stelle kommt es zum Auslösen des Schluckreflexes (Schluckreflextriggerung am sog. Triggerpunkt). Diese Stelle verschiebt sich von den vorderen Gaumenbögen beim jungen Menschen im Verlaufe des Lebens weiter nach hinten unten Richtung Zungengrund. Das heißt, im Alter wird der Schluckreflex in der Regel später ausgelöst als in der Jugend.

Im Gegensatz zu den ersten beiden Phasen sind der Schluckreflex sowie die beiden sich anschließenden Schluckphasen nicht mehr willentlich beeinflussbar.

Der Schluckreflex leitet die **pharyngeale Phase** ein. Hier erfolgt der Schutz der Atemwege und durch wellenförmige Kontraktionen der Bolustransport zum Speiseröhreneingang (oberer Ösophagussphinkter/ OÖS).

Der Schutz der Atemwege ist ein störanfälliges System, das nur sicher arbeitet, wenn alle hierfür notwendigen Bewegungsabfolgen präzise aufeinander abgestimmt funktionieren: Mit Auslösung des Schluckreflexes hebt sich das Gaumensegel (Velum), das den Nasenrachenraum abdichtet. Funktioniert die Hebung nicht, tritt Nahrung oder Flüssigkeit aus der Nase. Gleichzeitig wird der Kehlkopf (Larynx) mit leichter Kippung nach vorn oben gezogen (Larynx-elevation), wodurch sich der Kehildeckel (Epiglottis) schützend auf den Kehlkopf legt. Stimm lippen und Taschenfalten werden ebenfalls geschlossen. Dieser Dreifachschutz verhindert bei gelungenem Schlucken das Eindringen von Nahrung, Flüssigkeit oder Speichel in die unterhalb des Kehlkopfes liegenden Atemwege.

Auch beim Gesunden funktioniert diese Präzision nicht immer einwandfrei und es kommt zum „Verschlucken“. Dieses stellt in der Regel jedoch kein Problem dar, weil der Fehler erkannt und durch promptes Auslösen kräftiger Schutzreflexe wie Räuspern oder Husten effektiv behoben wird.

Gefährlich wird es, wenn die Reflexe, die der Reinigung dienen, nur noch schwach, verzögert oder gar nicht mehr ausgelöst werden. Eindringene Nahrung und/ oder

Flüssigkeit verbleibt somit in den Atemwegen¹. Zu befürchten ist das Entstehen einer Lungenentzündung (Aspirationspneumonie). Sie stellt eine ernst zu nehmende Komplikation dar, die nicht selten zum Tode führt und durch bestmögliche Prophylaxe versucht werden muss zu verhindern.

Durch das Ziehen des Kehlkopfs nach vorn oben wird der obere Ösophagussphinkter/ OÖS nach vorangegangener Muskelerschlaffung passiv aufgedehnt und somit für den Eintritt des Bolus in die Speiseröhre (Ösophagus) geöffnet. In Ruhe ist er geschlossen, um ein Rückfließen von Mageninhalt zu verhindern.

Die Passage des Bolus vom OÖS in den Magen wird als **ösophageale Phase** bezeichnet und dauert 8-20s. (Herbst, 2008)

Schlucken ist ein hochkomplexer, störanfälliger Vorgang, der in allen Phasen Fehler aufweisen kann.

Eine manifeste Schluckstörung kann zu

- sozialer Isolation (Scham, Unsicherheit, sekundäre Appetitlosigkeit, Depression),
- Mangelernährung (Malnutrition),
- Austrocknung (Dehydrierung),
- Lungenentzündungen (Aspirationspneumonien) bis hin zum
- Tod führen.

→ Eine Schluckstörung, egal wie stark sie ausgeprägt ist, bedeutet immer einen Verlust von Lebensqualität und sollte daher ernstgenommen und bestmöglich behandelt werden.

Woran erkennt man eine Schluckstörung?

