

# Dysphagie – Ursachen, Diagnostik und Behandlung

Melanie Weinert, Manuela Motzko

Der Schluckvorgang eines jeden Menschen ist ein hoch komplexer physiologischer Prozess, der lebensnotwendige Aufgaben erfüllt wie: Aufnahme und Transport von Nahrung und Flüssigkeit und Abtransport von Speichel. Man unterteilt den Schluckakt in vier aufeinander folgende Phasen:

- präorale (Vorbereitungsphase),
- orale Phase  
(diese sind willkürlich beeinfluss- u. steuerbar),
- pharyngeale Phase,
- ösophageale Phase  
(beide verlaufen unwillkürlich/reflektorisch).

Verläuft der Schluckvorgang nun nicht physiologisch, weil er z.B. im Rahmen einer Erkrankung beeinträchtigt ist, kann es zu einer Störung des Schluckens einer oder mehrerer der genannten Phasen kommen (Abb. 1).

Man kennt die Situation nach einem Zahnarztbesuch, wenn eine Seite, manchmal auch beide Seiten des Kiefers bzw. Gesichtes durch eine Spritze betäubt wurden, um schmerzfrei behandelt werden zu können. Noch längere Zeit nach dem Zahnarztbesuch hält die Betäubung an und gespürt wird eine deutliche Missempfindung intra- und extraoral. Versucht man trotz bestehender Betäubung etwas Nahrung oder Flüssigkeit zu sich zu nehmen, bemerkt man einen deutlichen Wahrnehmungs- und Kontrollverlust des Bolus im Mund.

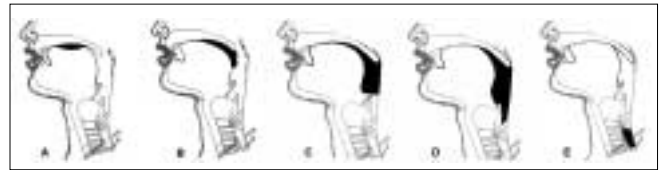
Wie gut, dass es sich hier um eine „vorübergehende Dysphagie“ handelt und sich nach einigen Stunden wieder die gewohnten sensiblen und motorischen „Schluckfunktionen“ einstellen.

Dysphagie ist der medizinische Fachausdruck für eine Schluckstörung. Dieser Begriff ist von dem griechischen Wort „phagein“ = essen abzuleiten und bezeichnet somit eine Dysfunktion, also ein nicht vollständiges Funktionieren des Schluckvorganges.

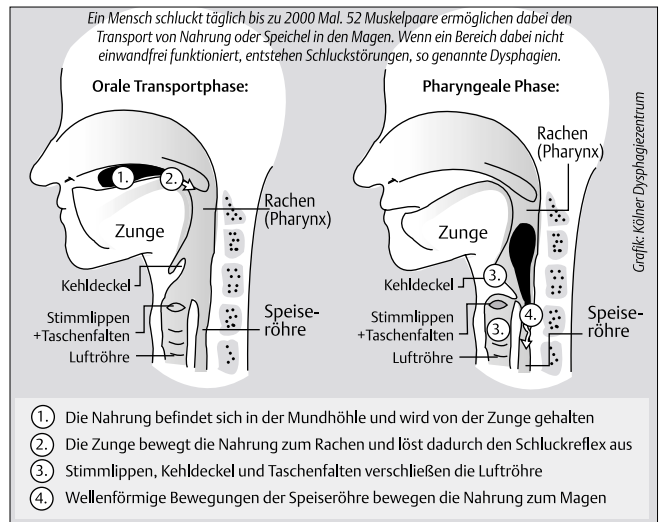
Da ein erwachsener Mensch pro Tag bis zu 2000 Mal seinen Speichel, Nahrung und Flüssigkeit schluckt, kann man sich vorstellen, wie häufig es an einem Tag zu Schwierigkeiten/ Komplikationen kommen kann, wenn dieser Vorgang nicht regelgerecht abläuft (Abb. 2).

