



Seit einigen Jahren beobachten Fachleute eine Zunahme von Sprach-, Sprech- und Stimmstörungen. Gleichzeitig wird Kommunikation im Alltag, in der Schule und im Beruf zunehmend wichtiger.

Jede Broschüre innerhalb dieser Informationsreihe vermittelt Ihnen notwendige Informationen über Erscheinungsbild und Ursachen verschiedener Störungen. Sie sind leicht verständlich geschrieben und übersichtlich gestaltet. Sie geben hilfreiche Anregungen, damit Störungen gar nicht erst entstehen bzw. in ihrem Verlauf gemildert werden. Auf diese Weise können sie eine gegebenenfalls erforderliche Sprachtherapie sinnvoll unterstützen. Über die Notwendigkeit einer Behandlung entscheiden Fachleute aus dem medizinisch-sprachtherapeutischen Bereich. Dies ist also Ihre erste Anlaufstelle bei auftretenden Problemen. Dort, sowie über Ihre Krankenkasse oder die Gesundheitsämter, erhalten Sie Adressen von qualifizierten Fachleuten, die eine Sprachtherapie durchführen. Sie können natürlich auch selber im Branchenbuch nachschauen.

Sollten Sie bei der Suche nach geeigneten Fachleuten auf Schwierigkeiten stoßen, wenden Sie sich bitte direkt an die Deutsche Gesellschaft für Sprachheilpädagogik e.V. (dgs). Dieser Fachverband ist ein Zusammenschluss aller für die Sprachheilarbeit qualifizierten Personen. Er hat die Aufgabe, die Sprachheilpädagogik und damit auch Ihre Interessen als Betroffene zu fördern.

Deutsche Gesellschaft für Sprachheilpädagogik e.V. (dgs)
Goldammerstr. 34
12351 Berlin
Fax: 030-6 61 60 24
Telefon: 030-6 61 60 04
Internet: www.dgs-ev.de
E-Mail: info@dgs-ev.de

Diese Broschüre wurde Ihnen überreicht durch

Bitte
freimachen

Absender:

Firma/bzw. Vorname/Name

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Ansprechpartner/in

Telefon-Durchwahl

Telefax

E-Mail

Memoritz für Ihre Unterlagen

Datum:

1 Stimmstörungen bei Kindern
Exemplare: Kosten:

2 Stimmstörungen bei Jugendl. und Erw.
Exemplare: Kosten:

3 Störungen des Sprochenverbs
Exemplare: Kosten:

4 Förderung des Sprochenverbs
Exemplare: Kosten:

5 Aphasie
Exemplare: Kosten:

6 Myofunktionelle Störungen
Exemplare: Kosten:

7 Dysarthrie/Dysarthrophonie
Exemplare: Kosten:

8 Stottern bei Kindern
Exemplare: Kosten:

9 Stottern bei Jugendl. und Erw.
Exemplare: Kosten:

10 Gestörter Schriftsprochenverb
Exemplare: Kosten:

11 Dysphagien
Exemplare: Kosten:

Gesamtkosten:

Stempel

**Deutsche Gesellschaft für
Sprachheilpädagogik e.V. (dgs)**
Goldammerstr. 34

12351 Berlin

„... verschluckt habe ich mich früher ab und zu mal. Dann musste ich husten und alles war wieder in Ordnung. Seit dem Schlaganfall habe ich mit dem Essen und Trinken große Probleme. Die Nahrung bleibt im Hals stecken und manchmal habe ich Angst zu ersticken. Ich hatte keine Ahnung, dass so etwas Alltägliches wie das Schlucken gestört sein kann.“

Betroffene und Angehörige sind bei einer Schluckstörung meist schockiert und hilflos. Dieser Ratgeber soll helfen zu verstehen wie eine Schluckstörung entsteht und wie man sie diagnostiziert und behandelt.

1. Wie funktioniert Schlucken?

Beim Schlucken wird Nahrung, Flüssigkeit, Speichel und Sekret aus der Mundhöhle durch den Rachen (Pharynx) und die Speiseröhre (Ösophagus) in den Magen transportiert. Dabei müssen ca. 100 Muskeln koordiniert zusammenarbeiten. Verschiedene Strukturen unseres Gehirns sorgen dafür, dass dies reibungslos funktioniert. Gesunde Erwachsene schlucken etwa 1000-mal pro Tag. Während des Essens wird am häufigsten geschluckt, im Tiefschlaf dagegen selten.

Um das Schlucken und dessen Störungen besser zu verstehen, teilt man den Vorgang in 4 verschiedene Phasen ein, die jedoch fließend ineinander übergehen:

Kauen	→ Orale Vorbereitungsphase
Transport im Mundraum	→ Orale Phase
Transport im Rachen	→ Pharyngeale Phase
Transport in der Speiseröhre	→ Ösophageale Phase

Vorbereitendes Kauen

Feste Nahrung muss zunächst zerkaut werden. Dabei schiebt die Zunge die Nahrung immer wieder zwischen die Backenzähne. Damit nichts in die Wangentaschen fällt, sind die Wangen angespannt. In der Regel bleiben die Lippen geschlossen, während sich der Unterkiefer kreisförmig auf und ab bewegt. Unser sensibles System sorgt dafür, dass wir uns nicht in die Wangen, die Zunge oder die Lippen beißen. Damit die Nahrung gleitfähiger ist, wird sie gleichzeitig mit Speichel vermischt. Bei breiiger Nahrung und Getränken ist natürlich kein vorbereitendes Kauen notwendig.

