

Populärwissenschaftliches Magazin für Therapeuten . Patienten . Gesundheitsinteressierte

# THERAPIEWISSEN

Teaserausgabe Schwerpunkt Dysphagie

## VER- SCHLUCKT?

UND PLÖTZLICH  
IST NICHTS MEHR,  
WIE ES WAR...

Seite 20

WIE THERAPIEN  
HELFFEN KÖNNEN

Seite 14

TRINK DOCH!  
SCHLUCKSTÖRUNGEN  
IM KINDESALTER

Seite 25

DANI  
kämpfte sich nach  
einem schweren  
Schädel-Hirn-Trauma  
zurück ins Leben.  
Seite 20



## Ein neues Denken für einen neuen Rollstuhl.



- Für aktive und passive Nutzer entwickelt (Einstellung einer niedrigen Sitzhöhe ermöglicht Trippeln)
- Fördert Restmobilität und Selbständigkeit



- Vielfältige Anpassungsmöglichkeiten



- Sitzwinkelverstellung 30° oder 45°

**Jetzt handeln. Invacare.**

Invacare Austria GmbH  
Herzog-Odilo-Straße 101  
5310 Mondsee/Österreich  
info-austria@invacare.com  
www.invacare.at



LIEBE LESERIN,  
LIEBER LESER

Sie halten gerade eine kleine Ausgabe der „TherapieWissen“ in den Händen. Diese erste Ausgabe zum Thema „Wenn das Schlucken zum Problem wird“ möchte Sie neugierig machen auf die spannende Welt der Therapien.

„TherapieWissen“ beschäftigt sich mit allem, was mit Therapie zu tun hat, und sieht sich als Sprachrohr aller therapeutischen Sparten: Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie, Psychotherapie, Atemtherapie, Tanztherapie, Musiktherapie, alle Formen der Körpertherapie (wie z.B. Qi Gong, Feldenkrais) und andere mehr.

Unser Magazin informiert über therapeutische Methoden und neue Erkenntnisse zu therapeutischen Themen. Es berichtet über Erfahrungen von Therapeuten und Betroffenen und soll künftig vier Mal pro Jahr erscheinen. Medikamentöse und chirurgische Therapien spielen eine untergeordnete Rolle.

Interessieren Sie sich für weitere Ausgaben der „TherapieWissen“? Möchten Sie dieses neuartige Magazin kennenlernen oder abonnieren? Sind Sie selbst Therapeut oder Therapeutin und möchten gern bei der Entstehung dieses neuen Formats dabei sein, über einen interessanten Fall berichten oder als Interviewpartner zur Verfügung stehen? Sind Sie Experte in einem therapeutischen Bereich? Dann melden Sie sich bei uns, wir freuen uns auf Ihre Anregungen, Kommentare und Mitarbeit!

[office@therapiewissen.at](mailto:office@therapiewissen.at)

Ihre  
ELISABETH GELHART

*E. Gelhart*



## Ver- schluckt?

Schlucken ist ein so selbstverständlicher Vorgang, dass er gesunden Menschen kaum zu Bewusstsein kommt. Ein Unfall, eine Krankheit oder psychische Probleme können den komplizierten Schluckprozess jedoch beeinträchtigen.

6

Was ist eine Schluckstörung?

Wann kommt es zu einer Schluckstörung?

Wie funktioniert das Schlucken?



## Genau betrachtet

Die Logopädin und der HNO-Arzt sind die ersten Ansprechpartner für die Diagnose einer Schluckstörung. Mit der Videokinematografie kann der Schluckvorgang sogar gefilmt werden. Die Erkenntnisse daraus sind Basis der Therapie.

12

Untersuchung durch die Logopädin

Der Blick nach innen



## Schlucken lernen

Schlucken kann man wieder lernen: Mit therapeutischer Unterstützung trainieren Patienten ihre Körperhaltung, Mundmotorik und Schluckreflexauslösung. Eine wichtige Rolle spielt individuell zubereitetes Essen.

14



## Nichts ist mehr, wie es war ...

Ein Schädel-Hirn-Trauma verursacht oft Schluckstörungen. Wie sich zwei junge Menschen nach einem Unfall mit liebevoller Pflege, einem starken Willen und guter Therapie ihrem Schicksal stellen, zeigt diese Reportage.

20

Dani (Titelbild) kann wieder sprechen, essen – und lachen.

Florian hat sich zurückgekämpft, es geht bergauf.



## Das kann ich nicht schlucken!

Schluckstörungen können auch psychische Ursachen haben. Sogenannte dysfunktionale Muster äußern sich bei schwerwiegenden Problemen in Form von Schluckstörungen.

22

Psychotherapeutin Andrea Scheiringer im Interview



## Dysphagie kennt kein Alter

Nicht nur ältere Menschen können an Schluckstörungen leiden. Gerade bei Babys und Kleinkindern ist ein gutes Zusammenspiel von Ärzten, Therapeuten, Psychologen und Eltern wichtig.

24

Altersbedingte Veränderungen und Krankheiten

Auch Babys können Schluckprobleme haben.

Editorial  
3

Anzeigeninformation  
Abo-Hotline  
Impressum  
27

Wir möchten mit unseren Texten sowohl Frauen als auch Männer ansprechen, doch geht eine gleichberechtigte Erwähnung beider Geschlechter immer zu Lasten der Lesbarkeit. Deshalb verzichten wir in unserem Magazin auf das Binnen-I und die durchgängige Erwähnung der jeweils weiblichen und männlichen Form; gemeint sind selbstverständlich immer beide Geschlechter. Außerdem orientieren wir uns an der Praxis und verwenden z. B. im Bereich der Logopädie und der Diätologie, die beide großteils weiblich besetzt sind, ausschließlich die „Logopädin“ und die „Diätologin“.

# VE - S HLUCK T?

ALS GESUNDE ERWACHSENE SCHLUCKEN WIR BIS ZU 2400 MAL AM TAG:  
WENN WIR ESSEN, TRINKEN ODER SPEICHEL SCHLUCKEN. WAS ABER KANN MAN TUN,  
WENN DIESER SO EINFACH SCHEINENDE VORGANG NICHT MEHR FUNKTIONIERT?  
THERAPEUTEN MIT UNTERSCHIEDLICHER SPEZIALISIERUNG KÖNNEN DEN BETROFFENEN HELFEN.

R

C

K

# VER-SCHLUCKT!

AUSLÖSER FÜR EINE SOLCHE STÖRUNG KANN EIN UNFALL, EIN SCHLAGANFALL, EINE ERKRANKUNG ODER EINE OPERATION SEIN. WENN DIE FÜR DAS SCHLUCKEN NOTWENDIGE MUSKULATUR IN KRAFT UND BEWEGLICHKEIT EINGESCHRÄNKT IST, WENN DIE KOORDINATION DER MUSKELN ODER DIE ZENTRALE STEUERUNG VERSAGT, DANN WIRD DAS SCHLUCKEN BESCHWERLICH.

Der Betroffene kann nicht ausreichend Flüssigkeit und Nährstoffe zu sich nehmen. Außerdem besteht die große Gefahr, dass Nahrung oder Flüssigkeit in die Lunge gelangt. Schluckstörungen („Dysphagien“)<sup>[1]</sup> müssen aber nicht immer organische Ursachen haben, sondern können auch in psychischen Problemen wurzeln.

## SPEZIALISTEN FÜR ALLE FÄLLE

So unterschiedlich die Ursachen für Schluckstörungen sein können, so unterschiedlich ist auch die Therapie. Am häufigsten kommt die Logopädie zum Einsatz. In ihren Aufgabenbereich fällt sowohl die klinische Untersuchung als auch die Therapie von Dysphagien. Aber auch Ergo- und Physiotherapeuten behandeln Patienten mit Dysphagie. Sie sind die Spezialisten für die richtige Lagerung des Patienten und die Wahl der passenden Hilfsmittel. Für die korrekte Zubereitung der Nahrung sorgen Diätologinnen. Ist die Ursache der Schluckstörung psychogen, sind Psychotherapeuten gefragt.