## Ursachen

Es gibt zahlreiche Ursachen, d.h. Erkrankungen, bei denen es zu einer bleibenden Dysphagie kommen kann. Die Dysphagie zeigt sich dann entweder als Kardinal- oder als Begleitsymptom. Einige Ursachen für eine Dysphagie sind in Tab. 1 aufgeführt.



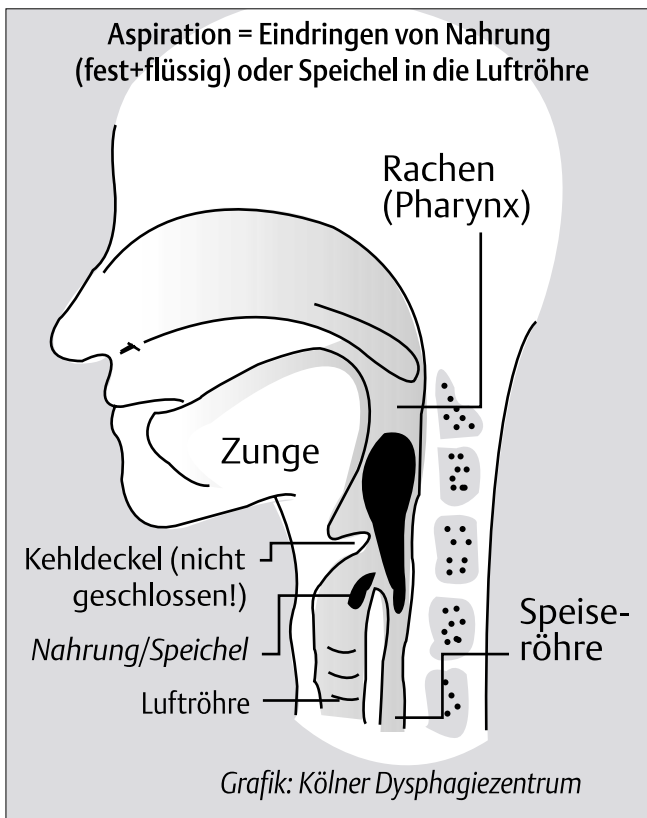
▲ Abb. 1: Phasen des Schluckvorgangs



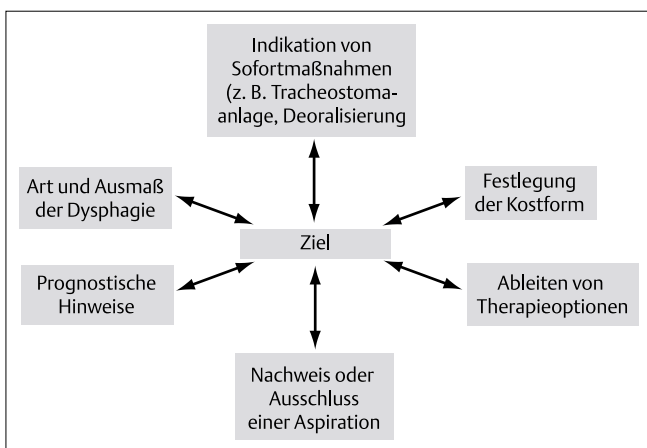
▲ Abb. 2: Wie schlucken wir?

