

# Einführung von Schluckkoststufen zur Optimierung der Ernährung von Dysphagiepatienten

Renate Berger, Annegret Heide-Schröter

**ZUSAMMENFASSUNG.** Ausgehend von der Suche nach einem einheitlichen, interdisziplinär nachvollziehbaren Standard in der Ernährung von Dysphagiepatienten wurde von der „Arbeitsgruppe Dysphagie Ostthüringen“ ein Stufenplan für Schluckkost entwickelt, der alle Lebensmittel einbezieht, die die Küchen der beteiligten Häuser anbieten. Ziel war, einen Standard zu schaffen, der die Ärzte, Pflegekräfte und Therapeuten, das Küchenpersonal, die Patienten und nicht zuletzt auch deren Angehörige in die Lage versetzt, nicht nur im klinischen Alltag, sondern auch bei der Entlassung in die häusliche Umgebung anhand dieses Stufenplanes jederzeit eine ausreichende und therapeutisch sinnvoll adaptierte Ernährung zu ermöglichen. Das soll einerseits die maximal mögliche Lebensqualität gewährleisten, andererseits Komplikationen, besonders Aspiration und Pneumonie, minimieren.

SCHLÜSSELWÖRTER: Ernährung bei Dysphagie – standardisierter Schluckkostaufbau – Schluckkoststufen – AG Dysphagie Ostthüringen

## Hintergrund

In der modernen Medizin sind Fortschritte auch dadurch gekennzeichnet, dass immer mehr Patienten immer schwerere Schädigungen und Krankheiten überleben, dann aber auch einer längeren und intensiveren Rehabilitation bedürfen. Damit häufen sich spezielle Therapieanforderungen. Auch die Diagnostik und Therapie der Dysphagie hat einen immer höheren Stellenwert in der neurologischen Rehabilitation eingenommen. 1998 etablierte sich die „Arbeitsgruppe Dysphagie Ostthüringen“. Vertreter unterschiedlicher Fach-Disziplinen schlossen sich zusammen, um das Thema Dysphagie mit allen theoretischen und praktischen Problemen im Rahmen der Akuterkrankung und Rehabilitation interdisziplinär zu bearbeiten. Die Mitglieder dieser Arbeitsgruppe (AG) sind Neurologen, HNO-Ärzte bzw. Phoniater, Radiologen, Internisten, Anästhesisten, Sprechwissenschaftler und Logopäden aus dem SRH Wald-Klinikum Gera, der Moritzklinik Bad Klosterlausnitz, dem Kreiskrankenhaus Ronneburg, der Gemeinschaftspraxis Radiologie/Nuklearmedizin Gera-Bieblach und dem Institut für Phoniatrie und Pädaudi-

ologie der Friedrich-Schiller-Universität Jena. Ernährungsberater und Küchenleiter werden bei Bedarf einbezogen.

Ein erster Schwerpunkt der gemeinsamen Arbeit waren Konsensbildung und Organisation der interdisziplinären Diagnostik. In diesem Zusammenhang konnte neben der fiberoptischen Schluckdiagnostik (FEES) auch die Videofluorografie des Schluckaktes bereits 1998 zunächst ambulant, 2001 aber auch stationär im SRH Wald-Klinikum Gera eingeführt werden. Diese Methode wird seitdem ständig interdisziplinär vervollkommen und auch bei bettlägerigen Patienten ermöglicht.

Als weiterer Schwerpunkt der Arbeit dieser AG kristallisierte sich sehr bald das Erfordernis einer eindeutig geregelten Dysphagiekost heraus. Vor allem im Akutkrankenhaus brachte der Pflegealltag immer wieder Diskrepanzen zwischen der eigentlich indizierten Kost und den tatsächlich verabreichten Speisen, da es weder einheitliche Definitionen zu den Konsistenzen noch hinreichende Kenntnisse zum Umgang mit Dysphagiepatienten seitens des Pflegepersonals gab.

### Dr. phil. Renate Berger

studierte Germanistik und Sprechwissenschaft in Leipzig und Halle, Diplom 1984. Bis 1989 war sie wissenschaftliche Mitarbeiterin in der Phoniatrie der Uni Jena und promovierte über kindliche Dysphonie. Es folgten therapeutische Arbeit an der HNO-Klinik Gera, seit 1992 an der Neurologischen Klinik Gera und der Fachabschluss Klinische Sprechwissenschaftlerin (DBKS). Sie ist Gründungsmitglied der „AG Dysphagie Ostthüringen“ und leistet umfangreiche Vortrags- und Lehrtätigkeit zu Sprach-, Sprech-, Stimm-, Schluckstörungen u.a. für Ärzte, Studenten der Sprechwissenschaft, Fachschüler Behindertenpädagogik u. Pflegekräfte.



