

Diagnostik und Therapie von Schluck- und Fütterstörungen bei Säuglingen und Kleinkindern: Eine interdisziplinäre Aufgabe

Diagnosics and Treatment of Pediatric Swallowing and Feeding Disorders: An Interdisciplinary Task

Autoren

C. Aswathanarayana, M. Wilken, A. Krahl, G. Golla

Institut

Pädiatisches Dysphagiezentrum, Darmstädter Kinderkliniken Prinzessin Margaret GmbH (PD Dr. med. Bernhard Lettgen)

Schlüsselwörter

- Schluckstörung
- Fütterstörung
- Endoskopie
- Verhaltenstherapie
- Elternberatung

Key words

- dysphagia
- feeding disorder
- endoscopy
- behavioural intervention
- counseling

Bibliografie

DOI <http://dx.doi.org/10.1055/s-0030-1248335>
 Sprache · Stimme · Gehör
 2010; 34: 12–17
 © Georg Thieme Verlag KG
 Stuttgart · New York
 ISSN 0342-0477

Korrespondenzadresse

C. Aswathanarayana, MA
 Pädiatisches
 Dysphagiezentrum
 Darmstädter Kinderkliniken
 Prinzessin Margaret GmbH
 Dieburger Straße 31
 64287 Darmstadt
chetana.aswathanarayana@kinderkliniken.de

Zusammenfassung

Schluck- und Fütterstörungen in der Pädiatrie sind meist komplexer Natur. Dieses liegt darin begründet, dass diese Störungsbilder häufig im Zusammenhang mit medizinischen Erkrankungen, psychosozialen Risikokonstellationen und Entwicklungsstörungen auftreten. Durch ihre komplexe Symptomatik, Pathogenese und Entwicklungsverlauf erfordern sie die Betrachtung durch unterschiedliche Fachdisziplinen. Eine interdisziplinäre Herangehensweise bei der Diagnostik und Therapie dieser Störungsbilder gibt dem Team die Möglichkeit, auf verschiedenen Zugangswegen eine optimale Behandlungsstrategie für das individuelle Kind zu entwickeln. Das Ziel der Behandlung von kindlichen Schluck- und Fütterstörungen ist eine ausreichende und sichere Versorgung des Kindes mit Nahrung und Flüssigkeit ohne Druck und Zwang. Essen und Trinken sollten wieder zu einer besonderen und genußvollen Erfahrung für Eltern und Kind werden. Ein Behandlungsansatz wird in dieser Arbeit vorgestellt.

Abstract

Paediatric swallowing and feeding disorders are mostly of a complex nature. The complexity in these disorders results from the interlinking of medical diagnosis, psychosocial risk constellation and developmental disorders. Due to its complex symptomatics, pathogenesis and developmental course, an interdisciplinary approach to the problem is essential. Such an interdisciplinary approach to diagnostics and treatment gives the team a wide range possibilities to develop an optimal treatment strategy for the individual child. The aim of treatment is a sufficient and safe supply with nutrition and fluids without placing pressure or using force on the child. Feeding and drinking should be a precious experience, which should be enjoyed by children and parents. An appropriate treatment approach is presented in this paper.

Lernziel

- In diesem Beitrag soll gelernt werden
- ▶ wie man Fütterstörungen und Schluckstörungen abgrenzt
 - ▶ warum für beide Störungsbilder die interdisziplinäre Diagnostik für die folgende Therapie wichtig ist,
 - ▶ warum für beide Störungsbilder die interdisziplinäre Therapie wichtig ist,
 - ▶ wie eigenständiges und ausreichendes Regulieren des Hunger- Durst- und Sättigungsgefühl des Kindes ohne Druck und Zwang in der Therapie erreicht wird.

Einleitung

Essen und Schlucken gehören zu den basalen Fähigkeiten, die bereits pränatal vorbereitet sind und über die das gesunde Reifgeborene unmittelbar nach der Geburt verfügt. Jedoch zeigen eine große Anzahl von Kindern im 1. Lebensjahr und darüber hinaus Schluck-, Ess- und Fütterstörungen [1,2]. Besonders häufig betroffen sind Risikogeborene mit einem komplizierten medizinischen Verlauf. Frühgeburt, angeborene Fehlbildungen und syndromale Erkrankungen stellen ein Risiko für beide Störungsbilder dar. Fütter- und Schluckstörungen sind häufig bei Kindern mit neurologischen und syndromalen Erkrankungen [2]. Fütter- und Schluckstörungen sind

gerade dann besonders häufig, wenn durch Krankheitsgeschichte multiple, miteinander zusammenhängende gesundheitliche und entwicklungsbedingte Belange entstehen [3]. Aufgrund der dadurch entstehenden Komplexität ist die Pathogenese, Diagnostik und Therapie selten nur durch eine Berufsgruppe zu erfassen. Notwendigerweise muss neben der Erfassung von Fütter- und Schluckstörung bei Kindern der Gesundheits- und Entwicklungsstatus, die umgebenden Umwelt des Kindes, die Eltern-Kind Interaktion und psychische Situation der Eltern miteingefasst werden [4]. Je nach Diagnose und Krankheitsverlauf in den genannten Bereichen ändern sich empfohlene Maßnahmen [5].