Tabelle 1: Ursachen für Dysphagie

Neurogene Schluckstörung	Schluckstörung nach Operation
Schlaganfall/Blutungen	Tumoren im Mund-, Hals- und Kopfbereich
Schädel- Hirn- Trauma	Tumoren der oberen Speiseröhre
Degenerative Erkrankungen wie M. Parkinson, ALS, Eric. das. (MS), Myasthenia gravis	Lippen- Kiefer- Gaumen- Spalten
Hirnhautentzündung	Operationen und Erkrankungen der Hals- Wirbel- Säule (z.B. mit postoperativer Schädigung eines Stimm lippenknorpels)
Muskelerkrankungen (z.B. Polymyositis, Dermatomyositis, Myopathien, Muskeldystrophien, Myotonien)	Dysphagien bei strukturellen/ funktionellen Veränderungen
Kindliche Schluckstörungen	Schluckstörungen im Alter
LKO-Spalten	Presbyphagie
Tonsillenhypertrophie	Bewegungsstörungen/Motilitätsstörungen
Bewegungsstörungen/Motilitätsstörungen	Demenzerkrankungen
Misbildungssyndromen	Antriebsstörungen
neurologische Erkrankung (ZNS, PNS, Muskeln, nach Tumoroperationen, usw.)	
Psychogene Schluckstörungen unterschiedlichen Alters	Sonstige
Verhaltensstörungen	Oesophaguserkrankungen (z.B. Reflux, neuromuskulär bedingt)
Eßstörungen	Intoxikationen/Verätzungen des Speiseweges
Phagophobie	nach Langzeitintubation
gestörte Eltern-Kind-Interaktion	nach Strahlen- oder Chemotherapie



▲ Abb. 3: Aspiration



▲ Abb. 4: Ziele der Diagnostik

### Auswirkungen

Auf Grund einer Dysphagie kann es zu unterschiedlichen Folgeerscheinungen kommen: Die Aspiration (Verschlucken, d.h. Eindringen von Material in den Kehlkopf) kann eine Folge sein, die sehr gefürchtet ist, da sie zu Erstickungsanfällen mit Atemnot und/oder zu Aspirationspneumonie (Lungenentzündung) führen kann (Abb. 3). Beides kann eine lebensbedrohliche Situation darstellen. Noch kritischer wird es für den Be-

troffenen, wenn es zu einer „silent aspiration“ kommt, d.h. es wird aspiriert ohne erkennbares Zeichen (der Betroffene hustet nicht oder fiebert nicht auf). Eine „silent aspiration“ tritt u.a. im Rahmen von neurologischen Erkrankungen (z.B. nach Schlaganfall) auf, bei denen es zu einem Sensibilitätsverlust im Pharynx- und Larynxbereich kommt.

Weitere Folgen einer Dysphagie können eine Fehl- oder Unterernährung, Exikkose/Dehydration, deutlicher Gewichtsverlust oder/und Appetitlosigkeit sein. Vor allem der Zustand der Exsikkose führt zu einer Mangel durchblutung des Gehirns und kann somit zu einer zunehmenden Somnolenz führen. Ferner ist der Faktor „Angst“ vor dem Verschlucken, vor Luftnot oder Erstickten nicht zu unterschätzen, da auch dieser oft zur Nahrungsverweigerung und damit zu Malnutrition führt.

Die Schwächung des Immunsystems und damit verbundene Infektionsanfälligkeit ist häufig eine negative Folgeerscheinung für den Betroffenen.

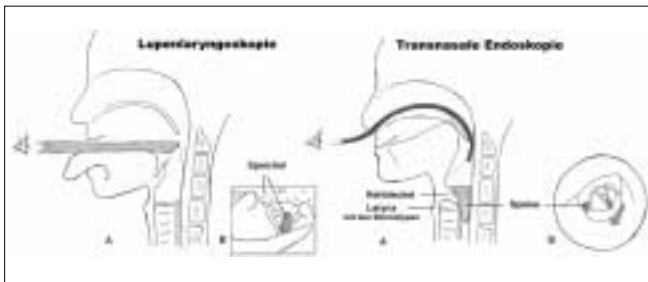
Da die Nahrungsaufnahme nicht ausschließlich zum Erhalt der Lebensfunktionen benötigt wird, sondern ferner einen wichtigen gesellschaftlichen Aspekt darstellt (man trifft sich zum Essen, man bespricht bestimmte Dinge beim Essen usw.) kann eine Dysphagie zu einer zunehmenden sozialen Isolation führen, wobei dieses für den Betroffenen zudem eine hohe psychische Belastung darstellt. Die Darstellungsform einer Dysphagie ist sehr unterschiedlich und bedarf zunächst einer speziellen Diagnostik.

