

Kindliche Fütterstörungen



Editorial

En Guete mitenand!



Myriam Schnider
RedaKo

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

«En Guete mitenand» – das wünscht man sich an vielen Familientischen. Neben der Sicherung unseres Überlebens steht die tägliche Nahrungsaufnahme auch fundamental für den Genuss und das soziale Miteinander. Diese Erfahrungen gehen in Familien von Kindern, die unter einer Fütterstörung leiden, oft verloren. Wir Logopäd:innen spielen in den multiprofessionellen Teams, welche diese Kinder und ihre Angehörigen auf dem Weg zum genussvollen Essen begleiten, eine zentrale Rolle.

In diesem Heft geben wir der Mutter eines betroffenen Kindes die Gelegenheit, aus ihrem Alltag zu erzählen. Fachpersonen gehen in mehreren Schwerpunktartikeln auf verschiedene Aspekte von kindlichen Fütterstörungen ein. So rüsten uns Margarete Bolte, Simone Odenheimer und Corinne Légeret in einem Überblick zu Terminologie, Definition und Behandlungsmöglichkeiten mit dem grundlegenden Wissen zur Thematik aus und Sandra Bergmann informiert spezifisch über Trinkschwäche bei Säuglingen. Der Beitrag von Susanne Renk veranschaulicht sieben bedeutsame Essensregeln und deren Umsetzung im Alltag. Ergänzt werden diese ausführlichen Artikel von kurzen Einblicken in die verschiedenen Therapien mit betroffenen Kindern – zum Beispiel im stationären Setting oder in der Kochgruppe.

Ich wünsche euch eine genussvolle Lektüre!

Herzlich
Myriam Schnider

Impressum

**DLV-AKTUELL
HERAUSGEBER** Bulletin des Deutschschweizer Logopädinnen- und Logopädenverbandes
DLV, Grubenstrasse 12, 8045 Zürich, T 044 350 24 84,
info@logopaedie.ch, www.logopaedie.ch

REDAKTION Endredaktion: Silja Schönenberger
Redaktionelle Mitarbeit: Anika Helfer, Katja Meyer, Jasmin Over,
Silja Schönenberger, Sarah Stooss, Edith Lüscher

GESTALTUNG Kaspar Thalmann

FOTOS / QUELLEN Titelbild: © Adobestock
Weitere Fotos von den Verfasser:innen zur Verfügung gestellt

DRUCK SWS Medien AG Print, Sursee

ERSCHEINUNG viermal jährlich

AUFLAGE 2000 Exemplare

HINWEIS Beiträge von fremden Autor:innen müssen sich nicht mit der Meinung des DLV decken. Werbebeilagen /Flyer stellen keine Empfehlungen des DLV dar.

LOB UND KRITIK Mail an die Redaktion: info@logopaedie.ch

Vorschau

Die nächste Nummer erscheint
im Dezember 2023 zum Thema
«Positionierung der Logopädie /
Tag der Logopädie»

«Er ass lange nur glattpürierten Brei.»



Leon* ist fünf Jahre alt und verfügt über eine aussergewöhnliche Wahrnehmung verschiedener Sinne. Dies zeigt sich in einer sensorischen Nahrungsaversion und einer Hypersensibilität auf der Hautoberfläche. Seine Erfahrungen im Mund und auf der Haut sind viel intensiver als bei den meisten Menschen. Leons Mutter schildert im Interview, wie der Alltag mit Leon aussieht und welche Herausforderungen und Freuden die Eltern mit ihm erleben.

Wann fielen Ihnen Leons Schwierigkeiten bezüglich des Essens auf? Wie hat sich das im Alltag gezeigt als Leon noch ein kleines Kind war?

Wir bemerkten schon früh, dass Leon wenig bis kein Interesse an verschiedenen Lebensmitteln zeigte und sich kaum etwas in den Mund steckte, um es zu erforschen. Deutlich und auch belastend wurde die Situation bei der Umstellung von Brei auf feste Nahrung. Kleine Gemüse- oder Fruchtstücke im Brei verursachten bereits Würgen oder gar Erbrechen. Verschiedene Konsistenzen und Viskositäten gleichzeitig im Mund zu erfahren, überforderten ihn. Er ass lange nur glattpürierten Brei und trank dazu Milch und Wasser. Auch die Dauer eines Essens war aussergewöhnlich lange, teilweise bis zu anderthalb Stunden für einen einfachen Brei. Wir haben das Thema schon früh mit dem Kinderarzt aufgenommen und knapp vor Leons zweitem Geburtstag eine mehrtägige stationäre Abklärung im Kinderspital vollzogen. Dabei wurden u.a. alle wichtigen Blutwerte überprüft und eine mögliche Schluckstörung oder psychische Ursachen ausgeschlossen. In der Folge erhielten wir Unterstützung durch eine Logopädin und eine Ernährungsberaterin des Kinderspitals.

*Name geändert

Welche Herausforderungen galt und gilt es insbesondere zu meistern?

Leon war nie untergewichtig oder sah unterernährt aus, was mit zeitweise belastendem Aufwand unsererseits verbunden war und immer noch ist. Er ist zwar sehr schlank, sieht aber gesund aus. Diese Tatsache reduziert teilweise das Verständnis unseres Umfeldes. Die sicherlich gut gemeinte Aussage «Er wird schon essen, wenn er Hunger hat», haben wir unzählige Male gehört. Leon kann aber nur das essen, was ihn sensorisch nicht überfordert. Ein Restaurantbesuch, Ausflüge, Kindergeburtstage und Einladungen sind immer mit Planung und Organisation verbunden. Vor dem Restaurantbesuch konsultieren wir z.B. die Webseite des Restaurants oder rufen an, um abzuklären, ob die Speisekarte auch etwas für Leon zu bieten hat. Wir stellen sicher, dass wir etwas zu essen für ihn dabei haben, wenn wir eingeladen sind oder einen Ausflug machen.

Da wir Leon möglichst frei von Stigmata aufwachsen lassen wollen, klären wir das Umfeld selektiv und generell nur dann auf, wenn wir es als notwendig erachten. Wir stossen dabei nicht überall auf Verständnis und Unterstützung und oft nimmt es Kraft und Mut in Anspruch, für die Bedürfnisse unseres Kindes einzustehen und nötige

Veränderungen herbeizuführen. So ging z.B. die logopädische Betreuung beim Kindergarteneintritt vom Kinderspital an den Kindergarten über. Die logopädische Therapie im Kindergarten war jedoch nicht optimal für Leon und innert eines halben Jahres waren die Fortschritte der vergangenen zwei Jahre verpufft. Mit viel administrativem und zeitlichem Aufwand konnten wir glücklicherweise erwirken, dass die logopädische Betreuung wieder durch das Kinderspital durchgeführt wird.

Was hat Ihrer Familie geholfen und warum?

In erster Linie hilft die Unterstützung durch eine kompetente Logopädin. Sie zeigt uns Wege auf, wie Essen Spass machen und nicht nur mit Stress und Überforderung in Verbindung gebracht werden kann. Des Weiteren ist es für uns Eltern beruhigend zu wissen, dass Leon alle nötigen Nährstoffe für sein Wachstum erhält. Hier hilft die Ernährungsberaterin mit der Berechnung der aufgenommenen Makronährstoffe aufgrund eines Essprotokolls oder der Kinderarzt mit einem Blutbild. Ausserdem ist die Unterstützung durch die erweiterte Familie und das direkte Umfeld ein wichtiger Faktor. So hatten wir z.B. grosses Glück mit unserer Kita. Die Betreuer:innen stellten sich unglaublich liebevoll auf Leons Bedürfnisse ein und unterstützten ihn angemessen beim Essen. Das und die Dynamik am Tisch mit anderen Kindern führte dazu, dass er grosse Fortschritte erzielte und sich getraute, neue Nahrungsmittel zu probieren. Auch bei seiner Grossmutter scheint er mutiger zu sein und probiert oft etwas Neues. Mir persönlich hat es geholfen, zu verstehen, dass es nicht einfach nur eine Phase ist und dass der «Knopf» nicht irgendwann plötzlich aufgehen wird. Die sensorische Überforderung wird meinen Sohn sein ganzes Leben lang begleiten und viel von ihm abverlangen. Mit unserer Hilfe kann und muss er Strategien entwickeln, um damit umzugehen.

Wie ist die aktuelle Situation?

