



Gut und schmerzlos?

Ausgewogene Ernährung – trotz Kau- und Schluckstörungen

TEXT: MONIKA BISCHOFF

An Dysphagie leiden in Deutschland etwa fünf Millionen Menschen in allen Altersgruppen und die Anzahl der Betroffenen mit Kau- und Schluckstörungen steigt stetig an.

Grund dafür ist zum einen die verbesserte medizinische Akutversorgung und zum anderen auch der immer größer werdende Anteil älterer Menschen in unserer Gesellschaft. Grundsätzlich repräsentieren ältere Menschen die größte Gruppe der Betroffenen bei den Kau- und Schluckstörungen. Altersbedingte Schwächung oder Zerstörung von Schluckmechanismen z. B. durch einen Schlaganfall oder Operationen, Verengungen und Verletzungen im Bereich des Schlucktraktes und der Speiseröhre können den

reibungslosen Ablauf des Schluckaktes beeinträchtigen. Genau genommen, handelt es sich aber bei der Kau- und Schluckstörung um zwei verschiedene Erkrankungen. Schluckstörungen können in jeder Altersgruppe auftreten. Meist entsteht diese Störung durch Schlaganfall, Demenz oder Tumore. Eine Therapie und viele Übungen zur Wiederherstellung der individuellen Störung sind unablässig. Kaustörungen haben oft weniger schwerwiegende Ursachen wie z. B. schlechtsitzende Prothesen oder mangelnde Mundhygiene.

Um die Erkrankungen frühzeitig zu erkennen, sollte auf erste Hinweise wie eine kontinuierliche Gewichtsabnahme, häufige Fieberschübe aber auch eine Veränderung der Lebensmittelauswahl geachtet werden. Die Betroffenen bevorzugen vermehrt weiche, leicht(er) kaubare Nahrungsmittel, um Schwierigkeiten beim Essen und Trinken vorzubeugen. Freude und Genuss am Essen gehen immer

mehr verloren, die Mahlzeitenhäufigkeit sowie die Menge werden allmählich reduziert. Auch aus Angst vor dem Verschlucken, Husten, etc. meiden die Betroffenen häufig das Essen und Trinken oder ernähren sich einseitig nur von Suppen und Brei. Hierdurch kann zwar eventuell die Energiezufuhr gedeckt werden, aber die ausreichende Zufuhr von Nährstoffen ist in der Regel nicht gewährleistet. Um Komplikationen zu vermeiden und die Lebensqualität zu steigern, erfordert die Therapie ein intensives Schlucktraining und eine individuelle umfassende Ernährungstherapie.

WICHTIGE MASSNAHMEN RUND UMS ESSEN UND TRINKEN:

1. Ein erster wichtiger Punkt ist das Sitzen bei der Speisenaufnahme. Zur Erleichterung des Essens und Trinkens sollte der Betroffene wenn möglich **gerade sitzen** oder dessen Oberkörper im Bett durch Kissen im Rückenbereich gestützt werden. Der Rücken ist somit idealerweise angelehnt, der Nacken gestreckt und die Arme liegen angewinkelt auf dem Tisch. Der Kopf ist leicht nach vorne gebeugt und das Kinn nach unten gesenkt. Diese Körperhaltung ist auch noch für 20 Minuten nach der Essenaufnahme beizubehalten.
2. Für Essen und Trinken muss **ausreichend Zeit** eingeplant werden. Der Patient darf nicht abgelenkt werden, sondern soll sich voll und ganz auf die Mahlzeit konzentrieren dürfen. Also am besten TV und Radio ausschalten. **Die Atmosphäre spielt eine** (leider oft unbeachtet) **große Rolle**. Ein angenehmer Duft und ein appetitlich angerichteter Teller regen die Vorfreude auf das Essen an und der Speichelfluss wird aktiviert. Speichel ist wichtig für die Wahrnehmung des Geschmacks. Er löst die Geschmacksstoffe aus den Speisen und befördert diese auf die auf der Zunge ansässigen Geschmacksknospen. Auch das Essen mit den eigenen Fingern kann eine Möglichkeit sein, die Sinne anzuregen. Wichtig ist, dass jeder Bissen sorgfältig gekaut und geschluckt worden ist, bevor der nächste Bissen kommt. Eine Hilfestellung beim Essen durch das Pflegepersonal oder durch Angehörige ist oftmals unerlässlich.
3. Besser **kleine Mahlzeiten** über den Tag verteilen, um den psychischen Druck der Nahrungsaufnahme (»das muss jetzt aufgegessen werden«) zu verringern.
4. Für das optimale Schlucktraining sollte auf spezielle **Dysphagie Trinkbecher** (Becher mit weitem Rand oder ausgeschnittener Nasenkerbe erleichtern die Kopfneigung nach vorn) zurückgegriffen werden – Schnabeltassen sind nicht hilfreich. Hier fließt die Flüssigkeit unkontrolliert in den Rachenraum und durch die Streckung des Halses bewirkt dieser genau das Gegenteil einer Schluckhilfe. Auch **spezielles Besteck** mit einem verstärkten Griff, Becher mit fingergerechten Rillen, Teller mit erhöhtem Rand geben