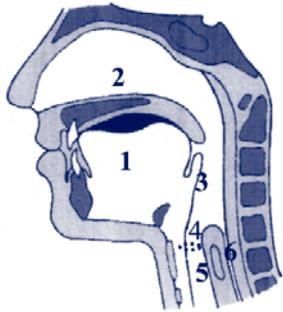


Abb. 1: Transport im Mundraum

- 1 Zunge
- 2 Gaumen
- 3 Kehldeckel
- 4 Stimmlippen
- 5 Luftröhre
- 6 Speiseröhre

Transport im Mundraum (Dauer 1s)

Für den Transport im Mundraum wird die „schluckfertige“ Nahrung zunächst von der Zunge gesammelt, zu einem Häufchen (Bolus) geformt und wie in einer Schüssel gehalten. Dabei liegen die Zungenspitze und die Zungenränder am Gaumendach an. Durch wellenartige Bewegungen der Zungenmitte wird dann der Speisebolus nach hinten Richtung Rachen geschoben. Damit die Zunge einen besseren Halt findet, sind Lippen und Kiefer geschlossen.

- Nehmen Sie einen Schluck Flüssigkeit und schlucken Sie mit geschlossenem Mund.
- Jetzt nehmen Sie wieder einen Schluck und schlucken mit geöffnetem Mund.
- Sie spüren, wie schwierig es ist, bei geöffnetem Mund die Zunge am Gaumendach entlang zu bewegen.

Transport im Rachen (Dauer 1s)

Sobald der Bolus den Rachen erreicht, wird der Schluckreflex ausgelöst. Jetzt beginnt eine reflektorisch gesteuerte Bewegungskette. Der hintere bewegliche Teil des Gaumens, das Gaumensegel, hebt sich und dichtet den Nasenraum ab. Der hintere Zungenanteil senkt sich und der Bolus kann wie auf einer Rutschbahn in den Rachen gleiten. Anschließend drückt die hintere Zunge kräftig gegen die Rachenwand und gibt dem Bolusende

einen „Schubs“ nach unten. Der Transport Richtung Speiseröhre wird durch wellenförmige Bewegungen der Rachenmuskeln (Schlundschnürer) zusätzlich unterstützt. Die Schlundschnürer ziehen fächerförmig angeordnet entlang der Rachenhinterwand bis zum Speiseröhreneingang. Damit nichts in die Luftwege fällt, wird zeitgleich der Kehlkopf (Larynx) mittels dreier Verschlussmechanismen geschlossen und nach vorne oben gezogen. Er wird sozusagen aus dem Weg geräumt. Normalerweise ist der hinter dem Kehlkopf liegende Eingang in die Speiseröhre durch Anspannung der hufeisenförmigen Muskelschlinge, des so genannten oberen Ösophagusphinkters (OÖS), geschlossen. Während des Schluckens muss sich diese Muskelschlinge genau zum richtigen Zeitpunkt öffnen. Darüber hinaus soll die Öffnungsweite der jeweiligen Bolusgröße angepasst sein. Bei einem Schluck Flüssigkeit mit 20ml muss sich beispielsweise der Speiseröhreneingang doppelt so weit öffnen wie bei einem Schluck Speichel mit 2ml. Da der OÖS einerseits an der Rachenhinterwand und andererseits vorne am Kehlkopfgerüst fixiert ist, führt die Kehlkopfhebung zum Aufdehnen dieser Muskelschlinge. Wie weit der Speiseröhreneingang jeweils geöffnet werden muss, wird durch Druckrezeptoren erfasst, aber nicht bewusst gespürt. Für den gesamten Schluckvorgang ist eine optimale Körperhaltung wichtig.

- Legen Sie ihre Mittelfinger- und Ringfingerkuppe auf den Adamsapfel, jetzt schlucken Sie.
- Sie spüren, wie sich der Kehlkopf nach vorne oben bewegt (etwa 1,5 bis 2 cm).
- Strecken Sie das Kinn nach oben und versuchen Sie zu schlucken.
- Sie spüren, wie schwierig es ist, bei nach oben gestrecktem Kopf den Kehlkopf zu heben.

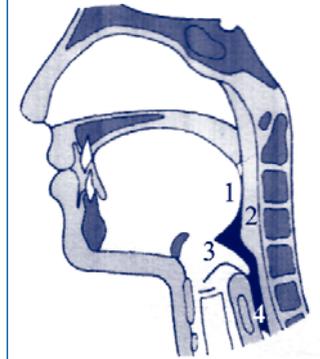


Abb. 2: Transport im Rachen

- 1 Zunge drückt gegen die Rachenhinterwand
- 2 Wellenförmige Bewegung der Rachenmuskeln
- 3 Kehlkopfverschluss und Kehlkopfhebung
- 4 Speiseröhreneingang geöffnet

Transport in der Speiseröhre (Dauer 8-20s)

Die Speiseröhre befördert den Bolus in den Magen. Der Weitertransport geschieht durch ringförmiges Zusammenziehen des Speiseröhrenschauches, das sich wie eine Welle fortpflanzt. Man nennt dies primäre Peristaltik. Bleiben Reste in der Speiseröhre, setzt die so genannte sekundäre Peristaltik ein. Diese wird durch lokale Dehnungsreize ausgelöst. Zum Eintritt in den Magen ist die Öffnung des unteren Speiseröhrenschließmuskels notwendig.

