



**Informationsheft
für Patienten mit
Schluckstörungen / Dysphagie
und deren Angehörige**

***Hüttenhospital Dortmund
Klinik für Innere Medizin und
Geriatric mit Tagesklinik***

Leitung des Schwerpunktes Dysphagie:

Dr. Martin Jäger (ärztlicher Direktor)
Dr. rer. medic. Tanja Rittig (Dipl. Sprachtherapeutin)

Inhalt

I. Was ist eine Schluckstörung / Dysphagie?	3
II. Wann können Schluckstörungen / Dysphagien auftreten?.....	3
III. Häufigkeit von Schluckstörungen / Dysphagien?.....	4
IV. Welche Symptome können auf Schluckstörungen / Dysphagien hinweisen? ...	4
V. Welche Komplikationen können bei Schluckstörungen / Dysphagien auftreten?	5
VI. Das Dysphagiemanagement am Hüttenhospital Dortmund	5
VII. Was sind Schluck-Kost-Stufen?.....	7
VIII. Essregeln bei Schluckstörungen / Dysphagien.....	8
Haben Sie noch Fragen zu Schluckstörungen?.....	8

I. Was ist eine Schluckstörung / Dysphagie?

Eine Dysphagie / Schluckstörung ist definiert als eine Funktionsstörung des Schluckaktes!

Der elementare, meist unbewusst ablaufende Vorgang des Schluckens dient einerseits dem Schutz der oberen Atemwege, andererseits der Zufuhr von Flüssigkeit und Nahrung. Beeinträchtigungen des Schluckvorganges können somit zu ernststen lebensbedrohlichen Komplikationen führen.

Am gesamten Schluckvorgang sind ca. 50 Muskeln und sechs Hirnnerven beteiligt. Das Schlucken geschieht meistens unbewusst und unwillkürlich in einer Häufigkeit von 580 – 2.000 Mal am Tag.

Viele ältere Menschen sind von Schluckstörungen betroffen und leiden unter den entsprechenden Symptomen. Im Rahmen des demographischen Wandels der Gesellschaft und auf Grund seiner Altersabhängigkeit bekommt dieses Krankheitssymptom zunehmende Bedeutung. Die Ursachen für Schluckstörungen sind sehr vielfältig.

II. Wann können Schluckstörungen / Dysphagien auftreten?

Der ältere Mensch Patient unterliegt natürlich auch im Bereich des Schluckens altersphysiologischen Veränderungen mit unterschiedlichsten Auswirkungen.

Zu diesen altersabhängigen Veränderungen im Alter gehören u. a.:

- Zahnverlust, ungeeignete, nicht passende Prothese
- Kiefer- und Kiefergelenksveränderungen
- stärkere Verknöcherung der Rachen- und Halsstrukturen
- Verringerung der Muskelkraft der Schluckmuskulatur
- verminderte Sensibilität (Empfindlichkeit) im Mund, Rachen und Hals
- verminderte Elastizität (Dehnbarkeit) des Gewebes, insbesondere am oberen Speiseröhreneingang
- Verlegung von Schluckabläufen
- verminderte Speichelproduktion
- vermindertes Durstgefühl
- reduzierte Geruchs- und Geschmackswahrnehmung

Weitere Einflussfaktoren:

- vermehrtes Auftreten bei neurologischen Erkrankungen, z. B. Schlaganfall, Parkinson Syndrom, Demenzielles Syndrom
- vermehrtes Auftreten bei Tumorerkrankungen (z. B. nach Bestrahlung oder Operation)
- vermehrtes Auftreten bei pulmonalen Erkrankungen (wie z. B. COPD – chronische obstruktive Lungenerkrankung)
- vermehrtes Auftreten degenerativer Halswirbelsäulen-Erkrankungen
- durch Zunahme chronischer Erkrankungen, kommt es zur Vielfachmedikation mit Medikamentennebenwirkungen

III. Häufigkeit von Schluckstörungen / Dysphagien?

Häufigkeiten von Schluckstörungen / Dysphagie bei ausgewählten Erkrankungen (nationale und internationale Zahlen)!