dem Betroffenen Sicherheit beim Essen. Insgesamt regen **kräftige Farben** eher den Appetit an. Getränke sollten deshalb in farbigen Gläsern und Bechern angeboten werden (Kaffee und Tee in weißen Tassen). Teller und Tassen mit Dekor oder Mustern können als Flecken oder Fremdkörper missdeutet werden und wirken daher ablenkend.

5. Nach jedem Essen sollte eine **ausgiebige Mundpflege** erfolgen.

HAUPTARGUMENT FÜR DIE ERNÄHRUNGSTHERAPIE: VERMEIDUNG VON MANGELERNÄHRUNG

Das größte Problem bei Patienten mit Kau- und Schluckstörung ist die schleichend eintretende Mangelernährung. Aus Angst vor dem Verschlucken, essen und trinken Patienten häufig weniger als sie sollten. Ein Zuwenig an Flüssigkeits-, Energie- und Nährstoffaufnahme ist die Folge. Die Nährstoffzufuhr bei diesen Patienten richtet sich nach den Empfehlungen der D-A-CH-Fachgesellschaften. Zu berücksichtigen sind immer auch individuelle Unverträglichkeiten (z. B. Laktose- oder Fruktoseintoleranz), die Ausprägung und Schwere der Kau- und Schluckstörungen, sowie persönliche Vorlieben und Abneigungen.

Bei der Ernährungstherapie steht die Veränderung und Anpassung der Nahrungsauswahl und -konsistenz an erster Stelle. In Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen kann meist aus verschiedenen Kostformen ausgewählt werden. Von der Vollkost gemäß der Deutschen Gesellschaft für Ernährung e.V. DGE über die leichte Vollkost, die vegetarische Kost sowie speziell verordnete diätetische Kostformen. Idealerweise kann die Küche diese Kostformen technisch in den Konsistenzen so abändern, dass auch Patienten mit Kau- und Schluckstörungen davon profitieren.

Betroffene von Kau- und Schluckstörungen meiden frische, knackige, knusprige oder körnige Lebensmittel, wie Gemüse, Obst oder Vollkornprodukte, die eine hohe Nährstoffdichte aufweisen, oder verzehren diese nur noch eingeschränkt. Bevorzugt werden dauerhaft weiche und besser kaubare Speisen. Diese sind jedoch häufig stärker verarbeitet und erhitzt, sodass sie geringere Menge an Vitaminen und Mineralstoffen im Vergleich zu unverarbeiteten Lebensmitteln aufweisen. Weißbrot statt Vollkorn und weiches Gemüse (evtl. aus dem Glas) statt frischer Rohkost. Um einer Mangelernährung vorzubeugen, müssen Lebensmittel mit einer hohen Nährstoffdichte, also möglichst hohe Gehalte an essenziellen Nährstoffen wie Vitaminen, Mineralstoffen, essenziellen Fettsäuren und Spurenelementen >

bevorzugt werden und die Speisen deshalb gezielt mit hochwertigen Lebensmitteln angereichert werden. Geeignet sind pflanzliche Öle und fettreiche Milchprodukte wie Sahne und Cremes. Diese sogenannten »feuchten« Speisen erleichtern das Schlucken. Säurehaltige Speisen und Getränke regen die Speichelproduktion an und fördern somit den Transport der Speisen, Salzige aktiviert die Produktion des serösen (flüssigen) Speichels und Süßes dagegen den dicken, mukösen Schleim.