Die Ergebnisse der Schluckuntersuchungen im Röntgen und beim HNO-Arzt geben den Ausschlag, welche Therapie und welche Kost zum Einsatz kommt. Neue Forschungsergebnisse helfen den Therapeuten, Übungen und Hilfsmittel gezielter einzusetzen. So können sie den Betroffenen noch besser helfen, ihre zum Essen und Trinken notwendigen Fähigkeiten wiederzuerlangen.

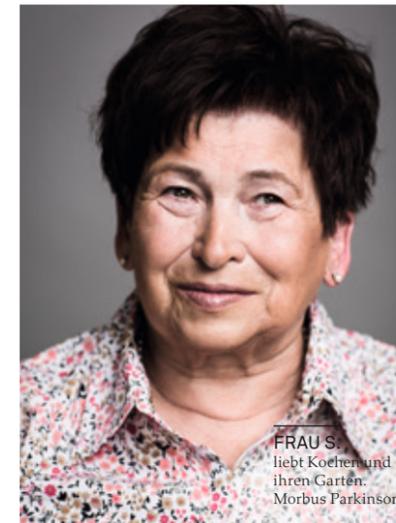
Eine besonders wichtige Funktion übernehmen Pfleger und pflegende Angehörige. Sie sind es, die Nahrung und Flüssigkeit verabreichen und – bei der Pflege zu Hause – auch zubereiten. Auch, wenn der Betroffene selbst essen kann oder nur wenig Unterstützung braucht, ist das Engagement der pflegenden Personen entscheidend für den Therapieerfolg.

## EIN LEIDEN – VIELE URSACHEN

Das Schlucken ist gestört, wenn die zum Schlucken notwendigen Strukturen – also Lippen, Zunge, Gaumen, Rachen und Kehlkopf – nicht mehr »

TEXT  
Elisabeth Gelhart

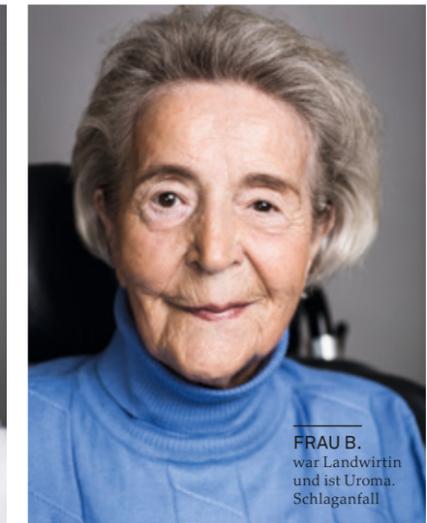
FOTOS  
Robert Maybach



FRAU S.  
liebt Koehen und  
ihren Garten.  
Morbus Parkinson



MICHAEL  
Sozialpädagoge, mag  
Musik & Kampfkunst.  
Hirnblutung



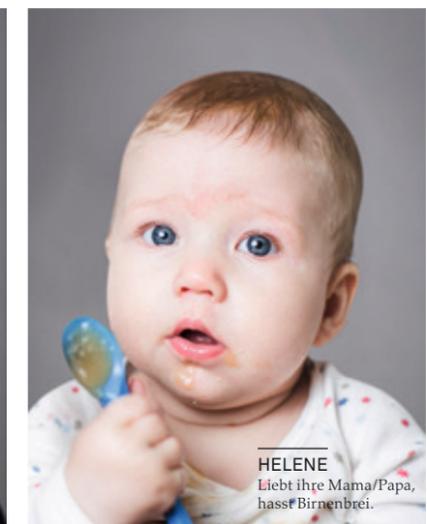
FRAU B.  
war Landwirtin  
und ist Uroma.  
Schlaganfall



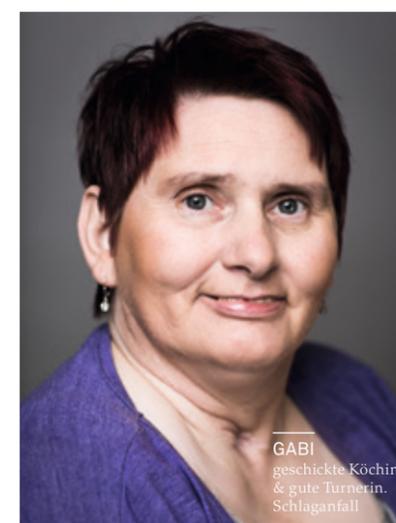
FRANZ  
Marketingprofi, liebt  
Musik und Schach.  
Muskelschwäche



GÜNTHER  
Koch, Genießer &  
Hundefreund.  
Schädel-Hirn-Trauma



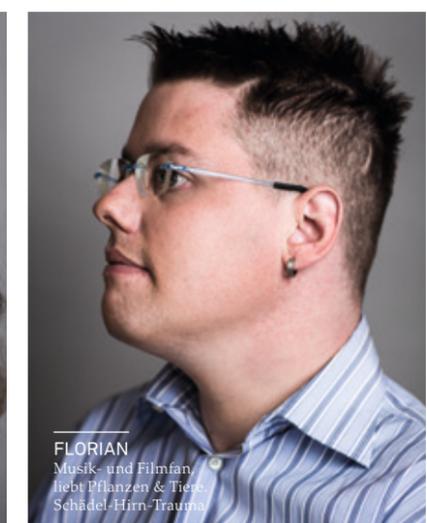
HELENE  
Liebt ihre Mama/Papa,  
hassf Birnenbrei.



GABI  
geschickte Köchin  
& gute Turnerin.  
Schlaganfall



DANIELA  
gute Schülerin, nette  
Kollegin im Café.  
Schädel-Hirn-Trauma



FLORIAN  
Musik- und Filmfan,  
liebt Pflanzen & Tiere.  
Schädel-Hirn-Trauma

richtig funktionieren oder nicht mehr richtig zusammenspielen.

Schluckstörungen treten oft bei neurologischen Erkrankungen auf, am häufigsten nach einem Schlaganfall (Insult)<sup>[2]</sup>. In der Akutphase eines Schlaganfalls leidet die Hälfte der Patienten an einer Schluckstörung, in der chronischen Phase ist es noch ungefähr ein Viertel. Auch bei einem Schädel-Hirn-Trauma<sup>[3]</sup> kommt es oft zu einer Dysphagie.

Fortschreitende neurologische Erkrankungen – also Erkrankungen des Nervensystems, die nicht akut, sondern langsam oder in Schüben auftreten – können zu Problemen beim Schlucken führen. Dazu gehören das Parkinson-Syndrom<sup>[4]</sup> und die Multiple Sklerose<sup>[5]</sup>. Bei Erkrankungen, die mit einer Muskelschwäche einhergehen, wie die Amyotrophe Lateralsklerose (ALS)<sup>[6]</sup> oder die Myasthenia gravis<sup>[7]</sup>, kommt es ebenfalls zu Schluckstörungen.

Auch bei einem großen Teil der Menschen, die an einem Hirntumor leiden, treten Schluckprobleme auf. Es kann sein, dass sich Schluckstörungen entwickeln, wenn der Tumor in einem Bereich des Gehirns liegt, in dem sich die Schluckzentren befinden. Auslöser können aber auch Tumorerkrankungen im Bereich der Mundhöhle, des Kehlkopfes oder des Rachens bzw. eine Operation von Tumoren in diesem Bereich sein.

Wird jemand über einen längeren Zeitraum künstlich beatmet, besteht ebenfalls die Gefahr einer Dysphagie.

**ALARMSIGNAL HUSTEN. MANCHMAL, ABER NICHT IMMER**  
Da bei Schluckstörungen oft Nahrung oder Flüssigkeit in die Lunge gelangt, ist Husten ein Hauptsymptom der Dysphagie. Das Verschlucken („Aspiration“)<sup>[8]</sup> kann zu schlimmsten Erstickungsanfällen und zu einer Lungenentzündung („Aspirationspneumonie“)<sup>[9]</sup> führen. Es kann aber auch passieren, dass man sich verschluckt, ohne dass man husten muss („stille

Aspiration“)<sup>[10]</sup>. Die große Gefahr dabei ist, dass die Aspiration nicht erkannt wird.

