

Eindicken von Flüssigkeiten vermeiden

Fragwürdige neue Kranken- kassenleistung – Evidenz widerspricht verbreiteter Praxis

Die MiGeL-Liste (Mittel- und Gegenständeliste) des BAG führt neu Eindickungspulver zur Bezahlung durch die obligatorische Krankenversicherung auf. Der DLV wurde nicht um seine Einschätzung gebeten und gab dem BAG die Rückmeldung, dass dieses Vorgehen fraglich ist. Tatsächlich gibt es gewichtige fachliche Gründe gegen das Eindicken.



Nicole Bruggisser

Logopädin MSc, Logopädie Kantonsspital Baden AG



Norina Hauser

Logopädin MSc, Logopädie Kantonsspital Baden AG

Dysphagie (Schluckstörung) bedeutet ein grosses Gesundheitsrisiko bei neurologischen Krankheiten, im Alter oder bei Demenz, bei Kopf-Hals-Tumoren und im Rahmen kritischer Krankheiten auf der Intensivstation. Die bekannten Folgen können Mangelernährung, Dehydration und auch Tod sein. Klinische Logopäd:innen sind spezialisiert auf die Diagnostik und Therapie von Dysphagien. Sie arbeiten für die Patient:innensicherheit, eine bessere Lebensqualität und auch gegen eine Verlängerung der Spitalaufenthaltsdauer (Wirth et al., 2016). Zwei grosse Hauptrisiken gilt es zu vermeiden – einerseits Aspirationspneumonien (Lungenentzündungen durch «Verschlucken» von Fremdmaterial), andererseits Bolusaspirationen (Erstickungsanfälle durch Verlegung der Luftwege beim Schlucken).

Die Anpassung der Kost durch Konsistenzveränderungen wie Eindicken von Flüssigkeiten oder Pürieren von fester Nahrung gehört zu den verbreiteten Standardverfahren im Dysphagiemanagement. Diese Massnahmen werden in diesem Artikel kritisch beleuchtet.

Eindicken als Notmassnahme

Mit dem Eindicken von Flüssigkeiten wird die Fliesgeschwindigkeit verlangsamt. So soll eine bessere Kontrolle in Mund und Rachen gewährleistet werden, und die Betroffenen sollen mehr Zeit haben, ihre Schutzreflexe zu aktivieren. Allerdings reagieren Patient:innen auf eingedickte Flüssigkeiten oftmals ablehnend, da sie wenig einladend zum Trinken sind (Schulz et al., 2020). In der aktuellen Studienlage gibt es zudem keine überzeugende Evidenz, dass das Eindicken Komplikationen verhindert (Steele et al., 2021; McCurtin, 2020; Beck et al., 2018; Hines et al., 2010; Painter et al., 2017; Speyer et al., 2010). Bock et al. (2017) untersuchten Patient:innen bis 54 Monate nach Aspiration in einer Videofluoroskopie. Ob eingedickt worden war oder nicht, hatte keine signifikanten Unterschiede bezüglich Lungenkomplikationen oder Tod zur Folge. Im Gegenteil können dickere Flüssigkeiten zu mehr Pneumonien führen, da mehr Residuen im Rachen und mehr stille Aspirationen vorkommen. Diese werden nicht gespürt und lösen keinen Husten aus. Eingedickte Flüssigkeiten wer-

den auch weniger gut aus der Lunge befördert (Palmer & Padilla, 2022; Miles, 2018; Robbins et al., 2008). Das Fazit: Eindicken kann zwar einzelne Aspirationsereignisse verhindern, nicht aber Lungenentzündungen.

Entstehung von Aspirationspneumonien

Die wichtigsten Risikofaktoren für eine Aspirationspneumonie sind zunächst eine schlechte Mundhygiene, Zahnstatus, Sondenernährung, Abhängigkeit vom Esseneinengen, Immobilität, eine grosse Anzahl Medikamente, kognitive Einschränkung, eingeschränkte Atemfunktion, Multimorbidität, reduziertes Immunsystem, Vigilanzminderung, Alter oder Aspiration beim Erbrechen (Sakashita et al., 2014; Gillman et al., 2017; Xu, 2020, Niederman, 2022). Speziell häufig kommen Aspirationspneumonien bei Patient:innen vor, die gar nichts peroral erhalten (Brogan, 2014; Stanschus, 2020).