2. Ursachen und Erscheinungsbilder einer Schluckstörung

2.1. Erscheinungsbilder einer Schluckstörung

Schluckstörung wird medizinisch Dysphagie genannt. Der Begriff entstammt dem altgriechischen „*dys = erschwert*“ und „*phagein = essen*“. Die Schluckbeschwerden können beim Essen, beim Trinken, aber auch beim Abschlucken von Speichel vorhanden sein. Sie können während des Transportes im Mund-Rachenraum (oropharyngeale Dysphagie) oder / und auf dem Weg durch die Speiseröhre (ösophageale Dysphagie) auftreten.

Im Wesentlichen kann man die folgenden drei Hauptschwierigkeiten unterscheiden, die entweder isoliert oder in Kombination auftreten können:

- Der Bolus nimmt den falschen Weg
Dringen Schlucksubstanzen in die Nase, so nennt man dies nasale Penetration. Fällt Material in den Kehlkopfeingang, heißt dies laryngeale Penetration. Gerät das Verschluckte in die Luftröhre oder weiter bis zur Lunge, spricht man von Aspiration.
- Der Bolus kann an einer bestimmten Stelle nicht weiterbefördert werden
Nach dem Schlucken bleiben Bolusreste, sogenannte Residuen, im Mund- oder Halsraum oder / und in der Speiseröhre zurück.
- Der Bolus kommt wieder zurück
Bei Erkrankungen der Speiseröhre kann es zum Hochwürgen / Erbrechen unverdauter Speisen oder zum sauren Aufstoßen (Reflux) kommen.



Abb. 3: Verschlucken in die Luftröhre (Aspiration)

Da Schlucken im Verborgenen abläuft, ist es manchmal nicht leicht, eine Schluckstörung zu erkennen. Folgende Zeichen, die Sie selbst beobachten können, weisen möglicherweise auf Schluckprobleme hin.

Mögliche Anzeichen für Schluckstörungen im Mund-Halsbereich (oropharyngeale Dysphagie):

- Gestörtes Kauen
- Herausfließen von Speichel, Nahrung aus dem Mund
- Speichelaufstau oder / und Essensreste im Mundraum
- Steckenbleiben im Hals
- Eingeschränkte, fehlende Kehlkopfhebung beim Schlucken
- Husten, Räuspern bei oder nach dem Schlucken von Speichel oder Nahrung
- Gurgelnder Stimmklang, brodelndes Atemgeräusch
- Husten nach Lagerungswechsel bei bettlägerigen Patient/inn/en

Mögliche Anzeichen für Schluckstörungen in der Speiseröhre (ösophageale Dysphagie):

- Druckgefühl, Brennen, Schmerzen hinter dem Brustbein
- Saures / nicht saures Aufstoßen
- Schmerzen in der Herzgegend
- Hochwürgen / Erbrechen von unverdauten Speisen

Medizinische Komplikationen

Die schwerwiegendsten Komplikationen entstehen durch Verschlucken in die Atemwege (Aspiration, siehe Abb. 3). Fremdsubstanzen können Entzündungen der Bronchialschleimhaut (Bronchitis) oder eine Lungenentzündung (Pneumonie) verursachen. Das Verschlucken größerer Bissen führt zu Atemnot und im ungünstigsten Fall zu Erstickungsanfällen. Normalerweise spürt man das Verschlucken, muss kräftig husten und reinigt dadurch die Luftwege. Nun kann durch eine neurologische Erkrankung bereits das Spüren (die Sensibilität)

Welche Anzeichen können auf eine Schluckstörung hinweisen?

2.2. Welche gesundheitlichen Folgen können sich aus einer Schluckstörung ergeben?

beeinträchtigt sein. Etwa die Hälfte der aspirierenden Patient/inn/en bemerkt aufgrund von Sensibilitätsstörungen das Verschlucken nicht, so dass kein Hustenreiz ausgelöst wird. Man spricht hier von „stiller Aspiration“. Weitere Auswirkungen einer Schluckstörung können Mangelernährung, Austrocknung (Exsikkose) und Gewichtsabnahme sein.

Mögliche psychosoziale Probleme und Krankheitsbewältigung

Bei vielen Betroffenen sind durch die Schluckstörung das Wohlbefinden und die Lebensqualität erheblich beeinträchtigt. Manche Patient/inn/en haben ständig Angst, sich zu verschlucken, und verlieren die Lust am Essen und Trinken. Viele schämen sich wegen ihrer Essschwierigkeiten und vermeiden gemeinsame Mahlzeiten, mitunter sogar im engsten Familienkreis. Sonden- und Kanülenträger können häufig nicht mehr der gewohnten beruflichen Tätigkeit nachgehen oder müssen erhebliche Nachteile in Kauf nehmen. Traurigkeit, Wut, Aggression und Depression sind mitunter die Folge.

Gespräche über die seelisch belastenden Probleme und Hinweise zum Umgang mit der Schluckstörung können den Betroffenen und deren Angehörigen helfen, die Erkrankung besser zu bewältigen. Reichen beratende und vermittelnde Gespräche nicht aus, um mit der neuen Situation zurechtzukommen, besteht die Möglichkeit, professionelle therapeutische Hilfe in Anspruch zu nehmen (Psycholog/inn/en, speziell qualifizierte Ärztinnen und Ärzte). Als ergänzende Unterstützung für die Krankheitsbewältigung haben sich Selbsthilfegruppen bewährt. Allerdings gibt es für Dysphagiepatient/inn/en bislang kein organisiertes Netz an Selbsthilfemaßnahmen. Die Angebote beschränken sich auf wenige Kliniken.