Die Diagnostik und Therapie von Fütter- und Schluckstörungen sollte interdisziplinär erfolgen, mit dem Ziel, eine sichere und ausreichende Nahrungs- und Flüssigkeitsversorgung für das Kind zu gewährleisten, ohne die Fütter- und Essenssituation zu einer Belastung für Eltern und Kind werden zu lassen [6].

Entwicklung der Schluckfunktion und des Essverhaltens

Bevor man sich der Störung einer Funktion zuwendet, ist es hilfreich, sich mit dem normalen Entwicklungsverlauf zu beschäftigen. Wir möchten hier kurz auf die Meilensteine der Essens- und Schluckentwicklung eingehen [7–9].

Vor der Geburt Die Nahrungsaufnahme des Säuglings ist durch die genetische Anlage und intrauterine Erfahrungen so weit vorbereitet, dass sie unmittelbar nach der Geburt beginnen kann [10]. Mit 8–12 Schwangerschaftswochen beginnt der Fötus an seinen Händchen zu saugen, trinkt Fruchtwasser, resorbiert Fruchtwasser und scheidet dieses wieder aus [5]. Zur Koordination von Saugen und Schlucken kommt nach Geburt die Atmung hinzu. Diese muss während des Schluckens unterdrückt, danach erneut aufgenommen werden. Bei Reifgeborenen gelingt dieser Übergang aufgrund von genetischer Vorbereitung, intrauteriner Reifung und Lernens in der Mehrzahl der Fälle ohne nennenswerte Probleme [11].

Essenszyklus Das Wahrnehmen und Signalisieren von Hunger, das Nahrungsangebot, das Füttern, Schlucken und Essen sowie das Gefühl von Sättigung und erneutem Hunger stellt den Essenszyklus des Säuglings, Kleinkindes und – sieht man vom Füttern ab – auch des Erwachsenen dar. Dieser Prozess wird nicht nur von der zugeführten Nahrung, sondern auch von der familiären Interaktion, dem kulturellen Hintergrund oder den Wertvorstellungen der Familie beeinflusst [12].

Die ersten 12 Monate Der Säugling nimmt Muttermilch oder Milchnahrung an der Brust oder mit der Flasche auf. Das Saugmuster passt sich an seine Saugumgebung an. Mit etwa 4–6 Monaten entwickeln und lernen die Kinder, homogen pürierte Breikost vom Löffel zu sich zu nehmen. Zwischen 6 und 9 Monaten entwickeln Kinder die Fähigkeit, weichere Stückchenkost zu essen, und ab etwa 12 Monaten essen die Kinder am Tisch der Erwachsenen mit. Auch die Entwicklung des Trinkens – von der Flasche bis hin zum Becher – ist ein Lernprozess [13].

Zunehmende Autonomie Der Säugling entwickelt mit zunehmendem Alter eine zunehmende Autonomie, die sich auch dadurch ausdrückt, dass er die Nahrungsaufnahme selbst reguliert

und die Esssituation aktiv gestaltet [9]. Die Eltern müssen sich dieser Autonomieentwicklung anpassen und ihr Verhalten auf die Fortschritte des Kindes anpassen. Eltern und Kind korrigieren und stimulieren sich in diesem Prozess der gegenseitigen Abstimmung hin zu mehr Selbstständigkeit und zu einem lustvollen Essverhalten, jedoch wie eingangs schon erwähnt nicht immer. In vielen Fällen ist eine normale Essentwicklung aufgrund verschiedenster Konstellationen nicht möglich. In diesem Fall kann es zur Schluck-, Fütter-, oder Gedeihstörung kommen [14].

Bereits in der 8.–12. Schwangerschaftswoche beginnt der Fötus, Fruchtwasser zu trinken, zu resorbieren und wieder auszuscheiden. Dabei muss er Saugen, Schlucken koordinieren.

