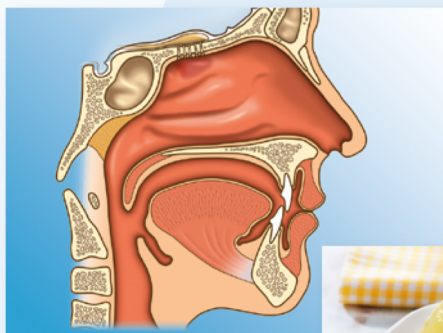


DGE-Praxiswissen

Essen und Trinken bei Kau- und Schluck- störungen im Alter



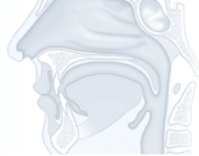


Inhalt

1	Kau- oder Schluckstörung?	4
2	Kaustörungen	5
3	Schluckstörungen (Dysphagien)	8
	3.1 Häufigkeit und Ursachen von Dysphagien	9
	3.2 Die Phasen des Schluckvorgangs	10
	3.3 Erkennen von Dysphagien	12
	3.4 Therapie bei Dysphagien	16
4	Essen und Trinken bei Dysphagien	19
	4.1 Diätetische Maßnahmen	20
	4.2 Begleitende Maßnahmen rund um Essen und Trinken	28

Wichtige Anmerkung zur Gleichstellung in der Sprachverwendung

Soweit personenbezogene Bezeichnungen im Maskulinum stehen, wird diese Form verallgemeinernd verwendet und bezieht sich auf beide Geschlechter. Die DGE geht selbstverständlich von einer Gleichstellung von Mann und Frau aus und hat ausschließlich zur besseren und schnelleren Lesbarkeit die männliche Form verwendet. Wir bitten hierfür um Ihr Verständnis.



Zwei unterschiedliche Herausforderungen

Häufig werden Kau- und Schluckstörungen als eine Einheit wahrgenommen. Es handelt sich jedoch um zwei unterschiedliche Beeinträchtigungen. Bei Kaubeschwerden oder -störungen¹ liegen die Ursachen und Symptome im Bereich der Zähne oder des Mundraumes. Schluckstörungen dagegen sind meist die Folge bestimmter Krankheiten, die Probleme beim Schlucken verursachen. Für eine erfolgreiche Therapie ist es wichtig, genau zwischen den Krankheitsbildern zu unterscheiden und die jeweiligen Ursachen zu erkennen. Besonders bei Kaubeschwerden können diese häufig leicht behoben oder die Symptome gelindert werden.

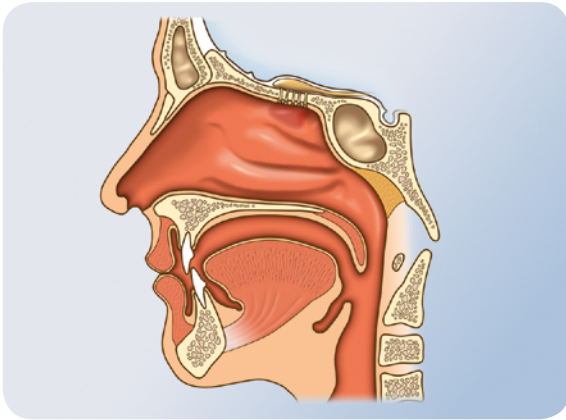
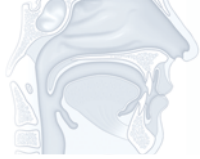
Diese Broschüre liefert einen kurzen Überblick über die beiden Krankheitsbilder, ihre Ursachen und Behandlungsmöglichkeiten. Darüber hinaus werden Maßnahmen rund um die Ernährung vorgestellt.

Hinweis

Infolge von Kau- oder Schluckstörungen kommt es häufig zu einer Mangelernährung². Mangelernährung im Alter stellt ein gravierendes Problem dar, mit maßgeblichen Auswirkungen auf die Gesundheit und die Lebensqualität. Es gilt, diesen Gefahren möglichst vorzubeugen.

¹ Kaustörungen schließen die Kaubeschwerden, die anfänglich auftreten oder während der Kaustörung bestehen bleiben, mit ein.

² Umfangreiche Informationen hierzu finden Sie in der Broschüre „Mangelernährung im Alter“, die ebenfalls im Rahmen dieser Reihe erschienen ist (www.fitimalter-dge.de unter Service/Medien).



Durch das Kauen werden die aufgenommenen Speisen zerkleinert und schluckfähig gemacht. Dabei werden appetitanregende Geschmacks- und Aromastoffe freigesetzt. Werden die Speisen aufgrund von Kaubeschwerden oder ausgeprägten Kaustörungen nicht ausreichend zerkleinert, sind der Geschmack und die weitere Verdauung beeinträchtigt. Nach Angaben der ErnSTES-Studie³ leiden rund 20 % der Senioren in stationären Einrichtungen an Kaubeschwerden beim Zerbeißen von harten Speisen.