2.3. Die häufigsten Ursachen von Schluckstörungen

Die Schluckstörung tritt selten alleine auf, sie ist fast immer die Folge einer Grunderkrankung. Die Schluckproblematik kann:

- von Geburt an bestehen, z.B. bei infantiler Zerebralparese,
- sie kann plötzlich auftreten, z.B. beim Schlaganfall oder
- sich schleichend entwickeln, wie z.B. bei der Parkinson-Erkrankung.

Die Ursachen von Schluckstörungen lassen sich in zwei Hauptgruppen einteilen:

- Erkrankungen des Nervensystems:
Schluckstörungen können bei einer Vielzahl von neurologischen Erkrankungen auftreten. Zu den häufigsten Ursachen gehört der Schlaganfall (25%).
- Erkrankungen der am Schluckvorgang beteiligten Strukturen:
Dazu gehören Mundhöhle, Rachen / Kehlkopf oder Speiseröhre und mitunter auch die unmittelbare Umgebung, beispielsweise die Wirbelsäule. Zu den häufigsten Ursachen strukturell bedingter Schluckstörungen zählt die chirurgische, radiologische oder / und chemotherapeutische Behandlung bösartiger Tumore.

Des Weiteren können Dysphagien bei psychischen Erkrankungen auftreten oder sich als Folge von Fehlanpassungen entwickeln, z.B. um Schmerzen nach Operationen im Mund-Halsbereich zu verhindern.

3. Wie wird eine Schluckstörung diagnostiziert?

Die Auswahl der Diagnose- und Therapieverfahren hängt davon ab, ob sich die Schluckstörung im Mund-Halsbereich oder in der Speiseröhre äußert.

3.1. Schluckstörung im Mund-Halsbereich

Falls Sie unter den oben genannten Beschwerden im Mund-Halsbereich leiden, wird Sie Ihr Hausarzt bzw. Ihre Hausärztin an einen HNO-Arzt bzw. eine HNO-Ärztin/Phoniater/in oder Neurologen/Neurologin überweisen, der bzw. die über das weitere Vorgehen entscheidet. An der Diagnostik und Behandlung der oropharyngealen Dysphagie sind ärztliche und therapeutische Berufsgruppen beteiligt.

Schlucktherapeutische Untersuchung

Akademische Sprachtherapeut/inn/en oder Logopäd/inn/en führen die schlucktherapeutische Untersuchung durch. In der Regel gehört dazu 1. eine Befragung, 2. die Beurteilung der Schluckorgane und 3. Schluckversuche.

Befragung:

1. Der Therapeut bzw. die Therapeutin wird Sie nach Ihren Schwierigkeiten fragen und wie diese sich entwickelt haben. Durch die gezielte Befragung sollen Anzeichen für eine Schluckstörung und die Störungsschwerpunkte herausgefunden werden.

Beurteilung der Schluckorgane

2. Die am Schlucken beteiligten Organe wie Gesichtsmuskulatur, Kiefer, Zunge usw. werden in Ruhestellung und bei bestimmten Bewegungen (Mund schließen, öffnen, Zunge herausstrecken etc.) angeschaut. Hier geht es vor allem um Strukturveränderungen (z.B. Operationsnarben) und neurologische Störungen (z.B. Lähmungen).

Schluckversuche

3. Beim Schluckversuch wird zunächst das Speichelschlucken beurteilt. Hier beobachtet man, ob regelmäßig geschluckt wird (durchschnittlich 1x pro Minute), ob Speichel im Mund zurückbleibt, sich im Rachen staut, unwillkürlich aus dem Mund herausfließt oder wieder ausgespuckt werden muss. Die Kehlkopfhebung, räuspern, husten und eine gurgelnde Stimme nach dem Schlucken sind wie bereits oben aufgezählt weitere Beurteilungskriterien. Falls

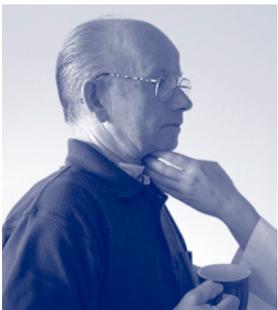


Abb. 4: Überprüfung der Kehlkopfhebung beim Schluckversuch

möglich, das heißt wenn der Speichel einigermaßen geschluckt wird oder / und der Patient spontan oder auf Aufforderung husten kann, folgen Schluckversuche mit Flüssigkeit und Nahrung.

Die sprachtherapeutische Basisuntersuchung des Schluckens ist eine einfache für Patient/inn/en nicht belastende Untersuchungsmethode. Sie erlaubt allerdings nur eine orientierende Bewertung des Schluckens und des Aspirationsrisikos. Haben sich Hinweise auf eine Schluckstörung ergeben, muss in der Regel eine instrumentelle Untersuchung folgen. Unumgänglich ist der Blick in den Hals.

Betrachtung des Rachen- und Kehlkopfbereiches

Diese Untersuchung des Rachen- und Kehlkopfbereiches (Endoskopie) sollte von speziell ausgebildeten HNO-Ärzt/inn/en oder Phoniatern bzw. Phoniaterinnen durchgeführt werden. Das Endoskop enthält eine Lichtquelle mit Winkeloptik, so kann der Halsraum von oben her eingesehen werden. Günstig ist die gleichzeitige Videoaufzeichnung der Untersuchung (Videoendoskopie). Es stehen zwei Methoden zur Verfügung.