### Diagnostik

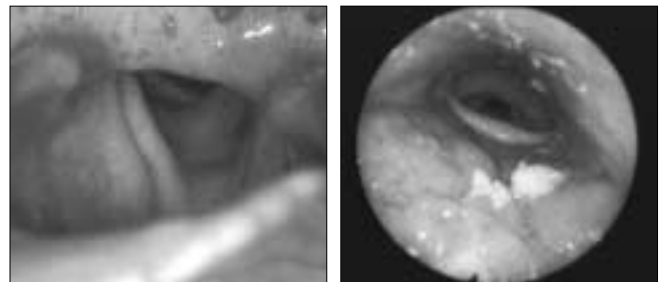
Mit einer Diagnostik werden folgende Ziele verfolgt (Abb. 4). Um beispielsweise feststellen zu können in welcher der vier Phasen das Schlucken gestört ist und welche Aspekte dazu beitragen, bedarf es einer differenzierten und umfassenden Diagnostik. Man unterscheidet hier die klinische von der instrumentellen Diagnostik.

Zum Bereich der klinischen Diagnostik gehört zunächst ein ausführliches Anamnesegespräch (aktueller Krankheitsverlauf, bisherige Behandlungen, mögliche Vorerkrankungen, Medikamenteneinnahme, Essgewohnheiten, respiratorischer Status u.v.m.), welches dem Untersucher mit großer Wahrscheinlichkeit bereits wegweisende Hinweise auf Art und Ausmaß der Dysphagie gibt. Die sich anschließende klinische Diagnostik umfasst folgende Aspekte:

- Beobachtung der beteiligten anatomischen Strukturen bzgl. Ruhetonus bei willkürlichen und reflektorischen Bewegungen,
- detaillierte Überprüfung der Motorik und Sensibilität im orofazialen, velopharyngealen und hypopharyngealen-laryngealen Bereich,
- Beurteilung der Phonation,
- Überprüfung der Schutzreflexe,
- Beurteilung des Schluckaktes beim Schlucken von Speichel und ggf. verschiedener Nahrungskonsistenzen (bzgl. Kehlkopfhebung, Drooling, Leaking, Retentionen im oralen Bereich, nasale Penetration).



▲ Abb. 5: Untersuchungsmethoden



▲ Abb. 6: Die transnasale Videoendoskopie ermöglicht die Beobachtung des Schluckvorgangs

Die instrumentelle Diagnostik umfasst u.a. die transorale Laryngoskopie, die transnasale Videoendoskopie und die Videokinematographie.

Bei der Laryngoskopie handelt es sich um eine Kehlkopfspiegelung mit einem Stabendoskop (Abb. 5). Die transnasale Videoendoskopie ermöglicht mit einem flexiblen Endoskop durch die Nase die Beobachtung des Schluckaktes während der Betroffene den Bolus schluckt. Zudem wird dieses Vorgehen noch auf Video aufgezeichnet (Abb. 6). Darstellbar sind u.a. Sekretansammlungen, vorzeitiges Abgleiten des Bolus vor dem Schluckreflex (Leaking), Penetration, Aspiration sowie naso- und hypopharyngeale Regurgitation.

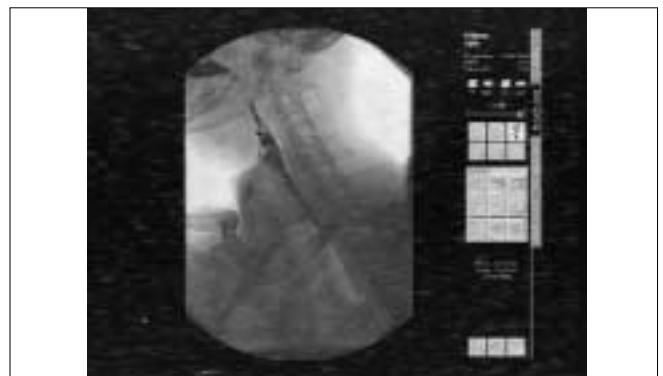
Durchgeführt werden diese Untersuchungsmethoden vom Hals-Nasen-Ohren-Arzt.