Ursachen für Kaubeschwerden und spätere Kaustörungen sind z. B.:

- Zahnverluste
- schlecht sitzende Prothesen
- Druckstellen im Mund

³ Hesecker H, Stehle P: Ernährung älterer Menschen in stationären Einrichtungen (ErnSTES-Studie). In: Deutsche Gesellschaft für Ernährung (Hrsg.): Ernährungsbericht 2008. Bonn (2008) 157–200

- Krankheiten des Mundraumes (z. B. Karies, Aphten, Entzündungen am Zahnfleisch (Gingivitis), am Zahnhalteapparat (Parodontitis), Zahnfleischschwund (Parodontose)
- Mundsoor (Pilzbefall im Mundraum)
- verminderte Speichelbildung im Alter (Mundtrockenheit)

Kaustörungen können beispielsweise durch das Absinken des Kiefergelenks oder durch eingeschränkte Kraft und Ausdauer der Kaumuskelatur entstehen. Auch Lähmungen, zum Beispiel infolge eines Schlaganfalls, können Ursache für Kaustörungen sein.



Praxis-Tipp

- Werden Sie hellhörig, wenn Speisen abgelehnt werden. Nehmen Sie Aussagen zu Beschwerden im Mundraum ernst und ermitteln Sie, woran dies liegen kann. Sind Senioren nicht mehr in der Lage, selbstständig Aussagen zu ihren Beschwerden zu machen, sollten Sie an mögliche Kaustörungen denken und aktiv nach den Ursachen suchen.
- Beispiele für erfolgreiche Maßnahmen bei Kaubeschwerden sind die Sanierung des Zahnapparates, Anpassung von Zahnprothesen, verstärkte Mundhygiene, Behandlung von Entzündungen und Anregung des Speichelflusses. Häufig lassen sich Kaubeschwerden so lindern oder heilen.
- Liegen bleibende Kaustörungen vor, passen Sie die Nahrungskonsistenz an das individuelle Kauvermögen an. Je nach Ausmaß der Beschwerden reicht es, harte Lebensmittel wegzulassen oder Lebensmittel zu zerkleinern (z. B. klein schneiden, raspeln). Reichen diese Maßnahmen nicht aus, müssen die Speisen püriert angeboten werden. Eine ausführliche Darstellung verschiedener Konsistenzen von Speisen finden Sie in dieser Broschüre (Kapitel 4.1, S. 20 ff.).
- Achten Sie darauf, dass alle Beteiligten, zum Beispiel das Küchenpersonal oder der Caterer, über notwendige küchentechnische Maßnahmen für Senioren mit Kaustörungen informiert sind. Eine gezielte Anpassung der Konsistenz der Speisen steigert die Freude am Essen und beugt Appetitlosigkeit und Mangelernährung vor.

Schluckstörungen (Dysphagien)

3



Schluckstörungen erschweren die Nahrungsaufnahme und schränken die Lebensqualität deutlich ein. Essen und Trinken wird zur „Schwerstarbeit“, da sich die Betroffenen stark auf den Akt des Schluckens konzentrieren müssen, um sich nicht zu verschlucken. So wird den Betroffenen durch die Angst vor den Mahlzeiten und die Scham, „nicht richtig“ essen zu können, häufig der Appetit verdorben.

Die Folgen von Schluckstörungen können gravierend sein:

- Es kann zu einer stark beeinträchtigten Lebensqualität kommen, da der Genuss beim Essen und Trinken verloren geht.
- Aus Angst vor dem Verschlucken bzw. Ersticken wird Essen und Trinken häufig abgelehnt, was zu Gewichtsabnahme und Mangelernährung führen kann.
- Durch Flüssigkeitsmangel kommt es zur Dehydratation (Austrocknung).
- Fehlen beim Essen und Trinken Schutzreflexe, wie Schlucken, Husten oder Würgen, können durch das Eindringen von Speichel, Flüssigkeit oder Nahrung in die Luftröhre Aspirationspneumonien (Lungenentzündungen) entstehen.

Hinweis

Schluckstörungen haben weitreichende Folgen und führen zu einer massiven Einschränkung der Lebensqualität von Betroffenen. Sie werden in vielen Fällen nicht als solche erkannt oder ausreichend behandelt. Daher sollten sich alle Personen, die engen und regelmäßigen Kontakt zu Senioren haben, darüber informieren, welche Zeichen auf Schluckstörungen hinweisen können. Geben Sie Ihre Beobachtungen möglichst rasch an den behandelnden Arzt weiter. So tragen Sie dazu bei, dass Schluckstörungen schnell erkannt und entsprechend therapiert werden können.

3.1 Häufigkeit und Ursachen von Dysphagien^{4,5}

Dysphagien können in jedem Alter auftreten, wobei ältere Menschen besonders häufig betroffen sind. Ab einem Lebensalter von 55 Jahren liegt die Häufigkeit von Dysphagien bei etwa 16 bis 22 %. Das heißt etwa jeder fünfte in dieser Altersgruppe leidet an einer Schluckstörung.

Die häufigste Ursache für die Entstehung einer Schluckstörung sind neurologische Krankheiten. Beispiele hierfür sind:

- Schlaganfall (ca. 50 % in der Akutphase, 25 % in der chronischen Phase)
- Morbus Parkinson (ca. 50 %)

⁴ Quelle: Deutsche Gesellschaft für Neurotraumatologie und Klinische Neurophysiologie e. V. (DGNKN): Neurogene Dysphagien – Leitlinien 2003 der DGNKN

⁵ Leitlinien für Diagnostik und Therapie in der Neurologie: Neurogene Dysphagien, 4. überarb. Aufl. 2008, S. 654 ff.