Die wichtigsten Kriterien der Kostanpassung sind Bolusgröße, Fließfähigkeit und Formbarkeit der Nahrung bzw. die Konsistenz der Speise. Diese sollte der jeweiligen Schluckstörung angepasst werden. Durch verschiedene küchentechnische Maßnahmen kann die Speise püriert, passiert oder angedickt werden. Die einzelnen Komponenten der Kost sollten aber noch erkennbar sein. Farblich abgestimmte Kombinationen (Kontraste) wie z. B. grünes Erbsenpüree und orangefarbenes Karottenpüree erhalten im Gegensatz zu weißen Kartoffeln und püriertem weißem Fischfilet die Freude beim Essen. Die aufwändigere Schaumkost (»smooth food«) kann das Speisenangebot sinnvoll ergänzen.

Die Deutsche Gesellschaft für Ernährung (DGE) empfiehlt in den »DGE Standards für die Verpflegung in stationären Senioreneinrichtungen« ein 4-stufiges Schema für einen Kostaufbau.

1. **Passierte Kost** (dickflüssig bzw. breiige Kost): angeboten wird ein homogener, vollkommen klümpchen- und faserfreier Brei.
2. **Pürierte Kost:** die Konsistenz ist breiig aber nicht mehr so fein. Zum Beispiel Nudeln mit Soße oder passiertes Obst.
3. **Teilpürierte Kost oder Übergangskost:** Fisch und Fleisch wird noch püriert aber weiche Lebensmittel wie Kartoffeln, weiche Nudeln und Brot ohne Rinde oder Kompott kann unpüriert angeboten bzw. die Speise kann mit der Gabel oder Zunge zerdrückt werden.
4. **Adaptierte Kost (weiche Kost, nicht püriert):** diese Kost wird gerne als Wunschkost bezeichnet, denn es besteht nur noch eine leichte Schluckstörung und der Betroffene kann schon weitgehend normal essen. Es sollte lediglich darauf geachtet werden, dass die Konsistenzen der Mahlzeit nicht zu unterschiedlich sind. Zum Beispiel eher ungeeignet ist ein Eintopf mit Rindfleisch.

Beim Anwenden des Stufenschemas bedarf es immer wieder einer Überprüfung des individuellen Schluckstatus und gegebenenfalls einer Anpassung

des Speisenangebots bzgl. der Konsistenzen. Auch wird bei Stufe 1 und 2 der Nährstoffbedarf meist nicht ausreichend gedeckt und eine Energieanreicherung der Breie ist notwendig. Hier kann die hochkalorische Trinknahrung oder andere Nahrungssupplemente zum Einsatz kommen.

Ein weiteres Schema (McCullough et al. 2003) beschreibt die Fließfähigkeit (Viskosität) der (angedickten) Flüssigkeiten:

- Stufe A:** Löffeldick, > 1750 Centipoise
- Stufe B:** Honigartig angedickt, 351-1750 Centipoise
- Stufe C:** Nektarartig angedickt, 51-350 Centipoise
- Stufe D:** Dünflüssig, 1-50 Centipoise

Die IDDS (International Dysphagia Diet Standardisation) empfiehlt dieses ausführliche Trink- und Ess-Stufenschema: Getränke werden auf Stufe 0-4 eingeteilt und das Essen auf 3-7.



EINE HERAUSFORDERUNG FÜR SICH: DEHYDRATION

Der Flüssigkeitsbedarf beträgt unter normalen Umständen ca. 30 ml/kg Körpergewicht, sollte aber nicht weniger als 1.500 ml/Tag sein. Bei erhöhtem Bedarf (z. B. Fieber, starkem Schwitzen, etc.) muss die Flüssigkeitsmenge individuell gesteigert werden. Zudem muss auf Patienten, die einen vermehrten Speichelfluss entwickeln oder oft mit einem offenen Mund schlafen, besonders geachtet werden. Hierbei geht auch Flüssigkeit verloren. Die Getränke sollen nicht zu kalt oder zu heiß sein und zeitweilig kann ein Strohhalm unterstützend wirken. Kohlen-säurehaltige Getränke sind zu meiden. Um langweiliges Leitungswasser »aufzupeppen« darf mit

Ingwer, Zitrone etc. aromatisiert werden. Da ältere Menschen oft keinen Durst verspüren, empfiehlt es sich, Getränke sichtbar an bestimmten Stellen in der Wohnung aufzustellen, einen Trinkplan zu erstellen und sie stündlich durch ein Klingeln z. B. einer Eieruhr zum Trinken zu erinnern.

Zu beachten ist, dass Flüssigkeiten und flüssige Speisen weit schwieriger zu schlucken sind als feste Speisen. Mit Hilfe von modifizierter Maisstärke, Schmelzflocken oder neutral schmeckendem Dickungsmitteln (z. B. Thicken up) lässt sich die Konsistenz sowohl für kalte als auch für warme Getränke verändern. Es muss somit nicht auf Kaffee, Tee, Mineralwasser oder Säfte verzichtet werden.