Eine **primäre, organisch bedingte Schluckstörung** könnte vorliegen

- wenn sich das Essverhalten schleichend oder auch plötzlich ändert, z.B.
 - die einzelne Mahlzeit plötzlich länger dauert als gewohnt,
 - Nahrung verweigert wird,
 - bestimmte Speisen oder Konsistenzen abgelehnt werden,
 - das Essen in Gesellschaft vermieden wird,
 - es während oder nach der Mahlzeit gehäuft zu Husten, Räuspern oder Luftnot kommt,
 - Nahrung ausgespuckt wird, im Mund verbleibt oder aus Mund/ Nase tritt,
 - das Schlucken angestrengt und verlangsamt wirkt
- bei Gewichtsverlust,
- bei Niedergeschlagenheit, Rückzugstendenz,
- bei unwillkürlichem Speichelfluss,²
- wenn sich die Stimme verändert, „gurgelnd“, rau, gepresst klingt,
- rasselnder Atem zu hören ist, obwohl kein Infekt vorliegt,
- wenn wiederholt Lungenentzündungen auftreten,
- wenn eine Grunderkrankung vorliegt, in deren Verlauf das Entstehen einer Schluckstörung sehr wahrscheinlich ist (z.B. M. Parkinson, ALS, PSP, Alzheimer-Demenz).

¹ Das Eindringen und Verbleiben von Nahrung und/ oder Flüssigkeiten auf Stimmlippenniveau bezeichnet man als **Penetration**, unterhalb Stimmlippenniveau mit Auslösen von Schutzreflexen als **Aspiration** und das Eindringen unterhalb Stimmlippenniveau ohne Auslösen von Schutzreflexen als **stille Aspiration**. Letztere ist besonders gefährlich, da sie nicht direkt erkennbar ist.

² **Achtung:** gesprochen wird oft von vermehrtem Speichelfluss, Hypersalivation. Meistens handelt es sich jedoch nicht um eine vermehrte Speichelproduktion, sondern um einen Austritt von Speichel aufgrund einer verminderten Spontanschluckrate (**Sialorrhoe**).

→ Jedoch können Faktoren, die leicht behebbar sind, eine **sekundäre**, sehr oft **umweltbedingte Schluckstörung** auslösen. Beispiele sind hier

- schlechtsitzende Prothesen³, ruinöses Gebiss → Missgefühle, Schmerzen,
- Medikamente, die Schluckbeschwerden auslösen und eventuell umgestellt werden können,
- Bedingungen, die sprichwörtlich „den Bissen im Halse stecken“ lassen
 - lauter, unpersönlicher Speisesaal,
 - schlechte Sitzhaltung,
 - nicht schmeckendes und/ oder lieblos angerichtetes Essen.

Schluckdiagnostik

Um eine Schluckstörung sicher abklären zu können, bedarf es einer gründlichen

- ärztlichen Anamnese und Diagnostik,
- klinischen/ logopädischen Schluckuntersuchung sowie ggf.
- vertiefender instrumenteller Diagnostik.

Mit der **ärztlichen Untersuchung** erfolgt die Erstellung der Anamnese und Feststellung des körperlichen und gesundheitlichen Zustandes. Besteht der Verdacht auf eine Dysphagie, erfolgt anschließend entweder eine **klinische Diagnostik** (falls sich der Patient in stationärer Behandlung befindet) durch den Sprachtherapeuten/ Logopäden oder die Verordnung einer ambulanten Schluckdiagnostik und ggf. -therapie. Diese wird auf Grundlage einer vom Arzt ausgestellten Heilmittelverordnung ebenfalls durch Sprachtherapeuten/ Logopäden in freier Praxis durchgeführt. Die logopädische Schluckdiagnostik trifft Aussagen darüber, ob und mit welcher Schwere eine Schluckstörung besteht, an welchem Punkt der Schluckakt gestört ist, ob und in welcher Weise gegessen und getrunken werden darf, welche Maßnahmen getroffen werden müssen, um ein sicheres Schlucken zu ermöglichen oder herzustellen (schluckdiätetische Anpassung der Nahrung und Getränke, Optimierung der Umweltbedingungen, Aufklärung aller Beteiligten, Schlucktherapie). Sollte eine eindeutige Befundung nicht möglich sein, wird Rücksprache mit dem behandelnden Arzt gehalten, um eine weiterführende instrumentelle Diagnostik mittels apparativer Verfahren einzuleiten.

Durch die **instrumentelle Diagnostik** lässt sich im Gegensatz zur klinischen/ logopädischen Diagnostik, der sich sichtbar nur die orale Vorbereitungsphase und orale Phase erschließt, auch die pharyngeale und, je nach Verfahren, auch die ösophageale Phase betrachten und beurteilen.