### Annegret Heide-Schröter

absolvierte nach der Ausbildung und Tätigkeit als Krankenschwester von 1990-1993 ihre Ausbildung zur Logopädin in Ulm. Danach arbeitete sie in neurologischen Rehabilitationskliniken in Erlangen sowie Hamburg und ist seit 2005 auf der Station für neurologische Früh-Rehabilitation in der Moritz-Klinik Bad-Klosterlausnitz beschäftigt. Hinzu kommt seit 1996 Honorarlehrtätigkeit bei der Ausbildung zum Fachpfleger für Gerontopsychiatrie/Altentherapeut in Nürnberg (PlusPunkt e.V.). Sie ist seit 2005 Mitglied in der „Arbeitsgruppe Dysphagie Ostthüringen“.



Daher wurden Schulungsprogramme für pflegende und therapeutische Berufsgruppen erarbeitet, die bis heute in der Grund- und Fachausbildung für Pflegekräfte am SRH Wald-Klinikum Bestandteil der Ausbildung sind. Des Weiteren werden Symposien, Seminare und Workshops regional und überregional angeboten, z.B. für Mitarbeiter der Pflege, der Patientenküchen, Angehörige und andere Interessierte.

Auch in der Moritz-Klinik finden regelmäßig Fortbildungen für Ärzte, Therapeuten, Pflegekräfte und Zivildienstleistende statt. Einmal im Quartal haben auch die Angehörigen die Möglichkeit, an einer Gesprächsrunde zum Thema Dysphagie teilzunehmen und Fragen oder Erfahrungen einzubringen. In der logopädischen Dysphagietherapie werden vor allem restituierende und adaptierende Verfahren sowie kompensatorische Maßnahmen durchgeführt (siehe auch *Bartolome, 1999; Prosiegel, 2006*). Bei den adaptierenden Verfahren gehören neben dem Angebot an Trink- und Esshilfen und der Applikation der Nahrung auch diätetische Maßnahmen zur Therapie. Dabei spielt die Wahl der Nahrung nach Fließ- und Formbarkeit eine wichtige Rolle, da Aspiration oft von der Nahrungskonsistenz abhängig ist. Schon ab 1993 wurde im damaligen Wald-Klinikum Gera und parallel in der Moritz-Klinik in Zusammenarbeit von Logopäden, Sprachtherapeuten und Diätassistenten an der Entwicklung einer verbindlichen Schluckkost experimentiert und gearbeitet. Auf dieser Grundlage beschäftigte sich die Arbeits-

gemeinschaft Dysphagie Ostthüringen intensiv mit dieser Problematik. Es kristallisierten sich mehrere Aufgaben und Ziele heraus:

- die Suche nach einem sowohl inter- als auch intradisziplinären Standard im Zusammenspiel von Küche/Diätbüro, Pflegekräften, Ärzten, Therapeuten, Patienten und deren Angehörigen;
- das Angebot einer einheitlichen und praktikablen Auswahl geeigneter Lebensmittel und Konsistenzen nach störungsspezifischen Kriterien für die Betreuung der Dysphagiepatienten, um dem jeweiligen Schweregrad der Schluckstörung und den noch vorhandenen Fähigkeiten des Patienten gerecht zu werden;
- der Einsatz eines möglichst breiten Spektrums an adaptierter Kost unter Berücksichtigung verschiedener Konsistenzen, um auch Dysphagiepatienten eine hohe Lebensqualität zu ermöglichen bei Integration aller von der Küche angebotenen Lebensmittel;
- die übersichtliche Regelung des Kostaufbaus bei neurologisch erkrankten Patienten mit erworbener Dysphagie im stationären Bereich verschiedener Kliniken.

In den einzelnen Kliniken und zusammenfassend in der Arbeitsgemeinschaft Dysphagie Ostthüringen wurden in mehrjähriger Arbeit gemeinsam die nachfolgend vorgestellten Schluckkoststufen in mehreren Schritten erarbeitet, in der Praxis erprobt und auf die Gegebenheiten der Küchen der jeweiligen Häuser abgestimmt.

Bereits 1999 kam die erste Version der vier Schluckkoststufen in den beteiligten Häusern zum Einsatz. Dadurch konnte die Kommunikation im Haus (beispielsweise bei Verlegung auf andere Stationen) vereinfacht und den Therapeuten eine einheitliche Vorgehensweise bei der Dysphagietherapie der Patienten ermöglicht werden.

Bei einer Verlegung der Patienten innerhalb der beteiligten Kliniken kann durch die Übermittlung der jeweilige Schluckkost-Stufe nebst einem reibungslosen Therapieübergang an die jeweilige Schluckkost angeknüpft und ein weiterführender Kostaufbau geschaffen werden.