Eine besondere hohe Aspirationsgefahr (siehe auch unter adaptierte Kost) besteht beim Verzehr von Speisen mit gemischten Konsistenzen, z. B. Brühe mit Einlage oder Joghurt mit Fruchtstücken. Während der feste Nahrungsanteil noch zerkaut wird, kann der flüssige Anteil vorzeitig in den Rachen übertreten und ungewollt in die Lunge gelangen. Wegen der Gefahr des Verschluckens ist es empfehlenswert, das Trink- und Schlucktraining mit sehr kleinen Mengen auf Wasserbasis zu beginnen. Einige Patienten beginnen ihre ersten Schluckversuche mit Wasser oder dickem Apfelpüree, löffeldicker verdünnter Obstsaft, Tee und Götterspeise, das mit dem Teelöffel in kleinsten Mengen angereicht werden und die leicht abgehustet werden können.

Ein Bolusvolumen von etwa 5 ml (max. 1 Teelöffel) wird häufig am besten geschluckt. Spezielle Dysphagielöffel (z. B. mit einem weichen Mundteil oder mit verdickter Löffelschale) können als unterstützende Hilfsmittel genutzt werden.

WEITERE ERNÄHRUNGSTIPPS FÜR DIE PRAXIS:

- > Zu Beginn der Therapie sollten nur kalte Speisen gewählt werden. Bei guter Verträglichkeit kann das Schlucktraining mit Cremes, Naturjoghurt und stufenweise mit festeren Mahlzeiten fortgesetzt werden. Besonders kalte oder sehr warme Speisen und Getränke werden besser wahrgenommen und erleichtern das Auslösen des Schluckreflexes. Temperierte Speisen erleichtern zum Beispiel Patienten mit Sensibilitätsstörungen das Spüren der Nahrung im Mund.
- > Trockene, harte, krümelige oder bröselnde Lebensmittel wie Salzstangen, Toast, Zwieback oder Cracker sowie faserige, zähe und klebrige Lebensmittel sind zu meiden. Diese bleiben zwischen den Zähnen oder am Gaumen hängen oder können bei ggf. fehlender Kaufunktion nicht zerkleinert werden.



> Damit die Betroffenen nicht auf appetitlich aussehende und abwechslungsreiche Speisen verzichten müssen, können Weißbrot, Brötchen, Kekse, Kuchen, etc. kurz in eine wässrige Lösung mit modifizierter Maisstärke getaucht und mit etwas angedickter Flüssigkeit bedeckt werden. Anschließend stellt man diese Speisen für ca. zwei Stunden kalt, damit sie die Lösung aufnehmen können. Sie behalten ihren Geschmack, ihr Aussehen und ihre Form, sind aber in ihrer Konsistenz weich und nicht mehr krümelig.

> Wenn Fleisch-, Gemüse- und Obstgerichte sehr fein püriert werden müssen können sich diese mit Hilfe von Spritztüllen oder Backförmchen appetitlich auf dem Teller anrichten lassen.

> Fertige Babynahrung kann als Grundlage einer Mahlzeit dienen. Durch Anreicherung dieser mit Fetten, Kohlenhydrat- und Proteinpulver kann die Nährstoffdichte erhöht werden. Nussmuß oder auch ein Ei liefern zum Beispiel wertvolles Protein.

Durch die optimale Auswahl und den Einsatz von vitamin- und mineralstoffangereicherten Getränken sowie enteralen Trinknahrungen kann eine schwere Mangelernährung im ersten Schritt verhindert werden. Erst wenn alle Möglichkeiten der oralen Ernährungstherapie ausgeschöpft sind, also der Bedarf an Flüssigkeit, Nährstoffen und Energie nicht erreicht wird, sollte eine enterale Ernährung über eine spezielle Sonde (nasogastrale Sonde) ergänzt werden oder eine PEG angelegt werden.

Essen und Trinken sind die Basis für Genuss und Wohlbefinden und bei Krankheit oft das Einzige, was bleibt. Deshalb ist es unsere Aufgabe, im interdisziplinären Team, unnötige Einschränkungen zu vermeiden, eine professionelle bedarfsgerechte Behandlung anzubieten und die bestmögliche Lebensqualität für Betroffene zu ermöglichen. ♦



Monika Bischoff
Dipl.oec.troph., München