Leon wird einmal wöchentlich durch eine Logopädin im Kinderspital therapiert und erforscht mit immer mehr Freude und Interesse verschiedene Nahrungsmittel. Er isst nicht alles in der Therapie, aber er setzt sich mit Konsistenzen, Geschmäckern und Gerüchen auseinander – gerade so weit, wie es für ihn möglich ist. Wir arbeiten daran, dass seine Neugierde die Angst und den Ekel vor Neuem übertrifft. Er hilft gerne beim Kochen, Backen und Einkaufen und ist ein glückliches, aufgestelltes Kindergartenkind. Ab und zu kommt es vor, dass er würgt oder erbricht, wenn er anderen beim Essen zusieht, ihn im Mund etwas stört oder wenn er starke Gerüche wahrnimmt. Wir haben jedoch festgestellt, dass dies oft mit einer generellen Überreizung einhergeht und versuchen, mögliche Auslöser früh zu erkennen und zu minimieren. Er akzeptiert mittlerweile genügend Nahrungsmittel, dass sich der Alltag etwas einfacher gestaltet. Früchte, Gemüse, Suppen, Saucen

und gemischte Konsistenzen sind nach wie vor nur äusserst begrenzt auf seinem Speiseplan. Eine der grössten Herausforderungen stellt die auswärtige Verpflegung dar. Mein Mann und ich sind berufstätig und für diejenigen Tage, an denen wir beide arbeiten, mussten wir eine Lösung finden. Das Mittagstisch-Angebot der Schule können wir nicht nutzen, weil es für Leon zu laut ist, zu viele Kinder teilnehmen und das Essen nicht auf seine Bedürfnisse abgestimmt werden kann. Somit mussten wir ein individuelles Betreuungsmodell finden, um sicherzustellen, dass Leon in Ruhe essen kann. Entsprechend sind die Betreuungskosten vergleichsweise hoch.

Generell lässt sich festhalten, dass wir in die Ferien gehen und Ausflüge machen, an Veranstaltungen teilnehmen und Einladungen nachgehen. Wir machen das jedoch alles mit etwas mehr Planungs- und Organisationsaufwand als andere Familien.

Welche Tipps haben Sie für andere betroffene Familien?

- Der wichtigste Tipp ist womöglich, dass man sich professionelle Unterstützung bei Kinderärzt:innen, Logopäd:innen, Ernährungsberater:innen, Psycholog:innen etc. suchen sollte. Ohne Hilfe wird es schwierig, die optimale Therapie zu finden. Hinterfragen Sie jedoch auch die angewandten Ansätze und finden Sie neue Wege, wenn etwas nicht funktioniert. Bleiben Sie generell offen für verschiedene Therapiemöglichkeiten.
- Informieren Sie sich über die Diagnose Ihres Kindes. Lernen Sie zu verstehen, warum es etwas essen kann und etwas anderes nicht.
- Finden Sie eine Balance zwischen dem Essverhalten Ihres Kindes und dem restlichen Familienleben. Es ist wichtig, dass das betroffene Kind die nötige Unterstützung erhält und trotzdem ein intaktes Familienleben möglich ist.
- Involvieren Sie die erweiterte Familie, den Freundeskreis, andere Betreuungspersonen usw., um dem Kind die Gelegenheit zu bieten, sich in einer anderen Dynamik mit den Themen Ernährung und Essen auseinanderzusetzen. Das Kind verhält sich meist ganz anders, wenn Mama und Papa nicht dabei sind.
- Nehmen Sie es nicht persönlich, wenn ihr Kind Ihre Kochkünste nicht zu schätzen weiss. Machen Sie Ihrem Kind keinen Vorwurf und auch sich selbst nicht, wenn Sie Verzweiflung, Angst und Frustration spüren. Wenn es Ihnen zu viel wird, suchen Sie sich professionelle Unterstützung.
- Und zu guter Letzt: Stehen Sie für die Bedürfnisse Ihres Kindes ein, rechtfertigen Sie sich nicht vor anderen, wenn es nicht nötig ist, sondern machen Sie das, was für Ihr Kind richtig ist.

Das Interview führte Myriam Schnider, RedaKo

Wenn das Essen keine Freude macht



Simone Odenheimer

Logopädin, ZEKA,
Ambulatorium Baden

PD Dr. Margarete Bolten

Leitende Psychologin, Säuglings- und Kleinkindpsychosomatik, Spezialsprechstunde Ausscheidungsstörungen, Psychologin IntestTeam und Neonatologie (UKBB)

Dr. med. Corinne Légeret

Pädiatrische Gastroenterologie und Ernährung, Universitäts-Kinderspital beider Basel UKBB

Die Nahrungsaufnahme ist eine der ersten Entwicklungsaufgabe, welche Neugeborene meistern müssen. Dieser Artikel gibt einen Überblick über die Definition und Behandlungsmöglichkeiten von Störungen der Nahrungsaufnahme im interdisziplinären Team.

Die Entwicklung der frühkindlichen Nahrungsaufnahme

Die Nahrungszufuhr stellt aus somatischer Sicht das Überleben des Säuglings sicher, beinhaltet vor allem aber auch interaktionelle Komponenten, welche für den Bindungsaufbau und die soziale Entwicklung relevant sind. Die kindliche Ernährungsform ist der jeweiligen Entwicklungsphase des Kindes angepasst. Sie entspricht seinen Möglichkeiten, bestimmte Nahrungsmittel aufzunehmen und zu verdauen. Neben den organischen Voraussetzungen beeinflussen Kommunikation und das Zusammenspiel zwischen Kind und nährender Umwelt seine funktionelle, motorische, olfaktorische und geschmacksmässige Essentwicklung.

Im Verlauf der Essentwicklung werden Kinder zunehmend unabhängiger von ihren Bezugspersonen. Ein Säugling muss für die Umstellung von reiner Milchnahrung auf Löffelkost mit festen Anteilen verschiedene Fähigkeiten ent-

wickelt haben und er muss neue Nahrungsmittel bezüglich Geschmack und Textur akzeptieren (Chatoor, 2016).

Für die Nahrungsaufnahme und Esskompetenz spielen neben interaktionellen Faktoren zwischen Bindungsperson und Kind reifungsassoziierten Umstände wie beispielsweise die anatomische und kognitive Reife sowie oralmotorische Fähigkeiten und physiologische Regelmechanismen von Hunger und Sättigung eine zentrale Rolle für die Nahrungsaufnahme und die Entwicklung der Esskompetenz. In diesem Zusammenhang sind aber auch Traumatisierungen im Mund-Rachen-Bereich als einschränkende und wenig entwicklungsfördernde Einflussfaktoren zu nennen. Traumatische Erfahrung können Kinder beispielsweise durch forciertes Füttern, Verschlucken und Erbrechen oder aber durch intensivmedizinische Massnahmen machen. In diesem Gefüge kann es zu Störungen der normativen Essentwicklung kommen.

Was sind Fütterstörungen?

In den zurückliegenden Jahren gab es vielfältige Anpassungen bei den Definitionen von Ess- und Fütterstörungen im frühen Kindesalter. So wird die «Fütterstörung im frühen Kindesalter» (F98.2) nach ICD-10 als «eine für das frühe Kindesalter spezifische Störung beim Gefüttertwerden» beschrieben (Remschmidt, Schmidt, & Poustka, 2006). Ausserdem muss es definitorisch beim Kind zu einem Gewichtsverlust bzw. keiner Gewichtszunahme in Abwesenheit anderer psychischer oder organischer Krankheiten kommen. Diese Definition ist in vielerlei Hinsicht problematisch, da sie die anhaltende Unfähigkeit, adäquat zu essen, nur sehr allgemein formuliert. Zum anderen wird eine mangelnde Gewichtszunahme bzw. mangelndes Gedeihen vorausgesetzt. Gedeihstörungen sind jedoch nicht zwangsläufig mit Fütter- und Essstörungen assoziiert. Gedeihstörungen («Failure to thrive») sind ein mögliches Symptom einer Fütter- und Essstörung, aber keine zwingende Voraussetzung für die Vergabe der Diagnose. Manche Kinder mit Fütterstörungen weisen eine mangelnde Gewichtszunahme auf, während andere Kinder trotz Essstörung sehr gut gedeihen. Auch der Ausschluss medizinischer Krankheitsfaktoren muss kritisch bewertet werden. Natürlich müssen alleinige organische Ursachen für eine Fütter- und Essstörung ausgeschlossen werden (z.B. Stoffwechselstörungen, Herzerkrankungen). Es gibt aber Kinder mit organischen Grunderkrankungen (z.B. anatomische Fehlbildungen im Ösophagus, zystische Fibrose), die komorbid eine Fütter- und Essstörung entwickeln, welche trotz erfolgreicher Behandlung der Grunderkrankung nicht verschwindet (Berlin, Lobato, Pinkos, Cerezo, & LeLeiko, 2011; Norman, Zuhlke, Murray, & Morrow, 2022). Neuere Studien (Beighley, Matson, Rieske, & Adams, 2013; Berlin et al., 2011) zeigen wiederholt, dass komorbide psychische Störungen bei Fütter- und Essstörungen sehr häufig sind. Internalisierende (z.B. Angststörungen) und externalisierende Störungen (z.B. ADHS), aber auch Autismus-Spektrumsstörungen gehen häufig mit Fütterstörungen einher.