Auch die Unsicherheiten beim Pflegepersonal wurden ausgeräumt, es gibt eine eindeutige und nachvollziehbare Richtlinie für die Kostauswahl. Seitens der Patienten gibt es viel weniger Irritationen bzgl. ungeeigneter Nahrungsmittel und die Angehörigen zeigen mehr Sicherheit im Umgang mit der adaptierten Kost.

## Vorgehensweise

Zur Vorbereitung auf die standardisierten Schluckkoststufen (SKS) fanden mehrere Treffen der Diätküchen und der Schlucktherapeuten der beteiligten Kliniken statt. Alle Lebensmittel der beteiligten Klinikküchen wurden dann in den jeweiligen Logopädententeams gemeinsam mit der Diätküche auf ihre Konsistenz und Geschmack hin verkostet und den vier Schluckkoststufen zugeordnet. So ist es uns gelungen, dem Patienten von der Essensversorgung am Bett bis zur selbständigen Auswahl am Buffet des Speisesaales eine einheitliche Richtlinie bei der Speisenauswahl zu geben.

Dieses Procedere ist kein abgeschlossener Vorgang, da seitens der Küche immer wieder neue Lebensmittel und Gerichte in den Patientenspeiseplan aufgenommen und diese in die SKS eingeordnet werden. Dieser fortlaufende Vorgang wird vom jeweiligen Logopädenteam und der Diätküche ständig fachlich begleitet. Innerhalb der AG Dysphagie Ostthüringen gibt es aber auch individuelle Regelungen:

**So war es z.B. in der Moritz-Klinik Bad Klosterlausnitz** besonders wichtig, die von der Küche im Haus angebotene Balance-Kost (nährstoffreiches, fettarmes Essen) in die Schluckkost (SK) einzubeziehen. Eine intensive Beobachtung beim Verzehr der SK wird z.B. auf der Frührehabilitationsabteilung geleistet: Dort sind im stationsinternen Patientenspeisesaal täglich Logopäden anwesend, die in Zusammenarbeit mit dem Pflegepersonal bei den Patienten auf mögliches Verschlucken und Aspiration achten und ggf. Sofortmaßnahmen einleiten können (z.B. das Andicken von Getränken oder sogar das Absaugen von Nahrung).

Auf diese Station wird täglich auch eine Kostprobe des aktuellen Essens der SK IIb von der Küche geliefert und vom Logopädenteam und der Stationsleitung auf Konsistenz, Geschmack und Zusammenstellung hin geprüft. Dazu findet eine kurze schriftliche Einschätzung an die Diätküche statt. Zusätzliche Fragen und Anregungen können bei der wöchentlichen Stationsbegehung seitens der Leiterin der Diätküche geklärt werden.

Hintergrund dazu ist, dass wir den Eindruck haben, dass auf dem Weg der Besserung der Dysphagie die SK IIb für die Patienten am schwierigsten zu meistern ist und auch für die Küche eine tägliche Herausforderung darstellt. Hinzu kommt, dass viele Patienten einige Zeit auf dieser SKS bleiben und somit die Küche eine Meisterleistung vollbringen

**Das SRH Wald-Klinikum Gera** gGmbH ist ein Akutkrankenhaus der Schwerpunktversorgung mit überregionalem Auftrag mit insgesamt 1 059 Betten in 18 Kliniken. Dazu gehört eine Neurologische Klinik (zwei Stationen mit 34 Betten und eine Stroke Unit mit fünf Betten). Dysphagiepatienten finden sich aber auch in den drei Medizinischen Kliniken (mit einer akutgeriatrischen Station), auf allen vier Intensivstationen, in den vier chirurgischen bzw. traumatologischen Kliniken und in den Kliniken für Strahlentherapie, HNO-Heilkunde bis hin zur Psychiatrie.

**Die Moritz-Klinik Bad Klosterlausnitz** ist eine Rehabilitationsklinik mit 302 Betten. Auf acht neurologischen Stationen (mit insgesamt 182 Betten) werden Patienten der Früh-Rehabilitation (Phase B mit 32 Betten) und der Rehabilitations-Phasen C und D betreut. Die orthopädische Abteilung verfügt über vier Stationen mit insgesamt 120 Betten.

**Das Kreiskrankenhaus Ronneburg** – Fachklinik für Geriatrie und Innere Medizin – verfügt über 90 stationäre und zehn tagesklinische Betten. Die Patienten kommen dorthin zum größten Teil nach dem Aufenthalt im Akutkrankenhaus für durchschnittlich zwei bis drei Wochen zur geriatrischen Rehabilitation.

muss, um abwechslungsreiche Kost trotz großer Einschränkung bzgl. der Nahrungsmittel anzubieten.

