

„...und plötzlich konnte ich nicht mehr schlucken..“

Essen bedeutet wesentlich mehr als nur Aufnahme von Nahrung. Man merkt es, wenn man sich bewusst macht, dass der allergrößte Teil unserer privaten sozialen Kontakte mit der Aufnahme von Getränken und Speisen in Verbindung steht. So bedingt eine Schluckstörung, von der eine Großzahl der hirnerkrankten Menschen und Schlaganfall-Patienten betroffen sind, nicht nur Folgeerkrankungen durch Verschlucken und Mangelernährung, sondern auch Einschränkungen bei der Teilhabe am gesellschaftlichen Leben.

Die Suppe dampft auf dem Teller. Der Duft von gekochtem Fleisch und Gemüse steigt Herrn B. in die Nase. Aber schon der erste Löffel Suppe sorgt für heftiges Husten und Würgen. Herr B. ist nicht mehr in der Lage, Flüssigkeiten zu sich zu nehmen. Er hat einen Schlaganfall erlitten und eine Schluckstörung zurückbehalten.

Essen ist ein Kulturgut

Keine Verabredung, bei der nicht ein Kaffee, ein Glas Wein, ein Bierchen getrunken oder bei der es nicht eine Kleinigkeit zu Essen und zu Knabbern gibt. Durch Nahrungsaufnahme strukturieren wir unseren Tag und pflegen die für uns so wichtigen sozialen Kontakte. Essen ist Genuss. Mit dem Essen und Trinken befriedigen wir täglich unsere Bedürfnisse, basale Triebe wie Hunger und Durst werden gestillt. Und zwar immer genau dann, wenn wir es brauchen. Wer nicht mehr essen und trinken kann, verliert Kultur, soziale Gemeinschaft, Struktur, Genuss und Befriedigung.

Jeden Tag bis zu 2.000 Mal schlucken

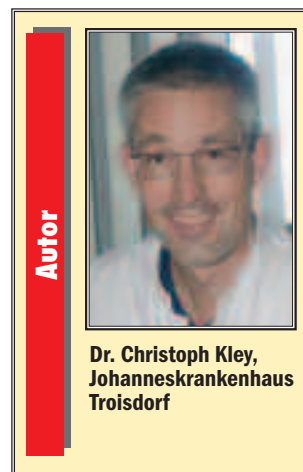
Jeden Tag schlucken wir bis zu 2.000 Mal. Fünf, also fast die



Autor

Ulrich Birkmann,
Diplom Heilpädagoge,
Sprach- und Schluck-
therapeut im Rehazen-
trumBergisch Gladbach

Hälfte der uns zur Verfügung stehenden Hirnnerven, versorgen bis zu 50 Muskelpaare, die an diesem komplizierten circa 2,6 Sekunden langen Schluckakt beteiligt sind. Schon die kleinste Veränderung in dem fein abgestimmten Zusammenspiel von Nerven und Muskeln führt zu einer Schluckstö-



Autor

Dr. Christoph Kley,
Johanneskrankenhaus
Troisdorf

rung. Gesteuert wird das Transportieren und das Spüren der Nahrung im Mund- und Rachenraum durch das Gehirn. Dazu gehören auch die Schutzreflexe, die ein Eindringen von Speichel und Speise in die Luftröhre verhindern. Genau das ist die größte Gefahr bei Schluckstörungen: Das Ein-

dringen der Nahrung in die Luftröhre (Aspiration)! Diese führt unter Umständen zu einer lebensbedrohlichen Lungenentzündung. Der Husten während des Schluckvorgangs ist ein wichtiges Alarmzeichen, aber vor allem auch ein wichtiger Schutzreflex.

Noch vor zwei Jahrzehnten ist ein Großteil der Patienten mit Schlaganfällen und anderen Hirnerkrankungen an dieser Art der Lungenentzündung verstorben (sog. Aspirationspneumonie). Heute hat sich in Sachen Schluckstörungen einiges getan. Immer mehr Ärzte und Therapeuten haben sich auf die Diagnose und Therapie von neurogenen Schluckstörungen (der Fachbegriff lautet „Dysphagie“) spezialisiert. Aber es gibt leider noch kein flächendeckendes Angebot.

Ständiges Husten beim Essen und Trinken?

