

ESSENREICHEN

BITTE NICHT OHNE SENSIBILITÄT UND FACHWISSEN

Siegfried Huhn

Oft wird das Anreichen von Nahrung als eine einfache Tätigkeit gesehen, die jeder ausführen kann. Beim Essen und Trinken handelt es sich jedoch um einen komplexen Vorgang, der nicht ohne Fachkenntnisse auskommt. Unterstützende Personen sollen sich dabei an dem natürlichen Vorgehen orientieren, also daran, wie das selbstständige Essen abläuft.

Physiologie Kauen und Schlucken

Das Einnehmen fester und flüssiger Nahrung beginnt mit der Körperhaltung, die für den gesamten Vorgang ebenso wichtig ist wie ein funktionierender Kau- und Schluckapparat. Dabei ist die funktionell beste und sicherste Körperhaltung das aufrechte Sitzen oder Stehen. So werden das Aufnehmen der Speise wie auch das Kauen und Abschlucken günstig unterstützt. Der Teller ist direkt vor der Person platziert, deren Blick geht dorthin. Die Speise wird auf das Besteck und von unten an den Mund geführt. Der Kopf ist dabei leicht gesenkt und hebt sich nach dem Einführen der Speise in den Mund nur wenig an.

Nahrungseinnehmen geschieht unter Beteiligung von Schluckzentren, die willkürliche und unwillkürliche Abläufe miteinander verbinden. Der Schluckvorgang wird über das zentrale Nervensystem durch fünf Hirnnervenpaare gesteuert. Am gesamten Vorgang sind etwa 50 Muskelpaare beteiligt. Bei normaler Funktion schluckt der Mensch bis zu 2.000 Mal am Tag seinen Speichel, wodurch der Mund von Speiseresten, Schmutz und Keimen frei wird. Das Speichelschlucken ist gleichzeitig ein muskuläres Funktionstraining, damit ein wünschenswerter Grundtonus der Kaumuskel erhalten bleibt. So behält das Schluckgeschehen seine Elastizität, Bewegungs- und Koordinationsfähigkeit bei.

Die Aufnahme von Speisen folgt immer ähnlichen und zumeist unbewussten Abläufen. Die Speise wird in den Mund geführt und gelangt auf die Zunge, sobald abgebissen wurde oder das Essbesteck den Mund verlässt. Kiefer und Mund werden geschlossen, damit nichts entweichen kann. Die Zunge schiebt nun die Speise zwischen die Backenzähne, der Kiefer öffnet und schließt sich, die Speise wird zermahlen. Die Wangenmuskulatur ist dabei leicht angespannt. Während des Kauens bringt die Zunge die Speise fortlaufend auf die Beißflächen der Zähne. Die intakte Sensibilität erspürt die Speise und deren Festigkeit und sorgt so für die Verschiebung der Speise und die notwendige Beißkraft. Gleichzeitig wird verhindert, dass man sich während des Kauens in die Wange oder auf Zunge und Lippen beißt.

Während des Kauens wird der Speichelfluss angeregt. Die Speise wird eingespeichelt, damit eine gleitfähige Masse entsteht. Diese kann leicht in den Rachen transportiert und geschluckt werden. Es wird so lange gekaut, bis eine Beschaffenheit erreicht ist, die sich zum Abschlucken eignet. Der Speisebrei wird in der Zungenmitte in einer „Schüssel“ gesammelt, in eine schluckfertige Portion geformt und in Richtung Rachen transportiert. Dazu legt sich die Zungenspitze an den Gaumen hinter die Schneidezähne. Der mittlere Zungenteil beginnt nun mit Wellenbewegungen, der hintere Zungenteil hebt sich und führt eine Rückwärtsbewegung aus.

Der Speisebrei wird hierdurch in Richtung Gaumenbögen gebracht. Der Kopf senkt sich gleichzeitig leicht nach vorne ab. In Höhe der Gaumenbögen kommt es dann zum Auslösen des Schluckreflexes. Das Gaumensegel hebt sich rachenwärts und verschließt den



Siegfried Huhn, M.A.