Die Videokinematographie ist eine auf Video aufgezeichnete Röntgenaufnahme des gesamten Schluckvorgangs, bei der der Betroffene einen mit Kontrastmittel angereicherten Bolus schluckt (Abb. 7). Es handelt sich hierbei um die einzige Untersuchungsmethode, die eine dynamische Beurteilung des Schluckaktes ermöglicht. Somit wird auch das koordinative Zusammenspiel der am Schluckakt beteiligten Strukturen beurteilbar.

Diese Art der weiterführenden Diagnostik ist sinnvoll, falls z.B. die Menge der Aspiration (Aspirationsgrad I–IV) beurteilt werden soll, stenotische Veränderungen ausgeschlossen, die Motilität des oberen Ösophagusphinkters eingeschätzt oder eine Beurteilung der ösophagealen Peristaltik stattfinden soll. Dem Radiologen, der diese Untersuchung durchführt, gelingt so eine Befundinterpretation der Funktionseinheiten des Schluckaktes von der Zunge bzw. der Mundhöhle bis zum Ösophagus/Magen.

**Behandlung**

In Abhängigkeit der zugrunde liegenden Informationen aus Anamnese und Diagnostik entscheidet der Therapeut, welcher Behandlungsweg mit welcher Methode für den Betroffenen sinnvoll ist. Da sich das Symptom „Dysphagie“ in unterschiedlichster Weise darstellen kann und jeder Betroffene über unterschiedliche Ressourcen verfügt, muss auch das therapeutische Vorgehen individuell abgestimmt werden. Eine Auswahl an therapeutischen Interventionen zeigt Tab. 2.



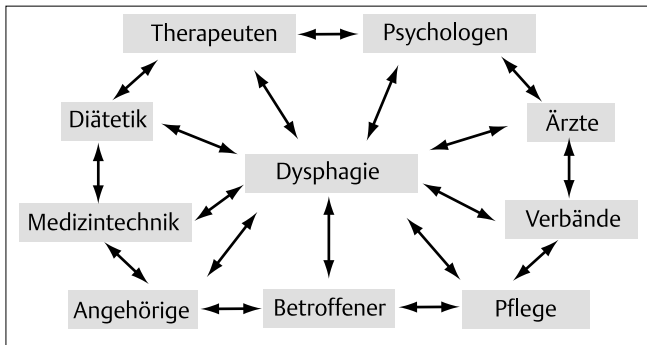
▲ Abb. 7: Röntgenaufnahme des Schluckvorgangs

Tabelle 2: Therapeutische Interventionen

Kausale Therapieverfahren	Kompensatorische Therapieverfahren	Hilfsmittelanpassung
<p><b>Bewegungsübungen</b> im Bereich der ersten und zweiten Muskulatur, sowie Kiefer- und Kehlspaltenübungen, Atemübungen</p> <p><b>Diätenveränderungen</b> wie Anwendung von thermischen Reizen, Kälteessenzen („Traying“) etc.</p> <p><b>Motilitätsverstärkungen</b> wie Mikrostimulation der Muskeln im schluckrelevanten Bereich</p>	<p><b>Haltschluckmodifikationen</b> während des Schluckaktes durch Änderung der Kopf- und Oberkörperneigung</p> <p><b>Diätetische Maßnahmen</b> z.B. Impulsierung des Essensbeginns über die Temperatur, sowie Anreicherung der Nahrungsmittel</p> <p>Positionierung der Zunge auf der Zunge und Anreicherung spezieller Schluckbestandteile</p>	<p>Anpassung und Verengung von Beiß- und Trichterlöchern wie Decken mit Passenlöchern, Öffnungsöffnungen für Beißlöcher, -stiftlöcher</p> <p>Anpassung und Verengung von Lagermaterialien für die normale Kauglied- und Kaugliedteile bei der Nahrungsaufnahme</p> <p>Stärkung bei der Kambienessenz</p>

