

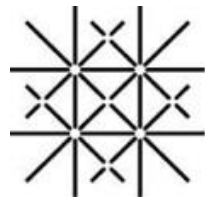
Ernährungstherapie bei Dysphagie

- Evidenzbasierte Empfehlungen

Prof. Dr. med. Reto W. Kressig

retow.kressig@felixplatter.ch

Klinische Professur für Geriatrie
Ärztlicher Direktor



**Universität
Basel**



**Freitag
23. Mai 2025
12.45-14.15 Uhr**



St. Gallen, 23.05.2025

SYMPOSIUM
Nestlé Health Science

**Optimierte Ernährungstherapie
bei krankheitsbedingter Mangelernährung**

SCHLUCKSTÖRUNGEN (DYSPHAGIE)

- in bis 68% von Pflegeheimbewohnern
 - in 7 bis zu 30% älteren hospitalisierten Patienten
 - in 64% Patienten mit Schlaganfall
 - in 13%–38% unabhängig zuhause lebenden Senioren
 - in bis zu 100% demenzkranken PH-Bewohnern (CDR 2/3)
-
- Dysphagie ist assoziiert mit: **Erhöhter Mortalität und Morbidität**

Sura L, Madhavan A, Carnaby G, Crary MA. Dysphagia in the elderly: management and nutritional considerations. Clin Interv Aging 2012;7:287-98.

Dysphagie, Malnutrition und respiratorische Infekte

Table 2. Effect of basal oropharyngeal dysphagia, impaired efficacy of swallow and impaired safety of swallow on main outcome measures at 1-year follow-up

	OD	Non-OD	P-value	OR (95% CI)
Effects on nutritional parameters				
Annual incidence of M/RM (%)	18.6	12.3	0.211	1.63 (0.65–4.09)
Prevalence of M/RM at follow-up (%)	26.0	11.4	0.010	2.72 (1.25–5.95)
Weight loss >5%	14.3	11.1	0.336	1.55 (0.55–3.24)
Effects on respiratory complications				
Annual incidence of LRTI (%)	26.8	23.4	0.607	1.20 (0.60–2.39)
Annual incidence of CAP (%)	1.8	1.8	0.732	0.98 (0.10–9.58)
Effects on safety of swallow				
Annual incidence of LRTI (%)	40.0	21.8	0.030	2.39 (1.07–5.34)
Annual incidence of CAP (%)	0	2.1	0.554	0

OD, oropharyngeal dysphagia; IES, impaired efficacy of swallow; M/RM, malnutrition or 'at risk' of malnutrition (MNA ≤ 23.5). LRTI, lower respiratory tract infection. CAP, community-acquired pneumonia. ISS, impaired safety of swallow.

Zuhause lebende unabhängige Senioren:

**≈ 3x
mehr Malnutrition**

**≈ 2.5x mehr
respiratorische Infekte**

Results: Signs of dysphagia were identified in 144 of 334 (43.1%) patients. Geriatric patients with signs of dysphagia were significantly older (79.5 years [74; 85] vs. 77 years [72; 84], $p = 0.025$) and had higher CCI scores (3 points [2; 4] vs. 2 points [1; 4], $p = 0.001$) than those with normal swallowing capacity. Furthermore, a multivariate logistic regression model found signs of dysphagia to be independently associated with nutritional risk (OR = 2.169, 95% CI 1.313–3.582, $p = 0.002$), cerebrovascular disease (OR = 2.209, 95% CI 1.235–3.953, $p = 0.008$), chronic pulmonary disease (OR = 2.276, 95% CI 1.338–3.871, $p = 0.002$) and rheumatic disease (OR = 2.268, 95% CI 1.099–4.683, $p = 0.027$). Age was not independently associated with signs of dysphagia among the geriatric patients.

Clinical Nutrition ESPEN 41 (2021) 208–216

Contents lists available at ScienceDirect

Clinical Nutrition ESPEN

journal homepage: <http://www.clinicalnutritionespen.com>

Original article

Prevalence of signs of dysphagia and associated risk factors in geriatric patients admitted to an acute medical unit

Maria Dissing Olesen^a, Robert Mariusz Modlinski^a, Simon Hosbond Poulsen^{a,*}, Pernille Mølgaard Rosenvinge^a, Henrik Højgaard Rasmussen^b, Mette Holst^b

^a Department of Health Science and Technology, Aalborg University, Fredrik Bajers Vej 7K, 9220, Aalborg, Denmark
^b Department of Gastroenterology, Aalborg University Hospital, Hobrovej 18-22, 9100, Aalborg, Denmark

Variables	OR	95% CI	p value
Age (years) ^a	1.029	0.996–1.064	0.082
Male, sex	0.809	0.483–1.356	0.422
Nutritional risk (NRS ≥ 3)	2.169	1.313–3.582	0.002
Low performance status (ECOG-PS ≥ 3)	1.444	0.631–3.302	0.384
Charlson Comorbidity index			
Myocardial infarction	0.551	0.232–1.307	0.176
Heart failure	1.222	0.680–2.195	0.503
Peripheral vascular disease	1.094	0.602–1.986	0.768
Cerebrovascular disease	2.209	1.235–3.953	0.008
Dementia	1.100	0.322–3762	0.879
Chronic pulmonary disease	2.276	1.338–3.871	0.002
Rheumatic disease	2.268	1.099–4.683	0.027
Peptic ulcer	1.548	0.671–3.573	0.306
Chronic liver disease	0.717	0.231–2.230	0.566
Diabetes	1.039	0.539–2.003	0.909
Hemiplegia	2.803	0.179–43.861	0.463
Renal disease	1.640	0.752–3.576	0.214
Cancer	1.297	0.778–2.162	0.318

DYSPHAGIE-SCREENING:

EAT-10

(Eating Assessment Tool)

Dysphagie-Screeningbogen

Datum : _____

Persönliche Daten

Name :

Vorname :

Geburtsdatum :

ZIELSETZUNG

Das validierte Dysphagie-Screening-EAT-10-Formular hilft schnell und einfach den Schweregrad der Dysphagie-Symptome zu messen. Behandlungsmöglichkeiten sollten gegebenenfalls mit dem behandelnden Arzt besprochen werden.