Krankenpfleger für geriatrische Rehabilitation; Studium Gesundheitswissenschaften, Sozial- und Bildungsmanagement; Arbeitsschwerpunkte: Klinische Pflege, Prävention und Gesundheitsbildung, Sucht und Abhängigkeitserkrankungen, Resilienztraining; Fachbuchautor

Kontakt:

www.pflegeberatungsiegfried-huhn.de

(Foto: Privat)

ÜBUNGEN ZUM SELBSTTEST

Übung 1: Essen

1. Setzen Sie sich aufrecht hin und kauen und schlucken Sie eine gekochte Kartoffel. Spüren Sie nach, wie Sie den Vorgang empfinden und was passiert.
2. Nehmen Sie eine zweite Kartoffel in den Mund, und legen Sie jetzt den Kopf in den Nacken. Dann kauen und schlucken Sie diese Kartoffel. Spüren Sie wieder nach, wie Sie diesen Vorgang empfinden und was passiert. Vergleichen Sie mit dem ersten Kauvorgang.
3. Nehmen Sie eine dritte Kartoffel in den Mund, und bringen Sie jetzt Ihr Kinn auf die Brust. Kauen und schlucken Sie auch diese Kartoffel. Spüren Sie wieder nach, wie Sie diesen Vorgang empfinden und was passiert. Vergleichen Sie ihn mit den vorangegangenen Kauvorgängen.

Übung 2: Trinken

1. Nehmen Sie ein halb gefülltes Glas mit Wasser und trinken Sie einige Schlucke davon. Wie empfinden Sie das Trinken?
2. Nehmen Sie jetzt eine Schnabellasse und wiederholen den Vorgang. Wenn Sie keine Schnabellasse zur Hand haben, nehmen Sie Wasser in den Mund, spitzen Sie dann die Lippen und schlucken Sie das Wasser. Bemerken Sie einen Unterschied zum Trinken aus dem Normalglas?
3. Nehmen Sie jetzt eine Schnabellasse und legen beim Trinken den Kopf ein wenig in den Nacken und nehmen etwas Flüssigkeit auf. Spitzen Sie den Mund, nachdem Sie das Wasser in den Mund genommen haben. Schlucken Sie jetzt das Wasser. Wie empfinden Sie das Schlucken im Vergleich zu dem vorherigen Trinken?

ANREICHEN IST PRAKTISCHER

51 Praxisanleiter wurden während einer Schulung zum Essenanreichen befragt:

- 39 Personen reichen Nahrung an, um im geplanten Zeitfenster zu bleiben („Anreichen geht schneller“).
- 27 Personen reichen Nahrung an, weil die Betroffenen das Essen vergessen oder darüber einschlafen.
- 24 Personen reichen Nahrung an, weil die pflegebedürftigen Menschen das Essen nicht aufnehmen können, das Besteck nicht handhaben können oder die Speise vom Teller schieben.
- 27 Pflegepersonen geben an, dass alle Patienten und Bewohner, denen das Essen gereicht wird, passierte Kost erhalten.

Was sagen die Betroffenen?

- Der Löffel ist zu groß für den Mund!
- Es wird eine zu große Portion eingegeben!
- Es geht zu schnell hintereinander – bevor der Mund leer ist, kommt schon die nächste Portion!
- Oft weiß ich nicht, was es gegeben hat, weil mir keine Zeit zum Schmecken bleibt!
- Alles sieht gleich aus!
- Die Pflegerin ist mit den Gedanken woanders!
- Es ist zu laut rundherum, das lenkt zu sehr ab!
- Die Pflegepersonen unterhalten sich über mich hinweg!

Rachen zur Nase hin, um zu verhindern, dass der Speisebrei beim Schlucken in die Nase gelangt. Die Rachenmuskeln ziehen sich nun nacheinander zusammen, der Speisebrei wird in Richtung Speiseröhreneingang transportiert. Gleichzeitig kommt es reflektorisch zum Atemanhalten und zum Kehlkopfverschluss in den Ebenen von Stimmlippen, Taschenfalten und Kehldeckel. So werden die unter dem Kehlkopf gelegenen Atemwege verschlossen, um das Eintreten von Speisebrei zu verhindern.

Der Speiseröhreneingang öffnet sich, der Speisebrei dringt ein und gelangt über die Speiseröhre in den Magen. Danach wird der Verschluss des Kehlkopfs aufgehoben und die Atmung setzt wieder ein. Das Gaumensegel senkt sich ab, sodass wieder durch die Nase geatmet werden kann. Nach dem Abschlucken reinigt die Zunge die Mundhöhle und der Vorgang wird erneut initiiert (Prosiegel/Weber 2013, Schlee 2008).

Schluckvorgang im Alter verändert

Bei jungen und gesunden Menschen erfolgt der Schluckvorgang recht schnell und unbewusst. Im Alter treten jedoch Veränderungen ein. Die Muskelaktivität im gesamten Mund- und Rachenbereich verlangsamt sich, die Beweglichkeit der Zunge verringert sich, und die Kieferkraft lässt nach, was das Essen aufnehmen deutlich beeinflusst. Der Mahlvorgang verlangsamt sich und das Erfassen und der Transport von Nahrung im Mund werden schwieriger und dauern entsprechend länger.