Die überwiegende Mehrheit der Patienten aber isst im stationsübergreifenden Patientenspeisesaal. Jeder Dysphagiepatient hat eine „rote Schluckkarte“, auf der die SKS und die Art der Getränke vermerkt sind. Das Servicepersonal stellt im Tablettsystem das Essen SKS-gerecht zusammen. Eine Überprüfung der SK erfolgt durch die Logopäden in regelmäßigen Abständen (z.B. in der Moritz-Klinik wöchentlich auf den AHB und Postprimär-Stationen).

**Im Akutkrankenhaus SRH Wald-Klinikum Gera** finden sich täglich neue Bedingungen und Erfordernisse aufgrund der hohen Zahl an akuten Neuzugängen, der oft instabilen Zustandslage der Patienten und der recht kurzen Verweildauern.

Angesichts der sich häufig in den ersten Tagen rasch verändernden Symptomatik insbesondere bei frischen Schlaganfällen wird für die Mehrzahl der Dysphagiepatienten auch fast täglich eine neue Festsetzung der SKS, vor allem der Flüssigkeitskonsistenz, erforderlich. In diesem Zusammenhang wird die Kontrolle der SK durch die Therapeuten in Zusammenarbeit mit den Mitarbeitern der Pflege realisiert. Da die Kost auf Station vom Pflegepersonal portioniert und an die Patienten direkt ausgegeben wird (Schöpfsystem), wird sehr viel Wert auf besondere Aufmerksamkeit im Umgang mit SK und Dysphagiepatienten gelegt und immer wieder entsprechende Fortbildung für das Pflegepersonal angeboten. Auftretende Probleme werden umgehend bearbeitet und der Diätküche schriftlich gemeldet. In größeren Abständen erfolgen persönliche Rücksprachen seitens der Diätassistenten auf den Stationen. Die SK ist nur ein Teil von insgesamt 35 Kostformen, die im SRH Wald-Klinikum angeboten werden. Bei Bedarf wird die erforderliche Diät (z.B. bei Diabetes) an die SK adaptiert.

**Im Kreiskrankenhaus Ronneburg** wird die Kost durch die Küche bereits patientengebunden portioniert und so auf die Stationen geliefert (Tablettsystem). Durch das eigene geschulte Pflegepersonal erfolgt die Ausgabe an die Patienten unter sorgfältiger Kontrolle der gelieferten Kost. Bei auftretenden Schwierigkeiten finden umgehende Rücksprachen mit der Therapeutin und mit der Patientenküche statt.

In diesen beiden Einrichtungen muss aufgrund des Zustandes der Patienten sehr häufig dem Patienten die Mahlzeit gereicht werden oder zumindest bedarf er beim Es-

sen und Trinken noch der Führung. Sehr oft zeigt sich bei den geriatrischen Patienten in Ronneburg, dass sie länger auf einer erreichten SKS verbleiben (meist SK IIb bis SK III und angedickte Getränke), da beim älteren Patienten mit Störungen in Aufmerksamkeit und Belastbarkeit therapeutische Fortschritte langsamer oder eingeschränkter zu verzeichnen sind (siehe auch *Bartolome, 1999*).

Ein weiterer Schwerpunkt ist die Information der Angehörigen. Gemeinsam werden v.a. die nicht geeigneten Lebensmittel besprochen, um einerseits Aspirationen durch ungeeignete mitgebrachte Nahrungsmittel (meist lieb gemeinte Mitbringsel) zu verhindern, andererseits die veränderte Kost für den häuslichen Bereich zu besprechen, Ängste abzubauen und gemeinsam über geeignete Gerichte zu diskutieren. Hierzu wird den Angehörigen der jeweilige SK-Stufenplan mitgegeben.

Unsere praktische Arbeit hat in den letzten Jahren verdeutlicht, dass durch die konsequente Einhaltung der jeweiligen SKS und der erforderlichen Flüssigkeitskonsistenz in den voneinander unabhängigen Einrichtungen mit ganz unterschiedlichem Charakter das therapeutische Management wesentlich einfacher zu koordinieren ist und dass vielen Patienten zeitiger ein eigenständiges Einnehmen ihrer Mahlzeit ermöglicht wird.

## Die Schluckkoststufen (SKS)

In der Tabelle 1 sind die einzelnen Schluckkoststufen (SKS) aufgeführt. Sie bauen aufeinander auf. Somit können in der jeweils höheren SKS die Lebensmittel der vorangegangenen Stufe angeboten werden.

