

# Dysphagie – Ursachen, Diagnostik und Behandlung

*Manuela Motzko, Melanie Weinert*

Tag täglich schlucken wir unbewusst mehrere hundert Mal allein unseren Speichel. Rechnen wir das Schlucken von Speisen und Getränken noch hinzu, so kommen wir auf über 2000 Schluckvorgänge täglich. Dies geschieht meist unbewusst und benötigt eine gut aufeinander abgestimmte Koordination von vielen Einzelmuskeln, Muskelgruppen, Gelenken, Knorpelstrukturen sowie Schleimhäuten, Speicheldrüsen etc. Man unterteilt den gesamten Schluckakt in vier bzw. fünf aufeinander folgende Phasen (**Abb. 1**):

1. **präorale Phase:** Vorbereitung auf die Nahrungsaufnahme, z.B. aufrechte Sitzposition, vermehrte Speichelproduktion, Auslösung von Hunger- und Durstgefühl
2. **orale Vorbereitungsphase:** Aufnahme von Speise in den Mund, Kauen zu einem breiförmigen Speisebrei
3. **orale Transportphase:** Transport der Nahrung aus der Mundhöhle in den Rachen
4. **pharyngeale Phase:** Transport durch den Rachen
5. **ösophageale Phase:** Transport durch die Speiseröhre bis zum Magen.

Die letzten beiden Phasen laufen nach Auslösen des Schluckreflexes an den Triggerpunkten im Bereich der unteren Gaumenbögen unwillkürlich ab, d.h. sie können nicht willentlich gesteuert werden.

Doch was ist, wenn dieser hochkomplexe Vorgang, der durch unser zentrales und peripheres Nervensystem gesteuert wird, nicht mehr funktioniert, es also zu einer Schluckstörung, Dysphagie genannt, kommt?

## Ursachen

Eine Dysphagie jeglicher Ausprägung kann bei Menschen aller Altersgruppen und aufgrund verschiedener Ursachen auftreten. So stellt die größte Gruppe für Dysphagien der neurologische Bereich dar, mit den Ursachen wie z.B. Schlaganfälle, Schädel-Hirn-Traumata, Muskelerkrankungen oder neurologisch-degenerative Erkrankungen. Auch im Fachbereich der Onkologie können Dysphagien auftreten, beispielsweise als Folge von Tumoroperationen im Kopf-Hals- oder Mund-Kiefer-Gesichts-Bereich. Symptome einer Schluckstörung können auch Begleiterscheinung bei

vielen anderen Grunderkrankungen sein (**Tab. 1**). Diese schränken oft maßgeblich die Lebensqualität der Betroffenen ein und nehmen nicht selten einen lebensbedrohlichen Verlauf.

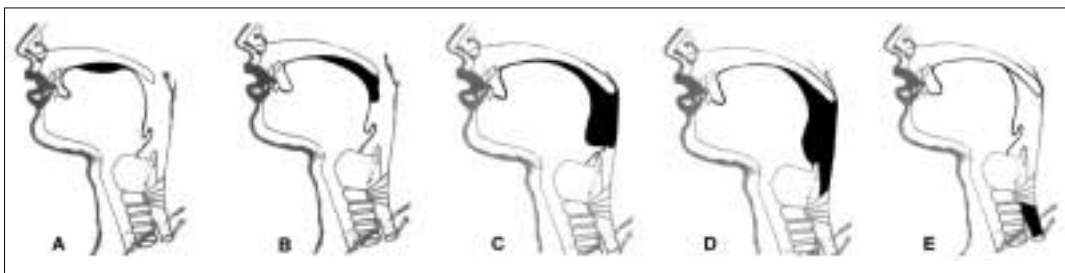
## Auswirkungen einer Dysphagie

Aufgrund einer Dysphagie kann es zu unterschiedlichen Folgeerscheinungen kommen: Die Aspiration (Verschlucken von Speichel oder Nahrungsbestandteilen) kann eine Folge sein, die sehr gefürchtet ist, da sie zu Erstickenanfällen mit Atemnot und/oder zu einer Aspirationspneumonie (Lungenentzündung) führen kann. Beides kann eine lebensbedrohliche Situation darstellen. Noch kritischer wird es für den Betroffenen, 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« kann u.a. im Rahmen von neurologischen Erkrankungen (z.B. nach Schlaganfall) auftreten, bei denen es zu einer Sensibilitätsstörung bestimmter Strukturen im Pharynx- und Larynxbereich kommt und so der Schutzreflex »Husten/Räusperrn« beim Eindringen eines Fremdkörpers nicht ausgelöst wird.