Abgrenzung von Dysphagie und Fütterstörung

Dysphagie Eine Schluckstörung bezeichnet eine Störung der Kraft, Koordination und Beweglichkeit in einer oder mehreren Schluckphasen. Der Schluckakt lässt sich in 3 Phasen unterteilen [15]: Die 1. Phase ist die orale Vorbereitungs- und Transportphase, die 2. bezeichnet man als pharyngeale Phase und zuletzt folgt die ösophageale Phase. Eine Beeinträchtigung in diesen Phasen kann zu Penetrationen und Aspirationen führen. Eine Aspiration bedeutet, dass Material unterhalb der Stimmlippen und in die Trachea gelangt. Eine stille Aspiration bedeutet, dass das Kind keine Schutzreaktion zum Zeitpunkt der Aspiration zeigt [15].

Fütterstörung Eine bezeichnet sehr weitläufig Probleme beim Essen und Trinken. Laut ICD wird Fütterstörung wie folgt definiert: „Allgemein umfasst sie Nahrungsverweigerung und extrem wählerisches Essverhalten bei angemessenem Nahrungsangebot, einer einigermaßen kompetenten Betreuungsperson und in Abwesenheit einer organischen Krankheit“ [16]. Symptome der Fütterstörung sind Nahrungs- und Trinkverweigerung, bizarres Essverhalten, Würgen und Erbrechen beim Essen und präoraler Widerstand [6]. Häufig ist eine Fütterstörung mit einer Gedeihstörung assoziiert [14]. Zu beobachten ist, dass in einem oder mehreren Bereichen der Essverhaltensentwicklung eine Störung oder Entwicklungshemmnis zu diagnostizieren ist [9].

Differenzialdiagnostische Abgrenzung Fütterstörungen können mit einer oromotorischen oder orosensorischen Dysfunktion beim Schlucken von Flüssigkeiten oder Nahrung einhergehen, müssen dies aber nicht [17]. Genauso kann das Essverhalten bei einer schweren Dysphagie hoch auffällig sein, dennoch ist in diesem Fall nicht von einer Fütterstörung zu sprechen, wenn sich die Symptomatik durch die Schluckstörung erklären lässt. Die Fütterstörung ist von der Dysphagie differenzialdiagnostisch abzugrenzen. Wenn der Schluckakt schwer gestört ist, so etwa bei einem Aspirationsgrad von 6 und höher auf der Penetration-Aspiration-Scala [18], ist von einer Dysphagie, nicht jedoch von einer Fütterstörung zu sprechen, auch wenn das Essverhalten auffällig ist. Im umgekehrten Fall, bei guter Schluckfunktion und hochauffälligem Essverhalten ist eine Fütterstörung wahrscheinlich.

Beide Störungsbilder sind unter Vorbehalt bei einer chronischen Erkrankung zu stellen.

Erklärt eine medizinische Diagnose die Schluck- oder Fütterproblematik, so muss der medizinischen Diagnose Vorrang eingeräumt werden.

Gedeihstörung Beide Störungsbilder können sowohl Ursache als auch Wirkung eines schlechten Gedeihens sein. Bei einer Schluckstörung stehen eine nicht suffiziente Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme, bzw. deren Aspiration mit einem geringen Muskelwachstum bzw. mit pulmonalen Belastungen, die sich negativ auf die Fähigkeit auswirken abzuschlucken in einem dynamischen Wechselspiel. Bei einer Fütterstörung führt das „Nicht-Essen-Wollen“ oder eine sehr eingeschränkte Kostauswahl zu einer Unterversorgung des Körpers hinsichtlich Kalorien, Nährstoffen und Flüssigkeit, welche sich negativ auf das Wachstum als auch auf die Entwicklung des Kindes auswirken können [14]. Sowohl die Unterernährung als auch die Ernährung mit der Sonde kann in einer Vielzahl der Fälle vermieden werden, wenn

- ▶ das Gedeihen regelmäßig überprüft wird und
- ▶ eine Störung des Ess- oder Schluckverhaltens frühzeitig erkannt wird.

Unabhängig vom Störungsbild kann festgehalten werden, dass je zeitnaher eine Behandlung erfolgt, desto höher die Erfolgswahrscheinlichkeit. Um die Behandlung jedoch frühzeitig zu beginnen, ist ein gezieltes, diagnostisches Vorgehen von essenzieller Bedeutung.

Die Fütterstörung ist von der Dysphagie differenzialdiagnostisch abzugrenzen. Wenn der Schluckakt schwer gestört ist, handelt es sich um eine Dysphagie, auch wenn das Essverhalten auffällig ist. Im umgekehrten Fall, bei guter Schluckfunktion und hochauffälligem Essverhalten, ist eine Fütterstörung wahrscheinlich.