### 1. Stufe

Die Kost in der 1. Stufe soll glatt und breiig (püriert und bei Bedarf passiert), faser- und säurefrei, aber dennoch nährstoffreich sein. Auch bei längerem Stehen dürfen sich die Konsistenzen nicht verändern oder in feste und flüssige Bestandteile trennen. Sie werden unterteilt in SK Ia (ohne Milchanteile in den Speisen), SK Ib (mit Milchanteilen in den Speisen) und SK Ic (dickere Flüssigkeiten). SK Ia wird besonders dann gereicht, wenn der Verdacht einer (stillen) Aspiration nicht ausgeschlossen werden kann, dem Patienten aber schon ein orales Nahrungsangebot gemacht werden soll. Oftmals liegt bei diesen Patienten eine nasogastrale Sonde oder eine PEG und die orale Nahrungsaufnahme erfolgt im Rahmen der Schlucktherapie als „therapeutisches

Essen“. In diesem Stadium werden v.a. die Flüssigkeiten per Sonde zugeführt. Im Rahmen des „therapeutischen Essens“ werden dem Patienten nur kleinste oder kleine Mengen angereicht. Diese Essensmengen sind in diesem Stadium noch nicht ausreichend, um den Patienten ausschließlich über diese Kost zu ernähren! Die SK Ib hat ein reichhaltigeres Angebot, da Milchprodukte in den Speiseplan mit aufgenommen werden können. Die SK Ic enthält nur legierte cremige Suppen. Diese Schluckkostform kann z.B. nötig werden, wenn eine Öffnungsstörung des oberen Ösophagusphinkters besteht.

Für diese 1. Stufe (SK Ia-Ic) steht uns eine besondere Kost zur Verfügung, die z.B. in der Moritz-Klinik Bad Klosterlausnitz von der Fa. Findus bereitgestellt wird (v.a. Fleisch, Gemüse, Obstpüree). Im SRH Wald-Klinikum wird wie im Kreiskrankenhaus Ronneburg die Kost überwiegend selbst hergestellt. Etwa 30% beträgt der Anteil der von Findus eingesetzten Speisen (v.a. Fleisch und einige Obstbreie).

### 2. Stufe

Das Hauptkriterium für alle angebotenen Konsistenzen in der 2. SKS heißt: Auf dem Teller mit der Gabel oder am Gaumen mit der Zunge leicht zerdrückbar und zu einem Bolus formbar! Hier wird unterschieden zwischen SK IIa (ohne Brot) und SK IIb (mit Brot). Das Fleisch wird z. B. auch noch püriert, aber mit herkömmlichen Pürierstäben, so dass zwar eine homogene Konsistenz entsteht, jedoch mit Faseranteilen. Auch bei längerem Stehen dürfen sich die Konsistenzen nicht verändern oder in feste und flüssige Bestandteile trennen. Neben Püree werden weiche Kartoffeln oder Klöße sowie weich gekochtes Gemüse und grätenfreie Fischarten unpüriert und unzerkleinert angeboten.

### 3. Stufe

In der Schluckstufe SK III (Übergangskost) sind die Nahrungsmittel nicht mehr püriert, aber alle weich gegart und ohne Nüsse etc. oder andere harte Konsistenzen.

### 4. Stufe

Bei der SK IV handelt es sich um angepasste Normalkost. Sie unterscheidet sich von dieser hauptsächlich darin, dass Reis, Graupen, Vollkornprodukte und Rohkostsalat noch gemieden werden sollen. Anhand der einzelnen Kriterien in den SKS wurden z.B. alle Suppen, Wurst-, Käse-, Kuchen-, Brot-, Fisch- und Fleisch-, Marmelade-, Parfaitsorten etc. verkostet und den einzelnen SKS in gesonderten Tabellen (jede Klinik nach ihrem Repertoire) zugeordnet.