ERKLÄRUNG

Füllen Sie den Fragebogen bitte vollständig nach dem folgenden Schema aus:

☐ 0 trifft nicht zu ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 trifft sehr zu

Screening :

- 1 Hat Ihr Bewohner bzw. Patient Schluckbeschwerden, die zu ungewolltem Gewichtsverlust geführt haben?
☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4
- 2 Haben die Schluckbeschwerden Ihres Bewohners bzw. Patienten in der Vergangenheit zu einem Verzicht auf Besuche von öffentlichen Restaurants geführt?
☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4
- 3 Erfordert das Schlucken von Flüssigkeiten von Ihrem Bewohner bzw. Patienten eine besondere Anstrengung?
☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4
- 4 Erfordert das Schlucken von fester Nahrung von Ihrem Bewohner bzw. Patienten eine besondere Anstrengung?
☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4
- 5 Erfordert das Schlucken von Medikamenten (z.B. Tabletten/Dragees) Ihrem Bewohner bzw. Patienten eine besondere Anstrengung?
☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4
- 6 Ist das Schlucken im Allgemeinen für Ihren Bewohner bzw. Patienten schmerzhaft?
☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4
- 7 Ist die Freude am Essen im Allgemeinen für Ihren Bewohner bzw. Patienten durch Schluckbeschwerden beeinträchtigt?
☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4
- 8 Bleibt das Essen während des Schluckvorgangs im Hals Ihres Bewohners bzw. Patienten stecken?
☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4
- 9 Hustet Ihr Bewohner bzw. Patient während dem Essen?
☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4
- 10 Ist das Schlucken für Ihren Bewohner bzw. Patienten anstrengend?
☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4

Addieren Sie anschliessend sämtliche Punktwerte der Fragen aus dem Screeningbogen und tragen Sie die Summe in die Box ein:

Gesamt

Empfehlung nach der Auswertung des Gesamtergebnisses

3 oder mehr Punkte: Möglicher Verlust der Kontrolle über die Dysphagie-Symptome, die therapiert werden können.

Besprechen Sie diesen EAT-Fragebogen mit dem behandelnden Arzt.

2 oder weniger Punkte: Füllen Sie diesen Fragebogen erneut aus, wenn Sie eine Änderung der Dysphagiesymptome feststellen.

Bemerkung: _____

Referenzliteratur: 1. Belafsky PC, Mouadeb DA, Rees CJ, Pryor JC, Postma GN, Allen J, Leonard RJ. Validity and reliability of the Eating Assessment Tool (EAT-10). Annals of Otology & Laryngology 2008; 117 (12): 919-924

Nestlé Suisse SA, HealthCare Nutrition
Entre-Deux-Villes, 1800 Vevey
Infoline: 0848 000 303
Info@medical-nutrition.ch
www.medical-nutrition.ch

 **Nestlé HealthScience**
NOURISHING PERSONAL HEALTH

Screening :

- 1 Hat Ihr Bewohner bzw. Patient Schluckbeschwerden, die zu ungewolltem Gewichtsverlust geführt haben?
☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4
- 2 Haben die Schluckbeschwerden Ihres Bewohners bzw. Patienten in der Vergangenheit zu einem Verzicht auf Besuche von öffentlichen Restaurants geführt?
☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4
- 3 Erfordert das Schlucken von Flüssigkeiten von Ihrem Bewohner bzw. Patienten eine besondere Anstrengung?
☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4
- 4 Erfordert das Schlucken von fester Nahrung von Ihrem Bewohner bzw. Patienten eine besondere Anstrengung?
☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4
- 5 Erfordert das Schlucken von Medikamenten (z.B. Tabletten/Dragees) Ihrem Bewohner bzw. Patienten eine besondere Anstrengung?
☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4
- 6 Ist das Schlucken im Allgemeinen für Ihren Bewohner bzw. Patienten schmerzhaft?
☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4
- 7 Ist die Freude am Essen im Allgemeinen für Ihren Bewohner bzw. Patienten durch Schluckbeschwerden beeinträchtigt?
☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4
- 8 Bleibt das Essen während des Schluckvorgangs im Hals Ihres Bewohners bzw. Patienten stecken?
☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4
- 9 Hustet Ihr Bewohner bzw. Patient während dem Essen?
☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4
- 10 Ist das Schlucken für Ihren Bewohner bzw. Patienten anstrengend?
☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4

Dysphagie-Screening - Dysphagie Schweiz Suisse

DYSPHAGIE SCREENING: TABLETTEN



Please circle the response that indicates how frequently you experience these symptoms.

0 = Never; 1 = Almost Never; 2 = Sometimes; 3 = Almost Always; 4 = Always

1.	Pills stick in my throat	0	1	2	3	4
2.	Pills stick in my chest	0	1	2	3	4
3.	I have a fear of swallowing pills	0	1	2	3	4
4.	My problem swallow pills interferes with my ability to take my medicine	0	1	2	3	4
5.	I can't take my pills without crushing, coating, or using other forms of assistance	0	1	2	3	4

Nativ-Zeltzer N, Bayoumi A, Mandin VP, et al. Validation of the PILL-5: A 5-item patient reported outcome measure for pill dysphagia. Front Surg 2019

DYSPHAGIE-SCREENING

1. Voruntersuchung / Indirekter Schluckversuch

		JA	NEIN
VIGILANZ	Der Patient muss mindestens 15 Minuten wach sein	1 ☐	0 ☐
HUSTEN und/oder RÄUSPERN	Willkürlicher Husten: Der Patient soll zweimal kräftig räuspern <u>oder</u> husten.	1 ☐	0 ☐
SPEICHELSCHLUCK	Mundhygiene durchführen wenn der Mund sehr trocken ist Wenn sich der Patient am Speichel verschluckt dann „nein“ ankreuzen	1 ☐	0 ☐
• Schlucken möglich			
• Drooling	Permanentes Speicheldrooling (Drooling = Austritt von Speichel aus dem Mund)	0 ☐	1 ☐
• Stimmänderung nach dem Speichelschluck?	Gurgelig, röchelnd, feucht Heisere Stimme seit dem Insultgeschehen?	0 ☐	1 ☐
	SUMME:	(5)	
		1 – 4 = Abbruch des Tests s.GUSS-Evaluation 5 = Fortsetzung Teil 2	