Weitere Folgen einer Dysphagie können

- Fehl- oder Unterernährung
- deutlicher Gewichtsverlust
- Exsikkose/Dehydration
- Appetitlosigkeit

sein. Vor allem der Zustand der Exsikkose führt oft zu einer Mangeldurchblutung des Gehirns und kann



◀ **Abb. 1: Die einzelnen Schluckphasen.**  
**A. orale Vorbereitung;**  
**B. oraler Transport;**  
**C. und D. pharyngealer Transport;**  
**E. ösophageale Phase**

Tabelle 1: Ursachen für eine Dysphagie

neurogene Schluckstörung	Schluckstörungen nach Operationen	psychogene Schluckstörungen unterschiedlichen Alters
Schlaganfall/Blutungen Schädel-Hirn-Trauma	Tumoren im Mund-, Hals- und Kopfbereich	Verhaltensstörungen
degenerative Erkrankungen (z.B. M. Parkinson, ALS, Multiple Sklerose, Myasthenia gravis)	Tumoren der oberen Speiseröhre	Essstörungen
Hirnhautentzündung	Lippen-Kiefer-Gaumen-Spalten	Phagophobie
Muskelerkrankungen (z.B. Polymyositis, Dermatomyositis, Myopathien, Muskeldystrophien, Myotonien)	Operationen der HWS (z.B. mit postoperativer Schädigung eines Stimmlippennervs)	gestörte Eltern-Kind-Interaktion
	Dysphagien allg. bei strukturellen/funktionellen Veränderungen	
kindliche Schluckstörungen	Schluckstörungen im Alter	sonstige
LKG-Spalten	Presbyphagie	Ösophaguserkrankungen (z.B. Reflux, neuromuskulär bedingt)
Tonsillenhyperplasie	Bewegungsstörungen/Motilitätsstörungen	Intoxikationen/Verätzungen des Speisewegs
Bewegungsstörungen/Motilitätsstörungen	Demenzerkrankungen	nach Langzeitintubation
Missbildungssyndrome	Antriebsstörungen	nach Strahlen- oder Chemotherapie
neurologische Erkrankung (ZNS, PNS, Muskeln, nach Tumoroperationen, usw.)		

somit zu einer zunehmenden Bewusstseinsbeeinträchtigung und geistigen Verwirrung führen.

Da die Nahrungsaufnahme nicht ausschließlich zum Erhalt der Lebensfunktionen benötigt wird, sondern auch einen wichtigen gesellschaftlichen Aspekt darstellt (man trifft sich zum Essen, man bespricht bestimmte Dinge beim Essen usw.), kann eine Dysphagie zur sozialen Isolation führen, wobei dieses für den Betroffenen eine hohe psychische Belastung bedeuten kann.

## Diagnostik

Das Erscheinungsbild einer Dysphagie ist sehr unterschiedlich und bedarf zunächst einer speziellen Diagnostik, um feststellen zu können, in welcher der oben genannten Schluckphasen die Störung auftritt ist und welche Aspekte dazu beitragen. Man unterscheidet hier die klinische von der instrumentellen Diagnostik:

### Klinische Diagnostik

Zunächst erfolgt ein ausführliches Anamnesegepräch (Krankheitsverlauf, bisherige Behandlungen, Medikamenteneinnahme, Essgewohnheiten, respiratorischer Status u.v.m.). Die 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, Speichel- oder Speisefluss aus dem Mund, Nahrungsreste im oralen Bereich, Rückfluss von Flüssigkeit in die Nase, ...).