- Bei der Untersuchung mit dem starren Lupenlaryngoskop wird dieses vor und nach dem Schluckversuch über den Mund bis kurz hinter das Gaumensegel eingeführt. Somit kann der Arzt bzw. die Ärztin die Resultate des Schluckens feststellen. Eine direkte Beobachtung des Schluckvorgangs ist mit dieser Methode nicht möglich.
- Bei der Untersuchung mit dem flexiblen Endoskop wird dieses unter leichter Betäubung über die Nase eingeführt und bis in den Rachen geschoben. Das Endoskop bleibt während der Schluckversuche eingeführt. Allerdings erfasst auch diese Untersuchung nicht den gesamten Schluckablauf, da durch die Hebung des Gaumensegels beim Schlucken die Sicht kurzzeitig verdeckt wird.

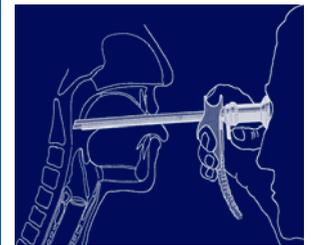
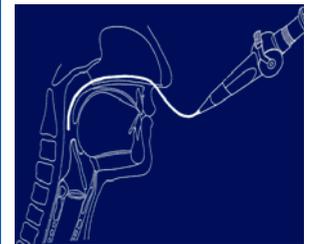


Abb. 5: Endoskopie des Rachen- Kehlkopfbereiches



Quelle: Schröter-Morasch, H. In: Bartolome, G. et al.: Schluckstörungen-Diagnostik und Rehabilitation. Urban & Fischer 1999 (2. Aufl.) S. 118f.

Durch die endoskopische Untersuchung des Kehlkopf-Rachenbereiches lassen sich strukturelle Veränderungen und neurologische Störungen feststellen. Anhand der verbleibenden Reste von Speichel / Nahrung werden das Ausmaß der Schluckstörung und die Gefahr des Verschluckens in die Atemwege (Aspirationsrisiko) beurteilt.

Welche der beiden Methoden am günstigsten ist, muss im Individualfall entschieden werden. Die Endoskopie ist auch am Krankenbett durchführbar und insgesamt wenig belastend für Patient/inn/en.

Röntgenuntersuchung des Schluckens

Beim Röntgen (Radiologie) kann der gesamte Schluckvorgang von der Mundhöhle bis zum Magen sichtbar gemacht werden. Da das Schlucken im Mund-Halsbereich sehr schnell abläuft, benötigt man für den „Schluckfilm“ eine Aufzeichnung mit hoher Bildfrequenz (mindestens 25 Aufnahmen pro Sekunde). Derzeit kann die radiologische Schluckuntersuchung des Mund-Halsbereiches nur in speziellen Kliniken und Praxen durchgeführt werden.

Die Beobachtung des Schluckens erfolgt beim Röntgen immer mit einem Kontrastmittel. Um festzustellen, bei welcher Nahrungskonsistenz Schluckprobleme bestehen, wird das Kontrastmittel mit der Essprobe vermischt. In der Regel prüft man die Konsistenzen flüssig, breiig und fest mit verschiedenen Bolusgrößen. Auch beim Röntgen werden strukturelle Veränderungen, die Bewegungen der Schluckorgane und die Hauptsymptome der Dysphagie (Bolusreste, Penetration, Aspiration, Zurückfließen, siehe weiter oben) erfasst.

Vorteil der Untersuchung ist die lückenlose Darstellung des Schluckvorgangs. Die Methode gilt derzeit als sensibelstes Verfahren, um das Ausmaß einer Schluckstörung und das Aspirationsrisiko festzustellen. Nachteilig ist die Strahlenbelastung.

Die Strahlendosis der Videofluoroskopie entspricht bei einer Durchleuchtungszeit von 30s in etwa einer kon-

ventionellen Röntgenaufnahme der gleichen Region (0,03 mSV). Im Vergleich hierzu beträgt die Strahlenbelastung einer 10-stündigen Flugreise etwa 0,04 mSV. Der gesamte Schluckfilm dauert 2-3 Min., dies ergibt eine Strahlendosis von 0,12-0,18 mSV.

Bei Zeichen, die auf Störungen in der Speiseröhre hinweisen (s.o.), sind Internist/inn/en bzw. Gastroenterolog/inn/en die zuständigen Fachleute. Die Diagnose und Therapie der ösophagealen Schluckstörung erfolgt rein medizinisch.

Bewegungsstörungen der Speiseröhre werden erfasst über die Betrachtung von Speiseröhre und Magen (Ösophagogastroskopie) oder Röntgenbreischluck. Darüber hinaus kann gemessen werden, ob der wellenartige Druck in der Speiseröhre beim Nahrungstransport optimal aufgebaut wird (Manometrie).

Das Zurückfließen der Nahrung (Reflux) wird diagnostiziert durch Betrachtung (Endoskopie) der betroffenen Strukturen bzw. Organe und über das Messen der Magensäure, die innerhalb von 24 Stunden in die Speiseröhre zurückfließt (24-Std.-pH-Metrie).

Genauere Informationen einschließlich der Behandlungsmöglichkeiten erhalten Patient/inn/en im Beratungsgespräch mit ihren Ärzt/inn/en sowie aus ärztlichen Broschüren.