Eine Neuerung im Klassifikationssystem der Amerikanischen psychiatrischen Gesellschaft (APA), dem Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM 5; 2013) ist, dass es keine Fütterstörung im Säuglings- oder Kleinkindalter mehr gibt. Probleme mit der Nahrungsaufnahme sowohl bei Säuglingen und Kleinkindern als auch bei Erwachsenen werden hier im Rahmen einer Störung mit Vermeidung oder Einschränkung der Nahrungsaufnahme (Avoidant/restrictive food intake disorder; ARFID) klassifiziert. Dabei handelt es sich um eine Ernährungs- bzw. Fütterstörung ohne Gewichts- und Figursorgen (Eddy et al., 2019). Die ARFID ist mit einem signifikanten Gewichtsverlust, signifikantem Nährstoffmangel, Abhängigkeit von Sondennahrung oder einer signifikanten Be-

einträchtigung der psycho-sozialen Funktion verbunden. Nahrungsmittelknappheit, kulturelle Praktiken, Anorexia, Bulimia Nervosa oder körperliche Erkrankungen müssen als Alternativerklärungen für das gestörte Essverhalten ausgeschlossen werden.

Assoziierte Störungsbilder der ARFID werden in drei Subkategorien eingeteilt: Ernährungsstörung aufgrund (a) einer allgemeinen unangemessenen Nahrungsaufnahme, (b) einer eingeschränkten Akzeptanz von Lebensmitteln oder (c) aufgrund einer spezifischen Angst. Sie sind jeweils mit deutlichen Einschränkungen der akzeptierten Nahrungsmittel und der aufgenommenen Nahrungsenergie verbunden (Bryant-Waugh, 2019).

Eine sehr differenzierte Betrachtung frühkindlicher Fütter- und Essstörungen erfolgt in der Diagnostischen Klassifikation DC: 0-5 (ZERO TO THREE: National Center for Infants, 2016). Hier werden Fütterstörungen in zwei Hauptklassen «Essstörung mit Überessen (Overeating Disorder)» und «Essstörung mit Nahrungsverweigerung (Undereating Disorder)» sowie eine Restkategorie (Atypical Eating Disorder) unterteilt. Die Essstörung mit Nahrungsverweigerung entspricht der Frühkindlichen Fütterstörung der ICD-10. Die DC: 0-5 stellt die durchgängige Weigerung altersadäquat zu essen ins Zentrum. Dabei kann altersadäquat vielerlei bedeuten und ist nicht zwangsläufig nur durch eine mangelnde Nahrungsaufnahme bzw. Gewichtszunahme definiert. Vielmehr spricht das DC: 0-5 auch von einer Essstörung, wenn das Kind bestimmte Verhaltensmuster (z.B. fehlendes Interesse am Essen, extrem selektive Nahrungsaufnahme) oder aber auffällige Eltern-Kind-Interaktionen (z.B. Füttern im Schlaf oder mit Ablenkung) beobachtet werden.

Goday et al. (2019) kritisieren in einem Konzeptpapier, dass Fütterstörungen bisher jeweils nur aus der Perspektive einer Disziplin (z.B. Psychiatrie) betrachtet wurden, was zu den bereits oben beschriebenen Problemen der Definition führte. Sie schlagen deshalb den Begriff der «Pädiatrischen Fütterstörungen» (Pediatric feeding disorders, PFDs) vor. Voraussetzung für die Vergabe dieser Diagnose ist eine über mindestens 2 Wochen anhaltende Störung der Nahrungsaufnahme, die mit medizinischen Komplikationen, ernährungsbedingten Dysfunktionen, mangelhaften Essfertigkeiten oder psychosozialen Dysfunktionen assoziiert ist. Die Störung darf nicht aufgrund kognitiver Prozesse, Mangel an Nahrung oder kultureller Normen erklärbar sein.

Eine besondere Form der frühkindlichen Fütter- bzw. Essstörung ist die Sondendependenz (Wilken, Hesse, Jockenhofer, & Pohl, 2022). Von Sondendependenz sprechen wir dann, wenn aufgrund erfüllter medizinischer

Indikation die Sondenernährung beendet werden könnte, der Übergang zu einer ausreichenden oralen Ernährung vom Kind jedoch nicht gemeistert wird. Das Kind wird somit unbeabsichtigt von der ursprünglich nur als vorübergehend geplanten Sondierung ohne weitere medizinische Indikation abhängig. Bei dieser Form der Fütterstörung haben wir es mit einem aktiven Widerstand bzw. starker Abwehr gegenüber oraler Ernährung zu tun, der bei jedem Kontakt mit flüssigen, breiigen und festen Speisen erfolgt. Somit wird die Sondierung bei ausreichender körperlicher und oralmotorischer Funktion allein aufgrund der anhaltenden Nahrungsverweigerung fortgesetzt.

Wie werden Fütterstörungen behandelt?

Notwendige Voraussetzung für eine erfolgreiche Behandlung von Fütter- und Essstörungen in der frühen Kindheit ist eine vorgängige diagnostische Abklärung. Dabei steht neben der allgemeinen Anamnese, der spezifischen Essanamnese und einer pädiatrischen Untersuchung auch die Beobachtung einer oder mehrerer Mahlzeiten durch erfahrene logopädische und psychologische Fachpersonen im Zentrum. Organische Grunderkrankungen sollten durch Spezialist:innen der Neuropädiatrie, pädiatrischen Gastroenterologie, Radiologie und Hals-Nasen-Ohren-Klinik ausgeschlossen und ggf. therapiert werden.

Wegen der Komplexität von Fütter- und Essstörungen ist ein multiprofessioneller Behandlungsrahmen mit verschiedenen Therapiebausteinen notwendig. Es gelten die allgemeinen Grundprinzipien der Therapie bei jungen Kindern. Diese umfassen Entwicklungsberatung und Psychoedukation der Eltern, Eltern-Kind-Interaktionstherapie (möglichst videogestützt) sowie verhaltenstherapeutisch oder psychodynamisch orientierte Behandlungsansätze für die Eltern. Eine absolute Voraussetzung für eine gelingende Behandlung der Fütterstörung ist eine positive Beziehung der Therapeutin zum Kind und seinen Eltern.

Bei leichten, transienten Fütterungsproblemen bei einem gesunden Kind ist meist eine ambulante Behandlung ausreichend. Dabei genügt häufig eine einfache Beratung der Eltern und die Vermittlung von allgemeinen Essensregeln:

Allgemeine Essregeln

1. Essen nur zu festen Mahlzeiten anbieten (3 Haupt- und evtl. 2 Zwischenmahlzeiten)
2. Eltern und Kind essen nach Möglichkeit gemeinsam, das Gleiche
3. Dauer einer Mahlzeit auf ca. 30 Minuten beschränken
4. Zwischen den Mahlzeiten nur Wasser oder ungesüßter Tee, keine anderen Getränke (z.B. Milch, Saft)
5. Während des Essens: neutrale/positive Atmosphäre


(Kein Zwang!!!)

6. Essen nur anbieten, nicht überreden
7. Selbstständiges Essen fördern (z.B. mit Fingerfood)
8. Keine Ablenkung mit Handy, TV oder Spielsachen
9. Kleine Portionen anbieten

Bei schweren, chronifizierten Problemen, sowie bei schweren organischen Begleiterkrankungen oder einer tiefgreifenden Beziehungsstörung ist meist ein stationäres Setting mit einem spezialisierten Behandlungsteam (z.B. Logopäd:innen, Psycholog:innen) indiziert. Der wesentliche Pfeiler der Therapie ist dabei eine Esstherapie durch spezialisierte Therapeuten. Bei Schluck- und Kauschwierigkeiten kann vorgängig ein Kautraining oder orofaziale Stimulation zur Reduktion einer oralen Hyper- bzw. Hyposensitivität notwendig sein. Unter stationären Bedingungen erfolgt ein graduelles Essenstraining durch erfahrenes Pflegepersonal. Eine Tagesstrukturierung der Mahlzeiten, mit Phasen von Nahrungsabstinenz, ist notwendig, um ein Hungergefühl des Kindes zu aktivieren. Videogestützte Psychotherapien speziell in der Essenssituation durchzuführen, ist zentral. Die Aufnahmen werden anschliessend mit den Eltern angeschaut und reflektiert.

Während der gesamten Behandlungsphase ist es zentral, Stress zu vermeiden. Stress stellt für das Kind eine Bedrohung dar und führt deshalb zu Kampf- oder Fluchtverhalten (Abwehr des Essens). Stress kann durch Traumatrigger (z.B. Löffel oder andere Gegenstände, bestimmte Positionen oder Nahrungsmittel) aber auch durch Handlungen während der Therapie (z.B. sehr schnelles oder häufiges Anbieten von Nahrung) ausgelöst werden. Auch Hunger kann ein solcher Stressor sein. Bei der Behandlung von Fütterstörungen ist deshalb darauf zu achten, dass das Kind zwar Appetit erlebt, jedoch nicht durch zu viel Hunger in Stress gerät. Vielmehr bedarf es der Sensitivität des Teams, Stressäusserungen des Kindes frühzeitig wahrzunehmen und Stressauslöser zu vermeiden. Bei Frühkindlichen Fütter- und Essstörungen besteht bei den Eltern oft eine erhebliche psychische Belastung. Deshalb ist über die bereits genannten Therapiebausteine hinaus oft auch eine individuelle psychotherapeutische Begleitung der Eltern wichtig. In diesem Rahmen sollten möglichst frühzeitig Überlastungssymptome aufgefangen und die intuitiven elterlichen Kompetenzen gefördert werden.