Etabliert haben sich hier als apparative Verfahren die röntgenologische Schluckuntersuchung **VFSS** (Videofluoroskopie) und die **FEES** (Videoendoskopie – Flexible Endoscopic Evaluation of Swallowing).

Beide Verfahren sind schmerzlos. Getestet wird das Schluckverhalten bei verschiedenen Konsistenzen von flüssig (Speichel/ Wasser) über breiig (z.B. Apfelmus) bis hin zu fest (z.B. Toastbrot).

Bei der FEES wird dem Patienten über die Nase schrittweise ein ca. 3 mm dünnes, sehr flexibles Endoskop in den Rachen bis dicht über den Kehlkopf eingeführt, an dessen Spitze eine Kamera sitzt. Über diese können auf dem Monitor die bewegten Bilder in Echtzeit betrachtet, bewertet und aufgenommen werden. Mit Hilfe dieses

³ häufiger Grund, weswegen ich zur Dysphagiediagnostik gerufen wurde, die dann keine echte Schluckstörung ergab!

Verfahrens kann Aussage über die Beschaffenheit und Funktion der anatomischen Strukturen in Ruhe, mit und ohne Nahrung⁴ sowie über die Schluckqualität⁵ getroffen werden. Beurteilt werden kann das Schluckverhalten vor (prädeglutitiv) und nach (postdeglutitiv) dem Schlucken. Direkt während des Schluckens (intradeglutitiv) kommt es zum sog. "white-out"⁶, während dessen man nur einen weißen Fleck sieht.

Bei der Videofluoroskopie wird der Schluckvorgang geröntgt und die Nahrung durch Beigabe von Kontrastmittel sichtbar gemacht. Der Ablauf kann wie bei der FEES in Bewegtbildern aufgenommen werden. Über dieses Verfahren kann auf kompletter Nahrungsweglänge inklusive Atemwege gesehen werden, wo genau sich die Nahrung auf dem Weg in den Magen befindet. So sieht man z.B., ob Anteile in die Atemwege gelangen (aspiriert werden) und kann gleichzeitig am Patienten beobachten, ob er dieses Eindringen überhaupt bemerkt, ob Schutzreflexe einsetzen und ob diese effektiv bereinigen. Auch sieht man, ob sich der Bolus vor dem OÖS aufstaut, eine Öffnungsstörung des OÖSs vorliegt.

→ Bevor man als Behandler (Arzt/ Sprachtherapeut, Logopäde) bei logopädisch diagnostizierter Dysphagie weiterführende instrumentelle Diagnostik empfiehlt und initiiert, sollte man sich genau überlegen, mit welchem Ziel man dies tut, ob der Befund dem Patienten tatsächlich Perspektiven eröffnet und eine reelle Chance auf Verbesserung bringt!

Wenn es um die Entscheidungsfindung geht, ob innerhalb der Schlucktherapie eine Oralisierung (z.B. nach Nahrungskarenz und PEG- Versorgung) und / oder ein Kostenaufbau stattfinden kann, ist eine Absicherung des Procederes durch apparative Verfahren im Sinne des Patienten in meinen Augen zwingend notwendig.

Wenn jedoch zum Beispiel bei einem gesamtkörperlich geschwächten Menschen, der am Ende seines Lebens steht, eine schwere Dysphagie bei progressiv verlaufender und weit fortgeschrittener Grunderkrankung in Kombination mit Demenz vorliegt, hinterfrage ich den Sinn weitführender Diagnostik, die den Patienten eher belastet als sie ihm ein Lebensqualität steigerndes Therapieziel eröffnen kann.

Diagnose Dysphagie – Was nun?

Steht die Diagnose fest, stellt sich die Frage, wie geht es weiter? Wie kann trotz der Schluckstörung eine möglichst gefahrlose, ausreichende, ausgewogene und trotzdem ansprechende Ernährung gewährleistet werden? Kann die Ernährung auf oralem Wege (über den Mund) erfolgen? Wenn ja, was und wie darf gegessen und getrunken werden? Ist eine Kostanpassung („Schluckdiät“) notwendig?

Unabhängig von der durch die Schluckstörung notwendige Ernährungsform schließt sich der Diagnostik eine symptomatische (medikamentöse oder chirurgische Behandlung der Grunderkrankung) und/ oder eine funktionell orientierte **Schlucktherapie** an. Letztere wird sowohl in der Klinik, Reha als auch ambulant in logopädischen Praxen, Haus- und Heimbisuch von Sprachtherapeuten/ Logopäden durchgeführt.