Dem Bereich der diätetischen Maßnahmen kommt im Rahmen der Dysphagietherapie eine äußerst wichtige Rolle zu. Durch das Verändern von Nahrungskonsistenzen, d.h. Passieren oder Andicken von Nahrung oder Flüssigkeiten, kann dem Betroffenen häufig relativ schnell eine Erleichterung bzgl. seiner dysphagischen Einschränkung angeboten werden. Dieser Aspekt trägt entscheidend zur Verbesserung der Lebensqualität des Betroffenen bei.

Auch von bestimmten Produkten, die von großen Firmen speziell für Menschen mit Schluckstörungen entwickelt wurden, können Betroffene gut profitieren. Das gilt allerdings nur für die Betroffenen, bei denen eine Aspiration ausgeschlossen werden kann und die deshalb oralisiert werden dürfen. Nahrung spielt ferner in Bezug auf Homo- oder Heterogenität, Geschmack, Temperatur und Volumen eine wichtige Rolle für die Behandlung von Dysphagie, da einzelne Aspekte Einfluss nehmen können (z.B. auf Schluckreflexauslösung, Speichelpro-



▲ Abb. 8: Interdisziplinär arbeitendes Team

duktion oder den Öffnungsgrad des Ringmuskels am Ösophaguseingang) (Tab. 3).

Muss der Betroffene auf Grund einer Aspirationsgefahr deoralisiert werden, so kommt dem Bereich der parenteralen Ernährung eine besondere Bedeutung zu. Durch die Versorgung des Betroffenen mit einer transnasalen Magensonde oder PEG ist die ausreichende Versorgung mit Flüssigkeit und Nährstoffen gesichert, so dass der „Energiehaushalt“ im Gleichgewicht bleibt.

Bei schweren Dysphagien und ständiger deutlicher Aspiration von Speichel wird eine Tracheostomie mit Einsatz einer geblockten Trachealkanüle notwendig. Auch bei Betroffenen, die mit einer Trachealkanüle versorgt sind, ist eine Therapie indiziert. Das Ziel der Therapie besteht, in Abhängigkeit der zugrunde liegenden Ursache der Dysphagie, in der Zunahme von Entblockungszeiten und der allmählichen Entwöhnung von der Kanüle. Für dieses Vorgehen sind Richtlinien beschrieben, die der Orientierung dienen, aber auch hier ist ein individuelles Prozedere unumgänglich.

Die Therapiefrequenz kann auf mehrmals wöchentlich bis täglich festgelegt werden und die Therapiedauer umfasst meistens einen Zeitraum von mehreren Wochen bis Monaten, was wiederum in Abhängigkeit der zugrunde liegenden Ursache und des Erscheinungsbildes der Dysphagie entschieden werden muss. Die Behandlung einer Dysphagie beinhaltet oft

ein multimodales Vorgehen, d.h. sie umfasst mehrere der genannten Verfahren. Oftmals ist die diätetische Anpassung oder die Versorgung mit einer PEG-Sonde als isolierte Maßnahme nicht ausreichend, sondern nur in Kombination mit einem Funktionstraining hilfreich und sinnvoll.

**Ausblick**

Der vorliegende Artikel zum Thema Dysphagie sollte verdeutlichen, dass im Zuge der Erkennung, Diagnostik und Behandlung von Dysphagie ein interdisziplinär arbeitendes Team gefragt ist, um dem Betroffenen optimal helfen zu können (Abb. 8).

