

Betreuung von Dysphagiepatienten

Warum interdisziplinäre Zusammenarbeit so wichtig ist

MIKIS CECON, MAJA DORFSCHMID



Der Schluckakt ist eine diffizile sensomotorische Aktivität mit willkürlichen und reflektorischen Komponenten. Etwa 50 Muskelgruppen werden bis zu 2000-mal am Tag für das Schlucken bewegt und koordiniert (1, 2) – gelegentlich ganz bewusst, wesentlich häufiger jedoch unbewusst – meist bis zu dem Zeitpunkt, an dem die Zahnräder der getimten Abläufe nicht mehr reibungslos ineinander greifen und Schluckstörungen auftreten. So komplex wie das Krankheitsgeschehen und seine Ursachen ist die nötige interdisziplinäre Betreuung und Therapie – viele Patienten lernen nur dadurch wieder den Umgang mit einer einst selbstverständlichen und lebenswichtigen Körperfunktion.

Mögliche erste Anzeichen und Folgen einer Dysphagie bleiben oft unbemerkt. Es wird beispielsweise das Essen in Gesellschaft gemieden, oder der Betroffene verzichtet auf gewisse für ihn schwer schluck- oder kaubare Nahrungsmittel. Essen und Schlucken kann auch als anstrengend oder schmerzhaft empfunden werden und mit einer reduzierten Freude am Essen verbunden sein. Weitere Hinweise für eine Dysphagie sind beispielsweise eine längere Dauer für die Nahrungsaufnahme, Steckenbleiben der Nahrung im Mund oder Herausfließen der Speisen/Getränke aus dem Mund sowie eine belegte Stimme, Husten während und/oder nach dem Essen. Dadurch kommt es oft zu einer ungenügenden Nahrungszufuhr und infolgedessen zu einem ungewollten Gewichtsverlust (3). Bei Personen, die sich nicht regelmässig wiegen, bleibt der Gewichtsverlust oft unbemerkt. Ein zu locker sitzender Ehering oder eine zu weite Hose können dann Hinweise dafür sein.

Angehörige und Pflegefachpersonen der Betroffenen spielen in der Früherken-

nung einer Schluckstörung eine sehr wichtige Rolle, da sie den Patienten am häufigsten sehen und Veränderungen des Schluckaktes und der Ernährungsgewohnheiten am ehesten feststellen (4). Ungewollter Gewichtsverlust und Mangelernährung sollten verhindert werden, da diese den Schluckakt wiederum negativ beeinflussen und zudem zahlreiche weitere Komplikationen nach sich ziehen können (5). Lebensbedrohlich wird es, wenn unklares Fieber und/oder eine Pneumonie auf immer wiederkehrende Aspirationen zurückzuführen sind (6, 7).

Schlucken, ob flüssige oder feste Nahrung, findet häufig in Gesellschaft statt

Schlucken und Essen dienen einerseits der Abdeckung des individuellen Energie- und Nährstoffbedarfs, andererseits ist beides auch ein wichtiger Bestandteil unseres sozialen Zusammenlebens und ein geschmackliches und sinnliches Erlebnis. Personen, die unter einer Dysphagie leiden, meiden oft Anlässe, bei denen gemeinsam gegessen wird, da sie sich

wegen ihrer Dysphagie schämen, in Gesellschaft zu essen. Neben einer ungenügenden und einseitigen Ernährung kommt es bei den Betroffenen auch zu einem sozialen Rückzug.

Interdisziplinäre Diagnostik zur Ursachenfindung

In der Literatur (1, 8) wird der Ablauf des Schluckaktes in die orale Vorbereitungsphase, die orale Transportphase, die pharyngeale und die ösophageale Phase unterteilt. Eine Störung in jeder einzelnen Phase hat differenzierte Auswirkungen/Defizite beim Schlucken zur Folge. In der oralen Vorbereitungsphase geht es um die unmittelbare Aufnahme der Nahrung in den Mund und um deren Vorbereitung (Zerkleinerung). Die Hand-Mund-Koordination und die Zielgenauigkeit der Handführung müssen gewährleistet sein. Hier ist auf alle Fälle an Neglect oder Hemiparese zu denken. Die Neurologen führen unterschiedliche Tests durch, um das Einschränkungsausmass möglichst genau beschreiben und erste therapeutische Massnahmen einleiten zu können. In

der Ergotherapie können diese Bewegungsabläufe sehr alltagsnah in die Therapie integriert und geübt werden.