Auch gesunde Menschen verschlucken sich gelegentlich. Passiert das nicht zu häufig, hat es bis auf ein unangenehmes Gefühl in der Kehlkopfgegend keine folgenschweren Auswirkungen, denn durch den kräftigen Hustenstoß wird das aspirierte Material wieder nach oben befördert. Die Gefahr einer Lungenentzündung ist daher kaum gegeben, wenn man eine kräftige Lunge und eine gute Immunabwehr hat. Eine Dysphagie führt auch oft dazu, dass zu wenig Nährstoffe und zu wenig Flüssigkeit aufgenommen werden.

Ist die Aspirationsgefahr zu groß oder kann ein Patient nicht ausreichend Nahrung zu sich nehmen, muss eine Magensonde gelegt werden. Zur Auswahl stehen die Nasensonde und – bei

ern die bewussten, willkürlich auslösbaren Vorgänge. Die Schluckzentren im Hirnstamm (unterer Abschnitt des Gehirns) dagegen steuern die reflektorisch ablaufenden Bewegungen.

**ZUSAMMENSPIEL VON 100 MUSKELN**

Im Hirnstamm liegen die Kerne für die fünf Hirnnerven, welche die rund 100 Muskeln steuern, die am Schlucken beteiligt sind: Muskeln von Wangen, Lippen, Kiefer, Zunge, Gaumensegel, Rachen, Kehlkopf, Zungenbein und Speiseröhre. Schon ein gesundes Neugeborenes kann Saugen und Schlucken.

Wenn wir Nahrung zu uns nehmen, dann werden die Lippen geschlossen, feste Nahrung wird zerkaut. Beim Kauen öffnet und schließt sich der Kiefer, die Lippen bleiben aber geschlossen. Die Zunge bewegt die

längerdauernder Sondenernährung – die PEG (Perkutane endoskopisch kontrollierte Gastrostomie)<sup>[11]</sup>. In manchen Fällen ist sogar ein Luftröhrenschnitt und die Legung einer Atemkanüle (Trachealkanüle)<sup>[12]</sup> notwendig, um eine Aspiration zu vermeiden.

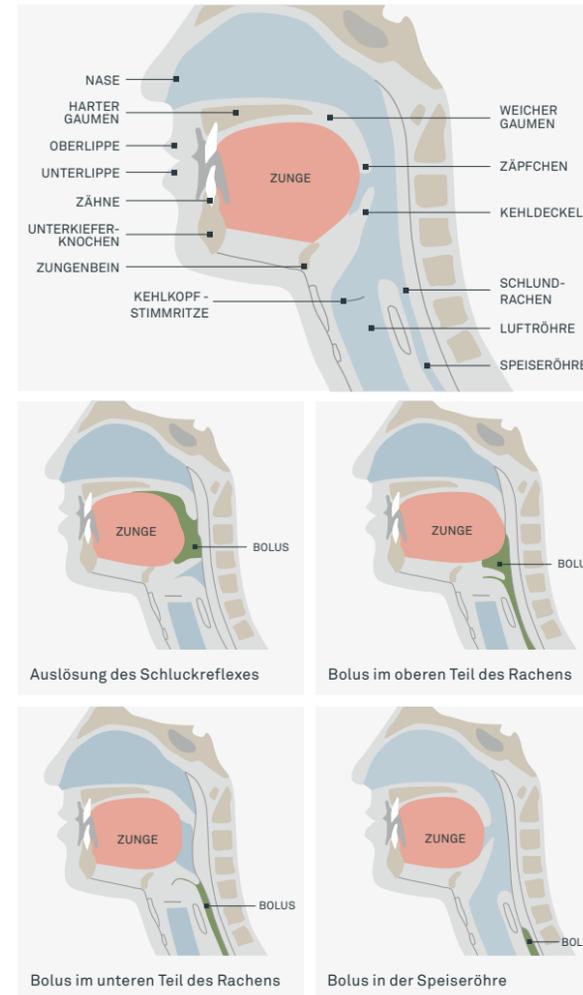
Neben diesen körperlichen Eingriffen ist eine Schluckstörung für die meisten Patienten aber auch eine große psychische Belastung, die zur sozialen Isolation führen kann.

Eine große Rolle beim Schlucken spielt das Gehirn, wo verschiedene Strukturen dafür sorgen, dass der komplexe Schluckvorgang reibungslos funktioniert. Dabei sind vor allem die Großhirnrinde und der Hirnstamm beteiligt. Zentren im Großhirn steu-

Nahrung auf die Beißflächen der Zähne, wobei die sogenannte Sensibilität<sup>[13]</sup> verhindert, dass man sich in die Wangen, auf die Zunge oder in die Lippen beißt. Außerdem wird die Nahrung mit Speichel versetzt. Dadurch entsteht eine rutschfähige Masse, die leichter transportiert werden kann.

Die zerkauten Nahrung wird von der Zunge eingesammelt und zu einer schluckfertigen Portion, dem Bolus<sup>[14]</sup>, geformt. Die seitlichen Zungenränder heben sich, sodass sich der Bolus in einer Art Schüssel befindet. Die Zungenspitze legt sich hinter die oberen Schneidezähne und der mittlere Teil der Zunge transportiert die Nahrung oder die Flüssigkeit durch wellenförmige Bewegungen nach hinten.

**ORGANE UND SCHLUCKVORGANG**



Passiert der Speisebrei die Gaumenbögen, wird der Schluckreflex ausgelöst und es beginnt eine automatische Abfolge an Bewegungen. Der Bolus wird dabei in Sekundenschnelle vom hinteren Bereich der Mundhöhle in den Magen transportiert.

Damit nichts in die Nase gelangt, verschließt das Gaumensegel während des Schluckens den Rachen zur Nase hin. Die Rachenmuskeln transportieren den Bolus Richtung Speiseröhre. Der Atem wird angehalten und ein komplexer Mechanismus schließt den Kehlkopf auf mehreren Ebenen, damit keine Flüssigkeit oder Nahrung in die Luftröhre gelangt. Dadurch, dass der Kehlkopf angehoben wird, dehnt sich der Eingang der Speiseröhre, die den Bolus so leichter aufnehmen kann.

Beim Trinken oder Schlucken von breiiger Nahrung muss nicht gekaut werden und es kann ohne große Vorbereitung geschluckt werden. \_

**FACHLEXIKON Seite 8-11**

- [1] **DYSPHAGIE**  
Schluckstörung

---

- [2] **INSULT**  
Schlaganfall

---

- [3] **SCHÄDEL-HIRNTRAUMA**  
Verletzung des Schädels mit Beteiligung des Gehirns

---

- [4] **PARKINSON-SYNDROM**  
fortschreitende Erkrankung des Nervensystems mit typischen Symptomen wie Bewegungsverlangsamung, Zittern, erhöhter Muskelspannung und Gleichgewichtsproblemen

---

- [5] **MULTIPLER SKLEROSE**  
fortschreitende entzündliche Erkrankung des Zentralnervensystems, bei der es u. a. zu Schluckstörungen kommt

---

- [6] **AMYOTROPHE LATERALSCLEROSE (ALS)**  
fortschreitende Erkrankung des Nervensystems, bei der es durch Schädigungen der Nervenzellen zu einer Muskelschwäche kommt

---

- [7] **MYASTHENIA GRAVIS**  
Erkrankung, bei der es zu einer Muskelschwäche kommt, weil eine gestörte Signalübertragung zwischen Nerv und Muskel vorliegt

---

- [8] **ASPIRATION**  
das Eindringen von Nahrung oder Flüssigkeit in die Atemwege

---

- [9] **ASPIRATIONSPNEUMONIE**  
Lungenentzündung, die durch das Eindringen von Nahrung oder Flüssigkeit in die Atemwege verursacht wird

---

- [10] **ASPIRATION, STILLE**  
Aspiration, die ohne sichtbare Anzeichen (z.B. Husten) geschieht

---

- [11] **PERKUTANE ENDOSKOPISCH KONTROLLIERTE GASTROSTOMIE (PEG)**  
Die perkutane endoskopische Gastrostomie (PEG) ist ein endoskopisch angelegter künstlicher Zugang von außen zum Magen.