Er hat nach ausführlicher Befundung und Anamnese die Aufgabe, mit dem Patienten und/ oder Angehörigen gemeinsam individuell festgelegte Ziele zu erarbeiten, diese regelmäßig zu überprüfen und dem jeweils aktuellen Therapiestand anzupassen. Eine

⁴ Die Prüfnahrung wird mit Lebensmittelfarbe eingefärbt.

⁵ Sind nach dem Schlucken Nahrungsreste (**Residuen**) sichtbar, wenn ja, an welchen Stellen? Kann effektiv gereinigt werden? Verbessert sich die Schluckqualität z.B. durch Andicken der Flüssigkeit?

⁶ Durch die Hebung des Kehlkopfs und die Kontraktion der Pharynxmuskulatur während des Schluckens wird die Sicht kurzzeitig versperrt.

weitere Aufgabe besteht in regelmäßiger Kostanpassung und -empfehlung, wenn oralisiert werden darf und kann. In beratender Funktion kommt dem Schlucktherapeuten eine zentrale Rolle zu. Das Schluckproblem betrifft nie den Betroffenen allein. Es müssen gemeinsam mit allen Beteiligten (Betroffener, Angehörige, Pflegepersonal, Arzt, Schlucktherapeut) Bedingungen geschaffen werden, die das Schlucken über die Glasglocke der Therapie hinaus möglich, besser und sicherer machen. Grundsätzliches und auf alle Patienten zutreffendes Ziel sollte im Rahmen der individuellen Möglichkeiten die Maximierung von Lebensqualität sein. Dies könnte bei einem nicht oralisierbaren Patienten Schaffung von Geschmacksreizen und sensorischen Reizen sein, die Wohlbefinden erzeugen⁷ und beim nächsten Patienten nach intensivem Schlucktraining das Wieder-Essen-Können der Lieblingstorte.

Je nachdem, welche Ausgangsvoraussetzungen der einzelne Patient mit sich bringt, bedient sich die Schlucktherapie verschiedener Verfahren, die oft parallel und dem Bedarf entsprechend gewichtet zur Anwendung kommen.

Restituierende Verfahren haben das Ziel, verloren gegangene Funktionen durch Training und spezielle Übungen wiederherzustellen. Diese dienen zum Beispiel der Verbesserung der Bewegungsfähigkeit und Kräftigung der am Schlucken beteiligten Muskeln wie Lippen, Zunge, Gaumensegel oder dem Wahrnehmungstraining, um das Schlucken zu forcieren und zu stimulieren. Voraussetzung der Anwendung ist, dass der Patient in der Lage ist, therapeutische Instruktionen verstehen und umsetzen zu können. Durch **kompensierende Verfahren** soll das Schlucken trotz bestehender Defizite ermöglicht und erleichtert werden, indem diese durch Handlungsänderung (z.B. Änderung der Sitz- oder Kopfhaltung) oder Anwendung erlernter Schlucktechniken wie das supraglottische Schlucken, das Mendelssohn-Manöver und/ oder kräftige Schlucken ausgeglichen werden. Voraussetzung der Anwendung ist auch hier, dass der Patient in der Lage ist, therapeutische Instruktionen verstehen und umsetzen zu können. **Adaptierende Verfahren**, die auch bei kognitiv beeinträchtigten Patienten eingesetzt werden können, sollen durch Anpassung der Umwelt das Schlucken trotz bestehender Schluckstörung ermöglichen. Dies geschieht zum Beispiel durch Kost- und Konsistenzanpassung (pürierte Kost, angedickte Getränke ...) ⁸ und Hilfsmittel, die die Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme erleichtern (z.B. gebogenes Besteck, dicke Griffe, Nasenausschnittbecher, der das Überstrecken des Kopfes verhindert und somit die Aspirationsgefahr senkt).

⁷ Bekommt der Mund keinen Reiz, kommt es zur **sensorischen Deprivation**, das heißt, der von Schluckstörung Betroffene wird gegenüber Reizen im Mundraum überempfindlich.

⁸ Kostformtabelle Beispiel

http://www.diaetverband.de/zoom/Dysphagie_Kostformen_Schluckstoerungen_Tabelle

Grundsätzlich gilt...