Simone Odenheimer, Margarete Bolten, Corinne Légeret

 **Zur Vertiefung:** Bolten, M., Odenheimer, S. & Légeret, C. (2024). Funktionelle Störungen der Nahrungsaufnahme im Kindes- und Jugendalter – Ein Praxismanual. Berlin, Heidelberg: Springer Medizin.

 **Literaturverzeichnis:** siehe logopaedie.ch

Trinkschwäche bei Säuglingen (K)ein Fall für die Kinderschlucktherapie?

Die Trinkschwäche ist ein häufiges Phänomen bei Säuglingen. Umso wichtiger sind die fundierte klinische Schluckuntersuchung, ein erfahrenes und multidisziplinäres Team und ein kind- und familiengerechter Ansatz bei der Begleitung.



Sandra Bergmann
Logopädin, Wissenschaftliche Mitarbeiterin (LMU Klinikum,
Dr. von Haunersches Kinderspital, München) &
Wissenschaftliche Beirätin (KEKS e.V., Stuttgart).

Die Trinkschwäche im Kontext der kindlichen Essentwicklung

Wer sich mit der kindlichen Essentwicklung beschäftigt, der weiss, dass es sich dabei um einen komplexen Prozess handelt, in dem immer wieder Auffälligkeiten auftreten können. Man beschäftigt sich im Kontext der kindlichen Essentwicklung einerseits mit der Entwicklung vom Saugen an der Brust und/oder Flasche, dem Übergang zur Breikost bis hin zum Essen am Familientisch, was innerhalb der ersten beiden Lebensjahre passiert. Auf der anderen Seite setzt man sich auch mit Begriffen wie Schluckstörung, Fütterstörung oder Trinkschwäche auseinander. Die Vielschichtigkeit dieser Probleme und der enge Zusammenhang mit Grunderkrankungen und der allgemeinen Entwicklung des Kindes erfordern einen multiprofessionellen Zugang (Aswathanarayana et al., 2010; Frey, 2011).

Für die Schluckstörung und die Fütterstörung finden sich zwar Definitionen und Klassifikationen (siehe Tabelle 1) (Bartolome, 2014; Limbrock, 2011; Wilken und Jotzo, 2011), die Übergänge sind jedoch fließend und die Abgrenzung oft schwierig (Limbrock, 2011). Eine «simple» Definition fehlt. Noch schwieriger zu finden sind eine klare Definition und Klassifikation bei der sogenannten Trinkschwäche. Dies erstaunt, da sie nicht selten bei Säuglingen beschrieben wird (Biber, 2012; Genz, 2016). Biber (2012) ordnet die Trinkschwäche dabei den oropharyngealen Dysphagien zu. Einigkeit besteht hinsichtlich einer gründlichen und multidisziplinären Abklärung der Trinkschwäche, um in Folge die Familien beraten zu können und ggf. eine weiterführende Therapie einzuleiten.

Trinkschwäche – zwischen Klassifikation und Beschreibung

In der ICD-10 unter der Kategorie «Ernährungsprobleme bei Neugeborenen» (ICD-10: P92.) findet sich die «Trinkunlust beim Neugeborenen» (ICD-10: P92.2). In der Praxis handelt es sich dabei um die bei Neugeborenen und besonders bei Frühgeborenen bekannte Trinkschwäche. Diese äussert sich dadurch, dass die Kinder noch nicht kräftig genug sind überhaupt zu trinken oder so zu trinken, dass ihre Ernährung gewährleistet ist. Die Koordination des Saugens, Schluckens und Atmens – die Königsdisziplin für Säuglinge – und die notwendigen Strukturen selbst sind noch instabil. Häufig betrifft die Instabilität auch das respiratorische System sowie die Regulation von Wachheit, Schlaf, Hunger und Sättigung. Nicht selten zeigen die Kinder im klinischen Setting deshalb eine verminderte Sauerstoffsättigung im Allgemeinen, aber auch bei den Mahlzeiten (Biber, 2011; Genz, 2016). Im Gegensatz zu einer klassischen Dysphagie liegen keine offensichtlichen Auffälligkeiten der Strukturen oder ein erkennbarer Pathomechanismus des Schluckens vor, denn nicht-nährendes Saugen gelingt häufig. Viele der betroffenen Säuglinge brauchen dennoch eine Sicherstellung ihrer Ernährung mittels nasogastraler Sonde zur Überbrückung bis zur Stabilisierung des Trinkens.

Störungsbild	ICD 10 Klassifikation	Ausgewählte Definitionen
Schluckstörung	R13. Dysphagie (Dysphagia) R13.0 Dysphagie mit Beaufsichtigungspflicht während der Nahrungsaufnahme R13.1 Dysphagie bei absaugpflichtigem Tracheostoma mit (teilweise) geblockter Trachealkanüle R13.9 Sonstige und nicht näher bezeichnete Dysphagie	«Der Schluckvorgang wird definiert als Transport von Nahrung, Flüssigkeit, Speichel und Sekret aus der Mundhöhle durch den Rachenraum und die Speiseröhre bis zum Magen. Gestörtes Schlucken wird als Dysphagie bezeichnet.» (Bartolome & Schröter-Morasch, 2014; S 24) «Eine Schluckstörung bezeichnet eine Störung der Kraft, Koordination und Beweglichkeit in einer oder mehreren Schluckphasen.» (Aswathanarayana et al., 2010; S. 13)
Trinkschwäche	P92. Ernährungsprobleme beim Neugeborenen (feeding problems of newborn) P92.2 Trinkunlust bei Neugeborenen (slow feeding in newborn)	«Unter Trinkschwäche fasst man allgemein alle Störungen der Aufnahme von Flüssigkeiten im Säuglingsalter zusammen. Der Begriff «Trinkschwäche» wird bei Neugeborenen mit Trinkproblemen häufig als ein allgemeiner, wenig differenzierter Überbegriff verwendet.» (Schweizerische Gesellschaft für Dysphagie, Konsenspapier, 2019; S. 7) «Unter Trinkschwäche fasst man allgemein alle Störungen der Aufnahme von Flüssigkeiten zusammen, die diagnostisch keine direkte Schluckstörung neuronaler oder organischer Ursache aufweisen.» (Genz, 2016; S. 34)
Fütterstörung	F98. Andere Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend F98.2 Fütterstörung im frühen Kindesalter (feeding disorder of infancy and childhood)	«Der Begriff Fütterstörung beschreibt eine Essverhaltensstörung. Dabei spielt das Verhalten des Kindes, Schwierigkeiten in der Interaktion sowie weitere beschriebene Faktoren [...] eine wesentliche Rolle. Es kann zu Schwierigkeiten vor, während oder nach der Nahrungsaufnahme kommen [...]». (Schweizerische Gesellschaft für Dysphagie, Konsenspapier, 2019; S. 6) «Allgemein umfasst sie Nahrungsverweigerung und extrem wählerisches Essverhalten bei angemessenem Nahrungsangebot einer einigermassen kompetenten Betreuungsperson und in Abwesenheit einer organischen Krankheit» (ICD- Definition von Dilling, Mombour und Schmidt 2004, zitiert in Wilken und Jotzo, 2011; S. 125)

Tabelle 1: **Klassifikationen und Definitionen für Auffälligkeiten beim Essen/Trinken**

Überlegungen zur Diagnostik bei Säuglingen

Die Trinkschwäche ist vor allem bei Neugeborenen und (einst) Frühgeborenen ein Thema. Daher fällt sie klinisch meist während des stationären Aufenthalts nach der Geburt der betroffenen Kinder auf. Dabei ist anzumerken, dass bei Frühgeborenen, die vor der 32. Schwangerschaftswoche zur Welt kommen, stabile Funktionen zur oralen Nahrungsaufnahme noch nicht erwartet werden können. Noch bis zur 34. Schwangerschaftswoche ist das Schluck-Atemmuster unkoordiniert (van den Engel-Hoek, 2017), was eine Feststellung einer Trinkschwäche oder Dysphagie vor diesem Zeitpunkt in Frage stellt. Erst mit zunehmender Reifung und zunehmendem Alter der Kinder erwerben die Frühgeborenen die Voraussetzungen für einen ersten Trinkversuch an der Brust oder Flasche. Bei Biber (2012) findet sich eine sehr gute Entscheidungshilfe hinsichtlich des Zeitpunkts für einen ersten Trinkversuch (siehe Tabelle 2).