- Multiple Sklerose (ca. 40 %)
- Amyotrophe Lateralsklerose (Degeneration der motorischen Neuronen)
- schweres Schädel-Hirn-Trauma (über 50 % in der Akutphase)



Auch im Verlauf einer Demenz, an der rund 30 % der 90-Jährigen leiden, kommt es häufig zur Entstehung von Schluckstörungen. Daneben können Tumorerkrankungen oder Entzündungen im Bereich von Mund, Rachen und Speiseröhre Schluckstörungen nach sich ziehen. Bewusstseinsstörungen, Verhaltensstörungen, eine eingeschränkte Wahrnehmung (beim Sehen, Riechen oder Anfassen der Speisen), ein schlechter Zahnstatus oder Appetitlosigkeit und Medikamente können die Probleme verstärken.

3.2 Die Phasen des Schluckvorgangs

Um Symptome einer möglichen Schluckstörung besser deuten zu können, ist es hilfreich, die einzelnen Phasen des Schluckvorgangs zu kennen. Pro Tag schluckt der Mensch etwa 1 500 bis 2 000 Mal. Jedes Mal sind an diesem Vorgang etwa 50 Muskelpaare beteiligt.

Man unterscheidet vier Phasen beim Schlucken:

1. Orale Vorbereitungsphase:

In dieser Phase werden die Speisen im Mund zerkleinert und mit Speichel gemischt. Erforderlich hierfür sind ein guter Gebisszustand, ein intaktes Kiefergelenk, eine gute Kaumuskulatur, eine ausreichende Speichelproduktion durch die Speicheldrüsen und eine gute Beweglichkeit der Zunge.

2. Orale Phase:

Der entstandene Nahrungsbrei wird auf der Zunge zu einer Portion geformt (Bolusformung) und zum Rachen transportiert. Bis hierhin kann der Vorgang bewusst gesteuert werden. Das Schlucken wird dagegen reflektorisch ausgelöst.

3. Pharyngeale Phase (Rachenphase):

In dieser Phase werden die oberen und unteren Atemwege verschlossen. Das Gaumensegel verschließt die Atemwege nach oben zur Nase, die Luftröhre und die Stimmbänder werden vom Kehlkopf verschlossen bzw. geschützt.

4. Ösophageale Phase (Speiseröhrenphase):

Die Atemwege werden wieder geöffnet. Der Nahrungsbrei wird durch die Speiseröhre zum Magen transportiert. In aufrechter Haltung unterstützt die Schwerkraft den Transport. Im Liegen wird der Nahrungsbrei mit Hilfe der Peristaltik (Muskeltätigkeit der Speiseröhre) aktiv in den Magen befördert.

Schluckstörungen treten in unterschiedlichen Ausprägungen meist in der oralen und/oder pharyngealen Phase auf.

3.3 Erkennen von Dysphagien

Der Schluckvorgang kann in verschiedenen Phasen gestört sein. Die folgende Tabelle zeigt unterschiedliche Störungen und deren Symptome. Werden bei einem Senioren Anzeichen beobachtet, die möglicherweise auf eine bestehende Schluckstörung hinweisen, sollten die Pflegekräfte beziehungsweise die Angehörigen den behandelnden Arzt möglichst rasch darüber informieren.

Tabelle1: Störungen der Schluckphasen

Schluckphase	Störung	Symptome
Orale Vorbereitungs- und orale Phase	Eingeschränkter Lippen- oder Kieferschluss	Speichel oder Nahrung läuft aus dem Mund
	Eingeschränkte Kiefer- oder Zungenbewegung	Geringe Kaubewegungen, unzerkaute Nahrungsreste
	Reduzierte Wangenkontraktion	Nahrungsreste in den Wangentaschen
	Eingeschränkte Zungenschüsselbildung für Bolusformung	Nahrungsreste im Mund
	Reduzierte Zungenhebung	Probleme mit festen Speisen, verlängertes Kauen, Nahrungsaustritt ▶

Schluckphase	Störung	Symptome
Pharyngeale Phase (Rachenphase)	Gestörte Reflexauslösung	Verschlucken, Husten, Ausspucken der Nahrung
	Eingeschränkter Verschluss der oberen Atemwege durch Gaumensegel	Niesen, Nahrungsaustritt aus der Nase
	Eingeschränkte pharyngeale Kontraktion	Fremdkörpergefühl im Hals, wiederholtes Schlucken, Husten, veränderte Stimmqualität
	Gestörter Verschluss der Luftröhre	Verschlucken, Husten, Würgen, veränderte Stimmqualität, unklare Fieberschübe, Aspirationspneumonie
Ösophageale Phase (Speiseröhrenphase)	Gestörte Öffnung des unteren Speiseröhrenschließmuskels	Gefühl des Steckenbleibens der Nahrung hinter dem Brustbein, Aufstoßen, Rückfluss von Nahrung
	Verkrampfung der Speiseröhre	Schmerzen

Modifiziert nach: Bartolome, G., Schröter-Morasch H. (Hrsg.): Schluckstörungen. Diagnostik und Rehabilitation. Aktuelle Auflage: Elsevier Urban & Fischer Verlag, München, 4. Aufl. 2010

Direkte Hinweise auf eine bestehende Schluckstörung zeigen sich unmittelbar beim Essen und Trinken.