2. Direkter Schluckversuch (Material: Wasser, Eindickungsmittel, Teelöffel, Tasse, Spritze, Brot, Keks, Apfelmus)

Reihenfolge	BREIIG→	FLÜSSIG→	FEST
	½ Teelöffel eingedicktes Wasser (IDDSI: Level 3) Wenn keine Symptome dann weitere 3-5 Teelöffel Abbruch sobald eines der 4 Aspirationszeichen auffällig	3, 5, 10, 20 ml Wasser in einer Tasse verabreichen dann 50 ml Wasser (sequentielle Schlucke) Abbruch sobald eines der 4 Aspirationszeichen auffällig	Ein trockenes Brot ohne Rinde und/oder ein Stück Keks (max. 1,5cm x 1,5cm) Abbruch sobald eines der 4 Aspirationszeichen auffällig
SCHLUCKAKT			
▪ Schlucken nicht möglich	0 ☐	0 ☐	0 ☐
▪ Verzögerter Schluckakt (Breiig, Flüssig > 2 sec. Festes > 10 sec.)	1 ☐	1 ☐	1 ☐
▪ Schlucken erfolgreich	2 ☐	2 ☐	2 ☐
HUSTEN (unwillkürlich) <i>(Vor, während und nach dem Schlucken, bis 3 Minuten später)</i>			
▪ Ja	0 ☐	0 ☐	0 ☐
▪ Nein	1 ☐	1 ☐	1 ☐
DROOLING			
▪ Ja	0 ☐	0 ☐	0 ☐
▪ Nein	1 ☐	1 ☐	1 ☐
STIMMÄNDERUNG <i>(Vor und nach dem Schluck auf die Stimme hören- Patient soll „Ohhh“ sprechen)</i>			
▪ Ja	0 ☐	0 ☐	0 ☐
▪ Nein	1 ☐	1 ☐	1 ☐
	SUMME: (5)	(5)	(5)
	1 – 4 = Abbruch des Tests s.GUSS-Evaluation 5 = Fortsetzung Flüssig	1 – 4 = Abbruch des Tests s.GUSS-Evaluation 5 = Fortsetzung Fest	
SUMME: (Indirekter und direkter Schluckversuch) _____ (20)			

G U S S

(Gugging Swallowing Screen)

1. Voruntersuchung / Indirekter Schluckversuch

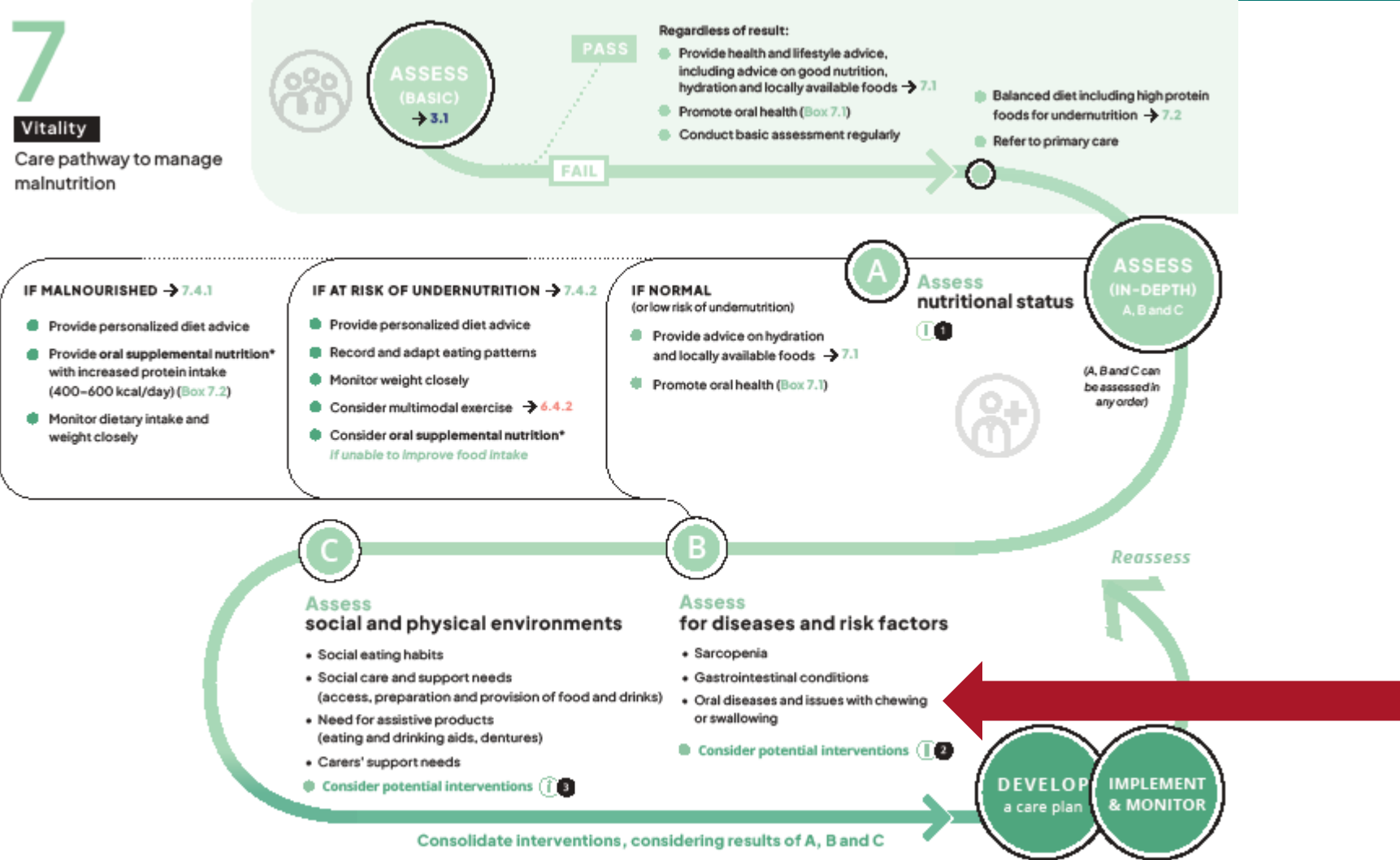
		JA	NEIN
VIGILANZ	Der Patient muss mindestens 15 Minuten wach sein	1 ☐	0 ☐
HUSTEN und/oder RÄUSPERN	Willkürlicher Husten: Der Patient soll zweimal kräftig räuspern <u>oder</u> husten.	1 ☐	0 ☐
SPEICHELSCHLUCK	Mundhygiene durchführen wenn der Mund sehr trocken ist Wenn sich der Patient am Speichel verschluckt dann „nein“ ankreuzen	1 ☐	0 ☐
• Schlucken möglich			
• Drooling	Permanentes Speicheldrooling (Drooling = Austritt von Speichel aus dem Mund)	0 ☐	1 ☐
• Stimmänderung nach dem Speichelschluck?	Gurgelig, röchelnd, feucht Heisere Stimme seit dem Insultgeschehen?	0 ☐	1 ☐
	SUMME:	(5)	
		1 – 4 = Abbruch des Tests s.GUSS-Evaluation 5 = Fortsetzung Teil 2	