Ist die Nahrung im Mund, muss/soll sie zerkleinert werden. Dafür sind ein guter Lippenschluss und Wangentonus, eine kräftige und vielseitig bewegliche Zunge und gesunde intakte Zähne wichtig. Zahnärzte, Kieferchirurgen oder Prothetiker spielen hier eine entscheidende Rolle. Ebenso wichtige Ansprechpartner sind der HNO-Arzt und der Phoniater, wenn es um Dysfunktionen im oralen Bereich geht. Bevor der Schluckreflex ausgelöst und damit die pharyngeale Phase eingeleitet wird, werden die Taschenfalten und Stimmlippen im Kehlkopf verschlossen und dadurch die tieferen Atemwege geschützt. Der Phoniater oder auch der HNO-Arzt begutachten die Morphologie des Mundraumes und des Kehlkopfes. Zusätzlich werden die Funktion und die Kraft der Zunge, der Lippen und Wangen sowie die Bewegung des Gaumensegels, der Gaumensegel- und Stimmlippenverschluss beurteilt. Ausserdem führt der Phoniater mittels der FEES (9, 10) (fiberoendoskopische Evaluation des Schluckens, siehe auch Seite 7) eine objektive Schluckuntersuchung durch. Diese Untersuchung erfolgt idealerweise gemeinsam mit dem Therapeuten, der den Patienten betreut. Dabei werden mittels unterschiedlicher Konsistenzen der Schluckakt und allfällige Pathologien, im

schlimmsten Fall eine Aspiration, beobachtet und beschrieben. Die eigentliche pharyngeale sowie die anschliessende ösophageale Phase sind ausschliesslich anhand von bewegten Röntgenbildern mittels Videofluoroskopie (11) ungehindert zu beobachten. Diese Untersuchung wird ausschliesslich von Radiologen mit Unterstützung von MTRA (medizinisch-technische Radiologieassistenten) durchgeführt. Entsteht der Verdacht, dass eine mögliche Einschränkung in der peristaltischen Welle des Ösophagus oder eine Dysfunktion im unteren Ösophagus sphinkter vorliegen, ist eine weitere Abklärung durch den Gastroenterologen erforderlich. Neben der genauen Überprüfung des Schluckaktes geben auch der Allgemeinzustand und die Krankengeschichte des Patienten wichtige Anhaltspunkte für die mögliche Ursache der Dysphagie. Zur Beurteilung des Allgemeinzustandes des Patienten gehört auch die Beurteilung des Ernährungszustandes, beispielsweise durch den Nutrition-Risk-Score nach Kondrupp (12). Aufgrund der Vielzahl diagnostischer Untersuchungsmethoden und der unterschiedlichen involvierten Spezialisten sind eine enge fachübergreifende Zusammenarbeit und eine regelmässige Kommunikation zwischen den interdisziplinären Teams wichtig. Durch die genaue Diagnostik werden die Weichen für die nachfolgende Therapie gestellt.

Bedside-Screenings zur ersten Abklärung der Aspirationsgefahr

Leider ist eine ausführliche Diagnostik in der Praxis nicht immer umgehend machbar. Für eine erste Abklärung eignen sich in solchen Fällen sogenannte Bedside-Screenings, die sich durch geschultes Pflegefachpersonal oder Therapeuten kurzfristig durchführen lassen. Erwähnenswert sind zum Beispiel der Daniels-Test (13). Die Untersuchung wird mit Wasser in stufenweiser Mengenerhöhung und mit Nahrung breiiger Konsistenz zweimal durchgeführt. Treffen zwei der vorgegebenen sechs Parameter (Dysphonie, Dysarthrie, abnormaler Würgreflex, abnormaler willkürlicher Husten, Husten nach dem Schlucken und Stimmänderung nach dem Schlucken) zu, ist die Wahrscheinlichkeit einer Aspiration gegeben. Der Gugging-Swallowing-Screen (14) prüft das Schlucken von Speichel, Wasser in unterschiedlichen Mengen sowie Nahrung in einer breiigen Konsistenz. In der Voruntersuchung werden Wachheit, ein willkürlicher Husten, laufender Speichel (Drooling), Stimmänderung und der Speichelschluck beurteilt. Beim direkten Schluckversuch wird das Augenmerk auf einen möglichen verzögerten Schluckakt, Drooling, Stimmänderung und allfälliges Husten gelegt. Bei Patienten mit Trachealkanülen kann der Blue-Dye-Test (15, 16) durchgeführt werden. Bei entblockter Kanüle wird dem Patienten die Mundschleimhaut mit blauer Farbe und Wasser benetzt. Ist blaues Sekret bei der anschliessenden Kanülenabsaugung vorzufinden, weist das auf eine mögliche Aspiration hin.