Schlaganfall (Martino 2000)

- Ca. 65 – 80% nach 5-10 Tagen nach dem Ereignis
- Ca. 20% nach 1 Monat
- Ca. 11% nach 6 Monaten

Parkinson Syndrom (Coates, Bakheit 1997)

- Ca. 80% zeigen bei genauerer Untersuchung eine Schluckstörung

Demenzielles Syndrom (Bartolome 2006, Keller et al. 1993)

- Ca. 70 % bei Alzheimer-Demenz
- Das Ausmaß der Schluckstörung hängt von Dauer und Schwere des Demenziellen Syndroms ab

- Häufigkeit von Schluckstörungen in Deutschland 2016 (2020) bei über 55-jährigen in der Allgemeinbevölkerung: etwa 6,6 (6,9) Millionen Menschen (Roy 2007, Rofes 2011; Stat. Bundesamt Wiesbaden, 12. und 13. Bevölkerungsvorausberechnung 2009 und 2014)
- Dysphagiepävalenz bei geriatrischen Patienten im Krankenhaus: ca. 70% (Muhle, Wirth, Dziewas 2015, Turley 2009)
- Krankenhauseinweisungen wegen Dysphagie: über 60 Jährige repräsentieren ca. 70% in dieser Gruppe
- Krankenhauseinweisungen wegen Dysphagie 2000-2007:
 - Verdoppelung für 80-89 Jährige
 - Verdreifachung für über 90 Jährige (Muhle, Wirth, Dziewas 2015; Leder, Suiter 2009)

IV. Welche Symptome können auf Schluckstörungen / Dysphagien hinweisen?

Zusammenstellung klinischer Hinweise auf eine mögliche Schluckstörung:

- Kauprobleme
- verlängerte orale Phase (Kauphase, Pumpbewegungen mit der Zunge)
- Liegenbleiben von Nahrungsresten oder Tabletten im Mund
- Herausfließen von Speichel, Nahrung aus dem Mund
- Niesen, Herausfließen von Nahrung aus der Nase
- Steckenbleiben im Hals (Globusgefühl)
- eingeschränkte oder fehlende Kehlkopfhebung
- eingeschränkter bzw. stark abgeschwächter willkürlicher Husten
- Husten (vor, während oder nach dem Schlucken)
- Rachen reinigen (Räuspern),
- gurgelnde Stimmqualität / belegte Stimme
- Schwierigkeiten der Artikulation (Dysarthrie – verwaschene Sprache)
- abnormaler Würgereflex

- angestregtes Schlucken und/oder kompensatorische Mitbewegungen

Hinweise aus dem Gesamtbild des Patienten, die auf eine mögliche Schluckstörung deuten können:

- häufige Atemwegsinfekte bis hin zur Lungenentzündung
- Gewichtabnahme
- Austrocknung
- Angst vor dem Verschlucken / vor dem Essen
- Rückzug aus dem öffentlichen Leben bei Nahrungsaufnahmen (z. B. ständiges Ablehnen von Essenseinladungen, soziale Isolation)
- Vermeidung von bestimmten Lebensmitteln aus unbestimmten Gründen

V. Welche Komplikationen können bei Schluckstörungen / Dysphagien auftreten?

- untere Atemwegsinfekte wie Aspirationspneumonie, Lungenentzündung durch Verschlucken von Flüssigkeit oder Speisen
- Atemwegsobstruktion/Verstopfung durch Bolusaspiration/Verschlucken meist festerer Speisen
- akuter Bolustod, Tod durch Erstickten an Verschlucktem
- Exsikkose, Austrocknung mit Folgen wie
 - Verstärkung dementieller Symptome
 - Verstärkung apathischer Tendenzen
 - Verstärkung medikamentöser Interaktionen (Neben- und Wechselwirkungen)
- Malnutrition, (Mangelernährung) mit Folgen wie
 - -8fach erhöhtes Mortalitätsrisiko (Sterberate) im Krankenhaus
 - -höherer Komplikationsrate
 - -längerer Liegedauer

VI. Das Dysphagiemanagement am Hüttenhospital Dortmund

Essen und Trinken können bedeutet weitaus mehr als nur die Befriedigung von Grundbedürfnissen. Gemeinsames Essen erfüllt wichtige soziale Funktionen und ist ein wichtiges Kommunikationsforum. Diese Tatsache tritt oft erst dann in das Bewusstsein, wenn Schwierigkeiten beim Schlucken auftreten. Angst, sich zu verschlucken oder Scham, husten zu müssen, Angst vor Freunden oder vor der Notwendigkeit, in der Öffentlichkeit bestimmte Schlucktechniken anwenden zu müssen, kann bis zur Isolation und Verweigerungshaltung führen. Es kann zu einer Einschränkung von Aktivitäten und Teilhabe mit Rückzug aus der Gesellschaft kommen. Für die Betroffenen selbst, aber auch für die Angehörigen, Ärzte und Pflegekräfte stellt diese Problematik eine psychische Belastung dar.