Entscheidungskriterien zugunsten eines (logopädischen) Trinkversuchs nach Biber (2012)

Ausreichende Wachheit
Gewisse körperliche Stabilität (ggf. mit Unterstützung)
Würg-, Husten- und Schluckreflex vorhanden
Such- und Saugreflex (zumindest schwach) vorhanden
Non-nutritives Saugen möglich
Speichelschlucken möglich
Ausreichender orofacialer Tonus
Zungen- und Lippenbewegung auf Stimuli vorhanden
Gestationsalter mindestens 30 Wochen bei Frühgeborenen
Gewisses Interesse an Nahrung

Tabelle 2: **Aspekte, die für einen ersten Trinkversuch sprechen**



Grafik 3: Mögliche Stopp-Signale und Stresszeichen beim Säugling

Bleibt die Entwicklung sehr langsam oder ist sie auffällig, ist eine Abklärung der oralen Nahrungsaufnahme durch eine:n erfahrene:n Kinderschlucktherapeut:in zu empfehlen, da sich die pädiatrische Klinische Schluckuntersuchung (pKSU) in den Bereichen orales Angebot, Setting und Einflussfaktoren deutlich von der Schluckdiagnostik im Erwachsenenbereich unterscheidet. Im DACH-Raum kommen die meisten dieser Therapeut:innen aus der Logopädie. Die klinische Schluckuntersuchung in Zusammenschau mit den Erfahrungswerten der Pflegenden, den medizinischen Aspekten des ärztlichen Fachteams und den Beobachtungen der Eltern ermöglicht eine Einschätzung und Beurteilung der Situation – diese interdisziplinäre Zusammenarbeit ist eine Notwendigkeit (Aswathanarayana et al., 2010).

Begleitung und Behandlung einer Trinkschwäche

Wird bei einem Säugling eine Trinkschwäche festgestellt, sollte nach der erfolgten klinischen Schluckuntersuchung in einem nächsten Schritt eine individuelle Empfehlung ausgesprochen werden, die Möglichkeiten aber auch Grenzen einer Oralisierung beschreibt und Fördermöglichkeiten aufzeigt. Bei vielen betroffenen Kindern ist zur Sicherung der Ernährungssituation und zur Vermeidung eines forcierten Trinkens noch die Fortsetzung der (Teil-) Sondierung günstig.

Bezüglich der Oralisierung ist das Anlegen an die Brust besonders hervorzuheben. Neben ersten Geschmackserlebnissen und der Förderung der Oralmotorik ist hier das Bonding zentral. Daneben sind auch weitere positive Einflüsse von Trinkversuchen an der Brust auf Regulation, Allgemeinzustand und Entwicklung des Kindes bekannt (Hopf-Janner, 2011). Wenn die Entscheidung auf Trinkversuche mit der Flasche fällt, sind Sicherheit und Wohlbefinden des Kindes in den Vordergrund zu stellen. Die Sicherheit ist dann gewährleistet, wenn die verabreichte Menge für das Kind handhabbar ist, es zu keinem Ver-

schlucken und damit zu keiner Aspiration kommt, möglichst kein Abfall der Sauerstoffsättigung auftritt und das Kind keinem Stress ausgesetzt ist (van den Engel-Hoek et al, 2017; Shaker, 2013). Stopp-Signale des Kindes sind dabei gut zu beobachten und müssen in jedem Fall beachtet werden (siehe Grafik 3). Ein weiterer wichtiger Aspekt ist das Wohlbefinden des Kindes, da positive Stimuli während des Trinkversuches auch zu vermehrter Bereitschaft und verbessertem Lernen führen. Beides, Sicherheit und Wohlbefinden, lassen sich in der Praxis über die Position des Kindes beim Trinken, die verwendeten Sauger sowie die Art des Fütterns beeinflussen. Das Ziel ist immer ein kind- und signalorientiertes Füttern, in jedem Fall ohne Zwang (Aswathanarayana et al., 2010; Biber, 2012; Shaker, 2013). Auch hier sind die Beratung der Eltern und ein enger Austausch mit den Pflegenden von besonderer Bedeutung, da alle Involvierten die Empfehlungen und Vereinbarungen berücksichtigen sollten.

Wenn in Einzelfällen noch keine Oralisierungsangebote möglich sind, profitieren die Kinder durchaus vom Angebot eines Schnullers oder eines Wattestäbchens mit Muttermilch während der Sondierungsmahlzeit. Zum einen besteht ein positiver Einfluss auf die Sinneswahrnehmung des Hunger-Satt-Musters (Biber, 2012), zum anderen beeinflusst das Nuckeln die Regulation des Kindes bei der Mahlzeit (van den Engel-Hoek, 2017).

Die ersten oralen Angebote erfolgen im Idealfall mit dem/der Kinderschlucktherapeut:in und den Eltern gemeinsam. Die enge Absprache mit dem Stationsteam ist dabei essentiell, um den Rhythmus des Kindes und seine individuellen medizinischen Besonderheiten einzubinden. Die Rücksprachen erfolgen engmaschig mit dem gesamten medizinischen Team, v.a. den Stationsärzt:innen und der Bereichspflege, oft auch mit den behandelnden Physio- und Ergotherapeut:innen. Ein besonders wichtiger Baustein nach der gemeinsamen Implementierung von

Vor 30. Gestationswoche

- Bonding, Anlegen, Känguruhing, Mundpflege mit Muttermilch
- Anleitung und Beratung der Eltern

ab 30./32. Woche

- Bonding, Anlegen, Känguruhing, Mundpflege mit Muttermilch
- gegebenenfalls pädiatrische klinische Schluckuntersuchung
- erste Trinkversuche Stillen/Flasche (falls Flasche: gestützte Seitlage, kleinste Lochgrößen)

ab 32. Woche und darüber hinaus

- signal- und kindorientiertes Füttern
- wann immer möglich durch Eltern/ Bezugspersonen
- Anleitung und Beratung

Grafik 4: Zeitlicher Ablauf und mögliche Schritte bei Trinkschwäche im klinischen Setting

sicheren ersten oralen Angeboten ist die ausführliche Anleitung und Beratung der Eltern (siehe Grafik 4). Es geht weiterhin um Fütterpositionen, die Beobachtung des Kindes und seiner Reaktionen bei den Angeboten, das Beachten von Stoppsignalen und die Fokussierung auf ein angenehmes Setting. Das Ziel ist immer, den Eltern so viel Sicherheit wie möglich zu geben, damit die Oralisierung – wo möglich – durch sie erfolgen kann. So werden Bindung, Beziehung und Kommunikation zwischen Eltern und Kind gefördert. Nur in Einzelfällen bedarf eine Trinkschwäche klassischer logopädischer Therapie im Sinne von manuellen Techniken. Diese sollten v.a. im Früh- und Neugeborenenbereich immer mit Bedacht und enger Indikationsstellung eingesetzt werden.

Zusammengefasst ist die Trinkschwäche im besten Fall eine schwierige Übergangszeit im Rahmen der Entwicklung eines frühgeborenen und/oder neugeborenen Kindes. Entscheidend sind eine multidisziplinäre Abklärung, eine klare Empfehlung und die Orientierung an Sicherheit, Signalen und positiven Erfahrungen des Kindes. Es braucht ein erfahrenes Team, eine pädiatrische klinische Schluckuntersuchung und eine frühe, vor allem familienorientierte und individuelle Elternanleitung und Beratung. In Einzelfällen ist eine spezifische Schlucktherapie sinnvoll, wobei das Angebot eines schnell erreichbaren therapeutischen Backups über den stationären Rahmen hinaus überaus wertvoll sein kann.

Sandra Bergmann

 **Literaturverzeichnis:** siehe logopaedie.ch



Sobald wie möglich, sollten erste Anlegeversuche erfolgen (©sbergm)



Der Schnuller wird in Zeiten der Vollsondierung zum therapeutischen Werkzeug bei den Mahlzeiten (©sbergm)

Wie Babys und Kleinkinder (wieder) gute Esser werden

«Sieben Silberne Essensregeln»



Susanne Renk

Susanne Renk, Logopädin, Universitätsklinik Münster, Klinik für Kinder- und Jugendmedizin
Allgemeine Pädiatrie – Sozialpädiatrisches Zentrum, Bereich Psychosomatik

Die Diagnose Fütterstörung findet sich bei ess-schwierigen Babys und Kindern verschiedenen Alters. Essen oder Nicht-Essen ist etwas hoch Emotionales, nirgendwo sonst kommen Tag für Tag so viele Emotionen im wahrsten Sinne des Wortes «frisch auf den Tisch». Enttäuschung, Ärger, Sorge, Verzweiflung oder Wut führen zu dysfunktionalen Essensinteraktionen zwischen Eltern und Kind. Nach dem Motto «Aus der Praxis – für die Praxis» werden in diesem Beitrag grundlegende Inhalte der Elternberatung bei Kindern mit einer Fütterstörung beschrieben.

Die «Sieben Silbernen Essenregeln» beinhalten eigentlich das Wieder-Einführen der Normalität am Esstisch. Sie stellen somit die ersten und häufigsten Themen dar, die man mit Eltern besprechen kann.

1. (Wieder-) Einführen von Familienmahlzeiten

Es ist oft erschreckend zu erfahren, dass es in vielen Familien keine gemeinsamen Mahlzeiten am Tisch mehr gibt. Jede:r isst für sich, am Wochenende will man ausschlafen und bedient sich zwischendurch am Kühlschrank, aus der Süßigkeitenschublade oder der Knä-

ckebox. Am Abend wollen die Eltern «endlich mal in Ruhe» ohne die Kinder essen. Dies sind alles verständliche Bedürfnisse, aber bei einem Kind mit Fütterstörung sind Familienmahlzeiten eine grundlegende Voraussetzung für die weitere Essentwicklung.