Therapeutische Möglichkeiten

Nach einer genauen interdisziplinären Diagnostik sollten die therapeutischen Interventionen ebenfalls interdisziplinär aufeinander abgestimmt werden, denn die multiprofessionelle Betreuung ist beim dysphagischen Patienten von zentraler Bedeutung für den Therapieerfolg. So unterschiedlich die therapeutischen Ansätze auch sind, sie haben alle ähnliche Ziele: Ein sicheres aspirationsfreies Schlucken, eine möglichst gute Lebensqualität des Patienten, die Sicherstellung

Kasten: Folgende Fragen aus dem Dysphagie-Screening EAT-10* können helfen, eine Dysphagie zu erkennen:

1. Bestehen Schluckbeschwerden, die zu ungewolltem Gewichtsverlust geführt haben?
2. Haben die Schluckbeschwerden in der Vergangenheit zu einem Verzicht auf Besuche von öffentlichen Restaurants geführt?
3. Erfordert das Schlucken von Flüssigkeiten eine besondere Anstrengung?
4. Erfordert das Schlucken von fester Nahrung eine besondere Anstrengung?
5. Erfordert das Schlucken von Medikamenten (z.B. Tabletten, Dragees) eine besondere Anstrengung?
6. Ist das Schlucken im Allgemeinen schmerzhaft?
7. Ist die Freude am Essen im Allgemeinen durch Schluckbeschwerden beeinträchtigt?
8. Bleibt das Essen während des Schluckvorgangs im Hals stecken?
9. Hustet die Person während des Essens?
10. Ist das Schlucken anstrengend?

*Belafsky PC et al. Validity and reliability of the Eating Assessment Tool (EAT-10): Ann Otol Rhinol Laryngol. 117 (12): 919-924, 2008 Dec.

einer ausreichenden Ernährung und – wenn möglich – eine Genesung sowie ein möglichst hohes Mass an Selbstständigkeit.

Einen hohen Stellenwert – nicht nur in der Ersterkennung der Dysphagie, sondern auch in der Betreuung der Patienten – haben die Pflegefachkräfte. Durch ihre intensive Präsenz werden therapeutische Massnahmen, die in den einzelnen Disziplinen mit dem Patienten erarbeitet oder besprochen wurden, unterstützend umgesetzt und abweichende Beobachtungen rückgemeldet. Die therapeutischen Massnahmen und ihre Praktikabilität müssen gut dokumentiert und interdisziplinär kommuniziert werden (4, 12). Durch diesen intensiven fachlichen Austausch werden das Verständnis für die Problematik und die Relevanz der Dysphagie geschaffen sowie Veränderungen schneller erkannt, sodass Gegenmassnahmen schnellstmöglich eingeleitet werden können.

Die Pflegefachpersonen unterstützen den Patienten in der Mobilisation, zerkleinern möglicherweise das servierte Gericht oder sind behilflich bei der Hand-Mund-Koordination.

Eine ideale Grundvoraussetzung für eine möglichst sichere Nahrungsaufnahme ist eine optimale aufrechte Sitzposition. Physio- und Ergotherapeuten nehmen sich dieser Thematik in ihren therapeutischen Interventionen intensiv an. Neben Haltung und Sitzposition wird speziell bei dysphagischen Patienten der Fokus auch auf die Funktion des faziioralen Raumes gelegt (17). An dieser Stelle sind auch die wichtigen physiotherapeutischen Massnahmen bei Lymphödemen im Bereich des Halses zu erwähnen, die erfolgreich therapiert werden können.