■ Tab. 1: Schluckkoststufen der Arbeitsgruppe Dysphagie Ostthüringen

<b>1. Stufe Schluckkost I = breiig-glatt, säurefrei</b>		
<b>Schluckkost Ia)</b> <b>fein passierte Kost ohne Milchanteil</b> <b>Konsistenz: ausschließlich breiig und glatt</b>	<b>Schluckkost Ib)</b> <b>fein passierte Kost mit Milchanteil in den Speisen</b> <b>ausschließlich breiig und glatt</b> – beinhaltet auch alle Speisen aus Schluckkost Ia)	<b>Schluckkost Ic)</b> <b>dickflüssige Kost</b> <b>ausschließlich legierte, glatte Suppen</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Obstpüree, z.B. Mango von Findus; gut zerdrückte reife Banane</li> <li>• Kartoffelpüree</li> <li>• Gemüsepüree, z.B. von Findus</li> <li>• Fleischpüree, z.B. von Findus</li> <li>• Suppen breiig, glatt und nie dünner als die Art der Getränkekonsistenz!</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Obstpüree, gut zerdrückte reife Banane</li> <li>• Kartoffelpüree</li> <li>• Gemüsepüree, z.B. von Findus</li> <li>• Fleischpüree, z.B. von Findus</li> <li>• Grießbrei</li> <li>• Suppen breiig, glatt</li> <li>• Pudding, Joghurt</li> <li>• Quark, cremig, mit Joghurt angereichert</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fruchtsuppe, z.B. Mango-Suppe von Findus</li> <li>• Rote-Grütze-Suppe, glatt</li> <li>• Cremesuppe, z.B. Spargelcreme-Suppe von Knorr</li> <li>• Puddingsuppe, z.B. von Eto</li> </ul>
<b>2. Stufe Schluckkost II = weich, püriert – beinhaltet auch alle Speisen der Schluckkost Ia), Ib)</b>		
<b>Frühstück und Abendessen</b>	<b>Mittagessen</b>	<b>Zwischenmahlzeit</b>
<b>Schluckkost IIa)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Obstpüree, Apfelmus</li> <li>• Quark, cremig, mit Joghurt angereichert</li> <li>• Joghurt</li> <li>• Pudding</li> <li>• Siehe auch Mittagessen</li> </ul> <b>Schluckkost IIb),</b> siehe auch Schluckkost IIa) <ul style="list-style-type: none"> <li>• Weiches Brot ohne Rinde</li> <li>• Glatte Streichwurst</li> <li>• Glatter Frischkäse</li> <li>• Parfait, Gelee</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kartoffelbrei</li> <li>• Weiche Kartoffeln</li> <li>• Stärkeklöße</li> <li>• Fleischpüree</li> <li>• Gemüse: Möhren, Broccoli, Zucchini (alles weich gekocht = am Gaumen zerdrückbar oder püriert)</li> <li>• Gebundene glatte Soßen</li> <li>• Grießbrei</li> <li>• Suppen breiig, glatt und in der Konsistenz nie dünner als die Art der Getränke</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Obstpüree</li> <li>• Quark, cremig, mit Joghurt angereichert</li> <li>• Joghurt</li> <li>• Pudding</li> <li>• Rote Grütze, glatt</li> <li>• „Schluckkost-Eis“ = breiige Kost eingefroren</li> <li>• Schlagsahne</li> <li>• Frisches Obst: Banane</li> </ul>
<b>3. Stufe Schluckkost III = Übergangskost – beinhaltet auch alle Speisen der Schluckkost Ia), Ib), IIa) und IIb)</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Weiß- und Mischbrot ohne Rinde</li> <li>• Streichbelag ohne Stücke, Körner, Kräuter usw.</li> <li>• Gelee, Marmelade, Pflaumenmus, Honig, Nougatcreme</li> <li>• Glatter weicher Schnittkäse</li> <li>• Weicher Camembert</li> <li>• Glatter weicher Wurstaufschnitt</li> <li>• Weichgekochtes Ei</li> <li>• Rührei</li> <li>• Siehe auch Zwischenmahlzeiten</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Suppe sämig, mit weichen Stücken</li> <li>• Kartoffelbrei, -klöße, Kartoffeln</li> <li>• Breite Nudeln oder Spirelli (große Teigwaren)</li> <li>• Fleisch: weiches Kalb-, Schweine- oder Geflügelfleisch, Würstchen ohne Haut</li> <li>• Fisch: Filet oder Kochfisch ohne Gräten, nicht paniert!</li> <li>• Gemüse: Möhren, Blumenkohl, Broccoli, Kohlrabi, Spinat (alles weich gekocht), Tomaten (abgezogen, ohne Kerne)</li> <li>• Rührei</li> <li>• Grießbrei</li> <li>• Hefeklöße mit Butter und Zucker</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Quark, Joghurt</li> <li>• Pudding auch mit Sahne oder Soßen, aber ohne Körner, Kräuter, Streusel usw.</li> <li>• Eis, glatt</li> <li>• Götterspeise</li> <li>• Rote Grütze, glatt</li> <li>• Püriertes Obst</li> <li>• Dunstkompott ohne Saft</li> <li>• Weicher Kuchen und Torte ohne Nüsse, kleine, harte Stücke oder Kerne und Rosinen usw.</li> <li>• Frisches Obst: Banane, Birne (entkernt und geschält), Pfirsich</li> </ul>
<b>4. Stufe Schluckkost IV = angepasste Normalkost – beinhaltet auch alle Speisen der Stufen I, II und III</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Brot mit Rinde</li> <li>• Helle Semmel</li> <li>• Toastbrot</li> <li>• Streichbelag, Camembert und Schnittkäse</li> <li>• Wurstaufschnitt</li> <li>• Marmelade, Mus, Gelee, Honig, Nougatcreme</li> <li>• Weichgekochtes Ei</li> <li>• Rührei</li> <li>• Siehe auch Zwischenmahlzeiten</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Suppen sämig, mit weichen Stücken</li> <li>• Kartoffeln, Kartoffelbrei, -klöße, Semmelknödel</li> <li>• Nudeln oder Spirelli (breit), Spätzle</li> <li>• Fleisch: weiches Kalb-, Schweine- oder Geflügelfleisch, Würstchen ohne zähe Pelle</li> <li>• Fisch: Filet oder Kochfisch ohne Gräten</li> <li>• Gemüse: Möhren, Blumenkohl, Broccoli, Kohlrabi, Spinat, Schwarzwurzel, Fenchel, Auberginen (alles weich gekocht), Tomaten (abgezogen, ohne Kerne), Gurke (ohne Schale und Kerne)</li> <li>• Rührei</li> <li>• Grießbrei, Reisbrei</li> <li>• Hefeklöße mit Butter und Zucker</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Quark, Joghurt, Pudding (auch mit Sahne oder Soßen, aber ohne Körner, Kräuter, Streusel)</li> <li>• Eis</li> <li>• Götterspeise, Rote Grütze</li> <li>• Püriertes Obst</li> <li>• Dunstkompott</li> <li>• Weicher Kuchen und Torte ohne Nüsse und ohne kleine, harte Stücke oder Kerne usw.</li> <li>• Frisches Obst: Banane, Birne /Apfel (entkernt und geschält), Pfirsich, Kiwi, Erdbeere, Papaya, Melone ohne Kerne bzw. Steine</li> </ul>