Beispiele hierfür sind:

- Angst vor den Mahlzeiten (Nahrungsverweigerung) aus der Sorge heraus, sich verschlucken oder ersticken zu können
- Husten und Räuspern während der Mahlzeit und danach
- Nahrungsreste im Mundraum durch eine unvollständige Weiterleitung der Nahrung
- Atemnot bei verlegten Atemwegen
- Verweigerung von Getränken.

Indirekte Hinweise auf eine bestehende Schluckstörung können sich erst viele Stunden bis Wochen nach der Nahrungsaufnahme zeigen, wie beispielsweise:

- unklares Fieber als möglicher Hinweis auf eine stille Aspiration und der Entwicklung einer Aspirationspneumonie (Lungenentzündung)
- Gewichtsverlust, Zeichen einer Mangelernährung
- Dehydratation aufgrund einer unzureichenden Flüssigkeitszufuhr
- vermehrtes Husten, Räuspern durch verbliebene Speisereste im Bereich des Kehlkopfes

Die genaue Diagnostik erfolgt durch den Arzt. Diese umfasst die Anamnese sowie klinische und schluckspezifische Untersuchungen. Darüber hinaus liefern apparative Verfahren wie die Videofluoroskopie (eine Art Röntgenuntersuchung) und die Endoskopie sichere Ergebnisse über das Ausmaß der Dysphagie bei pharyngealen Störungen. Zur weiteren Diagnostik bietet sich die Zusammenarbeit in einem interdisziplinären Team an, das aus Logopäden, Ernährungsfachkräften und

Pflegekräften bestehen sollte. Zu deren Aufgaben gehören z. B. die Erfassung des Ernährungszustands und die Beurteilung kognitiver Fähigkeiten. Aus den Ergebnissen aller Untersuchungen kann anschließend ein individuelles Therapiekonzept erstellt werden.



Hinweis

In vielen Fällen ist eine umfassende Diagnostik nicht möglich. Die Mithilfe der Pflegekräfte und Angehörigen ist daher von besonderer Bedeutung. Wenn Sie mögliche Anzeichen für Schluckstörungen beobachten und diese weiterleiten bzw. sorgfältig dokumentieren, helfen Sie dabei, Maßnahmen einleiten zu können.

3.4 Therapie bei Dysphagien

Grundsätze der Behandlung von Dysphagien sind:

- Sicherstellung der Ernährung zur Verhinderung von Mangelernährung
- Schutz der unteren Atemwege zur Verhinderung von Aspirationspneumonien
- Erhalt der größtmöglichen Lebensqualität des betroffenen Senioren



In der vorliegenden Broschüre wird die **funktionell-orientierte Schlucktherapie** mit dem Schwerpunkt auf diätetischen und begleitenden Maßnahmen vorgestellt. Weitere Therapiemöglichkeiten (beispielsweise medikamentöse oder chirurgische Verfahren) können entsprechender Literatur⁴ entnommen werden.

Die funktionell-orientierte Schlucktherapie sollte von speziell ausgebildeten Sprachtherapeuten oder Logopäden durchgeführt werden. Darüber hinaus ist es empfehlenswert, das Pflegepersonal und Angehörige in den Umgang und die notwendigen Hilfestellungen bei Patienten mit Schluckstörungen einzuweisen. Für die

Therapie wird vorausgesetzt, dass zumindest minimale physische, psychische und kognitive Fähigkeiten vorhanden sind.

Zu den Methoden der funktionell-orientierten Schlucktherapie zählen restituierende (wiederherstellende), kompensatorische (ausgleichende) und adaptive (anpassende) Verfahren. In der Praxis hat sich gezeigt, dass die Verfahren nicht klar voneinander abgegrenzt werden können, da sie sich zum Teil überschneiden. Die Auswahl oder Kombination der Verfahren richtet sich individuell nach den vorliegenden Störungen und Voraussetzungen des Betroffenen.

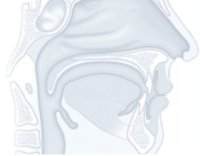
Restituierende Verfahren dienen dem Bewegungstraining der Muskeln, die am Schluckakt beteiligt sind. Diese Muskeln werden, wenn notwendig, stimuliert und dann aktiv trainiert. So soll die muskuläre Voraussetzung für weitgehend normales Schlucken geschaffen werden.

Kompensatorische Verfahren beinhalten Handlungsänderungen und spezielle Schlucktechniken, die den Transport des Nahrungsbolus beeinflussen. Werden diese Techniken direkt während des Schluckvorgangs angewandt, erleichtern sie das Schlucken und verhindern eine Aspiration von Nahrungsbestandteilen. Zu den Handlungsänderungen zählen je nach vorliegender Störung beispielsweise Kopfhaltungen oder Schlucktechniken. Kompensatorische Verfahren müssen individuell an die Bedürfnisse der Betroffenen angepasst werden und sind daher von geschultem Fachpersonal durchzuführen. Pflegepersonal und Angehörige, die Senioren mit Schluckstörungen betreuen, sollten sich in die Techniken einweisen lassen, um die Betroffenen während der Mahlzeiten eventuell zu unterstützen.

Adaptive Verfahren umfassen die diätetische Anpassung an die jeweilige Schluckstörung sowie spezielle begleitende Maßnahmen, zum Beispiel geeignete Ess- und Trinkhilfen. Diese Maßnahmen erleichtern den Schluckakt und sind häufig die erste Wahl, da sie keine Anforderungen an den Betroffenen selbst stellen. Das Personal sollte großen Wert auf eine individuelle Auswahl geeigneter Ess- und Trinkhilfen legen und nicht ausschließlich auf das zurückgreifen, was gerade im Haus vorhanden ist.