Die Logopädie hat in erster Linie zum Ziel, funktionsorientierte Techniken anzubieten, die eine mögliche Aspiration verhindern. Sie folgt damit dem Grundsatz: «Schlucken trainiert Schlucken.» Neben singulären Muskelübungen des Kiefers, der Lippen, der Wange und der Zunge können auch Schluckmanöver (18) erlernt werden. Grundvoraussetzungen dafür sind eine gewisse Vigilanz, Körpertonus und Kognition der Patienten. Im

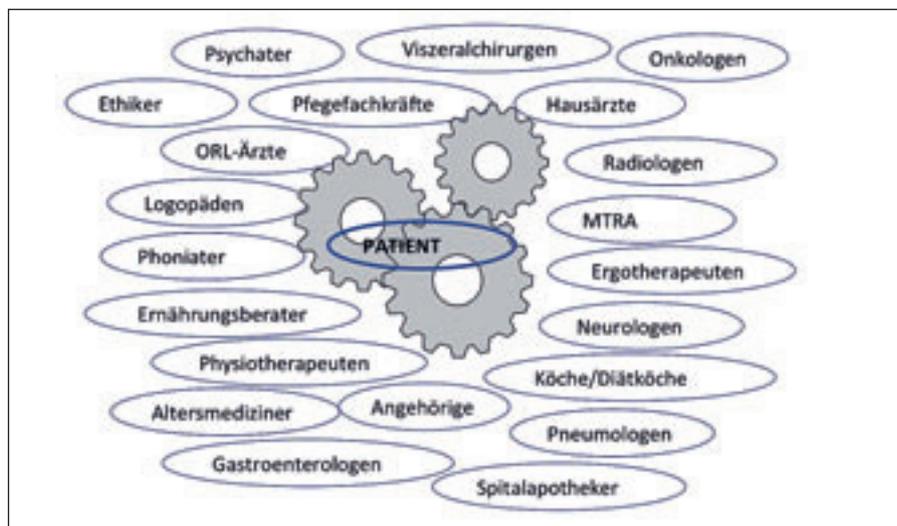


Abbildung: Interdisziplinäre Zusammenarbeit

besten Fall können Schluckmanöver Aspirationen verhindern. Damit ist zwar die Ursache der Dysphagie nicht behoben, der Patient ist jedoch in der Lage, sich wieder oral Nahrung zuzuführen. Reicht die Energie- und Nährstoffversorgung noch nicht aus, kann der Patient ergänzend enteral über eine Sonde ernährt werden. Eine zumindest teilorale Ernährung ist wichtig, um den Schluckablauf zu üben und die am Schluckakt beteiligte Muskulatur zu trainieren. Denn durch regelmässiges Essen, Schlucken und die gemeinsame Betreuung durch eine spezialisierte Ernährungsberaterin und einen Schlucktherapeuten ist es oft schneller wieder möglich, eine bedarfsdeckende orale Nahrungszufuhr sicherzustellen (19). In der logopädischen Dysphagie-therapie geht es allerdings nicht immer nur um Kraftaufbau und Muskelzunahme, sondern auch um die Koordination und die Kontrolle der einzelnen Abläufe. Die Übungsmöglichkeiten erstrecken sich bis in die pharyngeale Phase, und zwar über Bewegungen, wie zum Beispiel das Andrücken der Zunge an den Gaumen, das eine indirekte Kehlkopfhebung verursacht.

Die Ernährungsberaterin stellt sicher, dass der Patient Nahrung und Flüssigkeit in der für ihn geeigneten Konsistenz erhält. Dabei ist die interdisziplinäre Absprache mit den Schlucktherapeuten sehr

wichtig. Eine einheitliche und für alle Beteiligten verständliche Terminologie über die geeignete Nahrungs- und Flüssigkeitskonsistenz hilft, Missverständnisse mit unter Umständen schwerwiegenden Folgen zu verhindern. Von der Fachgruppe Dysphagie des Schweizerischen Verbandes diplomierter Ernährungsberaterinnen (SVDE) wurden dazu bestimmte modifizierte Nahrungskonsistenzen definiert (siehe dazu Seite: 17) (20, 21). Bei stationären Patienten sollte daher auch die Diätküche in die Behandlung integriert sein, da sie die entsprechenden Speisen, nicht nur schmackhaft und optisch ansprechend, sondern auch in der gewünschten modifizierten Konsistenz für den Patienten zubereiten muss. Die Ernährungsberaterin evaluiert die orale Nahrungszufuhr regelmässig. Ist sie nicht bedarfsdeckend, müssen die Speisen in Zusammenarbeit mit der Diätküche, zum Beispiel durch entsprechende Anreicherung, energie- und proteinreicher gestaltet werden. Damit lässt sich die orale Nahrungszufuhr des Patienten signifikant steigern (22, 23). Das kann auch durch den Einsatz von Trinknahrungen erreicht werden (24). Hier ist die Zusammenarbeit mit der Spitalapotheke wichtig, um ein geeignetes Sortiment an Trinknahrungen vor Ort zu haben. Bei ambulanten Patienten berät die Ernährungsberaterin den Patienten und sein Umfeld über die Le-