Die Dysphagie steht am Beginn einer schwerwiegenden neurologischen Erkrankung oft nicht im Vordergrund der Behinderungen. Manche Betroffene bemerken erst auf Nachfrage, dass sie unter einer Schluckstörung leiden. Hierauf erfolgt im Idealfall eine Überweisung an einen Neurologen, der dann eine endoskopische Überprüfung des Schluckvorgangs vornimmt. Das flexible Endoskop wird durch die Nase bis vor den Kehlkopfbereich geschoben. Von

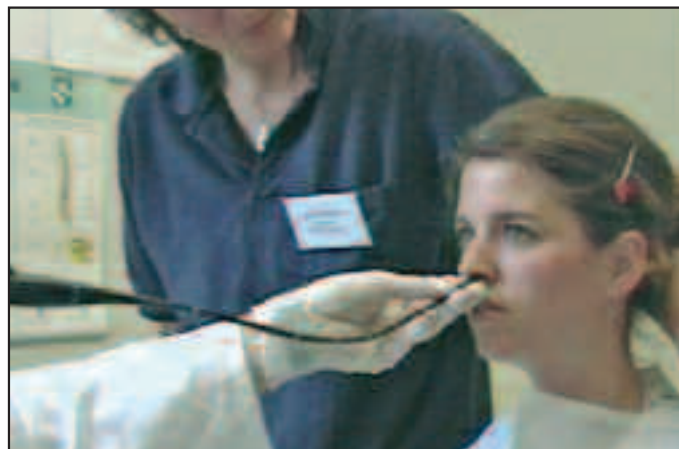


Abb. 1 : Mittels Endoskopie überprüft der Neurologe den Schluckvorgang beim Patienten.

da aus kann der Untersucher dem Betroffenen beim Schlucken quasi zuschauen (Abb. 1). Hierbei kann genau beobachtet werden, ob die Nahrung den „richtigen“ Weg nimmt, nämlich in die Speiseröhre, oder ob sie sich in die Luftröhre „verirrt“ (Aspiration). Letzteres führt zu den lebensgefährlichen Lungenentzündungen. Direkt vor Ort wird dann auch ausprobiert, welche Konsistenzen der Betroffene schlucken kann, ohne dass es dabei zu Übertritten in die Lunge kommt. Begonnen wird mit breiigen Konsistenzen, da diese besser geschluckt werden als Flüssigkeiten.

Man muss die Dysphagie nicht hinnehmen!

Im Anschluss an diese Untersuchung wird der Neurologe eine Schlucktherapie verordnen. Der behandelnde Therapeut sollte bei der Untersuchung anwesend sein, um den erhobenen Befund direkt in sein Handeln umzusetzen. Auf die Behandlung von neurogenen Dysphagien haben sich die Sprachtherapeuten (Sprachheilpädagogen, Logopäden, klinische Linguisten) spezialisiert.

Ist nun vom Neurologen eine eindeutige Diagnose gestellt worden, kann der behandelnde Schlucktherapeut einen individuell abgestimmten Therapieplan erstellen. Bei neurologischen Erkrankungen gibt es eine Vielzahl unterschiedlichster Störungsbilder und Ursachen, sodass es keine standardisierte Therapiemethode gibt. Vielmehr ist es das Eingehen auf die entsprechenden Schwierigkeiten, die eine effektive Therapie ausmachen. Hierzu stehen dem Dysphagietherapeuten sechs Säulen zur Verfügung:

1. Körperhaltung/Lagerung
2. Wiederherstellen von Funktionen
3. Anpassung an die Schluckstörung
4. Veränderung der Ernährung und der Konsistenzen
5. Trachealkanülen-Management
6. Angehörigenanleitung

Im Bett wird geschlafen – Gegessen wird am Tisch

Ein nicht unwesentlicher Teil der Dysphagietherapie wird häufig mit dem Lagern (erste Säule) des Betroffenen am Tisch, im Rollstuhl oder im Bett verbracht. Sollte es der Allgemeinzustand des Patienten zulassen, dann ist es empfehlenswert, den Betroffenen zum Essen aus dem Bett zu holen. Die Nahrungsaufnahme sollte so natürlich wie möglich sein. Abb. 2 zeigt eine optimale Sitzhaltung: Die Füße stehen nebeneinander fest auf dem Fußboden. Unter- und Oberschenkel bilden einen 90°-Winkel, das Becken ist aufgerichtet, die Arme liegen flächig auf dem Tisch. Der Kopf sollte etwas nach vorne geneigt sein und der Hals etwas nach oben gerichtet.