Diätetische Maßnahmen bedeuten oft eine Einschränkung bei der Auswahl an Speisen und Getränken. Daher sollten weitere therapeutische Verfahren gesucht und eingesetzt werden, die den Schluckstatus verbessern. Regelmäßige Kontrollen des Schluckvermögens helfen zudem, unnötige Einschränkungen beim Essen und Trinken zu vermeiden, um die bestmögliche Lebensqualität des Betroffenen zu erhalten. In den meisten Fällen werden Kombinationen der verschiedenen Verfahren angewandt.





Essen und Trinken bei Dysphagien

4



Voraussetzung für „normales“ Essen und Trinken (orale Ernährung) ist, dass der Betroffene aspirationsfrei schlucken kann. Dies ist gewährleistet, wenn Speichel ohne Probleme geschluckt wird und der Hustenreflex vorhanden ist. Dies dient dem Schutz der unteren Atemwege. Es darf keine Lungenentzündung oder der Verdacht darauf vorliegen. Darüber hinaus sollte der Senior ausreichend wach sein und einen guten Allgemeinzustand aufweisen. Nach den Leitlinien für Neurogene Dysphagien der Deutschen Gesellschaft für Neurologie wird vor der oralen Gabe von Speisen und Getränken eine Überprüfung mittels apparativer Diagnostikmethoden (Videofluoroskopie oder Endoskopie) empfohlen. Hierbei wird überprüft, bei welcher Konsistenz der Speisen und Applikationsart (z. B. Anreichen der Speise mit Löffel oder Tasse) der betroffene Patient ohne Aspirationsgefahr sicher schlucken kann.

4.1 Diätetische Maßnahmen

Für die **ersten Schluckversuche** nach einer akuten Krankheit oder längerer Schluckunfähigkeit eignen sich zum Beispiel Wasser oder Götterspeise in kleinsten Mengen, die vorsichtig mit einem Teelöffel angereicht werden. Diese können beim Verschlucken leicht abgehustet werden, so dass das Risiko einer Lungenentzündung gering ist. Eiweiß- und fetthaltige Speisen, wie Milchprodukte, eignen sich nicht für erste Schluckversuche. Sie sollten erst wieder gegessen werden, wenn es nicht mehr zum Verschlucken kommt.

Wichtigste Kriterien für die Ernährung bei Dysphagien sind:

- die Konsistenz
- die Größe des Nahrungsbolus
- die Hilfestellung beim Essen

Die Konsistenz der Speisen (adaptierte weiche Kost, teilpürierte, pürierte oder passierte Kost) sollte der jeweiligen Schluckstörung angepasst werden. Je dünnflüssiger die Nahrung ist (z. B. Suppen, Getränke), desto schwieriger ist die Kontrolle beim Schlucken und die Aspirationsgefahr steigt. Daher hat es sich bewährt, Getränke oder dünnflüssige Suppen anzudicken. Außerdem gehen kleine Portionsgrößen (z. B. mit einem Teelöffel) häufig mit einem geringen Aspirationsrisiko einher.



Exkurs

DGE-Qualitätsstandards für eine vollwertige Seniorenverpflegung⁶

Basierend auf aktuellen wissenschaftlichen Kenntnissen sowie Erfahrungen aus der Praxis wurden die DGE-Qualitätsstandards für die stationäre Seniorenverpflegung sowie für „Essen auf Rädern“ entwickelt. Ziel ist es, das Verpflegungsangebot für Senioren zu optimieren, die Gesundheit zu erhalten und die Prävention von Mangelernährung zu unterstützen.

Mit dem **„DGE-Qualitätsstandard für die Verpflegung in stationären Senioreneinrichtungen“** setzt Fit im Alter Maßstäbe in der stationären Seniorenverpflegung. Als Kernelemente sind darin die Anforderungen an das Lebensmittelangebot, die Häufigkeit ihrer Verwendung, Speisenplanung und -herstellung sowie spezifische Rahmenbedingungen, wie Kommunikation und Service, definiert. Die nährstoffoptimierte Vollverpflegung ist ebenfalls thematisiert.



⁶ Weitere Informationen zu den DGE-Qualitätsstandards und der Zertifizierung sind auf der Homepage von „Fit im Alter – Gesund essen, besser leben“ der DGE (www.fitimalter-dge.de) erhältlich.



Im „DGE-Qualitätsstandard für Essen auf Rädern“ sind Kriterien für eine optimale Mittagsverpflegung festgelegt. Diese beziehen sich primär auf die ernährungsphysiologische Speisenqualität und darüber hinaus auf den Kundenservice und die Auslieferung der Speisen. Bei der Umsetzung des Qualitätsstandards ist es ebenfalls wichtig, die Bedürfnisse der Senioren zu berücksichtigen.



Senioreneinrichtungen und Anbieter von „Essen auf Rädern“ können sich auf Grundlage der Qualitätsstandards von der DGE zertifizieren lassen. Nach erfolgreicher Prüfung erhalten Sie das Fit im Alter-Logoschild und können damit ihre Zertifizierung attraktiv präsentieren.