---

- [12] **TRACHEALKANÜLE**  
Röhrchen aus Kunststoff oder Metall, das eingesetzt wird, um eine Öffnung im Hals offen zu halten

---

- [13] **SENSIBILITÄT**  
das Spüren, Fühlen, Wahrnehmen

---

- [14] **BOLUS**  
der Bissen bzw. die „Schluck-Menge“ des Speisebreies



# SCHLUCKEN LERNEN

DER THERAPEUTISCHE ANSATZ

Essen und trinken, schlucken ohne *ver-*schlucken: Eine Therapie kann dazu beitragen, dass das leichter oder überhaupt erst wieder möglich wird – auch dann, wenn die physiologischen Bewegungen nicht oder nur mehr teilweise funktionieren. Um dieses Ziel zu erreichen, gibt es verschiedene Ansätze.

Die sogenannte funktionelle Dysphagietherapie<sup>[18]</sup> versucht, Körperfunktionen so gut wie möglich wiederherzustellen, z.B. die Beweglichkeit der Zunge oder die Auslösung des Schluckreflexes zu verbessern. Oft genügen spezielle Techniken beim Schlucken oder eine kleine Haltungsänderung, wie etwa den Kopf nach vorne zu beugen, um das Aspirationsrisiko<sup>[18]</sup> zu verringern und das Schlucken zu erleichtern. Auch die Konsistenz des Essens und der Getränke ist wichtig: Hier achten die Therapeuten auf individuell eingedickte Flüssigkeiten, verabreicht in speziellen Bechern, oder breiige Nahrung.

## MIT MASSGESCHNEIDERTER STRATEGIE ANS ZIEL

Die Logopädin entscheidet auf Basis ihrer Untersuchungen, welche Maßnahmen im konkreten Fall am geeignetsten sind: Meistens kommt eine Kombination verschiedener Techniken zum Einsatz. Manche Übungen oder Techniken können die Patienten auch selbst durchführen. Dies allerdings

nur, wenn die Logopädin genaue Anweisungen gegeben hat und sich versichert hat, dass es mit der Ausführung klappt – bei manchen Übungen ist große Vorsicht geboten.

Eine wichtige Rolle spielen auch Ergo- und Physiotherapeuten. Sie sind die Experten, wenn es um Haltung bzw. Lagerung des Patienten beim Essen und um die Wahl der richtigen Hilfsmittel geht. Denn Grundvoraussetzung für Essen und Trinken bei einer Schluckstörung bzw. für Schluckversuche ist eine aufrechte Körperhaltung. Zusätzlich unterstützen diverse Hilfsmittel den Patienten dabei, selbstständiger zu essen.

## PFLEGER UND ANGEHÖRIGE SPIELEN EINE ENTSCHEIDENDE ROLLE

Idealerweise plant ein Team aus Ergo- und Physiotherapeuten und der Logopädin die Vorgehensweise und die individuelle Therapie.

Pfleger oder pflegende Angehörige sind oft rund um die Uhr in der Nähe des Patienten. Sie sind die wichtigsten Personen, wenn es darum geht, Schluckstrategien im Alltag umzusetzen. Manchmal muss man den Patienten zu Übungen anleiten oder ihm bei diesen helfen – entsprechend den Anweisungen der Therapeuten.

Bei schweren Schluckstörungen ist es wichtig, dass Speisen und Getränke richtig zubereitet »

TEXT  
Elisabeth Gelhart

FOTOS  
Robert Maybach



werden, vor allem, was deren Konsistenz betrifft. Je passender die Konsistenz der Nahrung, umso geringer die Aspirationsgefahr. Von individuell angepasster Nahrung profitieren auch Patienten, die durch eine Operation im Bereich der Mundhöhle Probleme mit dem Kauen haben.

Dünnflüssige Speisen lassen sich schwer kontrollieren und sind daher für viele „Schluckpatienten“ ungeeignet. Mit eingedickten Flüssigkeiten und breiiger Nahrung kommen die Patienten wesentlich besser zurecht.

» Bei einer sehr schweren Schluckstörung können überhaupt nur kleine Mengen breiiger Nahrung oder eingedickter Flüssigkeit geschluckt werden.

» Patienten mit einer mittelschweren Störung können Speisen, die mit der Zunge zerdrückt werden können, oft gut schlucken (weiches Gemüse, weiche Aufläufe).

» Ganz vermeiden sollte man ge-

mischte Konsistenzen (z.B. Nudelsuppe) und bröselige Speisen (z.B. Marillenknoedel), auch bei einer nur leichten Schluckstörung.

Flüssigkeiten erhalten durch ein Eindickungsmittel unterschiedliche Konsistenzen, von sirupartig bis cremig. Bei einer besonders schweren Schluckstörung werden Flüssigkeiten zur Gänze vermieden.

#### ES KOMMT AUF DIE RICHTIGEN NÄHRSTOFFE AN

Entscheidend ist, dass der Patient seinen Nährstoff- und Flüssigkeitsbedarf deckt. Viele Menschen mit Schluckstörungen ernähren sich ausschließlich von Babynahrung, da sie eine breiige Konsistenz hat. Studien in Zusammenarbeit mit der Universitätsklinik Zürich haben jedoch eindeutig gezeigt, dass mit Babynahrung allein der Nährstoffbedarf nicht gedeckt werden kann, auch nicht mit pürierten Fertiggerichten.

Wird das Essen zuhause zubereitet

und püriert, sollte man „gesunde“ und frische Lebensmittel verwenden. Viele Obst- und Gemüsesorten lassen sich sehr gut in eine breiige oder weiche Konsistenz bringen. Bei Fleisch ist es schon schwieriger, ein Gericht zu kochen, das frei von Fasern ist und eine einheitliche Konsistenz hat.

Nährstoffe und Energie kann man auch durch Zusatznahrung zu sich nehmen. Apotheken und manche Supermärkte bieten hochkalorische Ergänzungsmittel an. Manchmal wird auch „Maltodextrin 19“ empfohlen, ein aus Maisstärke gewonnenes Kohlenhydratgemisch. Dieses Pulver wird Speisen oder Getränken beigelegt, um diese mit Energie und Kohlenhydraten anzureichern. Auch Eiweißkonzentrat-Pulver kann man bei Bedarf unter die Speisen mischen.

Kann der Patient über den Mund nicht genügend Nahrung und Flüssigkeit zu sich nehmen, muss ergänzend eine Magensonde zum Einsatz kommen (siehe Infobox). »

# Detail- verliebt

... die neue **PRIMA-DYS®**

jetzt auch mit drehbarem  
Universalansatz



Die PRIMA-DYS® nach Mirko Hiller ist geeignet für Patienten mit Schluckstörungen. Zudem ist sie ein wertvolles Hilfsmittel für die Bereiche Weaning und Beatmung. Ein neues Detail der PRIMA-DYS® ist der drehbare Universalansatz:

- HMEs mit Sauerstoffanschluss lassen sich flexibel positionieren
- flexible Verlegung von Beatmungsschläuchen
- die Zugkräfte auf die Kanüle werden minimiert
- die PRIMA-DYS® ist weiterhin auch mit festem Universalansatz erhältlich

HEIMOMED Heinze GmbH & Co. KG  
Carl-Benz-Straße 18 · A-3300 Amstetten  
Tel.: +43 7472 6659-5 · Fax: +43 7472 6659-6  
info@heimomed.de · www.heimomed.com

# Nah am Menschen

Die Horcher GmbH beschäftigt sich seit über 25 Jahren mit der Entwicklung und Herstellung von Patientenlift- und Badesystemen, Steckbeckenspülern und Desinfektionsgeräten. Das Familienunternehmen entwickelte sich in dieser Zeit zu einem der angesehensten und innovativsten Unternehmen seiner Branche - weltweit.