Notwendigkeit eines interdisziplinären Behandlungsteams

Kommt es zur Störung der oralen Nahrungsaufnahme, ist eine interdisziplinäre Betrachtung des Störungsbildes von zentraler Bedeutung. Vor der Erstvorstellung ist in der Regel nicht eindeutig zu differenzieren, ob die Nahrungsaufnahme aufgrund einer Dysphagie, einer medizinischen Erkrankung oder einer Fütterstörung gestört ist [19]. Fütterstörungen und die noch selteneren Schluckstörungen treten häufig im Zusammenhang mit einer schwerwiegenden komplexen Grunderkrankung oder einem schwierigen Krankheitsverlauf auf [20]. Das primäre Ziel bei der Diagnostik und Therapie ist die Gewährleistung einer ausreichenden Versorgung mit Nahrung und Flüssigkeit. Nur unter diesen Umständen können sie gedeihen und sich adäquat entwickeln. Um dieses Ziel, unter Berücksichtigung aller auftretenden Aspekte schnell zu erreichen, sollten betroffene Kinder interdisziplinär versorgt werden. Im Rahmen des pädiatrischen Dysphagiezentrums wurde folgendes diagnostische Procedere entwickelt.

Anamnese

In der Anamnese ist unabhängig von der Profession des Behandelnden die Gesamtproblematik so präzise wie möglich zu erfassen. „Nahrungsverweigerung“ oder „Erbrechen“ sind keine ausreichend präzisen diagnostischen Kategorien. Die Frage: „Wann, wie und wo wird die Nahrung verweigert, gibt es Ausnahmen?“ sollte in der Anamnese geklärt werden. Dieses kann in telefonischer, persönlicher Form oder auch als Fragebogen [21] erfasst werden. Aus der Anamnese lassen sich bereits Hypothesen ableiten, inwiefern es sich um eine Schluck-, Fütter- oder

eine medizinische Störung handelt. Darüber hinaus ist eine Entnahme der medizinischen Basisdaten aus den bestehenden Arztbriefen sehr hilfreich.

In einem interdisziplinären Team lassen sich die vielen unterschiedlichen Informationen sicherer und treffender auswerten und einschätzen. Offene Fragen und detaillierte Informationen lassen sich in einem persönlichen Anamnesegespräch klären. Ausstehende medizinische Untersuchungen sollten dabei besprochen und abgeklärt werden. Es empfiehlt sich daher, Anamnesegespräche interdisziplinär zu führen.

Diagnostik

Bevor mit einer Therapie begonnen werden kann, ist eine gezielte Diagnostik erforderlich. Dabei werden insbesondere die Schluckfunktion, das Essverhalten, die Eltern-Kind-Beziehung und die medizinische Situation erfasst. Invasive Verfahren werden nach Möglichkeit vermieden. Befunde anderer Zentren müssen berücksichtigt werden, um Belastungen durch doppelte Erhebungen zu vermeiden. Folgende Bereiche sind für die beschriebenen Störungsbilder von zentraler Bedeutung.

Medizinische Diagnostik

Neuropädiatrie Die neurologische Entwicklung hat einen zentralen Einfluss auf die Fütter- und Schluckfertigkeiten des Kindes (vgl. [5]). Erfasst werden sollten die motorischen, sensorischen, kognitiven und sprachlichen Meilensteine des Kindes und deren mögliche Beeinträchtigungen. Kinder mit einer Kommunikationsstörung und einer geistigen Behinderung haben ein erhöhtes Risiko für Störungen der Nahrungsaufnahme. Neurologische und neuromuskuläre Erkrankungen sind häufige Ätiologien, die eine Schluckstörung mit sich bringen. Das Essverhalten des Kindes sollte immer in Relation zum Entwicklungsstand des Kindes gesetzt werden, um die erwartbare Entwicklungsleistung einschätzen zu können.

Pädiatrische Gastroenterologie Erkrankungen des gastroösophagealen Traktes können zu massiven Beeinträchtigungen beim Füttern und Schlucken führen. Die bekannteste Störung ist die gastroösophageale Refluxerkrankung (GÖR-K). Bei dieser Erkrankung fließen Mageninhalte in den Ösophagus. Kinder mit GÖR-K zeigen in der Regel Symptome, wie z.B. Erbrechen, häufiges Aufstoßen, Schmerzäußerungen beim Trinken, Nahrungsverweigerung [22]. Bei manchen Kindern gelangt Refluxmaterial in die Lunge, welches zu schweren Lungenschäden führen kann. Dies führt zu einer negativen Assoziation beim Füttern: Die Kinder verbinden das Füttern mit den folgenden Schmerzen und lehnen folglich das Füttern ab. Eine Refluxerkrankung kann medikamentös und operativ behandelt werden. Dies kommt auf verschiedene Faktoren an, die mit dem behandelnden Facharzt besprochen werden müssen.