Entsprechend dem „DGE-Qualitätsstandard für die Verpflegung in stationären Senioreneinrichtungen“ wird folgendes Schema für einen 4-stufigen Kostaufbau empfohlen:

1. Passierte Kost (dickflüssige bzw. breiige Kost)

Für diese erste Stufe eignen sich Lebensmittel, die sich zu einem feinen, homogenen Brei verarbeiten lassen und passiert, das heißt durch ein Sieb gestrichen, angeboten

werden. Damit sind diese Speisen vollkommen frei von Klümpchen und Fasern. Da in Stufe 1 häufig nicht alle Nährstoffe bedarfsdeckend angeboten werden können, sollten sie zunächst durch energiereiche Lebensmittel oder bilanzierte Zusatz- oder Sondennahrung ergänzt werden. Die passierte Kost kann aus den täglich angebotenen Speisen selbst hergestellt werden. Darüber hinaus bieten Firmen fertige Speisekomponenten, beispielsweise passierte Tiefkühl-Pellets (wie Gemüse, Obst, Fisch, Fleisch), für die Gemeinschaftsverpflegung an. Diese lassen sich portionsweise zubereiten.

2. Pürierte Kost



Bei dieser Koststufe werden die Speisen mit einem Mixer püriert. Die Konsistenz ist breiig, aber nicht mehr so fein wie bei der passierten Kost. In dieser Stufe muss die Ernährung bei Bedarf ebenfalls durch bilanzierte Zusatz- oder Sondennahrung ergänzt werden. Pürierte Kost kann mit Hilfe kreativer Ideen durchaus appetitlich und ansprechend zubereitet werden. So sollte unbedingt vermieden werden, alle Komponenten zu einem Brei zu vermischen. Ansprechender ist das Speisenangebot,



wenn alle Komponenten einzeln erkennbar, einzeln zu riechen und zu schmecken sind. Pürierte Lebensmittel können beispielsweise mit einem Dichtungsmittel oder einer Royalmasse zu einem Timbal (Becherpastete) oder mit Hilfe von speziellen Formen und Spritztüllen appetitlich angerichtet werden. Auch pürierte Kost ist vorgefertigt erhältlich.

3. Teilpürierte Kost

In dieser Koststufe können einzelne Komponenten, die besondere Probleme beim Schlucken bereiten, püriert angeboten werden. Hierzu zählen beispielsweise Fleisch oder Fisch. Andere Komponenten können oft schon als weiche Kost verzehrt werden. Beispiele hierfür sind Lebensmittel, die mit der Zunge zerdrückt werden können (wie Weiß-, Toast-, Graubrot ohne Rinde, weiche Gemüsesorten, Kartoffeln, gut ausgequollene Nudeln, weiche Obstsorten oder Kompott, Streichbelag, weiche Wurstsorten ohne Stücke oder Brühwurst ohne Haut).

4. Adaptierte Kost (weiche Kost, nicht püriert)

Haben sich die Beschwerden so weit verbessert, dass nur noch leichte Störungen beim Schlucken bestehen, kann der Betroffene weitgehend normal essen. Einzelne Komponenten können noch an die individuellen Probleme angepasst werden, wie das Angebot von Kartoffeln statt Reis, Pfirsich statt Ananas, Geflügelbrust statt Rinderbraten. Als ungeeignet haben sich Speisen mit unterschiedlichen Konsistenzen erwiesen, da die Koordination von festen und flüssigen Nahrungsbestandteilen häufig Schwierigkeiten bereitet (z. B. Eintopf).

Wichtig ist in allen Stufen, besonders aber in Stufe 1 und 2, dass die einzelnen Komponenten eine homogene Konsistenz haben und keine Krümel, Fasern oder Stücke enthalten. Grundsätzlich sollte der individuelle Schluckstatus immer wieder überprüft und die Konsistenz des Speisenangebotes angepasst werden.



Praxis-Tipp

- Grundsätzlich ist die geeignete Kost bei Dysphagien abhängig von der vorliegenden Störung. Sprechen Sie diätetische Maßnahmen daher individuell mit dem behandelnden Arzt oder Ernährungsteam ab.
- Ein Großteil der Senioren mit Schluckstörungen kommt mit adaptierter oder teilpürierter Kost (Stufe 3 und 4) gut zurecht. Daher ist es nicht zu empfehlen, als einheitliche Dysphagie-Kost ausschließlich pürierte Speisen anzubieten. Diese ist meist wenig appetitanregend und vermindert die Freude am Essen. Werden in Ihrer Einrichtung viele Senioren mit Schluckstörungen versorgt, bieten Sie eines der angebotenen Menüs als adaptierte Kost an.
- Je nach Bedarf müssen Sie Speisen in unterschiedlicher Konsistenz anbieten. Achten Sie darauf, dass diese aus dem täglichen Speisenangebot hergestellt werden. Damit wird der Speiseplan auch für Senioren mit Schluckstörungen abwechslungsreich.
- Bieten Sie mehrere kleinere Portionen über den Tag verteilt an.
- Erleichtern Sie das Essen von Brot, indem es ohne Rinde angeboten oder in Flüssigkeiten wie in Milch oder Suppe eingeweicht wird. Binden Sie die Flüssigkeit mit etwas Dickungsmittel, so vermeiden Sie dünnflüssige Anteile.
- Auch bei pürierter Kost sollten die einzelnen Komponenten erkennbar sein. Richten Sie die Mahlzeiten durch die Verwendung von Spritzbeutel, Tüllen und Formen appetitlich an. Verschiedene Anbieter stellen spezielle Dysphagie-Kost her.