Hinzu kommt, dass im Alter die Speichelproduktion nachlässt, was oft noch durch Medikamente verstärkt wird. Das hat einen deutlichen Einfluss auf die tägliche Schluckhäufigkeit und das damit verbundene natürliche Schlucktraining.

Ältere Menschen haben somit ein höheres Risiko, sich zu verschlucken. Offensichtlich wird das darin, dass sich ältere Menschen während des Essens häufiger räuspern oder hüsteln.

Sie nehmen deshalb kleinere Essensportionen in den Mund, kauen länger und schlucken langsamer. Der Essvorgang erfordert eine höhere Konzentration. Auch setzt frühere eine Ermüdung ein. Deshalb wird das angebotene Essen oft wegen Erschöpfung abgelehnt, obwohl keine ausreichende Nahrungsaufnahme erfolgt.

Zusätzlich lassen beim alten Menschen das Geschmacks- und Geruchsempfinden nach, was einen Einfluss auf die Essenslust und damit das Kaugeschehen hat. Deswegen ist es umso wichtiger, dass die Speise gesehen wird und identifiziert werden kann. Eine Speise, die erkannt wird, ruft Erinnerung wach, sodass Geschmacks- und Geruchserleben aktiviert werden. Das macht Lust auf Essen und kann die objektive Beeinträchtigung bei der Nahrungsaufnahme möglicherweise kompensieren (Huhn 2020).

Regeln zum Anreichen

Essenanreichen sollte möglichst natürlich erfolgen. Aus den Schluckvorgängen im Alter lassen sich einfache Regeln zum Essenanreichen ableiten. Grundsätzlich sollte das Essenanreichen dem natürlichen Vorgang sehr nahekommen.

- Dem Patienten/Bewohner wird vor dem Anreichen der Nahrung angeboten, den Mund zu spülen und die Hände zu reinigen.
- Der Patient/Bewohner sitzt aufrecht. Der Teller steht in dessen Blickfeld, das Speisenangebot wird durch die Pflegeperson beschrieben. Die Speisenabfolge wird besprochen. Es wird auf eine ruhige Atmosphäre geachtet. Musik oder sonstige Beschallung sollte nicht sein.
- Gespräche werden nur mit dem Patienten/Bewohner geführt. Notwendige Mitteilungen an andere Personen werden auf ein Minimum reduziert und möglichst nicht über die Tische hinweg gegeben.
- Die unterstützende Pflegeperson sitzt direkt neben dem Patienten/Bewohner und führt das Besteck mit der Speise von unten zum Mund. Dann wird es von vorne in den Mund geführt.

Ältere Menschen haben ein höheres Risiko, sich zu verschlucken. Offensichtlich wird das darin, dass sie sich während des Essens häufiger räuspern oder hüsteln. Sie nehmen deshalb kleinere Essensportionen in den Mund, kauen länger und schlucken langsamer. Der Essvorgang erfordert eine höhere Konzentration.

Zeitdruck unbedingt vermeiden.

Wer isst, bestimmt die Geschwindigkeit!

- Die Speise wird mit dem üblichen Besteck angeboten. Nur in Ausnahmen wird ausschließlich ein Löffel genommen. Hierzu eignen sich Löffel mittlerer Größe.
- Vor der ersten Gabe soll der Patienten/Bewohner über eine kleine Speisemenge die Temperatur prüfen können.
- Brot oder Finger Food wird mit einer Gabel angereicht, nicht mit bloßen Fingern.
- Zeitdruck unbedingt vermeiden. Wer isst, bestimmt die Geschwindigkeit!
- Eventuell kann mit einem Warmhalteteller gearbeitet werden.
- Der Ablauf und die Eingabe werden durch den Patienten/Bewohner bestimmt. Der Mund muss vollständig entleert sein, bevor nachgereicht wird – insbesondere dann, wenn neben fester Speise Getränke angeboten werden.
- Die Speisen müssen eine eindeutige Konsistenz haben. Zum Beispiel fließt die Flüssigkeit bei eingeweichtem Brot während des Zerdrückens im Mund in den Rachen, was zu erheblichen Irritationen mit der Gefahr des Verschluckens führen kann.
- Bei Ermüdung des Patienten/Bewohners kann eine Pause eingelegt werden.
- Möglich ist, die Gesamtmenge auf mehrere kleine Portionen zu verteilen.
- Während des Essens wird der Mund mit einer Serviette abgewischt.
- Nach dem Essenreichen wird die Gelegenheit gegeben, den Mund zu spülen und die Prothese zu reinigen.