Es geht um den Familienzusammenhalt. Mit dem gemeinsamen Essen wird ab einem Alter von ca. 6-7 Monaten, wenn die Kinder zu sitzen beginnen und im Hochstuhl mit am Tisch teilnehmen können, der Familienzusammenhalt zum Thema Essen gegründet. Der Familientisch bietet

einen regelmässigen, verlässlichen Raum für Gespräche und Austausch. Diese Erfahrungen sollten sich Eltern nicht nehmen lassen. Auch wissen alle aus Erfahrung, dass Essen in Gemeinschaft angenehmer ist, als allein am Tisch zu sitzen. Am gemeinsamen Tisch können die Erwachsenen und die Geschwister als Essensmodelle fungieren: Wie man mit Besteck hantiert, wie man mundmotorisch das Essen bewältigt mit Abbeissen, Kauen und Schlucken. Die Kinder sehen, wie man genüsslich vielfältige Speisen zu sich nimmt. Ob ein Kind das sogenannte «gesunde» Essen mit Obst und Gemüse akzeptiert, ist massgeblich vom Vorbild der Eltern abhängig.

Auch Rituale und das Verhalten am Esstisch, also die sozialen Regeln am Esstisch, werden im Laufe der Jahre durch Modelle und regelmässiges Tun etabliert.

2. Nicht vor voll gehäuften Teller setzen!

Anfangs lieber etwas weniger auf den Teller legen, also eine Portionsgrösse anbieten, die das Kind sicher bewältigen kann. Eine gute Grundportion sind max. 3 verschiedene Lebensmittel auf dem Teller (also kein «Buffet» anrichten, das überfordert). Von jeder Komponente gibt es pro Lebensjahr 1 Löffel: Ist das Kind z.B. 3 Jahre alt, gibt es 3 TL Kartoffeln, 3 TL Broccoli, 3 TL Hähnchenfleisch als Mindestmenge auf den Teller. Nachschöpfen ist natürlich erlaubt.

Der Anblick der grossen Mengen von Speisen bewirkt bei älteren Kindern sofort die Angst «Das schaffe ich nie!». Am besten darf sich das Kind selbst auffüllen (mit oder ohne Hilfe). Dadurch unterstützt man das Gefühl von Selbstwirksamkeit und erhöht die Motivation zu essen.

3. Die geteilte Verantwortung am Esstisch einführen **a. «Die Eltern bestimmen, was, wann, wo, wie lange und in welcher Stimmung gegessen wird»**

«WAS»: Die Eltern bestimmen, was auf den Tisch kommt. Sie machen sich Gedanken über ein kindgerechtes, adäquates Essen, das das Kind zu sich nehmen könnte, wenn es das wollte. Damit ist die altersangepasste Konsistenz gemeint, die kindgerechte Tischkost, die passende Menge, das motivierende Essenssetting mit buntem Geschirr, kindgerechtem Besteck etc.

«WANN»: Die Eltern legen fest, wann gegessen wird. Es gibt regelmässige Mahlzeiten, keine Häppchen zwischendurch, damit Hunger zu den Hauptmahlzeiten entstehen kann.

«WO»: Die Eltern laufen nicht mit Essen hinter dem Kind her, es gibt einen festen Essplatz zu Hause.

«WIE LANGE»: In 30 Minuten kann die Brust oder die Flasche geleert sein, der Brei oder die Tischkost aufgegessen werden. Vielleicht dauert es noch ein paar Minuten länger, wenn es einen Nachtschub gibt. Danach wird die Mahlzeit freundlich, aber bestimmt beendet.

«IN WELCHER STIMMUNG»: «Der Ton macht die Musik» oder «Stimme und Stimmung hängen zusammen». Vielen Eltern ist nicht bewusst, dass sie schon zu Beginn der Mahlzeit mit Stimmgebung und Wortwahl die Stimmung vorgeben und sie sich in diesem Punkt entsprechend reflektieren sollten.

b. «Das Kind bestimmt, wie viel es isst, ob es isst, oder ob es hungrig aufsteht»

Das Kind kann entsprechend seinem Körpergefühl bestimmen, wie viel es zu sich nimmt. Es bestimmt, ob es sich traut, auch von dem Neuen zu kosten. Das Kind wird nie gezwungen oder bedrängt, etwas zu essen, weder mit Tätlichkeiten (Festhalten, Löffel in den Mund zwingen), noch mit Worten. Es ist dann die Entscheidung des Kindes, trotz adäquatem Nahrungsangebot unter Umständen hungrig vom Tisch aufzustehen. Es gibt dann anschliessend aber nicht das favorisierte Knäckebrötchen, sondern das nächste Angebot erfolgt erst zur nächsten Mahlzeit. Auf diese Weise entsteht Hunger als Motor für eigenständiges, selbstbestimmtes Essen.

Diese Regel unterstreicht die geteilte Verantwortung am Tisch. Sie beinhaltet sowohl die Elternaufgabe, ein regelmässiges kindgerechtes Nahrungsangebot zu machen und auch die Anforderung an das Kind, sich mit Essen auseinander zu setzen und zu entscheiden, will ich oder will ich nicht essen.

4. Kein Füttern ohne kindliches Signal

Diese Regel bedeutet: Löffel zeigen, Signal des Kindes der Bereitschaft abwarten – erst danach wandert der Löffel in den Mund. Sollten auf dem Weg zum Mund Abwehrzeichen auftreten (Kopf wegdrehen, Lippen zusammenkneifen, nach dem Löffel schlagen etc.), wird der Löffel wieder weggenommen und erneut auf die gleiche Weise angeboten. Das Kind lernt damit zweierlei: «Mama und Papa respektieren meine Abwehr. Ich muss nicht erst schreien oder erbrechen, sie verstehen meine Signale auch vorher schon». Aber es lernt auch, dass es ein Signal von Interesse oder Zustimmung geben muss, sonst gibt es nichts.

5. Das Thema «Essen» ist während des Essens tabu

Kein Nörgeln, kein Drängen oder Bedrängen, keine wiederholten Aufforderungen («Nun probier' doch wenigstens einmal»). Auch kein ständiges Verhandeln («Nur wenn man vom Gemüse probiert hat, bekommt man ei-

nen Nachtisch») oder Argumentieren («Das hast du doch letzte Woche auch gegessen»). Auch Ernährungsinformationen nutzen nichts («Iss lieber was Gesundes, das hier hat zu viele Kalorien/Kohlenhydrate/ Zucker»). Kommunikation während der Mahlzeit ist aber sehr wichtig! Durch Loben, sich am und mit dem Kind freuen, Unterstützen, Helfen, Trösten, Mitfühlen zeigen Eltern ihrem Kind, dass sie es verstehen und emotional präsent sind. Aus logopädischer Sicht kann die Anleitung der Eltern unter dem Stichwort «Sprachmodellverhalten» durchgeführt werden.

6. Das Kind nicht hungern lassen

Auf keinen Fall sollte dem «Rat» gefolgt werden: «Lasst mal das Kind 3 Tage hungern, dann isst es schon». Dabei werden unterschwellige Aggressionen spürbar und ein Machtkampf, den auf jeden Fall das Kind gewinnt, da man ja bekanntermassen niemanden zum Schlucken zwingen kann. Es ist Elternaufgabe, ein regelmässiges, kindgerechtes Nahrungsangebot zu machen!

Das Schwierige hier ist die Akzeptanz der kindlichen Entscheidung, bei dieser Mahlzeit wenig oder nichts zu essen und dass es hinterher nichts anderes zu essen gibt. «Aber er muss doch wenigstens etwas essen. Er braucht doch Kraft zum Spielen und Lernen». Die Eltern spüren eine hohe Verantwortung für die Ernährung des Kindes. Mit dieser Regel gibt man diesen Teil der Verantwortung an das Kind ab.

Man gibt dem Kind die Möglichkeit, wieder Hunger zu erleben und mit Essen darauf zu reagieren. Es geht nicht darum, dem Kind Essen vorzuenthalten. Man bleibt trotzdem eine «gute Mutter» bzw. ein «guter Vater», auch wenn das Kind infolge seiner eigenen Entscheidung hungrig aufsteht. Im Elterngespräch ist es wichtig, diese feine Unterscheidung immer wieder herauszustellen: Wir lassen kein Kind hungern, sondern wir versuchen, durch ein regelmässiges Angebot ohne viele Häppchen, Milchflasche, Stillen zwischendurch Hunger entstehen

zu lassen (auch nicht mit Saft satt trinken lassen!). Durch Nahrungspausen entsteht Hunger, der der Motor für eine eigenständige, selbstbestimmte Nahrungsaufnahme ist. Ohne Hunger kein Essen!

7. Das Essen rechtzeitig beenden

Rechtzeitig bedeutet: Die Mahlzeit beenden, bevor es harsche Worte gibt, der Teller vom Tisch fliegt, gespuckt wird und der Stress immer grösser wird.

Manchmal ergibt es Sinn, sich einfach nach der Uhr (ca. 30 Minuten s.o.) oder nach den Überforderungszeichen des Kindes zu richten.

