

## Das Problem, erörtert vom D.I.E.T.\*

# Problem Dysphagie

## Wachsendes Gesundheitsrisiko in der Geriatrie

Sven-David Müller, Diätassistent und Diabetesberater DDG, Deutsches Institut für Ernährungsmedizin und Diätetik (D.I.E.T., Wissenschaftlicher Direktor: Prof. Dr. med. Helmut Mann), Kurbrunnenstraße 5, D-52066 Bad Aachen; e-mail: [ernaehrungsmedizin@t-online.de](mailto:ernaehrungsmedizin@t-online.de)

### Einleitung

Dysphagie wird definiert als Schluckstörungen oder Schluckbeschwerden. Von ihr sind Menschen jeden Alters betroffen, insbesondere jedoch ältere Leute; sie tritt in verschiedenen Graden auf, von leichten Beschwerden bis zur völligen Unfähigkeit zu schlucken. Das Auftreten von Dysphagie wird mit 33% bei Patienten mit intensiver Pflege [1] und mit 66% bei Patienten, die eine langfristige Behandlung benötigen, angegeben; außerdem tritt sie häufig bei bestimmten Patientengruppen auf, wie etwa bei 30% der Patienten, die einen Schlaganfall erlitten hatten.

### 1 Schluckvorgang

Im Durchschnitt schluckt der Mensch 580 Mal am Tag, um zu essen, zu trinken und um Schleim und Speichel abzuleiten, produziert durch die normalen Körperfunktionen. Der Schluckprozess beginnt bei den Lippen und endet damit, dass Nahrung und Flüssigkeiten in den Magen gelangen. Beim normalen Schlucken lassen sich vier Phasen unterscheiden:

- (1) **Anfangsphase** (unter willentlicher Kontrolle): Als Antwortreaktion auf optischen Reiz, Geruch und Geschmack von Nahrung wird Speichel produziert.
- (2) **Orale Phase** (unter willentlicher Kontrolle): Nahrung, die mit Hilfe der Zunge zwischen den Zähnen positioniert wurde, wird zerkaut, mit Speichel vermischt und zu einem Klumpen geformt (Bolus). Der Bolus wird von der Zunge in den hinteren Mundbereich und weiter in den Rachen befördert.
- (3) **Rachenphase** (automatisch): Der Bolus gelangt vom Mund über den Rachen in die Speiseröhre (die Muskelröhre, welche die Verbindung zum Magen herstellt). In dieser Phase schließt sich der Kehlkopf, um zu verhindern, dass Nahrung oder Flüssigkeiten in die Luftröhre gelangen.
- (4) **Speiseröhrenphase** (automatisch): Der Bolus wandert die Speiseröhre hinunter bis in den Magen.

In jeder Phase des Schluckprozesses können Störungen auftreten, die dazu führen können, dass es nur zu einer Phase bzw. zu einer bestimmten Phasenkombination kommt.

### 2 Ursachen der Dysphagie

- Neurologische Probleme wie z.B. Schlaganfall (CVA), Parkinson Krankheit, amyotrophe Lateralsklerose, Alzheimer Krankheit

\* Das Deutsche Institut für Ernährungsmedizin und Diätetik wurde vorgestellt in ERNO Nr. 1/2000, S. 61

- Kopf- und Nackentumore
- Ösophageale Refluxgastritis (Magensäure reizt/beschädigt die Schleimhaut der Speiseröhre)
- Tracheotomie
- Benigne Struktur
- Infektionen, wie z.B. HIV-AIDS, Candida, Herpes
- Ärztlicher Eingriff, z.B. Perforation des Ösophagus (Speiseröhre) während der Intubation
- Vergiftung/Verbrennungen (z.B. bei Verschlucken von Reinigungsmitteln)