Eine weitere gastroenterologische Erkrankung ist die eosinophagische Ösophagitis, eine Entzündung der Speiseröhre, die häufig die gleichen Symptome wie der GÖR aufzeigt [23]. Diese Entzündung hat aber nichts mit sauren Mageninhalten zu tun, sondern wird häufig mit Allergien und Atopien in Verbindung gebracht. Auch die Folgen dieser Erkrankung können zu Nahrungsverweigerung und anormalen Fütterverhalten (z.B. Füttern nur im Schlaf möglich) führen.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass medizinische Abklärungen bei entsprechender Symptomatik erfolgen müssen, um dem Kind eine sichere und gesunde Grundlage für die Therapie zu geben. Oftmals sind übersehene Erkrankungen die Mitursache für eine Fütterstörung. Erkennt und behandelt man die Erkrankung rechtzeitig, kommt es möglicherweise nicht zur Festigung eines maladaptiven Essverhaltens, sodass das Kind ohne therapeutische Interventionen zu einem gesunden Fütter- und Essverhalten zurückfindet.

Störungsspezifische und psychologische Diagnostik

Ein Diagnostikgespräch und eine Beobachtung der Füttersituation lassen sich am effektivsten in einem gemeinsamen Termin der Familie mit einem Phoniater, Logopäden oder Sprachtherapeuten und Entwicklungspsychologen gestalten. Es werden die Meilensteine der Essentwicklung sowie Symptome für Schluckstörungen erfasst. Hierfür eignen sich besonders strukturierte Untersuchungsprotokolle für Kinder [24]. In der psychologischen Diagnostik wird auf die Entwicklung des Kindes, die Beziehungsentwicklung und mögliche Traumatisierungen der Mutter und des Kindes Bezug genommen.

Essensbeobachtung

In einer Essensbeobachtung lassen sich das Schluckverhalten, das kindliche Essverhalten und die Eltern-Kind-Interaktion beurteilen. Eine Interaktionsstörung und auch eine Fütterstörung sicher zu diagnostizieren ist die Aufgabe eines Psychologen. Ein Sprachtherapeut beurteilt die Füttersituation hinsichtlich der Fragestellung einer Schluckstörung und einer oromotorischen, orosensorischen Beeinträchtigung. Die Essensbeobachtung sollte unter möglichst natürlichen Umständen stattfinden.

Zusammenfassende Beurteilung

Zum Abschluss der Anamnese, der medizinischen Vorstellung und der Beobachtung der Füttersituation werden die Einschätzungen im interdisziplinären Team besprochen. Besteht ein hohes Risiko für eine Schluckstörung mit Aspirationsverdacht, sollte eine apparative, bildgebende Schluckdiagnostik durchgeführt werden. Die Durchführung sowohl einer videofluoroskopischen als auch einer videoendoskopischen Diagnostik hat sich als sinnvoll erwiesen [15]. Sie dienen dem sicheren Nachweis einer Aspiration und der effektiven wirksamen Einschätzung therapeutischer Konsequenzen. Die Durchführung und Auswertung erfolgt nach festgelegten Standards [18]. Sind noch medizinische Fragen offen, sollten weitere Abklärungen empfohlen bzw. durchgeführt werden. Ist keine organische Ursache die Erklärung für das beeinträchtigte Ess- und Trinkverhalten, so müssen therapeutische Maßnahmen zur Behandlung der Fütterstörung getroffen werden.

Therapie



Therapieziele

Das Therapieziel besteht darin, dass die Kinder lernen, ihr Hunger-, Durst und Sättigungsgefühl eigenständig und ausreichend zu regulieren und sich damit ausreichend mit Kalorien und Flüssigkeit zu versorgen [25].

Kinder nach langer Sondierung kennen kein Hunger- und Durstgefühl mehr. Sie sind es gewohnt, gesättigt zu sein, oder sie vermeiden aufgrund von psychischen, oralen Traumata das Hunger- und Durstgefühl [26]. Die Eltern können die Mahlzeiten mit dem Kind nicht mehr als etwas Schönes und Genußvolles empfinden, da für sie die ausreichende kalorische Versorgung, das Gewicht und das Wachstum ihres Kindes im Vordergrund steht.

Deshalb sollten Therapien von frühkindlichen Fütterstörungen und von Sondenentwöhnungen als Eltern-Kind-Therapie konzipiert werden. Die Dyade muss zum Therapieziel gelangen, nicht einer der beiden und nicht der Therapeut. Die Eltern müssen dabei unterstützt werden, Vertrauen in ihr Kind zu entwickeln, dass es die selbstregulierenden Fähigkeiten entwickelt, Spaß und Genuss am Essen zu finden. Die Kinder müssen lernen, dass Essen in erster Linie Spaß und Freude bedeutet und nicht mit Sorgen und Ängsten verknüpft ist.