**Normalkost** ist die Kost, in der alle angebotenen Nahrungsmittel ohne dysphagische Beeinträchtigungen verzehrt werden können. Diese Kost sagt jedoch nichts über eventuelle weitere Diät-Kostformen aus.

**Ungeeignete Lebensmittel** bei Dysphagie sind:

- Gemischte Konsistenzen: z.B. Schokolade mit Zutaten (Nüsse, Rosinen, Kokosflocken, flüssiger Alkohol, Knusper-Schokoladen); Saft mit Fruchtfleisch; homogene, breiige Speisen wie Eis, Joghurt, Quark, Pudding, Käse oder Wurst, die stückige Zusätze (z.B. Nüsse, Körner, Pilze usw.) enthalten; Stollen u.ä. Gebäck; Saucen mit groben Einlagen (saure Gurken, Zwiebeln, Pfefferkörner); Vollkornprodukte;
- Schwer zu einem Bolus formbare Lebensmittel: z.B. Reis (außer -Brei); Graupen; Rohkostsalat; unzerkleinerter roher Schinken; Pilze; frische Kräuter;
- Krümelige Lebensmittel: z.B. Salzgebäck; Fleisch, Fisch oder Käse paniert; Schaumzucker mit Zuckerkruste; Plätzchen; Knäckebrot;
- Lebensmittel mit einem hohen Säureanteil: z.B. rohe Mandarinen oder Apfelsinen, Himbeeren, Kirschen, Stachelbeeren oder Johannisbeeren; natürlicher roter Saft pur; roter Tee (Hibiskus, Hagebutte) stark saure Saucen, saure Gummitierchen etc.; Magerquark;
- Schleimige oder Schleim bildende Lebensmittel: z.B. dicke Haferflockensuppe, Milch, Vollmilchschokolade;
- Kohlensäurehaltige Getränke.

Bei den oben aufgeführten Lebensmitteln haben wir die Erfahrung gemacht, dass sie den Patienten oft Schwierigkeiten bereiten und somit kein Bestandteil der Schluckkost sein sollten. Diese Liste ist nach eigenen Erfahrungswerten selbstverständlich erweiterbar. Alle diese Lebensmittel sollten bei Bedarf aber individuell ausprobiert, und ggf. zurückgestellt oder adaptiert werden. Dabei ist die Einsicht des Patienten, aber auch

eine gewisse Kenntnis über seine Erkrankung besonders wichtig, da oft von den Besuchern mitgebrachte Lebensmittel nicht geeignet sind und damit nicht angenommen werden können. Weiterhin haben wir festgestellt, dass auch die Qualität der Produkte (besonders wenn es um das Ausprobieren neuer „Schwierigkeitsgrade“ geht) entscheidend ist (z.B. bei Schokolade). Diesbezüglich ist uns eine Rücksprache mit den Angehörigen besonders wichtig. Unsere Devise lautet: Qualität vor Quantität!

**Getränke** dürfen in der Konsistenz und der Art der Aufnahme in allen SKS nur nach Absprache mit dem Arzt / Therapeuten gereicht werden! Wir unterscheiden vier Andickungsstufen: dünnflüssig, nektarartig, sirupartig und honigartig.

Für jede SKS gibt es ein eigenes Informationsblatt. Diese sind speziell für die Weitergabe an die Patienten und Angehörigen konzipiert. Im Patienten- und Angehörigengespräch werden Vorlieben, Abneigungen und für den Patienten noch schwierige Konsistenzen und Lebensmittel der jeweiligen SKS individuell besprochen und festgelegt. Auf dieser Grundlage können auch ungeeignete Mitbringsel in die Klinik erheblich reduziert werden. Des Weiteren sind die SKS im Speisesaal zur Information für das Personal ausgehängt.