Das Dysphagiemanagement am Hüttenhospital in Dortmund befasst sich mit dem gesamten Versorgungsprozess von Patienten mit Schluckstörungen/Dysphagien von anamnestischen Hinweisen, Symptomen bis zur gezielten Diagnostik. Es beinhaltet therapeutische Möglichkeiten, von speziellen schlucktherapeutischen über pflegeri-

sche bis zu schluck-diätetischen Maßnahmen (Einteilung des Essens in verschiedene Kostformen mit verschiedenen Konsistenzen, d. h. Anpassung der Nahrungsbeschaffenheit an die aktuellen Schluckfähigkeiten jedes einzelnen Patienten).

Das Konzept stellt eine umfassende Versorgung von Dysphagiepatienten dar und enthält die Elemente Prävention, Diagnostik und Therapie. Die Gestaltung ist individuell, stadiengerecht und symptomorientiert auf den geriatrischen Patienten abgestimmt. Eine entscheidende Bedeutung kommt der frühestmöglichen und kontinuierlichen Beratung und Begleitung von Patienten und Angehörigen zu.

Das Dysphagiemanagement ist ein interdisziplinäres Konzept, in dem Ärzte, Pflege, Therapeuten, Diätassistenten und der Sozialdienst eng zusammenarbeiten. Nur so kann diese Erkrankung Schluckstörung/Dysphagie mit all ihrer Komplexität erfolgreich diagnostiziert, behandelt und im Verlauf weiter optimal versorgt werden. Das Dysphagiemanagement kann Häufigkeiten von Lungenentzündungen und die Sterberate positiv beeinflussen.

Das im Hüttenhospital Dortmund etablierte Dysphagiemanagement stützt sich u. a. auf die führenden apparativen Diagnostikverfahren. So können die Patienten, je nach Fragestellung, entweder endoskopisch und/oder videofluoroskopisch untersucht werden.

Die **Videofluoroskopie** ist eine dynamische, röntgengestützte Videoaufzeichnung des Schluckaktes, die genaue Zeitlupenanalyse des Schluckaktes ermöglicht.

Bei der **Videoendoskopie** wird ein kleiner Schlauch mit Kameraoptik über die Nase eingeführt (mit lokaler Betäubung/Anästhesie). Auf diese Weise können ebenfalls Bildfolgen von Abläufen und Strukturen des Rachens, Kehlkopfes und des Speiseröhreneingangs aufgezeichnet werden, um diese in Zeitlupe auszuwerten.

Die apparativen Diagnostikverfahren dienen zur:

- Überprüfung von Dysphagiesymptomen
- genauen bildlichen Darstellung von Grund und Schwere der Schluckstörung in allen drei Schluckphasen
- ggf. Bestimmung des Aspirationsvolumens (Eintritt von Flüssigkeit oder Speise in die Lunge)
- gezielten Behandlungs- und Ernährungsplanung
- Überprüfung der Effektivität von Handlungsänderungen, Schlucktechniken, Schluck-Diätanpassung (Nahrungskonsistenzen)
- Dokumentation des Befundes vor und nach Therapie u. a. für weitere therapeutische Maßnahmen auch über den Klinikaufenthalt hinaus

Die Ziele des Dysphagiemanagements im Hüttenhospital:

- Ermöglichung ausreichender Flüssigkeits- und Nahrungszufuhr in angemessener Zeit
- Ausreichender Schutz der tiefen Atemwege
- Verminderung teurer und tragischer Sekundärkomplikationen (wie z. B. Lungenentzündung)
- Erhalt oder Verbesserung der Lebensqualität (z. B. durch Verhindern von Angst beim Essen durch Anpassung der Nahrung an die aktuellen Fähigkeiten)

- Vermeidung unnötiger Einschränkungen der Lebensqualität z.B. durch diätetische Maßnahmen (ohne apparative Diagnostik werden aus Sicherheitsgründen häufig verschiedene Konsistenzen nicht erlaubt)
- Vermeidung unnötiger PEG-Anlagen (Magensonde)
- gezielter Einsatz therapeutischer Möglichkeiten

VII. Was sind Schluck-Kost-Stufen?

Die Anpassung der Kost an die individuellen Schluckfähigkeiten ist Grundvoraussetzung für eine sichere, gefahrlose Nahrungsaufnahme. Bei der Einteilung in Schluck-Kost-Stufen spielen Beschaffenheit und Fließeigenschaften (Konsistenzen) sowie die Art und Zusammensetzung der Speisen und Flüssigkeiten eine wesentliche Rolle.