... für erfolgreiches und sicheres Schlucken sind Grundregeln zu beachten:

Verhalten während/ nach der Mahlzeit

- auf **Wachheit** (Vigilanz) achten → nur ein wacher, aufmerksamer Mensch kann sicher schlucken!
- Essen/ Trinken in **reizarmer Atmosphäre**
- gute Kopf- und **Körperhaltung**:
 - Essen am Tisch:
 - Stuhl/ Rollstuhl nahe an den Tisch
 - Füße im stabilen Bodenkontakt
 - aufrechter Oberkörper, ggf. Kissen in den Rücken
 - Kopf leicht nach vorn geneigt
 - Essen im Bett:
 - maximal aufgestelltes Kopfende
 - stabiler aufrechter Oberkörper (Kopf und Seiten gestützt)
 - Knierolle, Füße mit stabilem Kontakt zum Fußende
 - Kopf leicht nach vorn geneigt
 - Essen und Trinken **immer** im Sitzen
- Sprechen nur, wenn Mund leer und alles geschluckt ist
- kleiner Bissen/ Schluck → kräftig schlucken mit zur Brust geneigtem Kopf⁹
→ Stimmprobe → ggf. räuspern → nachschlucken



Abb 1 Günstige Kopfhaltung: langer Nacken, geneigtes Kinn

- nach jedem Schluck Tasse abstellen → kurze Pause

⁹ Physiologische Kopfhaltung beim Schlucken: Kinn leicht geneigt und langer Nacken („Chin Tuck“)

- **Nasenausschnittbecher** oder Trinken mit **Strohalm** (=dringend empfohlen, da Korrektur Kopfhaltung und Muskeltraining)



Abb.2 und 3 Nasenausschnittbecher



Abb.4 Tipp: Schnabelbecher stabilisiert Strohalm



- **kein Schnabelbecher**, da Kopf überstreckt → ungeschützte Atemwege!!!



Abb.5 Schnabelbecher: überstreckter Kopf → offene ungeschützte Atemwege

- **nächster Bissen/ Schluck** erst, wenn runtergeschluckt wurde!

- nach dem Essen: - mind. 20min aufrechte Körperhaltung bzw. Liegen bei hochgestelltem Kopfende (ca. 45°)