Therapieverfahren

Die Therapie sollte immer an den individuellen Bedürfnissen des Kindes und der Eltern anknüpfen. Bausteine der Therapie können das Spiel, das Picknick und Elterngespräche sein. Bei Kindern, die bei einer Sondenentwöhnung therapeutisch begleitet werden, steht zunächst die Reduktion der Sondennahrung an, damit sie ein Hunger- und Durstgefühl entwickeln können.

Das Spiel Das Spiel ist in der Therapie mit Kindern eine sehr gute Möglichkeit, die Bereiche Autonomie, Regulation und Initiative zu thematisieren. Im Spiel kann man fütterähnliche Situationen nachstellen. Das Kind kann in Spielsituationen die Erfahrung machen, dass es seine Umwelt selbst gestalten kann. Im Verlauf kann es diese Erfahrung auf die Füttersituation übertragen.

Das Picknick Das Ziel des Picknicks besteht darin, dass Kinder ihre Ängste überwinden und verlieren. Das Picknick findet auf dem Boden, auf einer Picknickdecke statt, auf dem mit den Lebensmitteln gespielt wird. Das Essen steht nicht im Vordergrund, sondern das Ausprobieren, das Anfassen und das Spielen. Das Picknick sollte nach Möglichkeit mit mehreren Kindern zusammen gespielt werden. Durch ihren gemeinsamen Erfahrungshintergrund, kommt es zu einer Gruppendynamik, welche die neuen Erlebnisse mit Lebensmitteln leichter macht. Im Picknick kommt es oftmals zu der 1. Nahrungsaufnahme des Kindes, da das Spielen und nicht das Essen im Vordergrund stehen [27].

Elterngespräche Im Rahmen von Elterngesprächen können Eltern ihre Sorgen und Zweifel zur aktuellen Situation äußern. Sie können Erlebtes mithilfe von therapeutischer Begleitung verarbeiten. In Intensivphasen von Therapien können bei Eltern Ängste aufkommen, welche die aktuelle Essenssituation betreffen, aber auch Zukunftsängste sein können. Die Eltern sind durch ihre Vorgeschichte meist schwer belastet. Belastungen können in der Estherapie reaktiviert werden. In der Auseinandersetzung mit ihren Gedanken und Erfahrungen im Rahmen dieser therapeutischen Gespräche wird gemeinsam versucht, die Entwicklungsgeschichte des Kindes als auch die der Eltern aufzuarbeiten, um ein tieferes Verstehen der eigenen Situation zu entwickeln [28]. So können sie in eine normale Interaktion mit ihrem Kind kommen, die nicht von Ängsten und Zweifeln überschattet ist.

Therapieverlauf

Eine Therapie kann mehrere Wochen andauern, bis das Therapieziel erreicht ist. Aus der Literatur ist bekannt [6,29], dass es mehrere Tage dauern kann, bis das Kind seine Nahrungsverweigerung aufgibt und etwas isst. Kinder hungern, um ein Hunger- und Durstgefühl zu entwickeln. Man sollte Kinder jedoch nicht hungern lassen, sondern den Übergang vom Nicht-Essen zum Essen aktiv mit dem Kind gestalten. Das Aussetzen einer Sondierung hat nicht zum Ziel, das Kind „auszuhungern“, sondern ihm die Möglichkeit zu Veränderung zu geben. Jede Berufsgruppe trägt ihren Teil zu dieser Veränderung bei.

Pädiater Die Gewichtsverläufe, der medizinische Allgemeinzustand und Hunger- und Durstsymptome müssen ärztlich überwacht werden. Für jede andere berufliche Disziplin ist die Verantwortung einzeln zu groß. Ärzte können erkennen, wann womöglich eine physiologische Grenze überschritten wird und können eingreifen.

Psychologen und Sozialpädagogen Sie sind bei diesen Therapien sehr wichtig. Ihre Aufgabe besteht in der individuellen Therapie des Kindes, gerade bei posttraumatischen Fütterstörungen [6]. Die Überwindung von Ängsten dem Essen gegenüber ist die Aufgabe dieser Profession. Des Weiteren stützen und stärken sie die Eltern in der Füttersituation und in Gesprächen.

Logopäden und Sprachtherapeuten Sie sind dafür ausgebildet, Kinder nicht nur in Spielsituationen zu fördern, sondern auch beim Essen- und Trinkenlernen die orofazialmotorischen und orofazialsensorischen Fähigkeiten zu beeinflussen.

Ernährungsberatung Eine altersangemessene Diät für das Kind herzustellen ist die Aufgabe der Ernährungsberatung. In der Ernährungsberatung kann ein Nahrungsplan aufgestellt werden, der die Sorgen lindert und Alternativen anbietet. Auch für die zukünftige Ernährung nach Abschluss der Therapie ist ein Ernährungsplan, der auf die individuellen Bedürfnisse der Kinder abgestimmt ist, sinnvoll.