Wichtiges ergänzendes Verfahren

Mit der direkten Betrachtung des Bronchialsystems mit einem Endoskop (Bronchoskopie) können entzündliche Reaktionen, sowie Art und Menge des in die Lunge eingedrungenen Materials gesehen und dieses als therapeutische Maßnahme gegebenenfalls entfernt werden. Eine besondere Rolle spielt die Bronchoskopie bei der Beurteilung von Patienten mit Kanülen in der Luftröhre (Trachealkanülen). Damit kann der Kanülensitz überprüft und Komplikationen frühzeitig erkannt werden.

3.2. Schluckstörungen im Bereich der Speiseröhre



Abb. 6: Videofluoroskopie
Nahrungsreste liegen über dem
Speiseröhreneingang

4. Wie kann man Schluckstörungen des Mund-Halsbereiches behandeln?

4.1. Medizinische Maßnahmen

Droht aufgrund einer Schluckstörung eine Mangelernährung oder Austrocknung (Exsikkose), muss die künstliche Ernährung eingeleitet werden. Es gibt dazu folgende Möglichkeiten:

- Infusionen
- Sonden

Bei den Infusionen erfolgt die Ernährung über die Blutbahn (z.B. intravenöse Infusionen). Die Infusionsgabe eignet sich nur als vorübergehende Maßnahme innerhalb der ersten Woche.

Bleibt die Schluckstörung nach der Akutphase bestehen, wird in der Regel eine Sonde gelegt. Bei kurzer oder zunächst unbekannter Dauer der Schluckstörung (ungefähr bis zu 3 Wochen) verwendet man eine Nasensonde. Diese wird über die Nase in den Rachen und die Speiseröhre bis zum Magen geschoben. Die Nasensonde kann jedoch durch die Lage im Rachen das Schlucken zusätzlich behindern und von außen sichtbar aus der Nase herausragen.

Bei länger dauernder künstlicher Ernährung empfiehlt sich daher die Anlage einer Magen-Sonde (PEG=Perkutan Endoskopische Gastrostomie). Die PEG wird unter lokaler Betäubung endoskopisch kontrolliert durch die Bauchdecke in den Magen eingeführt (Dauer etwa 15 Minuten). Der Schluckvorgang ist durch die PEG nicht behindert und das Endstück der Sonde kann unter der Kleidung verborgen werden. Schwerwiegende Komplikationen gibt es bei der PEG nur in 1-3% der Fälle.

Kann selbst Speichel nicht geschluckt werden und gelangt so viel in die Atemwege, dass die Sauerstoffversorgung gefährdet ist, besteht Lebensgefahr. In dem Fall muss zum akuten Schutz vor Aspiration nach einem Luftröhrenschnitt (Tracheotomie) unterhalb des Kehlkopfes eine blockbare Kanüle in die Luftröhre eingesetzt

werden (Trachealkanüle). Blockbar bedeutet, dass um die Kanüle eine Manschette liegt, die ähnlich wie ein Luftballon aufgeblasen wird. So ist der Hohlraum zwischen Kanüle und Luftröhre verschlossen (s. Abb. 7). Der Speichel sammelt sich dann über der Manschette und fließt nicht in die Lunge. Die Manschette der Kanüle übernimmt also vorübergehend den Schutz der unteren Luftwege. Die Ein- und Ausatmung erfolgt bei aufgeblasener Manschette ausschließlich über die Kanüle. Die Stimmbänder werden dadurch nicht mehr durch die Atemluft in Schwingungen versetzt. So lange die Kanüle geblockt ist, kann deshalb keine Stimme erzeugt werden (Ausnahme: blockbare Sprechkanülen, als Aspirationschutz jedoch ungeeignet).

Eine medikamentöse Beeinflussung der Schluckstörungen im Mund-Halsbereich ist bislang kaum möglich. Die Medikamentengabe beschränkt sich im Wesentlichen auf die Behandlung der Grunderkrankung. Bei bestimmten Schluckproblemen hat sich als ergänzende Maßnahme eine medikamentöse Speichelreduzierung als hilfreich erwiesen. Chirurgische Verfahren sind in Spezialfällen in Erwägung zu ziehen.

Bei Schluckstörungen des Mund-Halsbereiches sind in erster Linie funktionelle Behandlungsverfahren die Methode der Wahl. Die Therapie führen Akademische Sprachtherapeut/inn/en oder Logopäd/inn/en durch. Wegen der Komplexität der Störung ist meist eine enge Zusammenarbeit zwischen ärztlichen und anderen therapeutischen Berufsgruppen erforderlich.

Sofern es der Allgemeinzustand der Patient/inn/en erlaubt, sollte in der Anfangsphase die Therapie täglich durchgeführt werden. Meist geschieht dies im Krankenhaus. Soweit möglich wird das Therapieprogramm durch tägliche Eigenübungen ergänzt. Bei positivem Behandlungsverlauf kann die Therapie dann mit geringerer Häufigkeit ambulant fortgesetzt werden, beispielsweise 1-2x wöchentlich. Gegebenenfalls ist nach einer

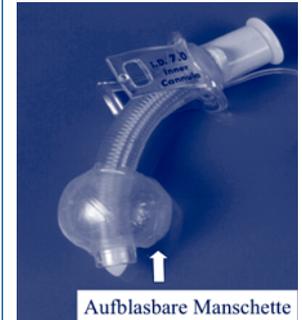


Abb. 7: Blockbare Trachealkanüle zum Schutz vor Speichelaspiration

4.2. Funktionsorientierte Schlucktherapie

Therapiepause eine erneute intensive Behandlung sinnvoll (Intervalltherapie). Oberstes Ziel der Therapie ist immer die Wiederherstellung der Schluckfunktion. Falls dies nicht oder nur unzureichend möglich ist, wird versucht, mit bestimmten Maßnahmen das Schlucken trotz bestehender Störung zu verbessern.