### 3 Symptome der Dysphagie

- Appetitlosigkeit und/oder Gewichtsverlust
- Nahrung, die im Hals steckenbleibt
- Verschlucken von Nahrung, Flüssigkeiten und Speichel
- Schmerzen beim Schlucken
- Sabbern
- Schmerzen im Hals oder in der Brust
- Sodbrennen/Säurerückfluss

45% der älteren Leute über 75 Jahre leiden an Dysphagie-Symptomen, Schluckproblemen, an Nahrung, die im Hals stecken bleibt, oder Brustbeschwerden beim Schlucken. In bestimmten Fällen wird die Dysphagie mit chronischen Erkrankungen wie die Parkinson Krankheit, Multiple Sklerose, Krebs oder die Alzheimer Krankheit in Zusammenhang gebracht. Doch gibt es Hinweise dafür, dass Dysphagie bei älteren Leuten ursächlich mit erheblicher Morbidität und Sterblichkeit in Verbindung steht [2].

### 4 Folgen der Dysphagie

#### 4.1 Aspiration und Lungenentzündung

Schluckbeschwerden führen häufig dazu, dass Nahrung bzw. Flüssigkeiten auf unkontrollierte Weise in den Rachen und schließlich in die Luftröhre gelangen (als Aspiration bezeichnet). Aspiration kann mit der Entwicklung von Lungenentzündung einhergehen und kann für den Tod und die Behinderung von Patienten mit einer ganzen Reihe von medizinischen Krankheitsbildern verantwortlich sein. Nach [3] war Lungenentzündung infolge von Aspiration in 20% für den Tod von Schlaganfall-Patienten im ersten Jahr nach ihrem Schlaganfall verantwortlich, und in 10-15% der Fälle in den jeweils folgenden Jahren.

#### 4.2 Mangelernährung und Dehydratation

Häufiges Husten, Kauen und Ausspucken beim Essen kann dazu führen, dass Nahrung aus Mund oder Nase tritt, was zu erheblichen Beschwerden und Peinlichkeiten führen kann. Um dies zu vermeiden, verkürzen an Dysphagie leidende Menschen möglicherweise ihre Zeit zum Essen oder vermeiden es gar völlig. Appetitlosigkeit, Dehydratation, Mangelernährung und Gewichtsverlust sind ernstzunehmende potentielle Folgen von Dysphagie [4].

Anfällige ältere Menschen in Pflegeheimen oder in Krankenhäusern sind einem erhöhten Krankheitsrisiko durch Mangelernährung an Proteinen/Kalorien, Vitamin- Mineralstoffmangel und durch ein geschwächtes Immunsystem ausgesetzt. In vielen Fällen bleiben die frühen Anzeichen von Mangelernährung unentdeckt; als Folge davon verschlechtert sich der allgemeine Gesundheitszustand. Viele ältere Menschen, die an Dysphagie leiden, sind außerdem von anderen Krankheiten betroffen, deren klinisches Ergebnis durch den schlechten Ernährungszustand des Patienten negativ beeinflusst werden kann. Es wird geschätzt, dass das Auftreten von Mangelernährung bei älteren Leuten, die unabhängig leben, bei 5 bis 10 Prozent liegt, und bei 30 bis 85 Prozent, die auf Hilfe angewiesen sind und solchen, die in Pflegeheimen und Krankenhäusern untergebracht sind [5]. Ein schlechter ernährungsbedingter Zustand steht mit vielen anderen großen Gesundheitsrisiken in Verbindung, wie eine schlechte Wundheilung, eine erhöhte Infektionsanfälligkeit und eine Störung der geistigen und physischen Funktionen [6].