**Kinderlift DIANA KIDS**  
Kinder aus jeder Position ergonomisch richtig heben



**Profilift-Serie LEXA PRO**  
Ein Multitalent für den umsichtigen Transport von Patienten

**Aufstehhilfe RAISA PRO**  
Die komfortable und sichere Aufsteh- und Umsetzhilfe



Horcher GmbH • Philipp-Reis-Straße 3 • 61130 Nidderau • Deutschland  
Telefon +49-(0) 6187 9204-0 • Fax +49-(0) 6187 9204-15  
office@horcher.com • www.horcher.com



## INFOBOX

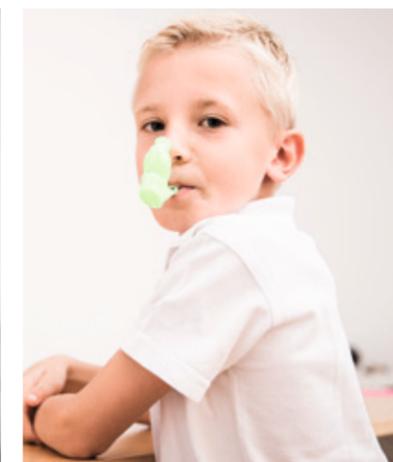
### PERKUTANE ENDOSKOPISCHE GASTROSTOMIE

Die perkutane endoskopische Gastrostomie (PEG) ist ein endoskopisch angelegter künstlicher Zugang von außen zum Magen. Im Gegensatz zur transnasalen Magensonde verläuft die PEG-Sonde durch die Haut, die Bauchwand und die Magenwand. Patienten mit Schluckstörungen werden häufig mit einer PEG-Sonde nach Hause entlassen. Die betreuende Person muss sich dann auch um die Pflege der Sonde und die Nahrungszufuhr über die Sonde kümmern.

### TRACHEALKANÜLE



Eine Trachealkanüle ist ein Röhrchen aus Kunststoff oder Metall. Sie wird eingesetzt, um eine Öffnung im Hals (Tracheotomie) offen zu halten. Bei der Tracheotomie (Lufttröhrenschnitt) wird durch die Halsweichteile ein Zugang zur Luftröhre geschaffen. Die entstehende Öffnung nennt man Tracheostoma. Die Luftröhre wird im vorderen Halsbereich aufgedehnt, bis die Öffnung ausreichend Platz für eine Kanüle bietet. Nach einer Tracheotomie werden dem Patienten Atemkanülen (Trachealkanülen) eingesetzt, die das Tracheostoma offenhalten. Wenn nötig, wird durch einen aufblasbaren sogenannten „Block“ oder „Cuff“ eine Beatmung ermöglicht und verhindert, dass Rachensekret in die Lunge gelangt. Mit Atemkanülen, die spezielle Öffnungen und Ventile haben, kann der Patient auch sprechen. Hergestellt werden die Kanülen aus Kunststoff oder Metall. Ein Tracheostoma ist auch bei Patienten mit Schädel-Hirn-Trauma oder Schlaganfall wichtig, weil die Atmung eingeschränkt ist und eine Aspiration verhindert werden muss. Solange Speichel aspiriert wird, hat der Patient eine geblockte Kanüle.



**ALEXANDER**  
macht die logopädische Therapie sichtlich Spaß. Die Saug- und Blasübungen trainieren die Lippen- und Gaumensegelmuskeln.



### WENN DIE SELBSTREINIGUNG DES MUNDES VERSAGT

Zur optimalen Pflege gehört auch die Reinigung der Mundhöhle. Die spontanen Bewegungen der Zunge, der Lippen oder des Kiefers haben eine reinigende Wirkung, sie massieren das Zahnfleisch und halten den Mundraum sauber. Sind diese Bewegungen eingeschränkt oder gar nicht mehr möglich, vermehren sich die Keime ungehindert und der Zustand von Zahnfleisch und Zähnen leidet darunter. Außerdem können Keime in die Atemwege gelangen und zu einer Aspirationspneumonie\* führen. Studien weisen darauf hin, dass eine optimale Mundhygiene beim Patienten und eine Desinfektion der Hände der Kontaktperson das Risiko einer Lungenentzündung senken. \_



**FLORIAN**  
hat eine schwere Zeit  
hinter sich, richtet seinen  
Blick aber nach vorne.

## UND PLÖTZLICH IST NICHTS MEHR, WIE ES WAR...

EIN UNAUFMERKSAMER MOMENT, EIN ZU FORSCHER TRITT AUFS GASPEDAL – OFT SIND ES NUR SEKUNDEN, DIE DAS LEBEN FÜR IMMER VERÄNDERN. DIE UNFALLOPFER DANI UND FLORIAN MUSSTEN DAS SCHMERZLICH ERFAHREN. MITHILFE VON ÄRZTEN, ANGEHÖRIGEN UND EINER ENGAGIERTEN THERAPIE HABEN SIE SICH EINEN TEIL IHRES ALTEN LEBENS MÜHSAM ZURÜCKERKÄMPFT.

**E**in Dezembertag im Jahr 2005. Dani steigt aus dem Bus und will die Straße überqueren, als sie ein Lastwagen erfasst und mitreißt. Ein zufällig vorbeikommender Sanitäter leistet Erste Hilfe, schwerst verletzt wird die 15-Jährige ins Krankenhaus gebracht. Die Diagnose: schweres Schädel-Hirn-Trauma und beidseitige Lungenprellung. Die folgenden Monate sind ein ständiges Hoffen und Bangen: Dani liegt vier Monate auf der Intensivstation, wird danach in eine Reha-Klinik überstellt. Es dauert sieben Monate, bis sie wieder selbstständig atmen kann. „Zu diesem Zeitpunkt hat sie auch zum ersten Mal die Augen wieder aufgemacht. Genau genommen war's nur das linke Auge, das sich ein paar Millimeter weit öffnete“, erinnert sich Danis Mutter an diese belastende Zeit. Acht Monate nach dem Unfall durfte ihre Tochter das erste Mal nach Hause.

Durch das schwere Schädel-Hirn-Trauma kommt es bei der jungen Frau auch zu einer Schluckstörung. Jahrelang wird sie daher ausschließlich über eine PEG-Sonde ernährt. „Nach der Entlassung aus der Reha habe ich begonnen, ihr mit einem Löffel eingedickte Flüssigkeiten und breiige Speisen einzugeben, aber immer nur

in winzigen Mengen“, erzählt Danis Mutter.

Zeitsprung, September 2013. Mittagessenszeit. Dani sitzt am Tisch, vor sich einen Teller mit Nudeln und einen Becher Apfelsaft. Am Vormittag hat sie, wie die anderen Wochentage auch, gearbeitet – in einem Café, das Menschen mit Beeinträchtigungen eine Chance gibt. Nach dem Essen wird sie Musik hören, fernsehen, sich vielleicht auf den speziell für sie adaptierten Hometrainer setzen. Sich mit den anderen Bewohnern der Betreuungseinrichtung, in der sie lebt, unterhalten; einfach nur reden, etwas, das sie nach dem Unfall für eine quälend lange Zeit nicht konnte. Anfangs kommunizierte sie mit ihrer Umwelt nur über Buchstabentafeln, indem sie auf Buchstaben oder ganze Sätze zeigte. Mittlerweile kann Dani wieder sprechen, leise zwar, aber immerhin. Nur ihr Lachen ist laut und wirkt fast unbeschwert.

Dass die heute 23-Jährige einen kleinen Teil ihres früheren Lebens zurückgewinnen konnte, verdankt sie nicht nur der liebevollen Pflege ihrer Mutter und vielen Aufenthalten in der Reha-Klinik, sondern auch einem engagierten Team von Physiotherapeuten, Ergotherapeuten und Logopäden. Gemeinsam mit ihnen gelang es

auch, die Schluckfunktion weitgehend wiederherzustellen. Heute kann Dani mit Ausnahme von bröseligen oder faserigen Speisen fast alles essen, sogar Salat, der sonst oft Probleme bereitet. Auch Flüssigkeiten, die sie anfangs nur mit Strohhalm trinken konnte, müssen nicht mehr eingedickt werden. Ein spezieller Becher hilft beim Schlucken.