Dysphagie-Screening - Dysphagie Schweiz Suisse



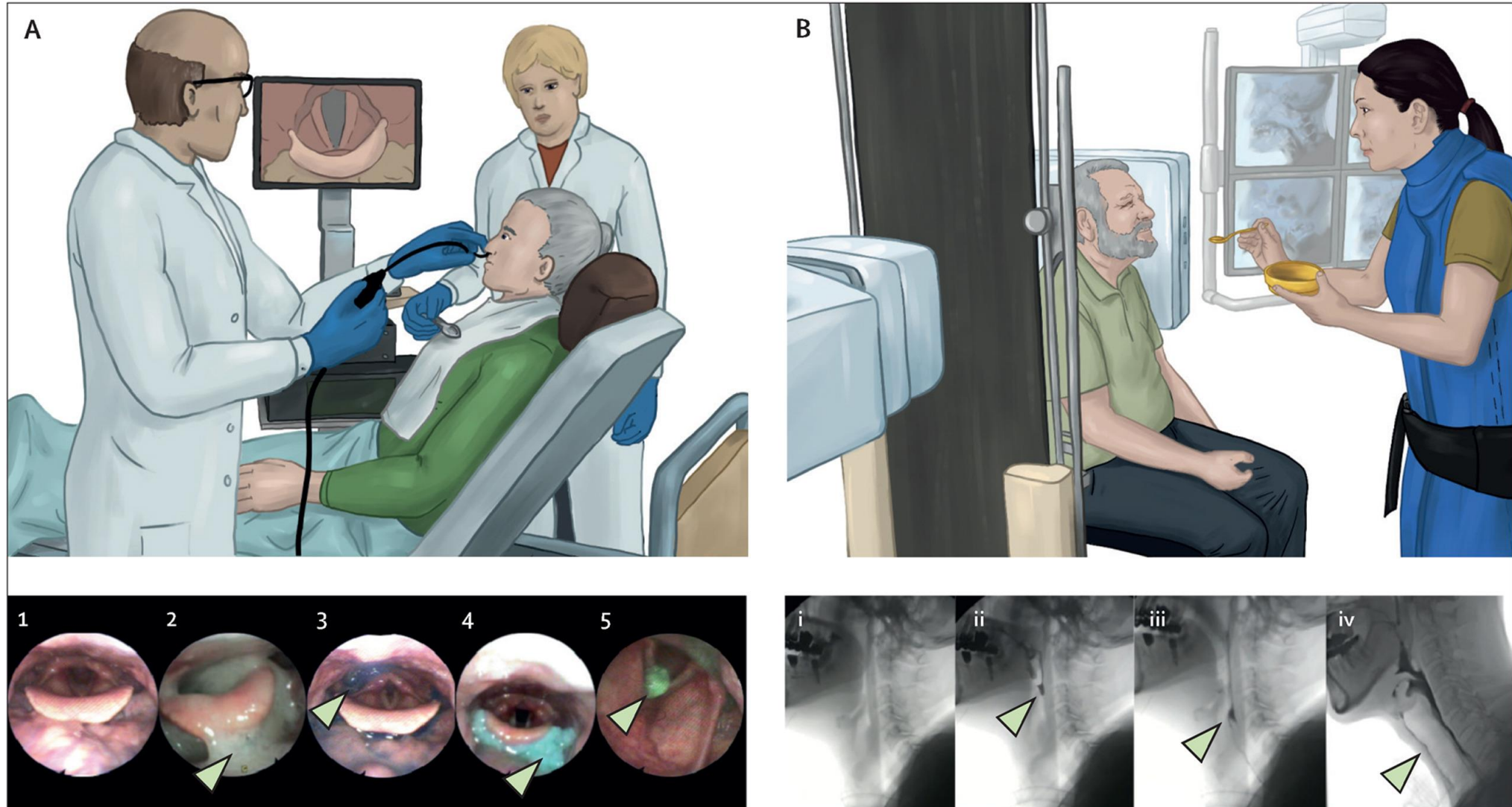
7

Vitality
Care pathway to manage malnutrition



World Health Organization

Dysphagie Assessment nach Stroke: State of the Art



Labeit B, Michou E, Hamdy S, Trapl-Grundschober M, Suntrup-Krueger S, Muhle P, Bath PM, Dziewas R. The assessment of dysphagia after stroke: state of the art and future directions. *Lancet Neurol.* 2023 Sep;22(9):858-870. doi: 10.1016/S1474-4422(23)00153-9. PMID: 37596008.

Factors affecting aspiration pneumonia

Behavioral and demographic factors

- age
- dysphagia
- dependence for feeding
- dependence for oral care
- tube feeding
- smoking
- number of medications
- Poor oral hygiene/decayed teeth
- the use of a feeding tube
- bedfast status

Medical factors

- COPD
- polypharmacy
- congestive heart failure
- depressed consciousness/delirium
- multiple medical diagnoses
- weight loss
- urinary tract infection
- medical immobility
- impaired locomotion



Bacterial Pathogens

- Streptococci
- *Corynebacterium* species
- anaerobes
- *Staphylococcus aureus*
- *Klebsiella pneumoniae*
- *Escherichia coli*
- *Pseudomonas aeruginosa*
- *Streptococcus pneumoniae*
- *Haemophilus influenzae*

Pathogenesis and risk factors for the development of pneumonia after macroaspiration

Risk Factors

Impaired swallowing

Esophageal disease: dysphagia, cancer, stricture

Chronic obstructive pulmonary disease

Neurologic diseases: seizures, multiple sclerosis, parkinsonism, stroke, dementia