Fazit

Fütter- und Schluckstörungen sind meist Teil einer komplexen Krankheitsgeschichte und Grunderkrankung. Sie können nicht isoliert betrachtet werden, sondern nur im Zusammenhang mit ihren medizinischen Beeinträchtigungen. Eine einzige Berufsdisziplin kann dies niemals leisten, sondern es sind verschiedene Fachdisziplinen nötig, die miteinander das Kind betreuen. Die Einbeziehung der Eltern und enger Bezugspersonen des Kindes ist unerlässlich. Das Essen und Füttern ist die primäre Aufgabe der Eltern, nicht des Therapeuten. Das Füttern durch Kinderkrankenschwestern und Therapeuten kann zu massiven Kränkungen der Eltern führen und ist daher für den Therapieverlauf schädlich. Nur zu diagnostischen Zwecken kann ein Füttern durch Therapeuten akzeptiert werden.

Nicht nur die Erfassung von Fütter- und Schluckstörungen erfordert interdisziplinäre Zusammenarbeit, sondern auch die folgende Behandlung. Das vordergründige Ziel jeder Therapie ist das stetige Gedeihen des Kindes. Dazu ist eine ausreichende Versorgung mit Kalorien, Nährstoffen und Flüssigkeit vonnöten. Bei Kindern mit einer Fütterstörung und bei Kin-

dern mit einer Schluckstörung muss dieses Ziel zentraler Bestandteil der Therapie sein. Ein weiteres Gebot sollte sein, die Selbstständigkeit und die Autonomie des Kindes weitestgehend zu fördern und zu erhalten. Druck und Zwang, auch wenn sie einen therapeutischen Namen bekommen und zum scheinbaren Wohl des Kindes durchgeführt werden, dürfen niemals Inhalte der Therapie sein.

Zur Person



Chetana Aswathanarayana, MA, wurde 1982 in Öhringen geboren. Magister-Studium der Psycholinguistik, Neuropsychologie und Sprachheilpädagogik. Zusatzqualifikation Sprachpathologie. Postgraduiertenpraktikum-Jahr in der geriatrischen Rehabilitationsklinik und Logopädischen Ambulanz des Christophsbad, Göppingen. Seit 2008 Sprachtherapeutin im Pädiatrischen Dysphagiezentrums der Kinderklinik Prinzessin Margaret in Darmstadt. 2008 Zertifizierung zur Klinischen Linguistin (BKL).



Dr. rer. nat. Markus Wilken wurde 1973 in Haselünne geboren. Studium der Psychologie und Dissertation an der Universität Osnabrück. Seit 2009 psychologische Leitung der Abteilung für Pädiatrische Dysphagie, Fütterstörungen und Sondenentwöhnung der Darmstädter Kinderkliniken Prinzessin Margaret. Forschungsinteressen u. a. Entwicklung des Essverhaltens und deren Störung, Einfluss chronischer Erkrankung auf die orale Nahrungsaufnahme, Sondenernährung und Entwöhnung.



Dr. med. Andrea Krahl wurde 1973 in Hanau geboren. Studium der Humanmedizin an der Justus-Liebig-Universität Gießen. Facharzt für Kinderheilkunde und Jugendmedizin, Zusatzweiterbildung Kinder-Gastroenterologie, Zertifikat Pädiatrische Ernährungsmedizin, Seit 2007 Oberarzt für pädiatrische Gastroenterologie an den Kinderkliniken Prinzessin Margaret Darmstadt.



Dr. med. Günther Golla wurde 1954 in Bozen geboren. Studium der Humanmedizin in Innsbruck, Mainz und Frankfurt. Staatsexamen 1983 und Ausbildung zum Kinderarzt in Passau und Mainz. Arzt für Kinder- und Jugendmedizin, Neuropädiatrie und Psychotherapie. Seit 1989 Oberarzt in den Darmstädter Kinderkliniken, Aufbau und Leitung des dortigen Sozialpädiatrischen Zentrums.