Auch die kleinen Muskeln brauchen Training

Das Zerkauen und das Transportieren von Nahrung erfordert Muskelkraft. So wie die Arme und Beine durch regelmäßiges Training kräftiger und koordinierter werden, können auch die kleinen Muskeln, die zum Kauen und Schlucken benötigt werden, trainiert werden. Die Schlucktherapeuten verfügen über eine großes Repertoire an Übungen (zweite Säule), die sich auf kleine Muskelgruppen oder gezielt auf einzelne Muskeln beziehen.

„Nehmen Sie doch mal beim Trinken den Kopf nach vorn!“

Das kann es schon gewesen sein: Durch eine Haltungsveränderung (dritte Säule) können lästige Hustenattacken bereits verhindert werden. Häufig kommt es durch das Trinken aus Gläsern oder Tassen dazu, dass der Kopf nach hinten geneigt wird. Bei einem verzögerten Schluckreflex schießt die Flüssigkeit bereits vor dem eigentlichen Schlucken



Abb. 2 : Die richtige Sitzhaltung ist unerlässlich für eine effektive Schlucktherapie.

nach hinten und unten und sorgt so für ein heftiges Husten. Durch Veränderungen der Kopfhaltung wird ein ungewolltes vorzeitiges Zurückfließen der Flüssigkeit verhindert. In der Dysphagietherapie werden solche Haltungsänderungen mit dem Patienten ausprobiert und eingeübt.

Saft fließt langsamer als Sprudel

Häufig ist es besonders das Trinken von Flüssigkeiten, das zu Problemen führt. Das liegt daran, dass die Flüssigkeit bereits fließt, bevor der Patient überhaupt das Schlucken initiieren kann. Eine einfache und effektive Maßnahme ist es, die Flüssigkeit „langsamer“ zu machen (vierte Säule). Mit einem geschmacks- und geruchsneutralen Pulver, das auf Maisstärkebasis hergestellt wurde, kann man die Flüssigkeit zäher machen. Man passt also die Fließgeschwindigkeit der Schluckgeschwindigkeit des Patienten an. Bei festen Speisen ist es sinnvoll, die Konsistenz langsam zu steigern. Man unterscheidet in der Regel fünf verschiedene Stufen des Kostaufbaus:

1. Fein pürierte glatte Suppen (z. B. Pudding, Milchsuppen)

2. Pürierte Kost (z. B. Kartoffelpüree)
3. Weiche Kost (Kartoffeln, gekochtes Gemüse, Brot mit Streichkäse)
4. Überwiegend feste Kost (keine krümeligen oder zähen Konsistenzen)
5. Feste Kost

Nur soviel Kanüle wie nötig

(Kanülenmanagement, 5. Säule) Viele Schluckgestörte benötigen zu Beginn ihrer Krankheit eine Trennung von Luft- und Speisewegen. Dazu wird durch eine künstliche Öffnung ein Kunststoffrohr (Kanüle) in die Luftröhre eingebracht. Zunächst wird durch einen luftgefüllten Ballon (sog. Cough, sprich: Kaff) rund um die Kanüle das Eindringen von Speichel und Nahrung in die Lunge verhindert. Später kann durch ein Fenster der normale Luftstrom durch die Stimmlippen wieder hergestellt werden. Schließlich verzichtet man auf den Cough und die Kanüle kann wieder entfernt werden. Oft schließt sich die Öffnung in der Luftröhre wieder von allein, sonst wird sie in einer Operation wieder vernäht.

Nicht nur der Patient hat Dysphagie!

An einer Dysphagie leiden auch die Angehörigen, da sie genauso mit den sozialen Konsequenzen konfrontiert werden. Oft fehlt es an Sozialkontakten, weil der Betroffene sich schämt, mit anderen Menschen zu essen. Hier besteht die letzte Säule der Dysphagietherapie darin, Angehörige zu beraten, anzuleiten und letztlich Tipps für den alltäglichen Umgang mit Schluckstörungen zu geben.

Inzwischen kann Herr B. wieder fast alle Mahlzeiten zu sich nehmen, ohne sich zu verschlucken. Er wurde während und nach der Therapiephase nochmals endoskopisch untersucht. Zum Schluss fand der Untersucher kein erhöhtes Risiko mehr für ein „Verschlucken“.

Kontakt

Dipl. Heilpd.
Ulrich Birkmann
53773 Hennef (Sieg)
sprachtherapie@
reha-reuterstrasse.de

Kontakt

Dr. med. Christoph Kley
Wilhelm-Busch-Str. 9
53844 Troisdorf
kley@johannes-
krankenhaus.com