



**Leitfaden zur Beurteilung einer sicheren Nahrungsaufnahme bei  
PatientInnen mit erworbenen Hirnschädigungen  
inkl. physiotherapeutischen Massnahmen**

**Arbeitsgruppe FO der IGPNR  
Bettina von Bidder, Kaspar Herren, Marianne Schärer, Heike Sticher  
Dezember 2006**

**Adressaten:**

- PhysiotherapeutInnen ohne Spezialkenntnisse in der Behandlung von neurologischen PatientInnen

**Ziel:**

- Die PhysiotherapeutIn ist in der Lage anhand von konkreten Kriterien zu beurteilen, ob die Nahrungsaufnahme sicher ist.
- Die PhysiotherapeutIn ist in der Lage anhand von konkreten Kriterien zu empfehlen, dass die Nahrungsaufnahme gestoppt wird und der/die PatientIn von einer SpezialistIn abgeklärt wird.
- Die Physiotherapeutin kennt Massnahmen, die Voraussetzungen schaffen, dass die Nahrungsaufnahme sicher ist.

**Definitionen:**

- Nahrungsaufnahme heisst:
  - 3 mal tägl. Essen und Trinken mit normaler oder angepasster Konsistenz (z.B. feingeschnittene Kost, eingedickte Flüssigkeit, Diät)
- SpezialistIn heisst:
  - TherapeutIn / Pflegefachperson mit Zusatzausbildung im Bereich Schluckstörungen (Dysphagie)
  - TherapeutIn / Pflegefachperson mit Zusatzausbildung in den Bereichen Schluckstörungen und Wahrnehmung
  - Evtl. ErnährungsberaterIn zur Beurteilung und Therapie von Mangelernährung

Problemkreise	Voraussetzungen für eine sichere Nahrungsaufnahme	Vorbereitende Massnahmen dazu in der Physiotherapie
<b>Wahrnehmungsorganisation</b>	PatientIn ist in der Lage Alltagsaktivitäten adäquat zu organisieren	<b>Bei Wahrnehmungsproblematik Abklärung durch eine SpezialistIn für Probleme der Wahrnehmung</b>
<b>Bewusstsein</b>	PatientIn ist 30 Minuten wach und kooperativ  (Reynolds PS, 1998, Huxley EJ 1978)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mobilisation in die Vertikale</li> <li>• Adäquates Reizangebot → Umwelt strukturieren → Einbezug von Gesicht und Händen</li> <li>• Angehörige miteinbeziehen</li> </ul> <b>Bei Problemen keine orale Nahrungsaufnahme, Information Arztdienst, Pflege und Abklärung durch eine SpezialistIn für Wahrnehmung</b>
<b>Haltung und Position</b>	PatientIn kann 30 Min. mit korrekt eingeordneten Körperabschnitten (Kopf / Rumpf) in aufrechter Position (mind. 60 °) sitzen. (Siehe Sitzhaltung auf Blatt „Adäquate Sitzhaltung für die sichere Nahrungsaufnahme“)  (Ertekin C 2001, Bartolome G 1999, Bigenzahn W 1999, Nusser-Müller-Busch R 2004)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bewegen im Bewegungsübergang vom Liegen zum Sitzen / Sitzen zum Stehen</li> <li>• Mobilisation der beeinträchtigten Strukturen (Muskeln, Sehnen, Bindegewebe, Nerven)</li> <li>• Geeignete externe Unterstützung (Kissen etc.), Lagerung</li> <li>• Sitz- und Rollstuhlanpassung</li> <li>• Dokumentation der Lagerung für andere Berufsgruppen und Angehörige</li> </ul> <b>Bei Problemen keine orale Nahrungsaufnahme, Information Arztdienst, Pflege und Abklärung durch eine SpezialistIn für Schluckstörungen / Wahrnehmung</b>

<b>Koordination Atmung - Schlucken</b>	<p>PatientIn hat eine normale Atemfrequenz von 12-18 Zügen pro Minute</p> <p>(Nusser-Müller-Busch R 2004)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rippenmobilisation</li> <li>• Unterstützung der Ausatmung → Ziel: Normale Atmung ohne Einsatz der Atemhilfsmuskeln</li> <li>• Einbezug der Atmung in die Massnahmen wie unter „Bewusstsein“ und „Haltung und Position“ beschrieben um den O<sub>2</sub> Bedarf zu erhöhen</li> <li>• Entspannungstechniken</li> <li>• Frische Luft</li> <li>• Olfaktorische Stimulation</li> </ul> <p><b>Bei Problemen keine orale Nahrungsaufnahme, Information Arztdienst, Pflege und Abklärung durch eine SpezialistIn für Schluckstörungen</b></p>
<b>Sicherheitskriterien</b>	<p>PatientIn hat einen kräftigen Hustenstoss mit anschliessendem Schlucken</p> <p>Die PatientIn schluckt den Speichel regelmässig (im Wachzustand ca. 1x / pro Minute)</p> <p>Eine Kommunikation mit der PatientIn ist möglich</p> <p>Es zeigen sich keine Zeichen einer Schluckstörung gemäss Liste „Beobachtungen, die bei neurologischen PatientInnen auf eine Schluckstörung hinweisen können“.</p> <p>(Daniels SK 1998 / 2000, Bartolome G 1999, Bigenzahn W 1999, Nusser-Müller-Busch R 2004, Terré R 2006)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hustenunterstützung</li> <li>• Instruktion und Dokumentation (and. Berufsgruppen und Angehörige)</li> </ul> <p><b>Bei Problemen keine orale Nahrungsaufnahme, Information Arztdienst, Pflege und Abklärung durch eine SpezialistIn für Schluckstörungen</b></p>