Vorsicht bei Breikost und Schnabeltassen

Durch die Gabe von passierter Kost (Breikost) wird ein Großteil des Schluckvorgangs nicht oder nicht ausreichend initiiert. Die Wahrnehmung der Speise über die Mund-Zungen-Sensibilität verringert sich und das Zermahlen mit den Zähnen wird nicht oder nur mäßig vollzogen, weil die Konsistenz und Härte der Speise nicht gegeben sind es so vorgeben. Der Mahlvorgang gleicht eher einem Zerdrücken und Verteilen des Speisebreis neben die Zahnreihen. Die Zunge kann den losen Speisebrei nicht fassen und dieser wird nicht ausreichend für den Transport gesammelt. Passierte Speise verflüssigt sich schnell. Der altersbedingt verlangsamte Bewegungsablauf in der Kaumuskelatur kann jedoch die halbflüssige Speise nicht aufhalten. Sie läuft in den Rachen, ohne dass die Vorbereitung stattgefunden hat. Es kommt zu Irritationen mit Einfluss auf den gesamten Schluckakt. Dieser erfordert mehr Konzentration und gestaltet sich anstrengender. Es kommt häufiger zum Verschlucken bis hin zur Aspiration. Das Kauen wird anstrengend, die Person ermüdet und bricht die Essenaufnahme frühzeitig ab. Somit wird weniger Nahrung aufgenommen, was zu Gewichtsverlust und Ernährungsmängeln führen kann.

Beim Trinken wird der Rand des Trinkgefäßes normalerweise an den Lippen fixiert, der Mund wird breit, die Flüssigkeit läuft in den vorderen Mundbereich, der Mund schließt sich und die Flüssigkeit wird dann ähnlich fester Nahrung transportiert. Wird jedoch ein Schnabelbecher oder eine Schnabeltasse verwendet, muss der Schnabel in den Mund eingeführt und mit den Lippen umschlossen werden. Der Mund wird schmal und die Muskulatur spannt sich, was gegenteilig zum normalen Trinken verläuft. Die Zunge und die Mundmuskulatur sind nun nicht in der Lage, den Flüssigkeitslauf zu steuern.

Die Flüssigkeit gelangt als ganze Portion – also im Schwall – direkt in den Rachen. Es kommt zu entsprechenden Problemen beim Schlucken. Zudem wird aufgrund der Passform des Schnabels der Kopf leicht nach oben oder hinten gebracht, was eine weitere Rachenirritation bewirkt. Trinken wird so zu einem Balanceakt.

Um dies auszugleichen, nehmen die Patienten und Bewohner beim Benutzen der Schnabelbecher nur minimale Mengen an Flüssigkeit auf. Dabei entspricht die aufgenommene Menge in etwa der Menge auf einem Teelöffel. Es wird so sehr aufwendig, die Tagesmenge von 1,5 bis 2 Litern zu erreichen.

In einem Feldversuch in einer Pflegeeinrichtung konnte beobachtet werden, dass die Bewohner, denen eine Schnabeltasse zugeteilt wurde, durchaus auch ein normales, zum Getränk passendes Trinkgefäß nutzen konnten, wenn dieses den Möglichkeiten der Bewohner angepasst war. Die Tager Trinkmenge beim Benutzen der Schnabeltasse lag zwischen 400 und 800 Millilitern, wogegen die Trinkmenge beim Verwenden üblicher Trinkgefäße doppelt bis dreimal so hoch war. Zurückzuführen ist das insbesondere darauf, dass die Handhabung der Normalgefäße leichter fiel und mit dem jeweiligen Trinken größere Mengen oder mehrere Portionen hintereinander geschluckt wurden (Huhn 2020, Huhn 2015).

Fazit

Gegen die oft gehörte Bemerkung, „Füttern könne jeder“, muss fachlich argumentiert werden! Essen reichen kann nicht ohne praktische Unterweisung delegiert werden, handelt es sich doch um eine hoch differenzierte pflegerische Aufgabe. Sie setzt Kenntnisse in den physiologischen Abläufen und der Verhaltensbeobachtung voraus. Eine empathische Herangehensweise ist unumgänglich. Bei Patienten und Bewohnern mit Verdacht auf Schluckproblemen muss unbedingt auf eine logopädische Begutachtung hingewirkt werden. Hier stehen Pflegepersonen in besonderer Verantwortung.

Literatur bei der Redaktion