Mechanical ventilation extubation

Impaired consciousness

Neurologic disease: stroke

Cardiac arrest

Medications

General anesthesia

Alcohol consumption

Increased chance of gastric contents reaching the lung

Reflux

Tube feeding

Impaired cough reflex

Medications

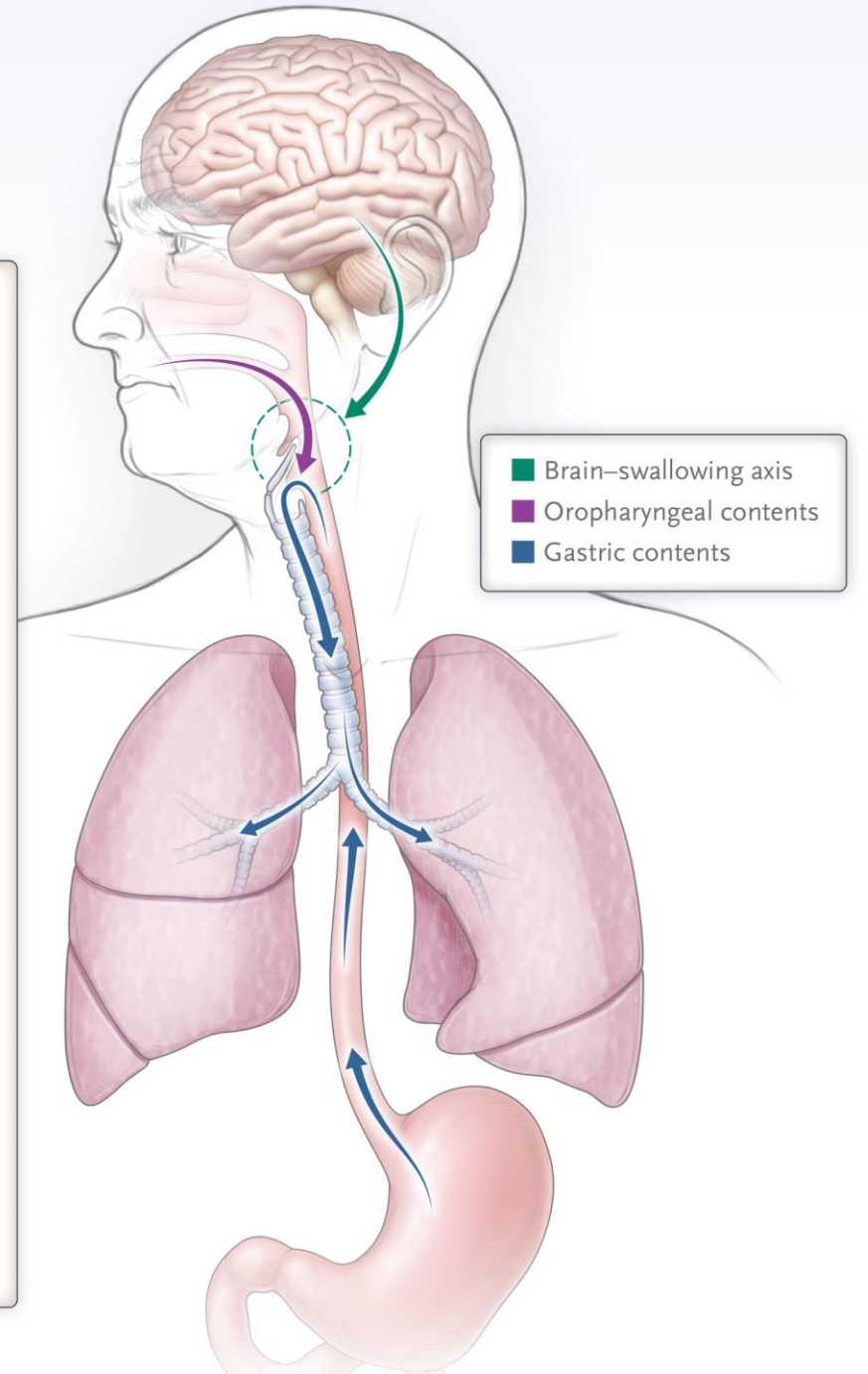
Alcohol

Stroke

Dementia

Degenerative neurologic disease

Impaired consciousness



MUND- UND ZAHNREINIGUNG

Empfehlung 40: Bei Patienten mit neurogener Dysphagie sollte zur Reduktion des Pneumonierisikos eine gute Mundgesundheit etabliert und ggf. eine konsequente Mundhygiene durchgeführt werden.



RISIKO FÜR ASPIRATIONS-PNEUMONIE

Mundgesundheit		Aspiration		Immunsystem		Risiko für Aspirations-pneumonie
gut	+	nein	+	gut	➔	
schlecht	+	nein	+	gut	➔	
schlecht	+	nein	+	reduziert	➔	
gut	+	ja	+	gut	➔	
schlecht	+	ja	+	gut	➔	
gut	+	ja	+	reduziert	➔	
schlecht	+	ja	+	reduziert	➔	

LEITLINIE DYSPHAGIE: DIÄTETISCHE INTERVENTIONEN – ANDICKEN VON FLÜSSIGKEITEN

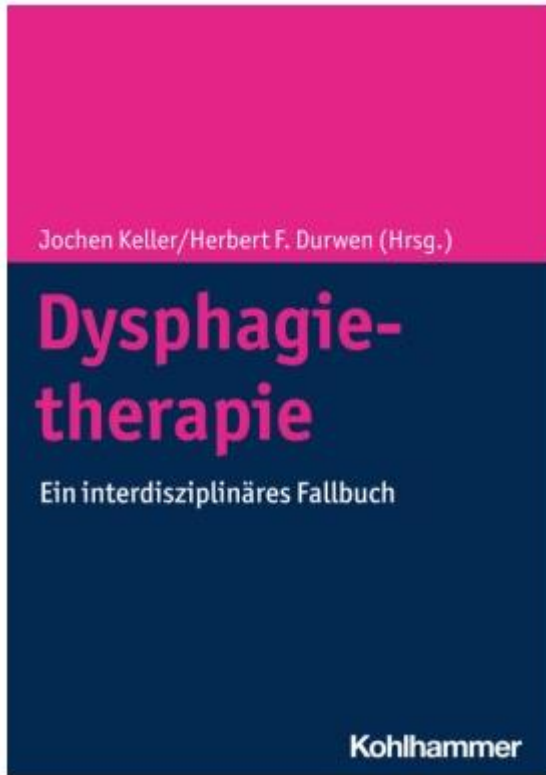
Empfehlung 29: Texturmodifizierte Kost, angedickte Flüssigkeiten und/oder systematische Veränderungen der Bolusgröße sollten nur nach entsprechenden Befunden einer individuellen Schluckuntersuchung verordnet werden.

AWMF (Deutscher Dachverband)
Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen
Medizinischen Fachgesellschaften

Empfehlung 30: Das Andicken von Flüssigkeiten kann bei Patienten mit neurogener Dysphagie eingesetzt werden, die Aspirationen bei Flüssigkeiten zeigen.

Empfehlung 33: Trotz des Einsatzes von texturmodifizierter Kost und angedickter Flüssigkeit weisen Patienten mit neurogener Dysphagie ein erhöhtes Risiko für Malnutrition, Dehydratation und Aspirationspneumonien auf und sollten daher im Hinblick auf diese Komplikationen überwacht werden.

Empfehlung 31: Um die Patientencompliance zu verbessern, sollten unterschiedliche Andickungsmittel angeboten und getestet werden.