Literatur

- 1 Lindberg L, Bohlin G, Hagekull B. Early feeding problems in a normal population. *Int J Eat Disord* 1999; 10: 395–405
- 2 Rommel N, De Meyer AM, Feenstra L et al. The Complexity of Feeding Problems in 700 Infants and Young Children presenting to a Tertiary Care Institution. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2003; 37: 75–84
- 3 Morris BH, Miller-Loncar CL, Landr SH et al. Feeding, Medical Factors, and Developmental Outcome in Premature Infants. *Clinical Pediatrics* 1999; 38: 451–457
- 4 Chatoor I. Feeding disorders in infants and toddlers: Diagnosis and treatment. *Child Adol Psych Clin North Am* 2002; 11: 163–183
- 5 Wolf SL, Glass RP. Feeding and Swallowing Disorders in Infancy: Assessment and Management. San Antonio: Therapy Skill Builders; 1992
- 6 Wilken M, Jotzo M, Dunitz-Scheer M. „Warum willst Du denn nicht essen!“ Therapie Frühkindliche Fütterungsstörungen & Sondenentwöhnung In: J Borke, A Eickhorst, Hrsg. Systemische Entwicklungsberatung in der frühen Kindheit (189–210). Wien: Facultas UTB; 2008
- 7 Rudolph CD. Feeding disorders in infants and children. *J Pediatr* 1990; 125: S116–S124
- 8 Morris SE, Klein MD. Mund- und Esstherapie bei Kindern. Entwicklung, Störung und Behandlung orofazialer Fähigkeiten. Stuttgart: Urban & Fischer; 1995
- 9 Wilken M, Jotzo M. Frühkindliche Fütterstörungen In: H. Keller, Hrsg. Handbuch der Kleinkindforschung. Bern: Huber, [im Druck]
- 10 Hooker D. Fetal reflexes and instinctual processes. *Psychosom Med* 1942; 4: 199–205
- 11 Stevenson RD, Allaire HH. The development of normal feeding and swallowing. *Pediatric Clin North Am* 1991; 38: 1439–1453
- 12 Satter E. The feeding relationship: Problems and interventions. *J Pediatrics* 1990; 117: 187–189
- 13 Holtz S. Was man von gesunden Kindern lernen kann – Variabilität des normalen Essverhaltens. In: A Teeffelen, P Jacobs, Hrsg. Ernährung auf eine andere Art – Behandlungskonzepte bei gestörter Nahrungsaufnahme (11–21). Heilbronn: SPS Verlagsgesellschaft; 2006
- 14 Arvedson JC, Brodsky L. Pediatric Swallowing and Feeding: Assessment and Management (2nd ed.). Albany, New York: Singular Publishing Group; 2002
- 15 Dilling H, Mombour W, Schmidt MH. Internationale Klassifikation psychischer Störungen, Klinisch-diagnostische Leitlinien. Bern: Huber; 2004; S320
- 16 Wright CM, Parkinson KN, Drewett RF. How Does Maternal and Child Feeding Behavior Relate to Weight Gain and Failure to Thrive? Data from a Prospective Birth Cohort. *Pediatrics* 2006; 117: 1262–1269
- 17 Mathisen B, Skuse D, Wolke D et al. Oral motor dysfunction and growth retardation amongst inner-city infant. *Dev Med Child Neurol* 1989; 31: 293–302
- 18 Rosenbek JC, Robbins J, Roecker EV et al. A Penetration-Aspiration Scale. *Dysphagia* 1996; 11: 93–98
- 19 Arvedson J. Management of pediatric dysphagia. *Otolaryng Clin Nor Am* 1998; 31: 453–476
- 20 Burklow KA, Phelps AN, Schultz JR et al. Classifying complex pediatric feeding disorders. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 1998; 27: 143–147
- 21 Wilken M, Jotzo M. Anamnesebogen frühkindliche Fütterstörung und Sondenentwöhnung (AFS). Darmstadt: Unveröffentlichter Fragebogen; 2009
- 22 Hyman PE. Gastroesophageal reflux: One reason why baby won't eat. *J Pediatr* 1990; 125: S103–S109
- 23 Noel RJ, Tipnis NA. Eosinophilic esophagitis – a mimic of GERD. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* 2006; 70: 1147–1153
- 24 Aswathanarayana C. Feeding and Swallowing Disorders Checklist. Darmstadt: Unveröffentlichter Beobachtungsbogen; 2009
- 25 Wilken M, Jotzo M. Ambulante Sondenentwöhnung in der Pädiatrie. *Pädiat Prax* 2008; 71: 11–21
- 26 Wilken M, Cremer V, Prüß J et al. Sondenentwöhnung als Prozess: Ein qualitativer Einblick in einen Therapieprozess. *LOGOS* 2008; 16: 251–261
- 27 Dunitz-Scheer M, Hauer A, Wilken M et al. „Essen oder nicht, das ist hier die Frage“: Sondenentwöhnung in der frühen Kindheit: Das Grazer Modell, Universitäts- Kinderzentrum Graz. *Pädiatr Pädaud* 2004; 39: 28–38
- 28 Lieberman AF, van Horn P. Psychotherapy with infants and young children. Repairing the effects of stress and trauma on early attachment. New York: Guildford Press; 2008
- 29 Mason SJ, Harris G, Blissett J. Tube feeding in infancy: Implications for the development of normal eating and drinking skills. *Dysphagia* 2005; 20: 46–61