- Schöpfen Sie alle Möglichkeiten aus, das Speisenangebot für Senioren mit Schluckstörungen so attraktiv wie möglich zu gestalten. Dies erhält die Freude an den Mahlzeiten. Ein Beispiel hierfür ist die farblich abgestimmte Kombination der einzelnen Komponenten wie Kartoffeln mit Rotkohl oder Kalbfleisch mit Soße.
- „Smooth Food“[®] (geschmeidige, aufgeschäumte Speisen) kann das Speisenangebot ergänzen.
- Gerade bei passierter oder pürierter Kost kann der erforderliche Energie- und Nährstoffbedarf häufig nicht gedeckt werden. Ergänzen Sie diese Kostformen zunächst mit energiereichen Lebensmitteln. Wenn dies nicht mehr ausreicht, mit hochkalorischer Trinknahrung, Multivitaminsäften oder Nährstoffsupplementen.



4.2 Begleitende Maßnahmen rund um Essen und Trinken

Essen und Trinken bei Schluckstörungen kann durch begleitende Maßnahmen bei den Mahlzeiten erleichtert werden. Hierzu gehören:

- die Körperhaltung beim Essen und Trinken
- die Atmosphäre bei den Mahlzeiten
- der Einsatz von individuell geeigneten Ess- und Trinkhilfen
- der Einsatz von Dickungsmitteln bei Getränken oder flüssigen Speisen

Körperhaltung

Achten Sie darauf, dass der Senior mit Schluckstörungen vor der Mahlzeiteneinnahme oder dem Anreichen der Speisen eine aufrechte Körperhaltung mit leicht nach vorn gebeugtem Kopf einnimmt. Dabei kann die Haltung mit Kissen oder Keilen unterstützt werden. Diese Haltung fördert den Schluckvorgang. Bei bettlägerigen Senioren können Sie den Oberkörper hochlagern. Beachten Sie, dass die aufrechte Körperposition noch für etwa 20 Minuten nach der Einnahme der Mahlzeiten beibehalten wird. Bieten Sie den Betroffenen gezielte individuelle Hilfestellung während der Mahlzeiten an. Lassen Sie sich von den behandelnden Schlucktherapeuten geeignete Maßnahmen zur Körperhaltung und Schlucktechniken zeigen, die Sie während der Mahlzeiten durchführen können.

Atmosphäre bei der Mahlzeiteneinnahme

Bereiten Sie den Betroffenen auf die bevorstehende Mahlzeit vor, indem Sie ihm die Speisen erklären und mit seinen Sinnen wahrnehmen lassen (beispielsweise durch Riechen und Ertasten der Speisen). Das hilft dabei, die



Vorfriede und die Konzentration auf das Essen zu steigern. Essen und Trinken bei Schluckstörungen bedeutet für den Betroffenen, dass er sich sehr konzentrieren muss, um sich nicht zu verschlucken. Dafür sind eine ruhige entspannte Atmosphäre und ausreichend Zeit für die Mahlzeiten besonders wichtig. Unterhaltungen oder Ablenkung durch Hintergrundgeräusche, beispielsweise durch ein Radio, sollten daher vermieden werden. Manche Senioren essen deshalb lieber allein. Achten Sie während des Essens darauf, dass der Mund ganz leer ist, bevor die nächste Portion gegessen oder angereicht wird. Lassen Sie ausreichend Zeit zum Nachschlucken, falls noch Speisenreste im Mund vorhanden sind. Die Mahlzeit insgesamt sollte nicht zu groß sein. Mehrere kleinere Portionen über den Tag verteilt werden meist besser akzeptiert.

Ess- und Trinkhilfen

Ess- und Trinkhilfen können die Aufnahme von Speisen und Getränken erleichtern. Dadurch hat der Betroffene die Möglichkeit, sich ausschließlich auf das sichere Schlu-

cken zu konzentrieren. Testen Sie für den betroffenen Senior individuell aus, welche Ess- und Trinkhilfen geeignet und für die Fähigkeiten passend sind.

Schnabeltassen oder -becher eignen sich nicht für Patienten mit Dysphagien, da die Flüssigkeit unkontrolliert in den Rachenraum fließt und ein sicheres Schlucken erschwert ist.

Dickungsmittel

Gerade Getränke oder dünnflüssige Suppen bereiten Menschen mit Dysphagien häufig Probleme, da die hohe Fließgeschwindigkeit schnell zum Verschlucken führen kann. Dies führt dazu, dass Getränke oder dünnflüssige Speisen abgelehnt werden, wodurch das Risiko einer Dehydratation steigt.

- Durch das Andicken von Getränken oder Suppen lässt sich der Schluckvorgang besser steuern. Im Handel stehen verschiedene geschmacksneutrale Dickungsmittel für warme und kalte Getränke zur Verfügung, die leicht anzuwenden sind.
- Bei der Verwendung von Dickungsmitteln ist es nicht einfach, Flüssigkeiten mit gleichbleibender Konsistenz herzustellen. Deshalb sollte eine einheitliche Dosierung festgelegt werden, die von allen eingehalten wird, die das Präparat anwenden (z. B. Pflegekräfte, Therapeuten, Patienten oder Angehörige).
- Auch wenn nur leichte Schluckstörungen vorliegen und daher adaptierte Kost angeboten wird, kann es notwendig sein, Flüssigkeiten weiterhin anzudicken. Achten Sie jedoch genau auf den jeweiligen Schluckstatus des betroffenen Seniors.