<p><b>Beobachtungen, die bei neurologischen PatientInnen auf eine Schluckstörung hinweisen können</b>  (Daniels SK, 1998 / 2000, Warms T, 2000, Bigenzahn W 1999, Bartolome G 1999, Nusser-Müller-Busch R 2004)</p>	<p><b>Therapeutische Konsequenzen</b></p>
<p><b>Allgemeine Zeichen einer möglichen Schluckstörung</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vermehrtes Husten / Räuspern während der Therapie</li> <li>• Herausfließen von Speichel / Nahrung aus Mund (z.B. nasses Kopfkissen)</li> <li>• Brodelndes Atemgeräusch</li> <li>• Schwacher Hustenstoss</li> <li>• Veränderte Stimme (heisere, schwache Stimme, veränderte Tonlage, Sprechanstrengung)</li> <li>• Verwaschene Aussprache</li> <li>• PatientIn berichtet über Änderung der Ernährungsgewohnheiten (z.B. meiden gewisser Nahrungsmittel wie Fleisch / Salat oder Flüssigkeiten etc.)</li> <li>• PatientIn berichtet, dass die Nahrungsaufnahme deutlich länger dauert</li> </ul>	<p>Information:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Arztdienst</li> <li>• Pflege</li> <li>• FO-SpezialistIn</li> <li>• ErnährungsberaterIn</li> </ul>
<p><b>Zeichen einer Pneumonie</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fieber / Schüttelfrost</li> <li>• Husten</li> <li>• Erhöhte Atemfrequenz</li> <li>• Atemabhängige Schmerzen</li> <li>• Zyanose</li> <li>• Vermehrte Verschleimung</li> </ul>	<p>Sekretmobilisation</p>
<p><b>Zeichen einer Mangelernährung</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Generalisierte Atrophie Muskulatur</li> <li>• Gewichtsverlust / Schwund Unterhaut-Fettgewebe</li> <li>• Appetitlosigkeit</li> </ul>	
<p><b>Zeichen einer Exsikkose</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Trockene Haut / Schleimhäute (Axilla, Mund)</li> <li>• Gewichtsverlust</li> <li>• Stehende Hautfalten</li> </ul>	
<p><b>Weitere Hinweise</b></p> <p>Infusion  PEG  Trachealkanüle</p>	

## Literaturangaben

- Bigenzahn W, Denk DM (1999). Oropharyngeale Dysphagien. Aetiologie, Klinik, Diagnostik und Therapie von Schluckstörungen. Stuttgart, *Thieme Verlag*.
- Bartolome G, Buchholz DW et al. (1999). Schluckstörungen. Diagnostik und Rehabilitation. 2. Aufl. München, *Urban & Fischer*.
- Castell JA, Castell DO et al. (1993). Effect of head position on the dynamics of the upper esophageal sphincter and pharynx. *Dysphagia* 8: 1-6.
- Daniels SK, Ballo LA et al (2000). Clinical predictors of dysphagia and aspiration risk: outcome measures in acute stroke patients. *, 81: 1030-33*.
- Daniels SK, Brailey K et al. (1998). Aspiration in patients with acute stroke. *Arch Phys Med Rehabil, 79: 14-19*.
- Ertekin C, Keskin A et al. (2001). The effect of head and neck positions on oropharyngeal swallowing : A clinical and electrophysiologic study. *Arch Phys Med Rehabil, 82: 1255-1260*.
- Huxley EJ, Viroslav J et al. (1978). Pharyngeal aspiration in normal adults and patients with depressed consciousness. *Am J Med, 64: 564-568*
- Nusser-Müller-Busch R et al. (2004). Die Therapie des Facio-oralen Trakts. Berlin, *Springer-Verlag*.
- Reynolds PS, Glibert L et al. (1998). Pneumonia in stroke patients : effect on outcomes and identification of high risk patients. *J Neuro Rehab, 12: 15-21*.
- Terré R, Mearin F (2006). Oropharyngeal dysphagia after the acute phase of stroke: predictors of aspiration. *Neurogastroenterol Motil, 18: 200-2005*.
- Warms T, Richards J (2000). "Wet voice" as a predictor of penetration and aspiration in oropharyngeal dysphagia. *Dysphagia, 15: 84-88*.

# Adäquate Sitzhaltung für die sichere Nahrungsaufnahme