Erst wenn fehlende Schutzmechanismen zur Aspiration von schädlichem Material dazukommen, wird eine Infektion ausgelöst (Palmer & Padilla, 2022). Der Körper hält eine Kaskade von Schutzschilden gegen Aspirationen bereit: Der Kehlkopfverschluss, Husten, Rücktransport durch die Flimmerhärchen, Absorption in den Blutkreislauf und das Immunsystem mit den weissen Blutkörperchen und den Botenstoffen, die Bakterien zerstören (Barnes, 2023). Die komplexe Frage im Dysphagiemanagement kann also nicht nur sein, ob Patient:innen aspirieren, sondern auch, welche Bewältigungsstrategien vorhanden sind.

Bolusaspiration (Erstickungsanfall)

Durch feste Nahrungsteile kann es zur Blockierung der Luftwege und damit zu einem Erstickungsanfall kommen. Risikofaktoren für ein solches Ereignis sind hohes Alter, Gebrechlichkeit, eingeschränkte Mobilität, schlechter Zahnstatus und sedierende Medikamente (Cichero, 2018). Auch eine Schlingtendenz, wie sie teilweise bei Menschen mit intellektuellen Beeinträchtigungen vorkommt, kann eine Bolusaspiration auslösen (Miller & Britton, 2011; Sheppard et al., 2017).

Eine wichtige Aufgabe der Dysphagietherapie ist, das Risiko für einen solchen akuten Notfall zu erkennen und ihn vorzubeugen. Hier können zeitweilige Kostanpassungen z. B. in Form von klein gewürfelter Kost (< 1.5 cm) und Anleitung zu langsamem Essen mit gutem Kauen sinnvoll sein (O'Keeffe, 2023). Da die Auswahl der Speisen durch Konsistenzanpassungen begrenzt wird und sie oft weniger Nährwert enthalten, sind Gespräche mit den Betroffenen über ihre Wünsche, Anreicherung der Nahrungsmittel und eine regelmässige Reevaluation der Anpassungen wichtig (Wu, 2020; Wu, 2022; Cichero, 2018; Soar, 2021).

Effekte von Eindicken und Kostanpassungen

In der Tabelle auf Seite 19 (eigene Darstellung, Evidenz vorbeschrieben) sind die erwähnten Vor- und Nachteile von Konsistenzanpassungen zusammengestellt.



Eingedicktes Rivella



Videofluoroskopie bei Frau W.: Aspiration bei Flüssigkeit

Eindicken von Flüssigkeiten

Potentieller Nutzen	Potentieller Schaden
Verhindern einzelner Aspirationen (langsamere Fließgeschwindigkeit, mehr Reaktionszeit)	Keine Verhinderung von Pneumonien 3.0%
Gewisser Schutz bei fehlendem Hustenstoss	Einbusse an Lebensqualität, einschneidende Verordnung
Vermindern von erschöpfendem dauerhaftem Husten (orale Kontrolle)	Dehydrierung (Komplikationen: Harnwegsinfekte, Nierenschädigung, Müdigkeit, Delir, Konzentrationsschwäche, erhöhte Mortalität bei Schlaganfall)
	Zäher Speichel, negativer Einfluss auf die Mundflora, Durstgefühl, Völlegefühl
	Mehr Kraftaufwand zum Schlucken, mehr Residuen und sekundäre Aspirationen, mehr stille Aspirationen, mehr Pneumonien
	Langsamere Magenentleerung, mehr Reflux, Verstopfung
	Beeinflussung von Medikamentenwirkmechanismen
	Kosten

Modifizieren von Nahrungsmitteln (zerkleinern, pürieren etc.)

Potentieller Nutzen	Potentieller Schaden
Geringere Bolusaspirationsgefahr bei erschwerter oraler Verarbeitung und verminderten Schutzreflexen	Weniger Kauarbeit – schlechteres Speichelmanagement, mehr Infekte/Zahnkrankheiten, Abbau der Kaumuskulatur
Einfachere Verarbeitung bei schlechtem Zahnstatus	Verminderte Energie- und Proteinzufuhr (nötige Kompensation durch Anreicherung)
Bei verengter Speiseröhre indiziert	Mangelernährung (erschwerter Akzeptanz bei unattraktiver Darreichungsform)
	Erschwerte soziale Teilhabe
	Zeitaufwand, Kosten

Die Zusammenstellung legt nahe, dass Konsistenzanpassungen mit grosser Vorsicht einzusetzen sind. Das folgende Praxisbeispiel zeigt, wie wichtig ausgewogene Information und Einbeziehung der Betroffenen für eine freie Wahl von geeigneten Massnahmen ist.