**F**lorian, heute 26, erlitt ein ähnliches Schicksal wie Dani. Er sitzt als Beifahrer im Auto eines Freundes, als dieser von der vereisten Straße abkommt und gegen ein Gebäude prallt. Der Freund stirbt, Florian wird mit einem schweren Schädel-Hirn-Trauma ins Spital eingeliefert. „Nach dem Unfall hat nur mehr sein Herz geschlagen, alle anderen Organe funktionierten nicht mehr“, erinnert sich Florians Mutter an die bange Stunden und Tage, die folgten.

In der ersten Zeit muss Florian beatmet werden, wie bei Dani werden eine Trachealkanüle und eine PEG-Sonde gelegt. Weil er in kurzer Zeit sehr viel Gewicht verliert, wird ihm über die Sonde hochkalorische Nahrung verabreicht. Nach ein paar Monaten kann er zumindest kleine Mengen breiiger Nahrung schlucken. Noch vor der Reha wird die Sonde entfernt, muss »

jedoch erneut gelegt werden, als Florian wieder stark abnimmt.

Es dauert acht Monate, bis Florian zum ersten Mal wieder einen Ton von sich geben kann. Das habe ihn selbst überrascht, erzählt er, plötzlich habe sich unter sein Lachen ein Laut gemischt, einfach so, ohne Vorankündigung. Doch bis er wieder einigermaßen sprechen kann, vergehen noch Jahre. Die Reha wird schließlich vorzeitig abgebrochen: Zu groß ist das Heimweh von Florian und zu groß auch die Energie und die Gedanken, die er darauf verwendet, wieder nach Hause zu kommen. Erst als er wieder daheim bei seiner Familie ist, geht es mit dem jungen Mann bergauf.

Ein Jahr nach dem Unfall nimmt der mittlerweile 18-Jährige zum ersten Mal wieder Nahrung zu sich – unter Anleitung und Mithilfe einer Logopädin. Zu Beginn nur breiige Kost, Flüssigkeiten werden eingedickt. Bis Florian wieder fast alles essen kann, dauert es noch fast ein weiteres Jahr. Die Logopädin entwickelt gemeinsam mit Florians Mutter Strategien, um den Schluckreflex auszulösen: Weil kleine Mengen nichts bewirken, geben sie Florian das Essen mit einem großen Löffel ein. Auch Florian selbst hilft mit, indem er nach jedem Schluck hustet und dann erneut schluckt. So minimiert er das Risiko, sich zu verschlucken. In regelmäßigen Abständen werden die Schluckfunktion und das Aspirationsrisiko per Röntgen abgeklärt. Trotz der schwerwiegenden Schluckstörung wird bei Florian nie eine Aspiration festgestellt.

Heute, acht Jahre nach dem Unfall, kann Florian mit ein wenig Unterstützung fast alles essen. Nur gemischte Konsistenzen – also Gerichte, die aus festen und flüssigen Teilen bestehen – muss er meiden. Aber: Die Rückkehr ins Leben muss ja nicht unbedingt mit einer Nudelsuppe gefeiert werden. \_

TEXT

Silvia Pfaffenwimmer

FOTOS

Robert Maybach

### INFOBOX

#### SCHÄDEL-HIRN-TRAUMA

Jede Verletzung des Schädels, bei der das Gehirn in Mitleidenschaft gezogen wird, wird als Schädel-Hirn-Trauma bezeichnet. Je nachdem, welche Gehirnregion geschädigt wird, entstehen unterschiedliche Ausfälle. Auch von einem Schädel-Hirn-Trauma ausgelöste Schluckstörungen können in Verlauf und Ausprägung stark variieren. Umso wichtiger ist eine genau abgestimmte Therapie.

# DAS KANN ICH NICHT SCHLUCKEN!

PSYCHOTHERAPEUTIN  
ANDREA SCHEIRINGER IM  
GESPRÄCH ÜBER PSYCHOGENE  
SCHLUCKSTÖRUNGEN

**S**chluckprobleme haben nicht immer organische Ursachen. Bei psychogenen<sup>[19]</sup> Schluckstörungen klagen Patienten über eine Missempfindung, ein Kloßgefühl im Hals, etwas, das „beim Schlucken in der Kehle stecken bleibt“. Die Furcht vor dem Verschlucken (Phagophobie)<sup>[20]</sup> kann zu einer ausgeprägten Angst vor Atemnot und Ersticken führen. Eine Phagophobie darf allerdings erst diagnostiziert werden, wenn eine organische Ursache ausgeschlossen wurde.

#### Was löst eine Schluckstörung aus, wenn es keine organischen Ursachen gibt?

Der Grund ist meist eine Kindheits-erinnerung, die nicht richtig verarbeitet wurde. Diese sogenannten „dysfunktionalen Muster“<sup>[21]</sup> hat jeder Mensch. Aber bei manchen Menschen kommen sie zum Vorschein, wenn schwerwiegende Probleme auftreten, wie der Verlust des Arbeitsplatzes oder finanzielle Probleme. Diese Muster können sich in Form einer Schluckstörung zeigen.

#### Wie beschreiben denn die Betroffenen ihre Probleme?

Die Patienten haben das Gefühl, sie könnten den Bissen nicht essen, nicht schlucken. Sie haben das Gefühl, dass ihnen die Nahrung im Hals stecken bleibt. Das Problem dabei sind eher feste Speisen und nicht so sehr Flüssigkeiten.

Die Betroffenen müssen ständig kauen, weil sie die Nahrung nicht hinunterschlucken können.

#### Sie sprechen von „dysfunktionalen Mustern“. Welcher therapeutische Ansatz steckt hinter diesem Begriff?

Die Schematherapie<sup>[22]</sup>. Sie wurde von Jeffrey E. Young entwickelt und geht davon aus, dass im Verlauf des Lebens Schemata erworben werden, die Muster aus Erinnerungen und Gefühlen beinhalten und das Verhalten steuern. Die dysfunktionalen Muster entstehen in einem Alter von vier bis zwölf Jahren. Ein Kind ist in diesem Alter noch sehr abhängig von Bezugspersonen wie Eltern und Lehrer. Wenn in dieser Zeit

Die Patienten haben ja auch oft Angst davor, sich zu verschlucken. Die Ursache einer psychogenen Schluckstörung liegt aber nicht darin, dass sie sich früher einmal sehr stark verschluckt haben?

Nein. Aber durch die Therapie lernen die Patienten, sich an Gefühle von früher zu erinnern. Dann kann es sein, dass auch ein unangenehmes Gefühl auftaucht, das sie einmal hatten, als sie sich stark verschluckt haben. Das Gefühl von heute wird mit einer Situation von früher verbunden, aber die Ursache der Schluckstörung ist nicht das Verschlucken von damals.

#### Waren die Patienten, die zur Psychotherapie kommen, zuvor schon



”

Andrea Scheiringer

DER GRUND FÜR EINE PSYCHOGENE SCHLUCKSTÖRUNG IST MEIST EINE KINDHEITSERINNERUNG, DIE NICHT RICHTIG VERARBEITET WURDE.

wichtige Bedürfnisse nach Zuneigung oder nach Sicherheit nicht befriedigt werden, dann entsteht so ein dysfunktionales Muster, das die Betroffenen oft ein Leben lang begleitet. Solange man sich in einem sicheren System befindet, einen Arbeitsplatz, keine finanziellen Probleme und stabile Beziehungen hat, dann kommen diese dysfunktionalen Muster oft gar nicht zum Tragen. Wenn das aber nicht der Fall ist, dann kann es sein, dass diese Muster zum Vorschein kommen und sich z.B. in Form von Schmerzen oder auch in Form einer Schluckstörung zeigen.

#### beim Arzt, sodass eine organische Ursache ausgeschlossen ist?

Ja, meist haben sie schon einen langen Leidensweg hinter sich und waren bei mehreren Ärzten und im Krankenhaus.

#### Wie kann die Psychotherapie bei Schluckproblemen helfen?

Der Therapeut lässt die Patienten überlegen, ob sie so ein Gefühl im Körper von früher kennen. Über dieses Gefühl kommt man dann zu einer auslösenden Situation in der Kindheit, was sehr schmerzhaft sein kann. Der Patient trainiert in der Therapie, dieses Gefühl so zu verändern, dass es sich gut

anfühlt. Immer, wenn das schlechte Gefühl auftaucht, muss er es verändern. Irgendwann ist es dann verschwunden.