Da es sich bei dem Symptom Dysphagie um einen Bereich handelt, dem in der Medizin und im Gesundheitswesen insgesamt bisher wenig Beachtung geschenkt wurde, geschweige denn ausreichender Informationsfluss und Versorgung in diesem Zusammenhang bisher gewährleistet ist, haben sich zwei Therapeutinnen zusammengeschlossen und das „Kölner Dysphagiezentrum“ gegründet. Das Zentrum ist ein Netzwerk, bestehend aus den oben dargestellten Fachdisziplinen, die eng miteinander kooperieren.

Das „Kölner Dysphagiezentrum“ ist eine Sprechstunde für Betroffene und deren Angehörige, wobei der Schwerpunkt auf einer umfassenden und professionellen Diagnostik und Beratung sowie eines Trainings von Dysphagien (Schluckstörungen) jeglicher Ursache liegt.

Es wird eine umfangreiche klinische Diagnostik durchgeführt, Empfehlungen bzgl. weiterer Untersuchungen oder Behandlungen werden gegeben und falls erforderlich, wird eine weiterführende instrumentelle Diagnostik in Zusammenarbeit mit speziellen Kooperationspartnern empfohlen.

Ist neben einem funktionellen Training auch eine operative oder medikamentöse Therapie erforderlich, so werden entsprechende Vorschläge mit den bereits behandelnden Ärzten oder Kooperationspartnern diskutiert. Die Diagnostik, Beratung und das Training bezieht sich auf Menschen jeden Alters. Es werden sowohl Säuglinge, Kleinkinder, Kinder und Jugendliche als auch erwachsene Menschen behandelt.

Tabelle 3: Auswirkungen auf die Speichelsekretion

Eigenschaft der Speise	Konsistenz der Speise	Sensorische Eigenschaften	Pulmotoxische Eigenschaften	Auswirkung auf die Speichelsekretion	
	flüssig zähflüssig dickflüssig	Kälte	Wasserlöslichkeit	salzig sauer würzig	seröser Speichel
	breiig	Wärme	Boluskonsistenz		
	fest	Geruch	Säureanteil	milchig süß	mukoser Speichel
	Mischkonsistenz	Geschmack	Fettanteil		



▲ **Abb. 9: Netzwerk Dysphagiezentrum**

Im Bereich der Dysphagien im Kindesalter gehört eine ausführliche Elternberatung dazu. Für die Leitung des Zentrums ist es wichtig, auch das jeweilige soziale Umfeld, in dem sich der Betroffene befindet, zu betrachten und so weit wie mög-

lich in den Prozess einzubinden. Hier wird bei Bedarf informiert, aufgeklärt, angeleitet oder begleitet. Je intensiver die Zusammenarbeit aller Beteiligten in diesem System, desto produktiver und erfolgreicher ist die Behandlung.

Des Weiteren richtet sich das Angebot des „Kölner Dysphagiezentrums“ an Ärzte, Therapeuten, Pflegepersonal, Fachpersonal aus dem Bereich Diätetik und alle Interessierten (**Abb. 9**): Es werden Seminare, Schulungen, Workshops, Vorträge oder Informationsveranstaltungen rund um das Thema Dysphagie angeboten.

Zum Informieren aus eigenem Interesse, zum Weiterleiten an Rat- und Hilfesuchende, um Ideen oder Wünsche zum Thema äußern zu können oder warum auch immer – besuchen Sie doch einmal das „Kölner Dysphagiezentrum“ im Internet, schicken Sie eine E-Mail oder ein Fax oder rufen Sie uns an.

**Melanie Weinert, Manuela Motzko**

Kölner Dysphagiezentrum  
 Venloer Str. 247  
 50823 Köln

[www.dysphagiezentrum.de](http://www.dysphagiezentrum.de)  
 E-Mail: [info@dysphagiezentrum.de](mailto:info@dysphagiezentrum.de)  
 Fax: 0221/9123701  
 Tel.: 0221/9123702