bensmittelauswahl und die Zubereitung der Speisen bei modifizierter Nahrungskonsistenz.

Dennoch gibt es Patienten, bei denen eine orale Nahrungszufuhr trotz der beschriebenen ernährungstherapeutischen Interventionen vorübergehend oder nicht (mehr) möglich ist. In diesen Situationen wird die enterale Ernährung über eine Sonde empfohlen. Handelt es sich nur um eine kurzfristige Überbrückung von voraussichtlich weniger als zwei bis drei Wochen, ist die Einlage einer nasalen Ernährungssonde der Zugang der Wahl. Eine nasogastrale Sonde kann unter stationären Bedingungen schnell und einfach durch eine Pflegefachperson eingelegt werden. Handelt es sich jedoch um ein längerfristiges und/oder grundsätzliches Problem wird durch den Gastroenterologen eine perkutane endoskopische Gastrostomie (PEG) angelegt (25). In speziellen Situationen kann auch durch den Viszeralchirurgen die Anlage einer Feinkatheter-Jejunostomie erfolgen.

Nachversorgung

Speziell in der Akutversorgung stehen viele der erwähnten Fachdisziplinen zur Verfügung, die Kommunikationswege und Reaktionszeiten sind kurz. Wesentlich schwieriger wird es, wenn die Patienten über einen längeren Zeitraum ambulant oder in nachversorgenden Einrichtungen mit weit weniger Ressourcen weiterbetreut werden. Hier spielt der Hausarzt eine wesentliche Rolle. Er ist dann Dreh- und Angelpunkt für die Kommunikation zwischen dem Patienten, den Angehörigen und Spezialisten beziehungsweise Therapeuten. Schwerwiegende Entscheidungen sind dann unvermeidlich, wenn absehbar wird, dass die kurative Behandlung polymorbider oder dementer Patienten nicht mehr gegeben ist. Eine interdisziplinäre Absprache zwischen Patient, Angehörigen, Hausarzt, Onkologen, Geriater, Psychiater und ei-

nem Ethiker oder Palliativmediziner können für alle Beteiligten dann Entlastung bringen.

Fazit

Schluckstörungen haben je nach Grunderkrankung eine hohe Prävalenz, sie bleiben jedoch häufig unerkannt. Die Ursachen sind multifaktoriell. Nicht zuletzt auch aufgrund des demografischen Wandels wird die Problematik der Dysphagie weiter zunehmen. Umso wichtiger ist eine koordinierte und interdisziplinäre Zusammenarbeit, um eine individuell angepasste Therapie gewährleisten zu können. Durch eine gezielte Kommunikation und durch die Vielzahl der verfügbaren therapeutischen Interventionen können Wege gefunden werden, um die Ernährung des Patienten seinen Bedürfnissen und Möglichkeiten anzupassen. Dabei sollten sowohl die physiologischen als auch die gesellschaftlichen und sinnlichen Aspekte des Essens berücksichtigt werden.

Korrespondenzadresse:

Mikis Cecon, Logopäde, MSc, MBA
Bereichsmanager pulmonale Rehabilitation
Zürcher Höhenklinik Wald
E-Mail: mikis.cecon@zhw.ch

Literatur:

1. Bartolome G. Physiologie des Schluckvorganges. Sprache Stimme Gehör 1999; 23: 3–6.
2. Mertl-Rötzer M. Dysphagie – Epidemiologie, Diagnostik, Therapie und Ernährungsmanagement; Laryngo-Rhino-Otol 2009; 88: 259–273.
3. Belafsky PC et al. Validity and reliability of Eating Assessment Tool (EAT-10). Ann Otol Rhinol Laryngol 2008; 117 (12): 919–924.
4. Mertl-Rötzer M. Dysphagie – Inzidenz, Diagnostik, Therapie und Ernährungsmanagement schluckgestörter Patienten. Aktuelle Ernährungsmedizin 2004; 29: 334–337.
5. Veldees MS et al. Can protein-calorie malnutrition cause dysphagia? Dysphagia 1992; 7: 86–101.
6. Katzan IL et al. The effect of pneumonia on mortality among patients hospitalized for acute stroke; Neurology 2003; 60 (4): 620–625.
7. Martino R et al. Dysphagia after stroke: incidence, diagnosis and pulmonary complications; Stroke 2005; 36 (12): 2756–2763.

8. Seidl RO, Nusser-Müller-Busch R. Schluckrehabilitation nach moderner Tumortherapie im Kopf-Hals-Bereich; Laryngo-Rhino-Otol 2007; 86: 846–852.
9. Hiss S et al. Fiberoptic evaluation of swallowing. Laryngoscope 2003; 113: 1386–1393.
10. Langmore SE. Fiberoptic Endoscopic Examination of Swallowing Safety: A New Procedure. Dysphagia 1998; 2: 216–219.
11. Wu C et al. Evaluation of swallowing safety with fiberoptic endoscope: comparison with videofluoroscopic technique. Laryngoscope 1997; 107: 396–401.
12. Kondrup J, Rasmussen HH, Hamber O, Stanga Z, Ad Hoc ESPEN Working Group. Nutritional risk screening (NRS 2000): a new method based on an analysis of controlled clinical trial. Clin Nutr 2003; 22 (3): 321–336.
13. Daniels SK et al. Clinical predictors of dysphagia an aspiration risk: outcome measures in acute stroke patients. Arch Phys Med Rehabil. 2000 Aug; 81 (8): 1030–1033.
14. Trapl M et al. Dysphagia bedside screening for acute-stroke patients: the Gugging Swallowing Screen. Stroke 2007; 38 (11): 2948–2952.
15. Belafsky PC et al. The accuracy modified Evan's blue dye test in predicting aspiration. Laryngoscope 2003; 113 (11): 1969–1972.
16. Winkelmaier U et al. The accuracy of the modified Evans blue dye test in detecting aspiration in head and neck cancer patients. Eur Arch Otorhinolaryngol. 2007; 264 (9): 1059–1064.
17. Bartolome G et al. Schluckstörungen Diagnostik und Rehabilitation. Verlag Urban & Fischer 1999; Restituierende Therapieverfahren: 181–249.
18. Hartmann A. Funktionelle Therapieverfahren bei oropharyngealen Dysphagien. In: Stanschus S. (Hrsg) Dysphagie – Diagnostik und Therapie. Dysphagieforum, Schulz Kirchner Verlag 2009; S. 129–168.
19. British Association of Otorhinolaryngology Head and neck surgery Head and neck cancer: Multidisciplinary management guidelines. 4th edition 2011. verfügbar unter: www.bahno.org.uk/docs/head_and_neck_cancer.pdf.
20. Berger R, Heide-Schröter A. Einführung von Schluckkoststufen zur Optimierung der Ernährung von Dysphagiepatienten: Forum Logopädie 2007, Heft 1, 21: 28–32.
21. Köhler W, Niens N, Berger R, Volkert D. Schluckstörungen - Ein Überblick aus neurologischer Sicht: Lila Reihe, 2008.
22. Barton AD, Beigg CL, Macdonald IA, Allison SP. A recipe for improving food intakes in elderly hospitalized patients. Clin Nutr 2000; 19: 451–454.
23. Olin AO, Osterberg P, Hådel K, Armyr I, Jerström S, Ljungqvist O. Energy-enriched hospital food improve intake in elderly patients. JPEN 1996; 20: 93–97.
24. Stratton R, Elia M. A review of reviews: A new look at the evidence for oral nutritional supplements in clinical practise. Clin Nutr 2007; 26 (Suppl 1): 5–23.
25. Löser C, Aschl G, Hébuterne X, Mathus-Vliegen EMH, Muscaritoli M, Niv Y et al. ESPEN-Guidelines on enteral nutrition — Percutaneous endoscopic gastrostomy (PEG). Clinical Nutrition 2005; 24: 848–864 Verfügbar unter: www.espen.org/education/espen-guidelines.