#### Wie ist die Prognose bei einer psychogenen Schluckstörung?

Wenn die Patienten mitmachen, sehr gut. Man muss aber bedenken, dass die Entwicklung dieser dysfunktionalen Muster für die Patienten als Kinder oft überlebensnotwendig war. Oft ist es gar nicht einfach, die schlimmen Erinnerungen und Gefühle zum Vorschein zu bringen, weil sie so schmerzhaft sind. Das ist aber notwendig, damit sie verändert werden können. Sonst bleiben die Beschwerden bestehen.

#### Kommen oft Menschen mit einer Schluckstörung zur Psychotherapie?

Nein. Die dysfunktionalen Muster zeigen sich häufig anders, z.B. in Schmerzen, in einem übersteigerten Leistungsdenken, in einem erhöhten Kontrollbedürfnis oder auch in einem Helfersyndrom.



# DYSPHAGIE KENNT KEIN ALTER

KRANKHEITEN UND ALTERSBEDINGTE VERÄNDERUNGEN  
ALS AUSLÖSER VON SCHLUCKSTÖRUNGEN

Schluckstörungen treten bei älteren Menschen häufiger auf als bei jungen und sind oft die Ursache einer Mangelernährung. Eiweißmangel etwa führt dazu, dass es schneller zu einem Infekt kommt und Wunden schlechter heilen; auch die Mobilität kann leiden, wenn der Eiweißmangel die Muskeln schwächt.

Eine eiweißreiche Zusatznahrung von der Apotheke oder extra zubereitet und appetitlich angerichtet, wie im Pflegeheim Gaspoltshofen, kann das verhindern.

Eine Ursache für Schluckstörungen sind altersbedingte Veränderungen wie z.B. verlängertes und erschwertes Kauen oder eine verzögerte Auslösung des Schluckreflexes. Bei älteren Menschen wird beim Schlucken der Kehlkopf weniger hoch gehoben und die Öffnung der Speiseröhre passt sich nicht mehr so gut der Nahrung an. Im fortgeschrittenen Alter treten Schluckstörungen aber auch oft als Begleitscheinung bestimmter Erkrankungen, etwa bei einem Schlaganfall, auf.

Das Personal in Alten- und Pflegeheimen kennt die Anzeichen und Gefahren einer Schluckstörung. „Wenn wir feststellen, dass sich ein Bewohner bei bestimmten Speisen häufiger verätzt (Anm.: verschluckt), wird sofort reagiert“, erklärt Schwester Susanne vom Pflegeheim Gaspoltshofen.

„Suppen mit Einlagen oder bröselige Speisen werden dann vom Speiseplan gestrichen.“

WER DEN ERFOLG SIEHT,  
AKZEPTIERT DIE VERÄNDERUNG

Wenn sich ein Bewohner bei Flüssigkeiten verschluckt, probieren wir aus, ob es besser wird, wenn wir die Flüssigkeiten eindicken. Das funktioniert oft ganz gut. Die meisten Bewohner nehmen diese Veränderungen auch gut an, wenn sie feststellen, dass sie sich weniger oft verschlucken.“

Eine Erkrankung, die im Alter sehr häufig auftritt, ist der Schlaganfall („Apoplex“ oder „Insult“)<sup>[23]</sup>, eine plötzlich auftretende Erkrankung des

Gehirns, bei der es zu einem Sauerstoffmangel der Nervenzellen kommt. Grob unterscheiden lassen sich die plötzlich auftretende Minderdurchblutung und die akute Hirnblutung.

Bei mehr als der Hälfte der Schlaganfallpatienten treten in der Akutphase Dysphagien auf. Durch eine systematische Untersuchung der Patienten während der akuten Schlaganfallphase kann man Aspirationspneumonien jedoch stark reduzieren. Ein Test sollte innerhalb der ersten 72 Stunden durchgeführt werden. Es gibt auch Tests, die von Pflegepersonen durchgeführt werden können, um eine Schluckstörung vorläufig abzuklären, falls eine logopädische Diagnostik aus irgendeinem Grund zu diesem Zeitpunkt nicht möglich ist.

Wie eine Studie mit Schlaganfallpatienten mit einer Schluckstörung zeigte, soll man mit der Schlucktherapie bereits in der Akutphase des Schlaganfalls beginnen, und zwar 3 bis 5-mal pro Woche. \_

# TRINK DOCH!

ESS- UND SCHLUCKSTÖRUNGEN  
KOMMEN BEI KINDERN HÄUFIG VOR

Die Gründe für Schluckstörungen bei Kindern sind vielfältig: neurologische Erkrankungen, ein Schädel-Hirn-Trauma oder eine Zerebralparese<sup>[24]</sup> können genauso Schluckprobleme auslösen wie eine Tracheotomie\*, eine Langzeitbeatmung oder Fehlbildungen. Vor allem bei Frühgeborenen kann es zu Schluckstörungen kommen.

Bereits in der 12. bis 15. Schwangerschaftswoche macht das Ungeborene erste Atem-, Schluck- und Saugbewegungen. Der Fetus lernt dabei die später automatisierten und koordinierten Bewegungen von Lippen, Zunge, Wange, Kiefer und Schlundmuskeln.

VOM REFLEX ZUR  
WILLKÜRLICHEN BEWEGUNG

Beim Säugling entscheiden sogenannte Primitivreflexe (z.B. der Saugreflex) über die Nahrungsaufnahme. Mit dem Heranwachsen isst und trinkt das Kind dann nicht mehr reflektorisch, sondern willkürlich und koordiniert. Die einzelnen Schritte zur Entwicklung

des Essvorgangs können aber nur in bestimmten Lebensabschnitten gelernt werden. Bleiben die entsprechenden Stimuli<sup>[25]</sup> aus, können diese Fähigkeiten später nur unter großem Aufwand erlernt werden. Muss ein Kind in dieser sensiblen Phase etwa über eine Sonde ernährt werden, hat es später Probleme, Essen und Trinken zu lernen, auch wenn das Schlucken rein neuromuskulär<sup>[26]</sup> nicht beeinträchtigt ist, Nerven und Muskeln also funktionieren. Zeichen einer gestörten Schluckfunktion können Nahrungsverweigerung, Gedeihstörung<sup>[27]</sup> oder eine orale Aversion<sup>[28]</sup> genauso sein wie eine Lungenentzündung, chronische Lungenerkrankungen oder wiederkehrendes Erbrechen.

Schluckstörungen im Kindesalter sind jedoch strikt zu trennen von Essverhaltensstörungen bzw. Fütterstörungen. Bei diesen zeigen sich im Zusammenhang mit der Nahrungsaufnahme auch Verhaltensstörungen.

Ess- und Schluckstörungen kommen bei Kindern häufig vor, bis zu 25 Pro-

zent der Kleinkinder sind davon betroffen. Schwere und Dauer hängen dabei von zusätzlichen Grunderkrankungen ab.