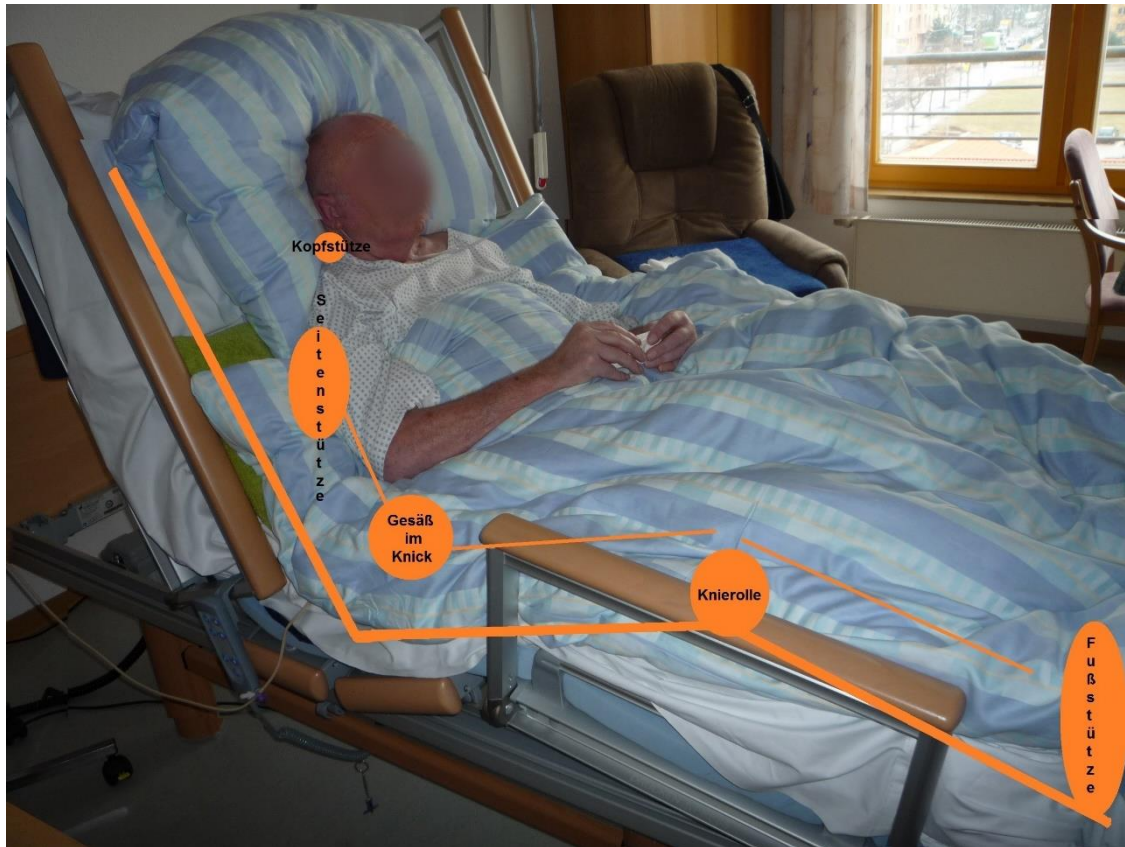


Abb.6 Lagerung im Bett

- möglichst **immer** Mundpflege inkl. Zunge

Dies gilt auch bei Sondenernährung!

- bei Bedarf **Tabletten** → gemörsert, falls Medikament dies zulässt
- auf Apfelsmus oder Gelee¹⁰, keine Götterspeise¹¹
- **nicht** auf oder mit Milchprodukten verabreichen

Die gründliche Mundpflege ist ein wichtiger Baustein der Pneumonieprophylaxe!!!

Nicht geschluckter, im Mund „stehender“ Speichel sowie Nahrungsreste werden innerhalb kurzer Zeit zur Bakterienbrutstätte.

¹⁰ mit in der Apotheke erhältlichem Andickungsmittel (nicht Soßenbinder!!!) angerührter Fruchtsaft, der Götterspeisekonsistenz hat, ohne sich im Mund zu verflüssigen.

¹¹ Götterspeise verflüssigt sich in Verbindung mit Speichel!

Ungeeignete Lebensmittel bei Schluckstörungen

Gemischte Konsistenzen	z.B. Eintöpfe mit verschiedenen Einlagen, Vollkornprodukte mit Körnern, Müsli, Joghurt o.ä. mit stückigen Anteilen, sehr saftiges frisches Obst
Lebensmittel mit stückigen Zusätzen	z.B. Fleisch- und Wurstwaren mit groben Zusätzen, Soßen mit gröberen Zusätzen wie Pilze, Gewürzkörner, Gemüsestückchen usw., Gebäck mit harten stückigen Anteilen (z.B. Stollen)
Schwer formbare Lebensmittel	z.B. Rohkostsalat, Reis, Pilze, unzerkleinerter roher Schinken und Fruchtgummi
Krümelige Lebensmittel	z.B. krümeliges Gebäck, Salzgebäck, Knäckebrot, paniertes Essen, Gebäck oder Süßigkeiten mit Zuckerkruste
Lebensmittel mit hohem Säureanteil	z.B. Obst- und Gemüsesorten mit hohem Säureanteil, z.B. Zitrusfrüchte, roter Fruchtsaft pur, saure Gurken
Schleimige/ schleimbildende Lebensmittel	z.B. Haferflockensuppe, Milch, Vollmiltschokolade
Faserige Lebensmittel	z.B. Spargel, Rhabarber, faseriges Fleisch
Stark gewürzte Speisen, scharfe Lebensmittel und Gerichte	
Getränke mit Kohlensäure	

(Köhler et al., 2008, S. 43)