Zur funktions-orientierten Schlucktherapie gehören verschiedene Behandlungsverfahren. Die Bausteine der Therapie sollten nach genauer Diagnostik für den Betroffenen individuell zusammengestellt werden. Meist muss eine Kombination aus verschiedenen Verfahren gewählt werden.

Restituierende Verfahren

Mit restituierenden Verfahren versucht man die muskulären Voraussetzungen für normales, bzw. annähernd normales Schlucken wiederherzustellen. Es werden Methoden aus der Krankengymnastik angewendet, die den Anforderungen der Schlucktherapie angepasst wurden. Damit die Schluckorgane harmonisch zusammenspielen können, wird als erstes eine gute Körper- und Kopfhaltung erarbeitet mit dem Ziel der physiologischen Sitzposition. Bei schweren Bewegungsstörungen beginnt der Therapeut oder die Therapeutin mit vorbereitenden Stimulationen, z.B. Massagen und Vibrationen, die sich positiv auf die veränderte Muskelspannung auswirken und die Bewegungsinitiierung erleichtern. Dann werden für das Schlucken relevante Zielbewegungen durchgeführt. In Abhängigkeit von der individuellen Störung sind dies mundmotorische Übungen (z.B. Lippen schließen, Zungenspitze heben usw.) oder / und Übungen zum Training der Kehlkopf- und Rachenmuskeln sowie gegebenenfalls der Atemmuskulatur. Hierdurch sollen die Voraussetzungen für normales, bzw. annähernd normales Schlucken geschaffen werden.

Kompensatorische Maßnahmen

Wenn eine vollständige Normalisierung der Schluckfunktion nicht gelingt oder nicht zu erwarten ist, kann in vielen Fällen trotz bestehender Störung durch Verhal-



Abb. 8: Widerstandsübung zur Verbesserung der Zungenhebung

tenänderungen beim Essen und Trinken das Schlucken verbessert werden. Man versucht mit Hilfe verschiedener Techniken die Effizienz des Nahrungstransportes zu optimieren und somit sicheres, aspirationsfreies Schlucken zu ermöglichen.

Hierzu gehören Veränderungen der Kopfhaltung, um mit Hilfe der Schwerkraft den Transport der Speise zu steuern, sowie spezielle Schlucktechniken. Liegt beispielsweise eine einseitige Lähmung der Zungen- und Rachenmuskeln vor, wird der Kopf zur gesunden Seite geneigt. Durch die Wirkung der Schwerkraft fließt die Speise dann einseitig, also nur über die gesunde Mund- und Rachenhälfte ab. Eine einfach durchzuführende Schlucktechnik ist beispielsweise das „kräftige Schlucken“. Bleiben Nahrungsreste am Zungengrund (Höhe Kiefer-Halswinkel), hilft es manchmal möglichst „hart“ zu schlucken, so dass sich die Zunge kräftig nach hinten bewegt. Über weitere Möglichkeiten, das Schluckverhalten zu verändern, wird sie Ihr/e Sprachtherapeut/in aufklären.

Diese so genannten kompensatorischen Therapieverfahren setzen eine gute Kooperationsfähigkeit des Betroffenen voraus.

Adaptierende Verfahren

Eine Verbesserung der Nahrungsaufnahme und des Schluckens ergibt sich in vielen Fällen durch die Anpassung äußerer Bedingungen an die Störung. Adaptierende Verfahren erfordern nicht unbedingt die Fähigkeit zur aktiven Mitarbeit. Sie umfassen

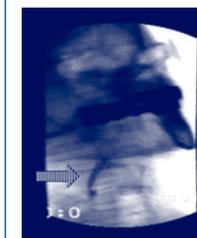
1. Diätetische Maßnahmen,
2. die geeignete Platzierung der Nahrung,
3. spezielle Ess- und Trinkhilfen,
4. die Hilfestellung während der Essensbegleitung:

1. Diätetische Maßnahmen

Die meisten Dysphagiepatient/inn/en benötigen zumindest in der Anfangsphase eine diätetische Anpassung. Hierbei wird in erster Linie die Konsistenz der Nahrung (flüssig, breiig, fest) und die Bolusgröße berücksichtigt. Meist sind dünne Flüssigkeiten am schwierigsten zu



Abb. 9: Kopfeigung zur gesunden Seite Nahrungstransport nur auf dieser Seite



schlucken. Oft hilft dann das Andicken des Getränkes mit Verdickungsmittel. Das Verschlucken kann auch von der Größe des Bissens abhängig sein, so dass manche Patient/inn/en eine Zeitlang mit dem Teelöffel essen müssen. Die geeignete Nahrungsbeschaffenheit ist für jeden verschieden und sollte nach sorgfältiger Diagnostik individuell ausgesucht werden.

2. Spezielle Ess- und Trinkhilfen

Des Weiteren können spezielle Ess- und Trinkhilfen, wie rutschfeste Unterlagen, Teller mit erhöhtem Rand, Bestecke mit verstärkten Griffen oder weite Trinkgefäße die Nahrungsaufnahme erleichtern. Die Patient/inn/en können sich dann besser auf das Schlucken konzentrieren.