Praxisbeispiel

Bei Frau W. wurde 2001 ein Oropharynxkarzinom des Zungengrundes diagnostiziert. Nach einer Radiochemotherapie litt sie unter einer Dysphagie mit Verengung der Speiseröhre. Die Ärzt:innen empfahlen pürierte Kost. Es wurde keine Logopädie angemeldet. Frau W. berichtete, dass der Einschnitt in ihre Lebensqualität durch die Kostanpassung gravierend war. 2019 kam es durch Spätfolgen der Radiotherapie zu Aspiration bei Flüssigkeiten, und sie wurde zur Logopädie angemeldet. Flüssigkeiten wurden anfangs leicht eingedickt (IDDSI 2). Es wurde zunehmend schwieriger, bis Frau W. hospitalisiert wurde und eine PEG-Sonde bekam. So konnte sie feste Konsis-

tenzen ohne Druck der Bedarfsdeckung versuchen, denn die Angst davor war gross. Das erste Menü nach 19 Jahren pürierter Kost blieb ihr lebhaft in Erinnerung: «Es war wie ein Festessen. Ich konnte es kaum glauben. Ich dachte, dass es vorbei wäre.» Im Spital ass sie feste Konsistenzen, zu Hause nahm jedoch die Angst wieder Überhand. Schliesslich schaffte sie deren Überwindung, indem sie ihr Frühstück aus Milchbrötchen mit Butter ritualisierte und Festes auf andere Mahlzeiten ausweitete, bis die PEG-Sonde entfernt werden konnte. Das Eindicken der Flüssigkeiten gab ihr eine Sicherheit, fast Abhängigkeit, war aber mit Blähungen und Unwohlsein verbunden. Es dauerte fast ein Jahr, das Pulver abzusetzen, schrittweise, bis sie es selbst zu Hause versteckte.

Heute isst Frau W. gewürfelte Kost (IDDSI 6) und trinkt flüssig. Es gibt nach wie vor Anzeichen für Aspiration, dies bei unterschiedlich effizientem Husten. Trotzdem hatte sie 2019 vor der Koststeigerung die letzte Pneumonie.

Wenn nicht eindicken, was dann?

Da Aspirationspneumonien am häufigsten durch Mikroaspiration von Speichel mit Bakterienkontamination entstehen, ist die wichtigste Massnahme eine exzellente Mundhygiene (täglich zwei Mal Zähneputzen, insbesondere, wenn jemand nicht isst) und bei Bedarf zahnärztliche Unterstützung. Zusätzliche Möglichkeiten wie funktionelle Dysphagietherapie (sofern pathophysiologisch indiziert), Kompensationsstrategien und enge Zusammenarbeit mit den Bezugspersonen sind sinnvoll. Eine Entscheidung für oder gegen Konsistenzanpassungen muss immer ein ausführlicher Prozess gemeinsam mit den Betroffenen sein. Entscheidungen von Patient:innen können sich im Verlaufe der Krankheit ändern. (O’Keeffe, 2023). Nötig ist einerseits klinisches Wissen, andererseits eine ausgewogene und differenzierte Gesprächsführung (Lazenby-Paterson, 2020). Logopäd:innen sind aufgrund ihres Wissens geeignete Fachpersonen, um solche Gespräche zu führen. Die Entscheidung für oder gegen Konsistenzanpassungen ist immer eine freie Wahl aufgrund der bestmöglichen Information und der eigenen Werte (O’Keeffe, 2023).

Aus den genannten Gründen ist im Kantonsspital Baden seit einigen Jahren kein Eindickungspulver mehr durch das Personal erhältlich. Ein kleiner Vorrat wird in der Logopädie unter Verschluss gehalten. Das Pulver wird in sehr wenigen individuell abgeklärten Fällen portioniert zu den Patient:innen gebracht.

Nicole Bruggisser und Norina Hauser

 **Literaturverzeichnis:** siehe logopaedie.ch

Weiterbildung

2024 findet eine interaktive zweiteilige Online-Weiterbildung im Rahmen der SHLR mit den beiden Autorinnen zum Thema «Paradigmenwechsel im Dysphagiemanagement: Wo bleibt das Eindickungspulver?!» statt: 10.06.2024 und 30.09.2024, jeweils 18:00 bis 20:30 Uhr. Es wird diskutiert, was im Klinikalltag helfen kann, trotz Stolpersteinen den Paradigmenwechsel zu vollziehen.