Komplett unterlassen werden sollte die Androhung: «Und du bleibst so lange sitzen, bis du aufgegessen hast». Dies wäre wiederum ein Machtkampf, der zu keinem von den Eltern erhofften Erfolg führt. Die Mahlzeit wird ohne Vorwürfe oder Androhungen beendet.

Auch wird bei vielen Babys die Nahrungsaufnahme, die länger als 30 Minuten andauert, so anstrengend, dass dann mehr Kalorien verbraucht als noch zugeführt werden. Bei ehemaligen Frühgeborenen oder Kindern mit Grunderkrankungen kann die Mahlzeit u.U. schon nach 10 Minuten zu Ende sein, wenn Überforderungszeichen sichtbar werden (Schluckauf, Unruhe, aus dem Kontakt gehen, Einschlafen etc.).

Fazit

Mit diesen grundlegenden «Essens-Regeln», die praktisch in jeder Fütterstörungstherapie zur Sprache kommen, können diejenigen, die füttern oder eine therapeutische Essbegleitung durchführen, dazu beitragen, dass die Mahlzeiten für alle Beteiligten wieder lustvoll, friedlich, freudvoll, selbstbestimmt, explorativ, interaktiv und kommunikativ verlaufen.

Susanne Renk

 **Literaturverzeichnis:** siehe logopaedie.ch

Kochgruppe

Gemeinsam zu einem alters- entsprechenden Essverhalten

Eine Kochgruppe für Kinder mit frühkindlicher Essstörung bietet die Möglichkeit, auf spielerische und kreative Weise mit Nahrungsmitteln umzugehen. Gemeinsam mit vier Gleichaltrigen und unter Anleitung von zwei spezialisierten Logopädinnen probieren sie neue Lebensmittel aus und erweitern ihre Vorlieben.



Ilona Maurer

dipl. Logopädin, lic.phil.I, LOGOnauten GmbH,
Esslernpraxis, www.logonauten.ch

Frühkindliche Essstörungen können für betroffene Kinder und ihre Familien eine grosse Herausforderung darstellen. Die Störung zeigt sich in verschiedenen Ausprägungen, wie zum Beispiel einer sehr selektiven Essensauswahl (Picky Eating), sehr kleinem Appetit oder Verweigerung von neuen Esswaren oder Konsistenzen. In der Kochgruppe lernen die Kinder Probiertaktiken kennen und erfahren das Essen auf neue Weise: Vom einfachen visuellen Beobachten über Berühren zum Riechen und Schmecken mit der Zunge. Das Probieren im Mund bahnen wir mit vielen kleinen Zwischenschritten an: Abschlecken, in den Mund nehmen, einen kleinen Bissen abbeißen. Erst wenn sich das Kind ganz wohl fühlt, soll es den Bissen auch kauen und eventuell sogar runterschlucken. Damit jederzeit eine Ausstiegsmöglichkeit besteht, hat jedes Kind eine Spuckschale und ein Glas Wasser neben sich. Wenn etwas unvorbereitet eklig ist, darf es raus. So gelingt es den Kindern meist schnell, ihre Ängste und Abneigungen zu überwinden. Damit neue Lebensmittel auch Freude bereiten und da der Geschmack eines Nahrungsmittels nicht antizipiert werden kann, gehen wir es mit «Türöffnern» wie Süssigkeiten oder Snacks an. In jeder Stunde gibt es etwas Neues zu entdecken. Erst später nähern wir uns den weniger beliebten Lebensmitteln (Gemüse und Früchte) an. Durch das ge-

meinsame Vorbereiten von Früchten und Gemüse für den Entsafter sammeln die Kinder positive Erfahrungen und profitieren durch Beobachtung gegenseitig voneinander.

Die Kochgruppe findet in der Regel ohne Eltern statt, jedoch ist deren Einbindung sehr wichtig. Damit dies gewährleistet ist, bieten wir den Eltern vierteljährlich Elterntermine an. Wir besprechen den momentanen Stand des Kindes und die aktuellen Herausforderungen. Die Eltern erhalten zudem Informationen und Empfehlungen zur Bewältigung der Essstörung ihres Kindes im Alltag. Sie lernen spezifisch, ihre Emotionen rund um das Thema Ernährung und Essen wahrzunehmen, so dass Veränderung eher stattfinden kann. Ganz wichtig ist uns auch die Aufteilung der Verantwortung (nach E. Satter): Für seinen Hunger ist nur der betroffene Mensch selbst verantwortlich. Die Eltern verantworten dagegen «nur» das Angebot und die Nahrungspausen.

Die Kochgruppe bietet eine effektive Alternative zur Einzeltherapie. Sie ist weit anregender, da durch die aktive Mitarbeit der Kinder eine grosse Eigendynamik und komplett andere Herangehensweise an den Umgang mit Nahrungsmitteln hineinkommt. Wir Therapeut:innen lernen durch jede Kindergruppe vieles für den Umgang mit frühkindlichen Essstörungen dazu.

Ilona Maurer



Mithilfe beim Saftpressen

Der interdisziplinäre Behandlungspfad

Persistierende frühkindliche Essstörungen, die einer interdisziplinären Herangehensweise bedürfen, behandeln wir in der Kinderklinik des Inselspitals Bern nicht nur ambulant, sondern auch stationär. Dazu wurde ein Behandlungsprozedere ausgearbeitet, welches hier vereinfacht vorgestellt wird.



Esther Siffert

Dipl. Logopädin, Universitätsklinik für Kinderheilkunde, Inselspital Bern

Vor dem Entscheid für eine stationäre Behandlung erfolgt ein interdisziplinäres Indikationsgespräch, an dem die Eltern, die fallführende Psycholog:in, die Gastroenterolog:in, die diensthabende Oberärzt:in, eine Pflegefachperson, eine Ernährungsberater:in und eine Logopäd:in teilnehmen. Es wird unter anderem geklärt, wann die Intervention Sinn macht, ob die Eltern für das Esstraining bereit sind und wie ihre aktive Rolle in diesem Prozess aussehen könnte. Meist gehen wir von einer Hospitalisationszeit von zwei bis vier Wochen aus.

In dieser Zeit soll das Kind die Kopplung zwischen Hunger/Unwohlsein und Sättigung/Wohlsein lernen. Fortschritte in der Essentwicklung sollen ermöglicht und die Nahrungsmenge und -auswahl erweitert werden. Eingeschliffene und ungünstige Interaktionsmuster zwischen Eltern und Kind sollen verändert werden, die Mahlzeiten wieder lustvoller und ohne Druck gelingen.

Zu Beginn des Aufenthaltes stehen die Eingewöhnung, Beobachtung und Diagnostik im Vordergrund. Eine video-gestützte Verhaltensbeobachtung zeigt den Ist-Zustand auf und ermöglicht den Eltern auch eine Aussensicht auf die oftmals angespannten Esssituationen. Erste Schritte für Veränderungen werden besprochen. So werden beispielsweise die Mahlzeitenstruktur und -dauer verändert, aktives Essen ohne Ablenkung ermöglicht und die Kommunikation zwischen Eltern und Kind verbessert.

Initial werden die Mahlzeiten oftmals durch das Team durchgeführt. Auch die Psycholog:innen begleiten Esssituationen, besprechen Verhaltensstrategien und coachen die Eltern. Bei taktilen Hypersensibilitäten werden auch die Ergotherapeut:innen hinzugezogen.

In den meist täglich stattfindenden logopädischen Sitzungen erweitern wir die oral-motorischen und oral-sensorischen Kompetenzen und fördern ein lustvolles, exploratives Erkunden rund ums Thema Essen. In den wöchentlichen interdisziplinären Rundtischgesprächen, an denen auch die Eltern teilnehmen, werden Ziele und Methoden überprüft und angepasst.

Vor dem Austritt dokumentieren wir den erreichten Ist-Zustand und besprechen die ambulante Nachbetreuung und die Wichtigkeit der Weiterführung des erarbeiteten Essplans. Bei Bedarf werden Kinderärzt:innen, Pflegefachpersonen der Kinderspitex oder Mütter-Väter-Berater:innen eingeladen oder von den jeweiligen Fachpersonen informiert.

Im beschriebenen Setting (Konzeptentwicklung: Lic. phil. Sabine Ihle et al.) ist es uns möglich, eine gute und der Vielschichtigkeit des Störungsbildes entsprechende Therapie zu gewährleisten. Der wirtschaftliche Druck und Personalmangel stellen uns jedoch vor Herausforderungen, diese Interventionen weiter anbieten zu können.
Esther Siffert

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

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.



Norina Hauser

Logopädin MSc, Logopädie Kantonsspital Baden AG

Eindicken als Notmassnahme

Mit dem Eindicken von Flüssigkeiten wird die Fließgeschwindigkeit 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'Keefe, 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'Keefe, 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.



Reha Rheinfelden

Das neue Kursprogramm ist da!