### Instrumentelle Diagnostik

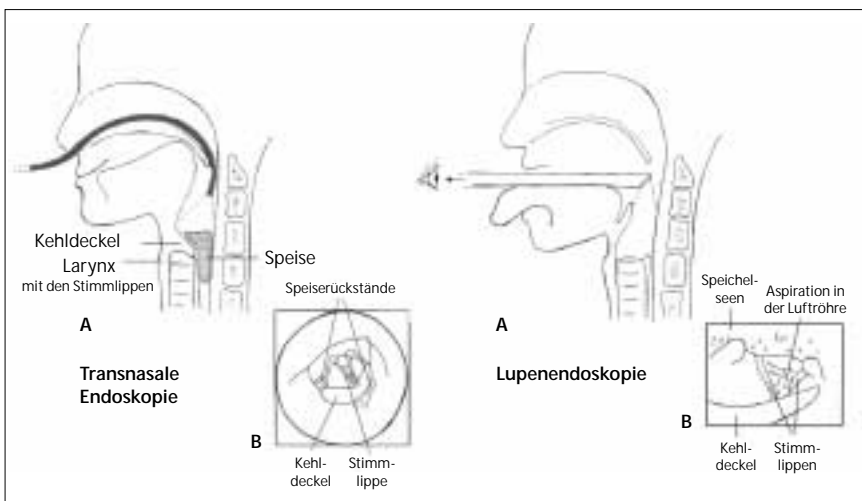
Die instrumentelle Diagnostik umfasst u.a. die transorale Lupenendoskopie, die transnasale Videoendoskopie und die Videokinematographie, die von Vertretern ärztlicher Fachrichtungen der HNO-Heilkunde/Phoniatrie, der Radiologie und ggf. auch der Neurologie durchgeführt werden.

Bei der Lupenlaryngoskopie handelt es sich um eine durch den Mund durchgeführte Kehlkopfspiegelung mit einem Stabendoskop, während bei der transnasalen Videoendoskopie mit einem flexiblen Endoskop durch die Nase die Beobachtung des Schluckaktes im Rachen- und Kehlkopfbereich möglich wird (**Abb. 2**). Darstellbar sind u.a. Sekretansammlungen, vorzeitiges Abgleiten des Bolus vor einer Schluckreflexauslösung, ein Eindringen von Nahrung in den Kehlkopf, eine Aspiration sowie ein Eindringen von Partikeln in den Nasenrachenraum.

Die Videokinematographie ist eine auf Video aufgezeichnete Röntgenuntersuchung, bei der der Patient einen mit Kontrastmittel angereicherten Bolus schluckt. Es handelt sich hierbei um die einzige Untersuchungsmethode, die eine dynamische Beurteilung des Schluckaktes ermöglicht. Dem Radiologen, der diese Untersuchung durchführt, gelingt so eine Befundinterpretation der Funktionseinheiten des Schluckaktes von der Mundhöhle bis zum Mageneingang.

## 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. 2:** Instrumentelle Untersuchungsverfahren aus dem Bereich der HNO-Heilkunde/Phoniatrie; unter A ist jeweils das Untersuchungsverfahren zu sehen und unter B der endoskopische Überblick über den Rachen- und Kehlkopfbereich mit Resten von Speichel oder Nahrung

### Diätetische Maßnahmen

Dem Bereich der diätetischen Maßnahmen kommt im Rahmen der Dysphagie-therapie 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 ferner entscheidend zur Verbesserung der Lebensqualität des Betroffenen bei.

Auch von bestimmten Produkten, die von namhaften Firmen speziell für Menschen mit Schluckstörungen entwickelt wurden, können Betroffene gut profitieren. Das gilt allerdings nur für die Betroffenen, bei denen zuvor eine Aspiration ausgeschlossen wurde 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 jeder einzelne

Aspekt Einfluss nehmen kann z.B. auf Schluckreflexauslösung, Speichelproduktion oder den Öffnungsgrad des Ringmuskels am Speiseröhreingang (Tab. 3).

### Parenterale Ernährung

Muss der Betroffene aufgrund einer Aspirationsgefahr deoralisiert werden, so kommt dem Bereich der parenteralen Ernährung eine wichtige Bedeutung zu. Durch die Versorgung des Betroffenen mit einer transnasalen Magen- oder einer PEG-Sonde ist die ausreichende Versorgung mit Flüssigkeit und Nährstoffen gesichert, so dass der Energiehaushalt im Gleichgewicht bleiben kann.