HERAUSFORDERUNG FÜR ÄRZTE,  
THERAPEUTEN UND ELTERN

Die Behandlung von Schluckstörungen bei Kindern ist eine große Herausforderung. Entscheidend für den Erfolg ist die Zusammenarbeit von Kinderärzten, Psychologen, Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, Logopädinnen und Ernährungsberatern. Wichtig ist auch die Einbindung der Eltern und der Betreuungspersonen. Das Kind erhält während des Ess- trainings regelmäßig Stimulationen im Mund- und Gesichtsbereich, um an diesen Stellen sensorische Erfahrungen machen zu können. Neben der gezielten Förderung der Mundmotorik brauchen viele Kinder auch zusätzliche Unterstützung, um ihre koordinativen Fähigkeiten und ihre allgemeine Körperwahrnehmung zu entwickeln. Kinderkrankenschwester Manuela »

**TEXT**  
Elisabeth Gelhart

arbeitet auf einer Säuglingsstation und kennt die Strategien, wenn Babys nicht schlucken wollen: „Wenn ein Frühgeborenes nicht schluckt, bekommt es eine Sonde, weil es das Trinken zu sehr erschöpft oder weil das Koordinieren von Saugen und Schlucken noch nicht ausgereift ist. Wir probieren aber trotzdem immer wieder, ob das Saugen schon möglich ist. Wenn ein Baby ein Gewicht von 1800 bis 2000 g erreicht hat, will es oft von sich aus unbedingt trinken. Es schreit dann auch, wenn es gerade Nahrung mit der Sonde bekommen hat. Ab diesem Zeitpunkt wollen die Kinder das Saugbedürfnis stillen und melden sich selber zur Mahlzeit – und trinken dann auch.“

**FOTOS**  
Robert Maybach

Anders ist es bei Neugeborenen, die nicht zu früh auf die Welt gekommen sind und dennoch nicht trinken wollen. In diesem Fall überprüft ein HNO-Arzt, ob eine Fehlbildung die Ursache der Trinkstörung sein könnte. Ist das nicht der Fall, massiert eine Logopädin die Babys mit speziellen Techniken, um Saugen und Schlucken zu stimulieren.

Manchmal wollen auch ganz gesunde Neugeborene zwei oder drei Tage lang nicht trinken, etwa weil sie noch Fruchtwasser im Magen haben. Die Kinderkrankenschwester stimuliert das Baby dann am Mundboden oder an der Wange, während sie ihm das Fläschchen gibt. Stimulationen in der Mundhöhle werden von der Logopädin durchgeführt. \_

#### VERWENDETE LITERATUR UND LITERATURHINWEISE

- M. Prosiel; S. Weber:** Dysphagie. Diagnostik und Therapie. 2010
- G. Bartolome; H. Schröter-Morasch (Hrsg.):** Schluckstörungen. Diagnostik und Rehabilitation. 2014
- W. Herbst:** Dysphagie. Schluckstörungen nach Schlaganfall und Schädel-Hirn-Trauma. Ein Ratgeber für Betroffene und Angehörige. 2009
- Deutsche Gesellschaft für Neurologie:** Was gibt es Neues bei Dysphagie? 2012
- N. Niers:** Tracheotomie. Ein Ratgeber für Betroffene, Angehörige, Pflegekräfte, Therapeuten und Ärzte. 2009
- Borasio, Hund-Wissner, Husemeyer (Hrsg.):** Ernährung bei Schluckstörungen. Eine Sammlung von Rezepten, die das Schlucken erleichtern. 2011
- C. Brombach, A. Bongartz, J. Bohlender:** Verpflegungssituation von Menschen mit Dysphagie im Privathaushalt. Frühjahrstagung, 2012
- M. Prosiel:** Neurogene Dysphagien. Leitlinien für Diagnostik und Therapie in der Neurologie. 2012
- R. Hotz, J. Spalinger:** Ess- und Schluckstörungen im Kleinkindesalter. 2009
- Illustrationen Seite 11 (modifiziert) aus:  
**G. Bartolome; H. Schröter Morasch (Hrsg.):** Schluckstörungen. Diagnostik und Rehabilitation. 5. Auflage 2013 © Elsevier GmbH, Urban & Fischer, München

#### FACHLEXIKON

Seite 12-26

- <sup>[15]</sup> **ENDOSKOPIE**  
(im beschriebenen Fall) Gerät, das über die Nase eingeführt wird und mit welchem der Schluckvorgang beobachtet werden kann
- <sup>[16]</sup> **PHONIATER**  
HNO-Facharzt mit Spezialausbildung für Phoniatrie. Die Phoniatrie beschäftigt sich mit Störungen der Stimme, des Sprechens und des Schluckens
- <sup>[17]</sup> **VIDEOKINEMATOGRAFIE, VIDEOFLUOROSKOPIE**  
Röntgenuntersuchung, bei der der Schluckvorgang über Kontrastmittel begutachtet wird
- <sup>[18]</sup> **FUNKTIONELLE DYSPHAGIETHERAPIE**  
spezielle Form der Therapie von Schluckstörungen, bei der sowohl Funktionswiederherstellung, Kompensation (z.B. Haltungsänderung) und Nahrungsanpassung eine Rolle spielen
- <sup>[19]</sup> **PSYCHOGEN**  
seelisch bedingt
- <sup>[20]</sup> **PHAGOPHOBIE**  
Schluckangst
- <sup>[21]</sup> **DYSFUNKTIONALE MUSTER**  
Verhaltensmuster, die nicht optimal funktionieren
- <sup>[22]</sup> **SCHEMATHERAPIE**  
Form der Psychotherapie
- <sup>[23]</sup> **APOPLEX ODER INSULT**  
Eine plötzlich auftretende Erkrankung des Gehirns, bei der es zu einem plötzlichen Sauerstoffmangel der Nervenzellen kommt. Grob unterscheiden lassen sich die plötzlich auftretende Minderdurchblutung und die akute Hirnblutung.
- <sup>[24]</sup> **ZEREBRALPARESE**  
Bewegungsstörung, die von einer frühkindlichen Hirnschädigung verursacht wird
- <sup>[25]</sup> **STIMULI**  
Reize
- <sup>[26]</sup> **NEUROMUSKULÄR**  
die Nerven und Muskeln betreffend
- <sup>[27]</sup> **GEDEIHSSTÖRUNG**  
Verzögerung der körperlichen Entwicklung eines Kindes
- <sup>[28]</sup> **ORALE AVERSION**  
Abneigung bzw. Vermeidung von Essen, Trinken oder Berührungen im Mundbereich

# anSPRECHEND SYMPOSIUM

**Samstag, 25. April 2015**  
**WIFI, Wienerstrasse 150**  
**4020 Linz**  
**9.00 - 18.00 Uhr**



Verband der LogopädInnen für OÖ  
Kaplanhofstrasse 1, 4020 Linz  
0732 / 33 10 77  
office@logopaedie-ooe.at  
www.logopaedie-ooe.at



#### IMPRESSUM

**Medieninhaber und Herausgeber:**  
Elisabeth Gelhart  
Amselweg 4, 4910 Ried im Innkreis  
office@therapiewissen.at

**Redaktion:**  
Elisabeth Gelhart, Silvia Pfaffenwimmer

**Layout:**  
die.gestalter, Doris Somavilla

**Fotografie:**  
Robert Maybach

**Lektorat:**  
Martina Peer

**Hersteller (Druck):**  
hs Druck GmbH, Hohenzell

**Realisiert mit Unterstützung**  
RZL Software - Programme  
fürs Rechnungswesen 

#### SCHREIBEN SIE UNS

- \_wenn Sie an weiteren Gratisausgaben interessiert sind*
- \_wenn Sie an einem Abonnement interessiert sind*
- \_wenn Sie Therapeut sind und ein Thema präsentieren möchten*
- \_wenn Sie an einer Anzeige in der TherapieWissen interessiert sind*
- \_wenn Sie uns etwas zu diesem Heft mitteilen möchten*

**Mail:**  
office@therapiewissen.at

**Postweg:**  
Elisabeth Gelhart, Amselweg 4, 4910 Ried im Innkreis

**Telefonisch:**  
ausschließlich Freitag 14 bis 18 Uhr und  
Samstag 8 bis 12 Uhr unter 0664/499 82 22

ottobock.

Quality for life



## Mobility Solutions

Innovative Lösungen von ottobock  
für Ihre Unabhängigkeit

Otto Bock Austria  
Gesellschaft m.b.H.  
Brehmstraße 16,  
1110 Wien / Austria  
Tel +43 1 5269548-102  
Fax +43 1 5267985  
marketing.austria@ottobock.com  
[www.ottobock.at](http://www.ottobock.at)



# Neurologisches Bildungszentrum



## Seminare:

- Zürcher Neuromotorik
- Ataxie - koordinative Therapie hilft
- Plastizität - Chance der Rehabilitation
- Ausdauertraining und Sport bei Schlaganfall
- Spiegelbewegungen
- Mobilisation nervaler Strukturen

[www.neurobildung.at](http://www.neurobildung.at)