Abb.7 Auch Schluckdiät kann ansprechend sein 😊

Kostform- Empfehlungen

<p>Passiert <u>Geeignet:</u> passierte, abgeseibte und andedickte Nahrung entsprechend einem gleichmäßigen feinen Brei; z.B. Kartoffel-, Möhrenpüree <u>Nicht geeignet:</u> körnige, fasrige, klebrige Speisen; z.B. Reis, Brechbohnen</p>	<p>→ sehr starke Einschränkungen des Kauens, der Kontrolle des Bolus durch die Zunge, der Schluckreflexauslösung, des Kehlkopfverschlusses, der Schnürwelle des Rachens, der Öffnung des Speiseröhreneinganges</p>
<p>Weich a) <u>Geeignet:</u> weich gekocht, allein mit der Zunge zerdrückbar, gut rutschend; z.B. butterweich gekochtes Gemüse oder Obst, Fleisch passiert <u>Nicht geeignet:</u> körnige, krümelige, fasrige Speisen; z.B. Gemüseauflauf, Kekse, Spargel</p>	<p>→ mittelstarke Einschränkungen des Kauens, der Zungenbewegungen, der Schluckreflexauslösung, des Kehlkopfverschlusses, der Schnürwelle des Rachens, der Öffnung des Speiseröhreneinganges</p>
<p>Weich b) <u>Geeignet:</u> weich gekocht, leicht zu kauen; z.B. Klöße, weicher Kuchen ohne Nüsse <u>Nicht geeignet:</u> grobkörnige, krustige, zähe, harte Speisen; z.B. Nüsse, Brot mit Kruste, trockenes Fleisch</p>	<p>→ leichte Einschränkungen der genannten Bereiche (s. weich, Stufe a) → aspirationsfreie Schluckversuche mit weicher Kost (Stufe a) → noch Probleme beim Kauen</p>
<p>Normal <u>Geeignet:</u> Beschaffenheit entspricht einer normalen Kost <u>Nicht geeignet:</u> keine Einschränkungen</p>	<p>→ keine Einschränkungen des Schluckens oder sehr gut kompensierte Restsymptomatik</p>

(Herbst, 2006, S. 41)

PEG ja oder nein?

Ist die Schluckstörung so schwerwiegend, dass die oben genannten Kriterien nicht auf oralem Wege erfüllt werden können, muss, zumindest für einen gewissen Zeitraum, über eine Sondenernährung auf **enteralem** Wege nachgedacht werden. Welche Art von Sonde eingesetzt wird, hängt von der voraussichtlichen Notwendigkeit einer künstlichen Ernährung ab. Auf Intensivstationen/ Stroke Units und innerhalb der Frührehabilitation, aber auch, wenn innerhalb absehbarer Zeit eine deutliche Besserung der Schlucksymptomatik zu erwarten ist, wird in der Regel für einen Zeitraum von bis zu 4 Wochen eine **nasogastrale Sonde** durch die Nase über den Rachen in den Magen gelegt. Bei längerfristiger Notwendigkeit einer künstlichen Ernährung ist die Anlage einer **PEG** (perkutane endoskopische Gastrostomie) üblich, wobei die PEG- Sonde direkt über die Bauchdecke in den Magen geführt und fixiert wird. Über eine PEG- Anlage ist langfristige bis lebenslange alleinige Ernährung entweder über eine Ernährungspumpe, oder durch das Verabreichen von Nahrungsportionen (Bolusgabe) möglich.

→ Die Entscheidung für oder gegen die Anlage einer PEG sollte je nach Einzelfall wohl überlegt sein. Angehörige stehen nicht selten vor dem Dilemma, diese existenzielle Entscheidung treffen zu müssen, haben die Angst und Sorge, den Betroffenen verhungern und verdursten zu lassen, wenn sie sich gegen eine PEG entscheiden. Sie

sollten ehrlich und sensibel über das Für und Wider einer künstlichen Ernährung aufgeklärt werden.¹²

Unumstritten ist eine PEG für viele Menschen mit Schluckstörung die einzig diskutable Option. Sie kann Menschen ausreichend ernähren, qualitativ hochwertig am Leben erhalten und ihnen langatmige, qualvolle Essensprozeduren ersparen. Wenn die Anlage einer PEG beschlossen ist, sollte diese frühzeitig bei gutem Allgemeinzustand erfolgen.

Unumstritten ist aber auch: nicht immer bringt sie gerade im Rahmen einer weit fortgeschrittenen, progressiv verlaufenden Erkrankung einen Zugewinn an Lebensqualität. Bei Menschen mit schwerer Demenz wird künstliche Ernährung eher nicht empfohlen. (vgl. Warnecke/ Dziewas 2013) Eine PEG ist kein Garant dafür, keine Aspirationspneumonie zu erleiden, da Speichel oder rückfließende Sondennahrung ebenfalls in die Atemwege gelangen können. Der ausgezeherte Körper eines im Finale seines Lebens befindlichen Menschen kann und vielleicht auch will Nahrung, egal ob oral oder über Sonde verabreicht, mitunter nicht mehr verwerten, so dass Komplikationen wie Erbrechen und Unverträglichkeiten in dem Falle gehäuft vorkommen. (vgl. AOK- Ratgeber Link unten)¹³

Synonym zur PEG- Frage verhält es sich bei der Entscheidung Trachealkanüle ja oder nein. Diese wird empfohlen und eingesetzt, wenn Speichel nicht mehr geschluckt werden kann, der somit ohne geblockte Trachealkanüle mit der Gefahr einer Aspirationspneumonie ungehindert in die Atemwege fließen würde.