Flüssigkeiten haben den Nachteil, dass sie häufig zu schnell fließen und für die Schluckabläufe nicht so leicht kontrollierbar und wahrnehmbar sind. Zum Beispiel Einschränkungen in der Zungenmotorik und/oder Defizite in der Auslösung des Schluckreflexes können dann eine große Gefahr darstellen. Kann die Lunge nicht ausreichend und sicher vor eindringenden Materialien (z. B. Flüssigkeiten) geschützt werden, können schnell schwerwiegende Folgen für die unteren Atemwege bis hin zur Lungenentzündung (Pneumonie) eintreten.

Flüssigkeiten können mit Hilfe von entsprechenden Dickungsmitteln (z. B. Thick and Easy, Quick and Dick) angedickt werden.

Breiige Konsistenzen haben den Vorteil, dass diese nicht im Mund in eine bestimmte Form gekaut werden müssen (wie bei festen Konsistenz z. B. Brot). Patienten mit Einschränkungen nehmen breiige Kost auch leichter wahr (besser spürbar). Außerdem ist der Brei durch seine Viskosität (Beschaffenheit) viel leichter im Mund zu halten, portionieren und ab zu schlucken. Das Risiko des vorzeitigen Einlaufens in den Rachen (damit der Aspiration) ist geringer als bei flüssigen und festen Konsistenzen.

Aufstellung von ungeeigneten Lebensmitteln bei Dysphagie / Schluckstörung:

Gemischte Konsistenzen	z. B. Eintöpfe mit verschiedenen Einlagen, sehr saftiges frisches Obst, Vollkornprodukte mit Körnern, Müsli, Joghurt mit Stückchen, Lebensmittel mit stückigen Anteilen
Schwer formbare Lebensmittel	z. B. Rohkostsalat, Reis, Pilze, unzerkleinerter roher Schinken und Fruchtgummi
Krümelige Lebensmittel	z. B. Gebäck, Knäckebrot, paniertes Essen, Süßigkeiten mit Zuckerkruste
Lebensmittel mit hohem Säureanteil	z. B. Zitrusfrüchte, Fruchtsaft pur, saure Gurken
schleimbildende Lebensmittel	z. B. Haferflockensuppe, Milch, Vollmilchschokolade
Faserige Lebensmittel	z. B. Spargel, Rhabarber, faseriges Fleisch

Quelle: Volkert, D. u.a. 2008

Für alle Angehörigen gilt, aufgrund der Vielseitigkeit und Individualität der Einschränkungen, bitte bringen Sie keine Getränke oder Lebensmittel von zu Hause mit, bevor

sie es nicht ganz genau mit dem Arzt/Sprachtherapeut/Pflegepersonal abgesprochen haben.

VIII. Essregeln bei Schluckstörungen / Dysphagien

- Vorbereitung: Brille, Prothese und Hörgerät kontrollieren; Essen sehen, riechen und schmecken lassen; Löffel von vorne – unten
- Abstand zwischen Mund und Teller nicht mehr als 30 cm
- aufrechte Sitzposition beachten – Stabilität geben (wenn möglich Bodenkontakt der Füße)
- Kopf leicht auf die Brust neigen (langen Nacken machen)
- möglichst früh den Patienten den Löffel oder Glas in die Hand geben (ggf. Hand führen, wenn nötig)
- angepasste Schluck-Diät (Konsistenz, Menge und Schluckportionsgröße) einhalten
- Zeit lassen, gut kauen und Nachschlucken abwarten
- Mund muss leer sein, bevor eine neue Portion aufgenommen wird
- während des Essens, den Patienten nicht durch Gespräche ablenken
- kommt es im Verlauf der Nahrungsaufnahme zum Husten, Räuspern oder belegter/gurgelnder Stimme – wegen möglicher Ermüdung des Patienten (Schluckmuskulatur) – PAUSE einlegen
- nach dem Essen noch ca. 20 Minuten aufrecht sitzen bleiben – so können Reste im pharyngealen Bereich (Rachen) nach und nach sicherer abgeschluckt werden
- Nahrungsrest im Mund entfernen: gute Mundpflege ist Aspirationsprophylaxe (beugt Lungenentzündungen vor)
- Informationen über individuelle Probleme (z. B. schlechter Allgemeinzustand, siehe auch klinische Hinweise auf eine Schluckstörung) an Arzt, Therapeut oder Pflegekraft unbedingt weitergeben

Haben Sie noch Fragen zu Schluckstörungen?

Dr. Martin Jäger (ärztlicher Direktor)
Sekretariat. Frau Affeldt: 0231 / 4619-130
E-Mail: angelika.affeldt@huettenhospital.de
Am Marksbach 28
44269 Dortmund