W. Kohlhammer GmbH, Stuttgart (2024)
ISBN 978-3-17-041776-2

Funktionelle Dysphagie Therapie

Restituierend-übende Verfahren

- Stimations- und Mobilisationstechniken (inkl. Muskelfunktionsübungen (PT))
 - vorbereitende Stimulationen (z.B. taktile und thermale Reizapplikation)
 - gezielte Mobilisationstechniken (z.B. geführte Bewegungen) + autonome Bewegungsübungen

Adaptive Verfahren

- Modifikation der Nahrungskonsistenz (Pürieren fester Konsistenzen, Andicken von Flüssigkeiten)
- verschiedene Ess- und Trinkhilfen (spezielle Trinkbecher oder Bestecke)
- Externe Unterstützung der Nahrungsaufnahme oder entsprechende Platzierung der Nahrung im Mundraum (z.B. auf die nicht betroffene Zungenseite!)

Kompensatorische Verfahren

- Haltungsänderungen, spezielle Schlucktechniken, -manöver (während Nahrungsaufnahme), z.B. Kopfanteflexion, Kopfrotation

Supraglottisches Schlucken

- «Atmen Sie bewusst ein, halten die Luft an und schlucken mit angehaltener Luft, direkt nach dem Schlucken räuspern und noch mal schlucken ohne nachzuatmen»

«Texturmodifiziert» (pürierte) Kost

unter Beimischung von Nahrungssupplementen

- Dickflüssige, angereicherte Suppen
- Angereicherter Kartoffelstock
- (Protein-) angereicherte Dessert Mousse
- Pürierte Kost, in Formen aufbereitet (PH, Spitäler)

**Angesichts der reduzierten Volumenzufuhr:
Erhöhte Nährstoff- und Energiedichte**



EINDICKUNGSMITTEL



Basis Xanthan

Klumpenfreies
Andicken



Bleibt klar



Basis Maisstärke

Erhitzbar > 80°
Stabil nach auftauen

International Dysphagia Diet Standardisation Initiative; IDDSI (2013)

- 8 Kost-Stufen hinsichtlich Textur (Nahrungskonsistenz und Flüssigkeitsstufen)

ÄRZTLICHE VERORDNUNG FÜR EINDICKUNGSMITTEL

☐ Abholung über lokale Apotheke

☐ Versand via HomeCare

drucken

ANGABEN ZUR PATIENTIN / ZUM PATIENTEN

Vorname / Name

Adresse

PLZ / Ort

Geburtsdatum

Krankenkasse

Vers.-Nr

DAUERREZEPT ☐

☐ 3 Monate ☐ 6 Monate ☐ 9 Monate ☐ 1 Jahr

PRODUKT (bitte ankreuzen)

☐ **ThickenUP® clear** neutrales Pulver, klar & Amylase resistent
125g Dose (= 52 Portionen*)

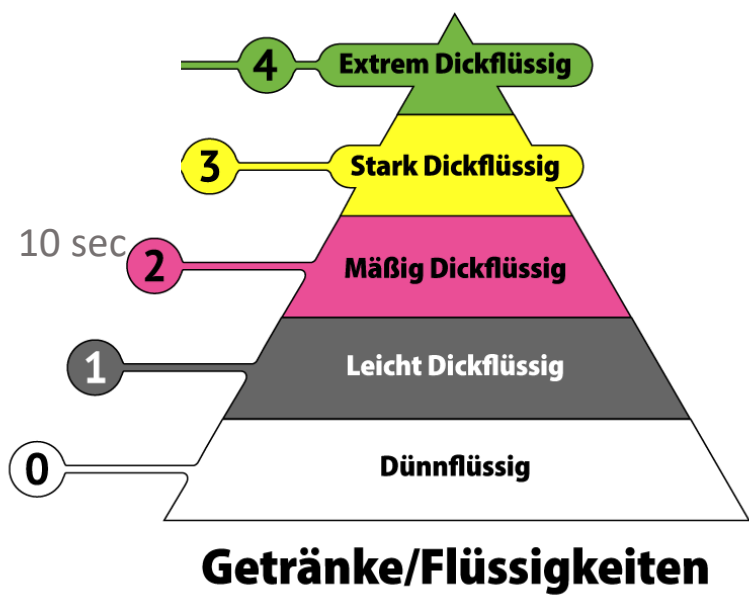
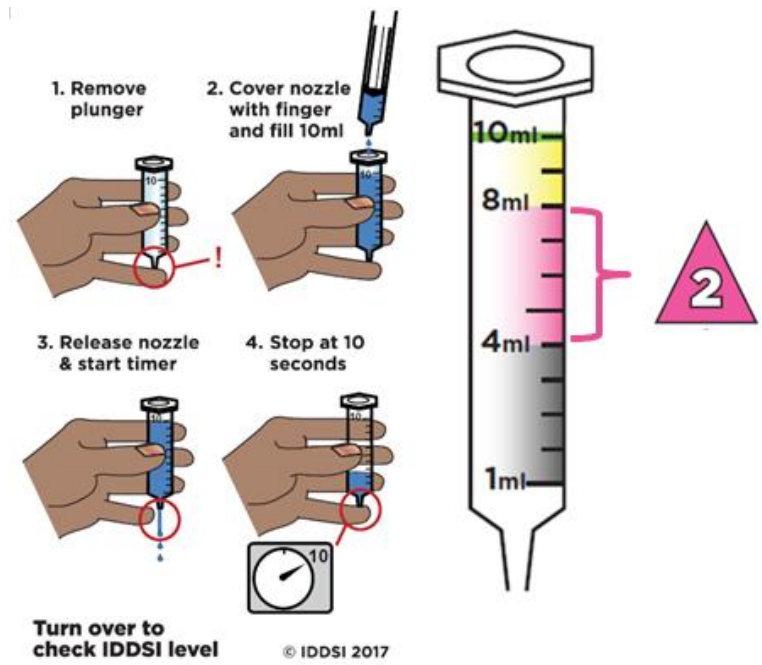
☐ **ThickenUP® clear** neutrales Pulver, klar & Amylase resistent
900g Dose (= 375 Portionen*)

☐ **ThickenUP® clear** praktisch für unterwegs (evtl. Selbstkostenanteil)
Sticks – 24 x 1,2 g (= 12 Portionen*)

☐ **ThickenUP®** ideal zum Andicken von Suppen & pürierten Speisen (evtl. Selbstkostenanteil)
227g Dose (= 25 Portionen*)

☐ **ThickenUP® Gel Express** einfache & garantiert Klumpen freies Andicken, Amylase resistent (evtl. Selbstkostenanteil)
450ml Flasche (= 36 Portionen*)