Bei schweren Dysphagien und ständiger deutlicher Aspiration von Speichel wird eine Tracheostomie (Anlage eines Luftröhrenschnitts) und eine geblockte Trachealkanüle notwendig. Auch Betroffene mit einer Trachealkanüle werden schlucktherapeutisch mit dem Ziel behandelt, nach und nach das Speichelschlucken zu verbessern, zunehmend von der Blockung wegzukommen und oralisiert zu werden.

### Therapiedauer

Die Therapiedauer umfasst meistens einen Zeitraum von mehreren Wochen bis Monaten oder sogar Jahren, was wiederum in Abhängigkeit der zugrunde liegenden Ursache und des Erscheinungsbildes der Dysphagie beurteilt werden muss.

### Ausblick

In dem vorliegenden Artikel ist ersichtlich geworden, dass im Zuge der Erkennung, Diagnostik und Behandlung von Dysphagie ein interdisziplinär arbeitendes Team gefragt ist, um den Betroffenen optimal versorgen zu können.

Da es sich bei der Dysphagie um einen Bereich handelt, dem in der Medizin und überhaupt im Gesundheitswesen bisher wenig Beachtung geschenkt wurde, kommt der Aufklärung und dem Informationsaustausch eine besondere Bedeutung zu. Aus diesem

Tabelle 2: Mögliche Therapieverfahren bei der konservativen Behandlung von Dysphagien

kausale Therapieverfahren	kompensatorische Therapieverfahren	Hilfsmittelanpassung
<b>Bewegungsübungen</b> im Bereich der oralen und intraoralen Muskulatur, sowie Kau- und Kräftigungsübungen, Atemübungen	<b>Haltungsmodifikationen</b> während des Schluckens durch Änderung der Kopf- und Gesamtkörperhaltung	Anpassung und Versorgung mit <b>Ess- und Trinkhilfen</b> wie Becher mit Nasenkerben, Griffverstärkungen für Bestecke, rutschfeste Unterlagen
<b>Stimulationsübungen</b> wie Anwendung von thermischen Reizen, Klopfmassagen (»Tapping«) etc.	<b>diätetische Maßnahmen</b> z.B. Veränderung des Bolusvolumens oder der Temperatur sowie Anpassung der Nahrungskonsistenz	Anpassung und Versorgung mit <b>Lagerungsmaterial</b> für die optimale Rumpf- und Kopfkontrolle bei der Nahrungsaufnahme
<b>Mobilisationstechniken</b> wie Widerstandsübungen der Muskeln im orofazialen Bereich	Platzierung der Nahrung auf der Zunge und Anwendung spezieller <b>Schluckmanöver</b>	Beratung bei der <b>Kanülenauswahl</b>

Tabelle 3: Überblick über diätetische Maßnahmen innerhalb der Dysphagietherapie

	Konsistenz der Speise	sensorische Eigenschaften	pulmotoxische Eigenschaften	Auswirkung auf die Speichelsekretion
<b>Eigenschaft der Speise</b>	flüssig, zähflüssig, dickflüssig	Kälte	Wasserlöslichkeit	salzig, sauer, würzig > seröser Speichel
	breiig	Wärme	Boluskonsistenz	
	fest	Geruch	Säureanteil	milchig, süß
	Mischkonsistenz	Geschmack	Fettanteil	> muköser Speichel

Grund bieten wir (Kölner Dysphagiezentrum) die Möglichkeit, Antworten auf Fragen zu finden und Auskünfte einzuholen, wobei der Schwerpunkt unserer täglichen Arbeit auf einer umfassenden und professionellen Diagnostik und Beratung von Dysphagien jeglicher Ursache und jeden Alters liegt.

Des Weiteren richtet sich ein anderer Teil unseres Angebotes an Ärzte, Therapeuten, Pflegepersonal, Fachpersonal aus dem Bereich Diätetik und alle Interessierten: Wir bieten Ihnen Seminare, Schulungen, Workshops, Vorträge oder Informationsveranstaltungen rund um das Thema »Dysphagie« an.

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

Nach einem Vortrag anlässlich der 12. Aachener Diätetik Fortbildung vom 17.–19. September 2004.

**Manuela Motzko, Melanie Weinert**

Kölner Dysphagiezentrum  
im Helios-Haus  
Venloer Str. 389  
50825 Köln  
www.dysphagiezentrum.de  
info@dysphagiezentrum.de  
Tel.: 0221/912 37 02, Fax: 0221/912 37 01