3. Platzierung der Nahrung

Bei Teilentfernungen der Zunge, z.B. im Zuge einer Tumorbehandlung, sowie bei motorischen und/oder sensorischen Störungen der Zunge kann man durch die Platzierung der Nahrung vorhandene Defizite umgehen. Wenn beispielsweise die Zunge beim Schlucken kräftig nach vorne stößt und somit auch die Speise unfreiwillig hinaus befördert wird, kann ein direktes Platzieren der Nahrung auf die Hinterzunge dies vermindern und teilweise sogar vollständig ausschalten. Die Positionierung der Nahrung kann je nach Grunderkrankung eigenständig durch die Patient/inn/en erfolgen oder bedarf der Hilfe einer Begleitperson.

4. Hilfestellung während der Essensbegleitung

Zunächst geht es vor der Nahrungsaufnahme darum, die Ausgangssituation zu optimieren. Dies beinhaltet im Wesentlichen: auf Körperhaltung achten, ablenkende Reize verringern, Hilfsmittel bereit und in Sichtweite legen, Nahrung appetitlich zubereiten und anrichten. Während der Mahlzeit ist es hilfreich, wenn eine Begleitperson darauf achtet, dass die individuell gewählten Schlucktechniken und Verhaltensregeln beibehalten werden. Schwerst betroffene Menschen benötigen eine Person, die die Nahrung anreicht. Dabei kann zum einen der Schluckvorgang durch Platzierung der Speise (s.o.)

günstig beeinflusst werden. Außerdem sind zahlreiche Impulse durch verschiedene Handgriffe möglich, die sich auf weitere Teilbereiche des Schluckvorganges positiv auswirken wie Lippenaktivität bei Nahrungsaufnahme, Mundschluss, das Auslösen des Schluckreflexes etc.

Die Bewältigung einer Schluckstörung mit der begleitenden Grunderkrankung ist für jeden Betroffenen und sein Umfeld eine hohe Herausforderung. Die funktions-orientierte Schlucktherapie kann dabei aus therapeutisch-medizinischer Perspektive nachweislich einen guten Beitrag leisten.

5. Tipps für das Essen und Trinken

- Keine ablenkenden Reize (z.B. Fernseher)
- Aufrecht sitzen
- Kopf leicht nach vorn neigen – falls keine alternative Kopfhaltung erforderlich
- Nicht zu große Bissen / Schlucke einnehmen
- Langsam essen und gründlich kauen
- Beim Kauen auf Lippenschluss achten
- Beim Hinunterschlucken auf Lippen- und Kieferschluss achten
- Nachschlucken bis Mund- und Rachenraum frei sind, evtl. Kontrolle durch Hochräuspern und Aus-spucken
- Den nächsten Bissen erst einnehmen, wenn alle Nahrungsreste aus Mund- und Rachenraum entfernt sind
- Husten in der Öffentlichkeit ist erlaubt und ein wichtiger Schutz vor Aspiration
- Nach dem Essen Mundpflege
- Nicht gleich hinlegen, noch eine halbe Stunde sitzen bleiben bzw. den Oberkörper aufrecht halten

Impressum

Herausgeber: Deutsche Gesellschaft für Sprachheilpädagogik (dgs)
 Autorin: Dr. Gudrun Bartolome (Akademische Sprachtherapeutin)
 Projektleitung: Kurt Biefeld und Angelika Schindler
 Layout: Werbeagentur MWK, Köln
 Druck: Seltmann, Lüdenscheid
 1. Auflage: 3.000 / 2005

Mit der untenstehenden Karte können Sie aus unserer dgs-Reihe zu Sprachstörungen die gewünschten Broschüren bestellen.

- Bei Bestellwert bis € 10,- fügen Sie bitte den Wert in Briefmarken bei.
- Bei Beträgen über € 10,- fügen Sie bitte einen Verrechnungsscheck über den Gesamtbetrag bei, oder überweisen Sie auf das nachfolgende Konto:
 Deutsche Gesellschaft für Sprachheilpädagogik e.V. (dgs)
 Bank für Sozialwirtschaft, BLZ: 251 205 10, Kto.: 840 20 00

Wir bestellen folgende Broschüren:

- | | | |
|---|---------------------|----------------|
| 1 Stimmstörungen bei Kindern | _____ Expl. à € 1,- | Gesamt € _____ |
| 2 Stimmstörungen bei Jugendlichen und Erwachsenen | _____ Expl. à € 1,- | Gesamt € _____ |
| 3 Störungen des Spracherwerbs | _____ Expl. à € 1,- | Gesamt € _____ |
| 4 Förderung des Spracherwerbs | _____ Expl. à € 1,- | Gesamt € _____ |
| 5 Aphasie | _____ Expl. à € 1,- | Gesamt € _____ |
| 6 Myofunktionelle Störungen | _____ Expl. à € 1,- | Gesamt € _____ |
| 7 Dysarthrie/Dysarthrophonie | _____ Expl. à € 1,- | Gesamt € _____ |
| 8 Stottern bei Kindern | _____ Expl. à € 1,- | Gesamt € _____ |
| 9 Stottern bei Jugendlichen und Erwachsenen | _____ Expl. à € 1,- | Gesamt € _____ |
| 10 Gestörter Schriftspracherwerb | _____ Expl. à € 1,- | Gesamt € _____ |
| 11 Dysphagien | _____ Expl. à € 1,- | Gesamt € _____ |

Versand/Porto € 1,50

Total € _____