## Schlussbemerkung

Die logopädische Arbeit am Patienten mit dysphagischen Problemen hat oberste Priorität. Eine große Unterstützung aber bietet eine Kost, die der Schwere der Schluckstörung und den Fähigkeiten des Patienten angemessen ist, Aspirationen zu vermeiden hilft, in das häusliche Umfeld übertragbar ist und jederzeit in Qualität und Konsistenz reproduzierbar ist. Eine Kategorisierung erleichtert dieses Vorgehen. Aus diesem Grund haben sich die vier etablierten Schluckkoststufen in unseren Kliniken bereits sehr bewährt.

### SUMMARY. Optimizing the nutrition of patients with dysphagia

In looking for a unique interdisciplinary standard of the nutrition of patients with dysphagia the "Arbeitsgruppe Dysphagie Ostthüringen" ("Dysphagia working association East Thuringia") developed a step-by-step nutritional scheme that includes all kinds of food offered by the cuisines of the hospitals involved.

The aim was to set up a standard that allows health care professionals and therapists as well as cuisine staff, the patients and their families alike to provide for a sufficient and therapeutically appropriate nutrition not only in the routine clinical setting but also after the patient has returned home. The step-by-step scheme is designed to warrant a maximum of quality of life on the one hand and to minimize complications caused especially by aspiration pneumonia on the other hand.

KEY WORDS: nutrition – dysphagia – step-by-step scheme – Dysphagia working association East Thuringia

Es hat sich gezeigt, dass alle beteiligten Partner von der Pflege über den Arzt und Therapeuten bis hin zum Patienten mit seinen Angehörigen Sicherheit und Akzeptanz im Umgang mit der Schluckkost erwerben und dass der Patient leichter Selbstständigkeit und eine bestmögliche Lebensqualität auf dem so bedeutsamen Gebiet der Ernährung erreichen kann. Hervorzuheben ist auch, dass der Einsatz des Schluckkost-Stufenplanes in Einrichtungen mit ganz unterschiedlichem Profil möglich ist und eine fließende Ergänzung im Ernährungsmanagement und in der Therapie bei Verlegung in die Nachfolgeeinrichtung ermöglicht. Die Arbeitsgruppe Dysphagie Ostthüringen bittet alle in Klinik und Praxis tätigen ärztlichen Kollegen, Therapeuten und Pflegekräfte, dem Problem der Schluckstörung vermehrte Aufmerksamkeit zu widmen und konsequent nachzugehen. Das diagnostische Repertoire in Ostthüringen ist mittlerweile recht gut entwickelt. Die Mitglieder der Arbeitsgruppe stehen für die Vermittlung von Ansprechpartnern und Beratung zum diagnostischen und therapeutischen Vorgehen gern zur Verfügung.

**Die Schluckkost- und Lebensmitteltabellen (Zuordnung zu den Schluckkoststufen) stehen im Download-Bereich des Schulz-Kirchner Verlages [www.schulz-kirchner.de](http://www.schulz-kirchner.de) zur Verfügung.**

## Literatur

Bartolome, G. & Schröter-Morasch, H. (1999). *Schluckstörungen – Diagnostik und Rehabilitation*. 2. Auflage. München: Urban & Fischer

Prosiegel, M. (2006). Diagnostik und Therapie neurogener Dysphagien – Schlucktherapie evidenzbasiert durchführen. *Der Neurologe & Psychiater* 3 (7), 26-30

## Weiterführende Literatur

Arbeitsgruppe Dysphagie Ostthüringen (2001). Dysphagie als interdisziplinäre Aufgabe. *Ärztblatt Thüringen* 8 (12), 452-454

Berger, R., Schock, G. (2000). Damit der Bissen nicht im Halse stecken bleibt. *Stipp-Visite – Infos und Unterhaltung aus dem Wald-Klinikum Gera* 2 (10), 28

Findus Deutschland (2005). *Der Findus Konsistenzstufenplan*. 1. Auflage. Bremen: BestCon Food

## Autorinnen

Dr. phil. Renate Berger  
SRH Wald-Klinikum gGmbH  
Klinik für Neurologie  
Straße des Friedens 122  
07548 Gera  
[neurokl@wkg.srh.de](mailto:neurokl@wkg.srh.de)

Annegret Heide-Schröter  
Moritz-Klinik Abteilung für Frührehabilitation N8  
Hermann-Sachse-Str. 46  
07639 Bad Klosterlausnitz  
[zentrale@moritz-klinik.de](mailto:zentrale@moritz-klinik.de)