Fazit

Essen und Trinken sind Grundpfeiler für Genuss und Wohlfühl. Da durch Kau- oder Schluckstörungen die Aufnahme von Speisen und Getränken stark beeinträchtigt sein kann, stellen sie ein hohes Risiko für die Entstehung von Mangelernährung oder Dehydratation dar.

Sie als Pflegekraft oder Angehöriger können dazu beitragen, die höchstmögliche Lebensqualität des Betroffenen zu erhalten. Beobachten Sie die Senioren genau, wenn Probleme beim Essen und Trinken auftreten und teilen Sie Ihre Beobachtungen und Erfahrungen mit. Frühzeitiges Erkennen und individuelle Hilfestellung tragen in hohem Maße dazu bei, dass auch Senioren mit Kau- oder Schluckstörungen den Appetit nicht verlieren!

Quellen:

aid infodienst, Deutsche Gesellschaft für Ernährung e. V. (Hrsg.): Senioren in der Gemeinschaftsverpflegung. Bonn, 3. Auflage (2013)

Deutsche Gesellschaft für Ernährung (Hrsg.): DGE-Qualitätsstandard für die Verpflegung in stationären Senioreneinrichtungen. Bonn, 3. Auflage (2014)

Deutsche Gesellschaft für Ernährung (Hrsg.): DGE-Qualitätsstandard für Essen auf Rädern. Bonn, 3. Auflage (2014)

Menebröcker, C (Hrsg.): Ernährung in der Altenpflege, Elsevier Urban & Fischer Verlag, München, 2. Aufl. 2013

Leitlinien für Diagnostik und Therapie in der Neurologie (Neurogene Dysphagien), 4. überarb. Aufl. 2008, S. 654 ff.

Deutsche Gesellschaft für Neurotraumatologie und Klinische Neurophysiologie e. V. (DGNKN): Qualitätskriterien und Standards für die Diagnostik und Therapie von Patienten mit neurologischen Schluckstörungen, Neurogene Dysphagien, Leitlinien der DGNKN, 2003

BHH Behindertenhilfe Hamburg GmbH (Hrsg.): Schlee, K.: Schluckstörungen Genussvoll essen und trinken!, Mediabuzz Verlag Hamburg, 1. Aufl. 2008

Impressum:

Herausgeber: Deutsche Gesellschaft für Ernährung e. V. (DGE)
Entwicklung, Text und Redaktion:

„Fit im Alter – Gesund essen, besser leben.“

Kathrin Bausch, Ricarda Holtorf, Holger Pfefferle, Esther Schnur

Fotos: Deutsche Gesellschaft für Ernährung e. V. (DGE), Bonn,
www.dge.de

GAYERFOTOGRAFIE, Melle, www.gayer-fotografie.de

GDE Preprint- und Mediaservice GmbH

Gestaltung: GDE Preprint- und Mediaservice GmbH, www.gde.de

Nachdruck – auch auszugsweise – sowie jede Form der Vervielfältigung oder die Weitergabe mit Zusätzen, Aufdrucken oder Aufklebern ist nur mit ausdrücklicher Genehmigung durch den Herausgeber gestattet. Die Ratschläge in diesem Heft sind von der DGE sorgfältig erwogen und geprüft, dennoch kann eine Garantie nicht übernommen werden. Eine Haftung des Herausgebers für Personen-, Sach- und Vermögensschäden ist ausgeschlossen.

© 2015

Bonn, 2. Auflage, 2. korrigierter Nachdruck (2015)

Stand: Mai 2015

Gefördert durch:



Bundesministerium
für Ernährung
und Landwirtschaft

Durchgeführt von:



aufgrund eines Beschlusses
des Deutschen Bundestages

Diese Broschüre richtet sich an Fachkräfte
in der Gemeinschaftsverpflegung von Senioren.

**Haben Sie Fragen oder Anregungen?
Sprechen Sie uns an!**

„Fit im Alter – Gesund essen, besser leben“

Telefon 0228 3776-873

Telefax 0228 37766-78-873

E-Mail info@fitimalter-dge.de

www.fitimalter-dge.de

www.fitimalter.de

Deutsche Gesellschaft für Ernährung e. V.

Referat Gemeinschaftsverpflegung

und Qualitätssicherung

Fit im Alter – Gesund essen, besser leben

Godesberger Allee 18

53175 Bonn

www.dge.de

Diese und weitere Broschüren sind gegen
eine Versandkostenpauschale erhältlich

beim DGE-Medienservice:

www.dge-medien-service.de

Über IN FORM: IN FORM ist Deutschlands Initiative für gesunde Ernährung und mehr Bewegung. Sie wurde 2008 vom Bundesministerium für Ernährung und Landwirtschaft (BMEL) und vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) initiiert und ist seitdem bundesweit mit Projektpartnern in allen Lebensbereichen aktiv. Ziel ist, das Ernährungs- und Bewegungsverhalten der Menschen dauerhaft zu verbessern. Weitere Informationen unter: www.in-form.de