- Funktionelle Neuroanatomie als Grundlage der Rehabilitation
 - Motorisches Lernen
- Strukturelle Zusammenhänge für die Dysphagie-Therapie
 - Atmung - mehr als Sauerstoffaufnahme
 - Demenz, Depression, Delir
- GK Bobath Konzept (IBITA anerkannt)
 - FEES Basisseminar

www.reha-rheinfelden.ch/bildung
kurszentrum@reha-rhf.ch
Tel. +41 (0)61 836 51 40



KURSZENTRUM
Bilden & Bewegen in der Reha Rheinfelden

EDUQUA

Über die Landesgrenzen

Vom 4. bis 6. Mai 2023 fand in Innsbruck der 9. Logopädieaustria-Kongress zum Thema «Im Gespräch» statt. Nora Huser, Logopädiestudentin an der Universität Fribourg, war vor Ort und berichtet von ihren Eindrücken.



Nora Huser
Bachelorstudiengang Logopädie, Universität Fribourg

Alle drei Jahre feiert der österreichische Berufsverband der Logopäd:innen den europäischen Tag der Logopädie mit einem dreitägigen Kongress. Der Kongress bot eine interessante Möglichkeit, an diversen Vorträgen und Workshops teilzunehmen, die von Dozierenden aus Österreich, Deutschland und der Schweiz geleitet wurden. Die grosse Themenvielfalt war beeindruckend und reichte von Hörgerät-Workshops über rechtliche Grundlagen in der Logopädie und Kooperation mit der Fachdisziplin Ergotherapie bis hin zu videobasiertem Elterncoaching oder palliativer Dysphagie-Versorgung. Nicht nur die Präsentationen sorgten für Begeisterung, sondern auch die anregenden Gespräche während den Pausen bereicherten das Kongresserlebnis und entsprachen voll und ganz dem Kongresssthema «Im Gespräch». Ausserdem präsentieren während drei Tagen Aussteller:innen vielfältige Produkte: Hörgeräte, Trachealkanülen, medizinische Softwares, Technologien zur Unterstützten Kommunikation, Utensilien für die Schlucktherapie und Torten für Menschen mit Kau- und Schluckbeschwerden: Deren Verkostung während der Kaffeepause war ein besonderes Highlight, da sie sowohl optisch wie auch geschmacklich überzeugten.

Am Studierenden Campus konnten wir uns über Themen austauschen, die uns als Berufseinsteiger:innen alle gleichermassen beschäftigen werden. Diskussionen über Gemeinsamkeiten und Unterschiede der logopädischen Ausbildung und Berufstätigkeit waren besonders

interessant. Auch war es eindrücklich zu hören, dass sich in Innsbruck für den Studiengang Logopädie pro Jahr 200 Personen um 20 Studienplätze bewerben. Dies liess uns über die aktuelle Thematik des Fachkräftemangels, deren Ursachen und mögliche Massnahmen diskutieren.

Der Kongress hat mich dazu angeregt, mir über meine berufliche Zukunft Gedanken zu machen. Es wurden viele spannende Ausbildungs- und Weiterbildungsangebote über die Landesgrenzen hinaus aufgezeigt. Gleichzeitig wurde mir nochmals bewusst, dass das Studieren ein grosses Privileg ist. Während drei Jahren erwerben wir vergleichsmässig kostengünstig sehr viel Wissen, das uns zur Ausführung unseres Berufs befähigt. Diese Erkenntnis und die Perspektive, welche ich als berufstätige Logopädin mit einer grossen Vielfalt an vertiefenden Weiterbildungsangeboten haben werde, macht mich neugierig auf die berufliche Zukunft.

Auf verschiedenen Ebenen habe ich von der Teilnahme am Kongress profitieren können, sodass ich anderen Studierenden nur empfehlen kann, eine solche Chance zu nutzen. Der Deutschschweizer Logopädinnen- und Logopädenverband unterstützte mich finanziell grosszügig und ermöglichte mir diese spannende Erfahrung. Dafür möchte ich mich an dieser Stelle nochmals ganz herzlich bedanken.

Nora Huser



Kongress-Plakat

Master Logopädie

Studienbeginn 2024

Wollen Sie wichtige Handlungsfelder der Logopädie weiterentwickeln? Mit dem Master Logopädie können Sie als Führungsperson in pädagogisch-therapeutischen, sonderpädagogischen, wissenschaftlichen, behördlichen und bildungspolitischen Bereichen arbeiten. Das berufsbegleitende Studium mit modularem Aufbau bietet grosse Flexibilität.

Studienschwerpunkte:

- Gesundheit
- Bildung
- Leadership und interprofessionelle Zusammenarbeit



Melden Sie sich an für die Infoveranstaltung am 8. November:
www.hfh.ch/info-ma-log

Get-together: 50 Jahre Studiengang Logopädie

Samstag, 28. Oktober 2023, 14.00 Uhr

Feiern wir das Jubiläum gemeinsam mit Begegnungen, Austausch, Musik, Speis und Trank. Das vielfältige Programm mit Improtheater, Marktplatz und Podiumsgespräch lassen wir mit einem Apéro ausklingen.



Melden Sie sich jetzt an:
[www.hfh.ch/
get-together-logopaedie](http://www.hfh.ch/get-together-logopaedie)

HfH Interkantonale Hochschule
für Heilpädagogik



Universität
Zürich ^{UZH}

CAS in Ess-, Trink- und Schlucktherapie bei Kindern

In diesem Zertifikatsstudiengang werden praxisorientiert die grundlegenden Funktionen der kindlichen Ernährung ab Geburt dargestellt. Weitere Inhalte sind mögliche Schwierigkeiten wie Ernährungsstörungen im Säuglings- und Kleinkindalter, Fütterinteraktionsstörungen, Sondenmanagement, Trachealkanülen in der Logopädie und die Nahrungsaufnahme bei Kindern mit Behinderung. Den teilnehmenden Therapeutinnen und Therapeuten werden neben der Diagnostik und Beratung auch Möglichkeiten der Behandlung durch erfahrene Fachpersonen aufgezeigt.

Zielpublikum: Fachpersonen aus dem therapeutischen Bereich der Logopädie, Ergotherapie oder Physiotherapie, die im Bereich der Nahrungsaufnahme mit Kindern arbeiten oder planen, dies zu tun.

Beginn/Dauer: Ab Frühjahr 2024/2 Semester resp. 11 Präsenztage

Informationen:

Universitäts-Kinderspital Zürich, Dr. phil. Daniela Bühler

E-Mail: daniela.buehler@kispi.uzh.ch

www.weiterbildung.uzh.ch

Auch als Live-Web-Seminar

Fachtherapeut(in) für kognitiv-orientierte Sprachtherapie und Kognitives Training

mit Zertifikat (102 FP)
3 Module je 4 Tage

Unter ärztlicher
Leitung



Bitte fordern Sie das Seminarprogramm an:
akademie für Kognitives Training
nach Dr. med. Franziska Stengel

Nöllenstraße 11 • 70195 Stuttgart
Tel: 0711 - 697 98 06 • Fax: 0711 - 697 98 08
www.kognitives-training.de • info@kognitives-training.de

CAS Sprachförderung kompetent und fundiert (Zyklus 1)

März 2024 bis Januar 2025

Der CAS vermittelt theoretisches und praktisches Wissen über den Sprach- und Schriftspracherwerb von (mehrsprachigen) Kindern sowie Methoden zur Förderung in allen Sprachbereichen.



Weitere Infos finden Sie unter:
www.hfh.ch/cas-sprachfoerderung

HfH Interkantonale Hochschule
für Heilpädagogik

Informationsmaterial

Drei Broschüren zum Thema Essen, Trinken und/oder Schlucken sind beim DLV erhältlich:



Wenn das Kind nicht isst und trinkt
von der Schweizerischen Gesellschaft für Dysphagie.

- 📄 **Download** auf dysphagie-suisse.ch
- 📄 **Bestellung** gedruckt via logopaedie.ch/shop (kostenpflichtig)



Schlucken kann doch jeder! – Oder doch nicht?
Farbige, illustrierte A6-Broschüre (quer) mit Kurzinfos zu Schlucken.

- 📄 **Bestellung** auf logopaedie.ch/shop (für DLV-Mitglieder gratis)



Wenn das Schlucken nicht mehr selbstverständlich ist
von der Schweizerischen Gesellschaft für Dysphagie.

- 📄 **Download** auf dysphagie-suisse.ch
- 📄 **Bestellung** gedruckt via www.logopaedie.ch/shop (kostenpflichtig)

Zwei neue Vorstandsmitglieder



Nachdem sich der DLV-Vorstand in den letzten 2 Jahren verkleinert hat, stossen nun zwei neue Vorstandsfrauen dazu. Ab 1. August arbeiten Kathrin Berns und Laura Tobler mit je einem 10%-Pensum mit. Die beiden werden sich im nächsten DLVaktuell selber vorstellen.

Erste diaLOGOline-Veranstaltung



Am Montag, 27. November 2023 findet von 18.30 - 20 Uhr online ein Vernetzungsanlass zum Thema «Praktikumsplätze gegen Fachkräftemangel» statt: Interview mit einer sehr erfahrenen und einer jungen Praktikumsleiterin, danach Fragen und Diskussion. Weitere Informationen im Intranet.