IDDSI - INTERNATIONAL DYSPHAGIE DIET STANDARDISATION INITIATIVE



EINDICKUNGSMITTEL

ÄRZTLICHE VERORDNUNG FÜR EINDICKUNGSMITTEL

☐ Abholung über lokale Apotheke

☐ Versand via HomeCare

drucken

ANGABEN ZUR PATIENTIN / ZUM PATIENTEN

Vorname / Name

Adresse

PLZ / Ort

Geburtsdatum

Krankenkasse

Vers.-Nr

DAUERREZEPT

3 Monate

6 Monate

9 Monate

1 Jahr

PRODUKT

☐ ThickenUP® clear

neutrales Pulver, klar & Amylase resistent

125g Dose (= 52 Portionen*)

☐ ThickenUP® clear

neutrales Pulver, klar & Amylase resistent

900g Dose (= 375 Portionen*)

☐ ThickenUP® clear

praktisch für unterwegs (evtl. Selbstkostenanteil)

Sticks – 24 x 1,2 g (= 12 Portionen*)

☐ ThickenUP®

ideal zum Andicken von Suppen & pürierten Speisen (evtl. Selbstkostenanteil)

227g Dose (= 25 Portionen*)

☐ ThickenUP® Gel Express

einfache & garantiert Klumpen freies Andicken, Amylase resistent (evtl. Selbstkostenanteil)

450ml Flasche (= 36 Portionen*)

International Dysphagia Diet Standardisation Initiative; IDDSI (2013)

- 8 Kost-Stufen hinsichtlich Textur (Nahrungskonsistenz und Flüssigkeitsstufen)

Kosten-Rückerstattung (MiGel):

Ärztliches Rezept erforderlich mit Angabe Eindickungsgrad und Portionen pro Tag.

Die Vergütung findet pro Portion statt, welche nach IDDSI definiert ist, um 200 ml Wasser nach Konsistenz-Level 2 (mässig dickflüssig, fließt von einem Löffel) einzudicken.

1 Portion = 2 dl:

«ThickenUp Gel Express 450 ml, 2 dl IDDSI 2, täglich 2-2-2».

Dies wäre für 1.2 L/Tag (= 5 Flaschen pro Monat)

- ↓ Aspiration
- Beitrag zur Flüssigkeitsversorgung
- Einfach und kostengünstig



- Risiko für postdeglutative Residuen ↑
- Risiko für Deydratation ↑
- Durstillung unzureichend
- Lebensqualität ↓

Aspirationspneumonie:

- Bei Demenz/Parkinson kein Unterschied Andicken vs. Kinn-zur-Brust-Manöver
- Alternative/Ergänzung zur Viskositätsanpassung:
Bolusvolumens ≤ 5 ml niedrigeres Risiko als ≥ 10 ml

Auswirkung der Flüssigkeitskonsistenz auf das Risiko einer Penetration/ Aspiration in die Luftwege: eine Bayes'sche Analyse von zwei grossen Datensätzen

Borders James C and Steele Catriona M., Front. Rehabil. Sci., 23 Feb 2024

Methoden: Die Analyse erfolgte auf der Basis von zwei früheren Datensätzen. D1 umfasste 678 Erwachsene mit Verdacht auf Dysphagie (289 Frauen; Durchschnittsalter 69 Jahre). D2 umfasste 177 Erwachsene (94 Frauen; Durchschnittsalter 54 Jahre), von denen 106 völlig gesund waren und 71 einen Verdacht auf Dysphagie hatten. Alle Teilnehmer unterzogen sich einer Videofluoroskopie mit Schluckversuchen über ≥ 3 Boli von dünnflüssigem Barium sowie von mit Xanthan angedicktem Barium in leichter, mittlerer und dicker Konsistenz. D2-Teilnehmer schluckten ebenfalls Versuchsboli mit leicht verdicktem flüssigem Barium.

Ergebnisse:

Gesamtwahrscheinlichkeit einer Penetration/Aspiration bei PAS > 2

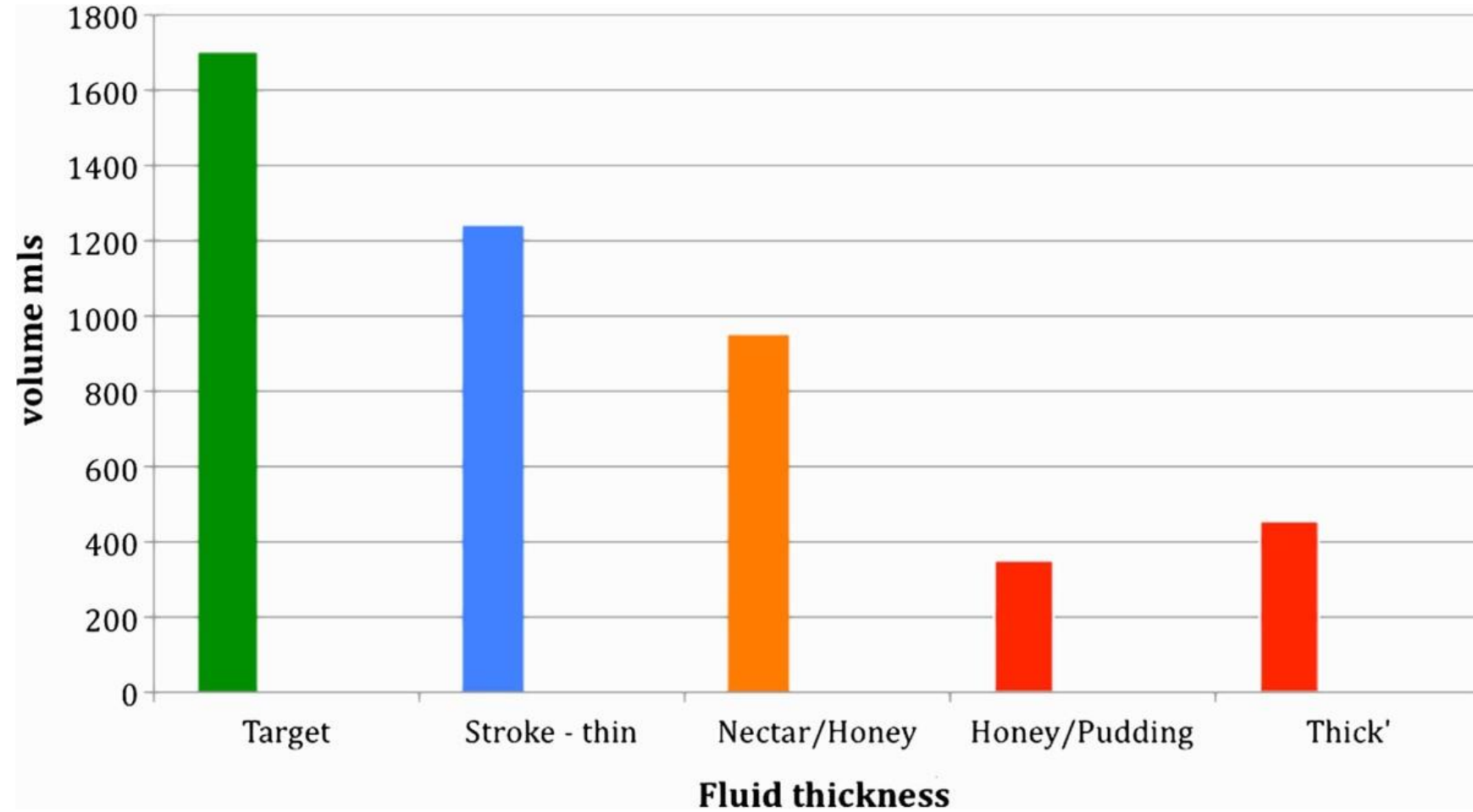
n = 855

Konsistenz	Wahrscheinlichkeit	95% CI
Dünnflüssig	11.55%	8.32, 13.13
Leicht angedickt / IDDSI 2	4.25%	3.08, 5.68
Moderat angedickt / IDDSI 3	1.53%	1.04, 2.11
Stark angedickt / IDDSI 4	0.66%	0.26, 1,23

EINDICKEN + TRINKMENGE

Gründe für geringere Trinkmenge

- Magenentleerung↓
- Sättigung↑
- Kleinere Menge pro Schluck
- Veränderte Sensorik
«körnig» oder «gummig»
- Abhängigkeit Zubereitung



- Ausgewählte Patienten
- nur Wasser, «Eis-Chips»
- nur zwischen den Mahlzeiten
- vor jedem Trinken Mundpflege
- evtl. nur unter Supervision



Dysphagia (2017) 32:345–361
DOI 10.1007/s00455-016-9761-3

ORIGINAL ARTICLE

Implementing the Free Water Protocol does not Result in Aspiration Pneumonia in Carefully Selected Patients with Dysphagia: A Systematic Review

Anna Gillman¹  · Renata Winkler² · Nicholas F. Taylor³

Implementation and Analysis of a Free Water Protocol in Acute Trauma and Stroke Patients

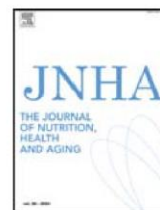
Helen Kenedi, MS, CCC-SLP

CriticalCareNurse Vol 39, No. 3, JUNE 2019



Contents lists available at ScienceDirect

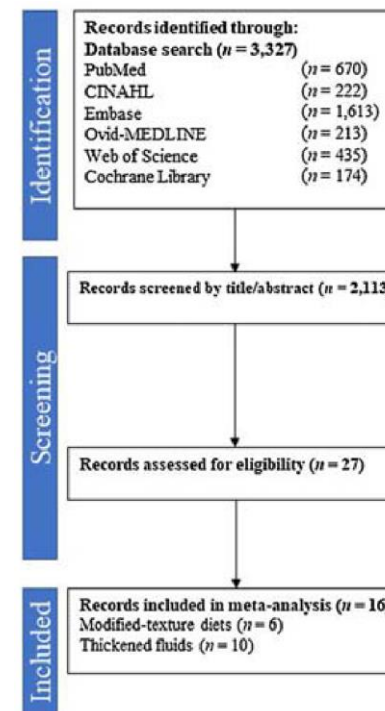
The Journal of Nutrition, Health and Aging

journal homepage: www.elsevier.com/locate/jnha

Original Article

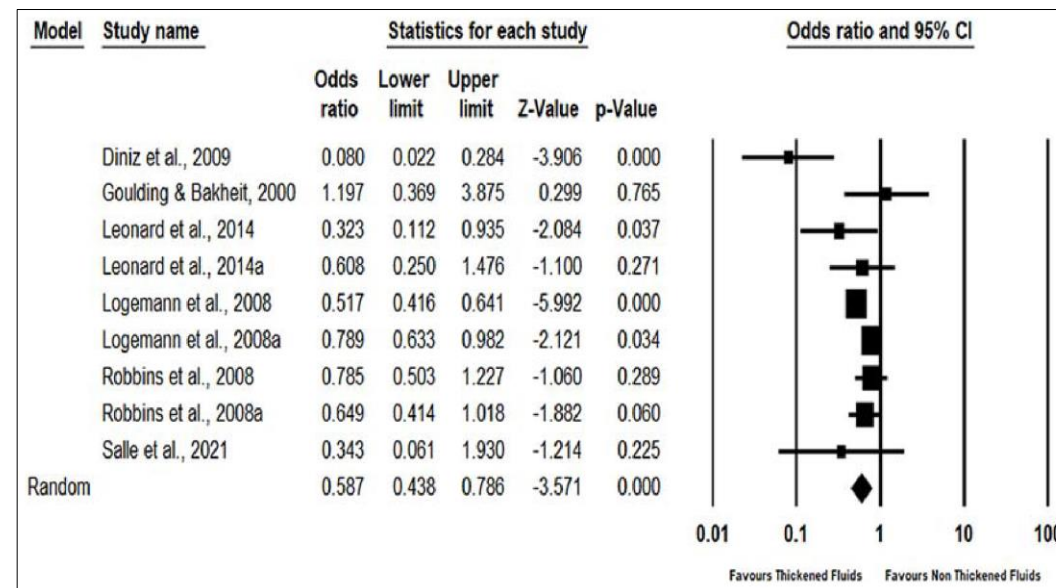
Effectiveness of diet modification on dietary nutrient intake, aspiration, and fluid intake for adults with dysphagia: a meta-analysis of randomized controlled trials

Yu-Hao Chu^a, Jane C-J Chao^{a,b,c,*}



Bei Patienten mit Dysphagie:

- Textur-modifizierte Ernährungsformen erhöhten Zufuhr von Energie und Protein
- Andickung von Flüssigkeiten reduzierten das Aspirationsrisiko
- Angedickte Flüssigkeiten kombiniert mit freiem Wasser Protokoll erhöhte die Flüssigkeitszufuhr





Danke !

Prof. Reto W. Kressig
reto-w.kressig@unibas.ch