Eine **Patientenverfügung** kann im Prozess der Entscheidungsfindung eine wertvolle Hilfe sein.

Fazit

Das Thema Schlucken - Schluckstörung ist ein sehr komplexes, das neben alltäglichen und fachlichen auch viele rechtliche und ethische Fragen aufwirft. Es sollte versucht werden, diese im Sinne des von Schluckstörung Betroffenen umsichtig, sensibel und kooperierend zu beantworten.

¹² Über den Link <https://www.aok.de/inhalt/entscheidungshilfe-kuenstliche-ernaehrung-im-alter/> stellt die AOK hilfreiche Informationen, Entscheidungshilfen und Downloads zur Verfügung.

¹³ Ist auch die enterale Ernährung nicht möglich, kommt die **parenterale Ernährung** in Frage, die hier der Vollständigkeit halber genannt werden soll.

Literaturempfehlungen für Angehörige, Betroffene und Pflegende

- Atman - Netzwerk für Beatmungspflege (2011). Amyotrophe Lateralsklerose (ALS)- Ein Ratgeber für Betroffene und Pflegende, Berlin
- Herbst W (2006). Dysphagie- Schluckstörungen nach Schlaganfall und Schädel-Hirn-Trauma (SHT) In: Tesak J (Hrsg.) Ratgeber für Angehörige, Betroffene und Fachleute. Schulz-Kirchner Verlag, Idstein
- Hiller M (2008). Dysphagie-Strukturierte Angehörigenberatung in der funktionellen Dysphagietherapie. Schulz-Kirchner Verlag, Idstein
- Köhler W et al. (2010). Schluckstörungen- Ein Überblick aus neurologischer Sicht In: Nutricia (Hrsg.) Lila Reihe
- Niers N (2009). Tracheotomie- Ein Ratgeber für Betroffene, Angehörige, Pflegekräfte, Therapeuten und Ärzte In: Iven C (Hrsg.) Ratgeber für Angehörige, Betroffene und Fachleute. Schulz-Kirchner Verlag, Idstein

Literatur

- Dziewas R, Warnecke T (2013). Neurogene Dysphagien. Kohlhammer, Stuttgart
- Gröne B (Hrsg.) (2009). Schlucken und Schluckstörungen- Eine Einführung. Urban & Fischer Verlag, München
- Heidler M-D (2015). Demenz- Einführung, Diagnostik und therapeutisches Management. Schulz-Kirchner Verlag, Idstein
- Herbst W (2006). Dysphagie- Schluckstörungen nach Schlaganfall und Schädel-Hirn-Trauma (SHT) In: Tesak J (Hrsg.) Ratgeber für Angehörige, Betroffene und Fachleute. Schulz-Kirchner Verlag, Idstein
- Herbst W (2008). Neurogene Dysphagien und ihre Therapie bei Patienten mit Trachealkanüle. Schulz-Kirchner Verlag, Idstein
- Köhler W et al. (2010). Schluckstörungen- Ein Überblick aus neurologischer Sicht In: Nutricia (Hrsg.) Lila Reihe
- Nusser-Müller-Busch R (Hrsg.) (2011). Die Therapie des Facio-Oralen Trakts. Springer-Verlag, Berlin Heidelberg
- Prosiegel M, Weber S (2010). In: Thiel MM, Ewerbeck C (Hrsg.) Dysphagie- Diagnostik und Therapie. Springer-Verlag, Berlin Heidelberg

Fotos

Reisgericht © Emilie Wegner <http://emiliestreats.de>

Abbildungen

Abb. 1-6 © Juliane Graf-Wegner, Abb.6 mit freundlicher Genehmigung des Patienten K.L.
Abb. 7 © Emilie Wegner <http://emiliestreats.de>

verfasst für [tettricks](http://tettricks.de) © 2018 Juliane Graf-Wegner, <http://www.sprachtherapie-mundt.de/>