Komplikationen bei Schluckstörungen:

1. Malnutrition, 2. Dehydratation, 3. Aspirationspneumonie

#### 5 Diagnose der Dysphagie

Die Bewertung der Oralfunktion, der Husten- und Schluckreflexe und des Kehlkopfflexes kann vom Hausarzt oder von einem Sprachtherapeuten vorgenommen werden. Es muss zwischen den verschiedenen Dysphagietypen unterschieden werden, z.B. zwischen pharyngeal oder ösophageal, und mögliche Einflussfaktoren müssen berücksichtigt werden, wie zum Beispiel behandelbare Krankheiten oder eine bereits eingeleitete Behandlung mit Medikamenten. Der Gesundheitsexperte muß bei der Beurteilung des an Dysphagie leidenden Patienten auch nach Anzeichen von Lungen- und ernährungstechnischen Komplikationen der Dysphagie-Patienten suchen. Hervorzuheben ist auch, dass der Nachweis eines Rachenreflexes nicht ausreicht, um ein sicheres Schlucken ohne Aspirationsrisiko zu gewährleisten.

Gibt es keine offensichtlichen Ursachen oder sind die Schluckstörungen schwerwiegender, sollte der Patient an einen spezialisierten Sprachtherapeuten, Röntgenologen und den entsprechenden Facharzt überwiesen werden. Die Untersuchung durch den Spezialisten kann mit Hilfe folgender Hilfsmittel durchgeführt werden:

- Verwendung eines flexiblen Laryngoskops, mit dem der hintere Zungenbereich, der Hals und der Kehlkopf untersucht werden können
- Röntgenstrahlen mit Einnahme von Barium

- Endoskopie für die Untersuchung des Magen-Darm-Trakts
- Einnahme von modifiziertem Barium oder Videofluoroskopie, ein per Video aufgezeichnetes radiologisches Verfahren. Damit ist die Untersuchung sämtlicher Phasen des Schluckprozesses durch Verwendung verschiedener Nahrungsmittelkonsistenzen möglich (flüssige, halb feste und feste Nahrungsmittel)

#### 6 Behandlung der Dysphagie

Im Rahmen von Weiterentwicklungen in der Schluck-Therapie wurden in den letzten zehn Jahren haltungstechnische Veränderungen und therapeutische Übungen eingeführt, mit denen das Aspirationsrisiko beim Essen begrenzt werden kann. Diese Methoden können zwar wirksam sein, doch sind sie von der ständigen Mitarbeit des Patienten abhängig. Viele Patienten mit Schluckstörungen jedoch sind älter und/oder haben von ihrer Sinneswahrnehmung her nur eingeschränkte Möglichkeiten; in diesen Fällen ist die Änderung der Flüssigkeits- und Nahrungskonsistenz die Therapie erster Wahl.

#### 7 Ernährungsmedizinische Therapie der Dysphagie

Die wachsende Besorgnis in den letzten Jahren über das häufige Auftreten von Mangelernährung bei älteren Leuten in Krankenhäusern hat die Aufmerksamkeit auf die wichtige Rolle der Ernährungstherapie bei der Behandlung solcher Patienten gelenkt. Patienten mit Dysphagie-Symptomen, die weniger essen und trinken – ganz gleich, ob es sich um einen Aufenthalt im Krankenhaus handelt, um die Behandlung in einem Altenheim oder zu Hause – müssen als Personen mit besonders hohem Mangelernährungsrisiko betrachtet und entsprechend behandelt werden.

Die Hauptziele der Ernährungstherapie:

- Hilfe der Patienten beim Schlucken (Vermeidung von Aspiration und Verschlucken)
- Optimierung des Ernährungszustands (Vermeidung von Dehydratation und Mangelernährung)

Um die Risiken von Aspiration und Verschlucken zu minimieren, werden im Rahmen der Dysphagie-Behandlung in der Regel die Konsistenz von Essen und Trinken geändert. Nicht leidende Menschen haben einen Hustenreflex, der die Luftröhre schützt; dieser Reflex kann jedoch bei an Dysphagie Leidenden gestört sein bzw. völlig fehlen. Deshalb ist die Konsistenzänderung von Flüssigkeiten besonders wichtig, um sicherzustellen, dass Dysphagie-Patienten einen ausreichenden Wasserhaushalt besitzen. Dieses Ziel lässt sich problemlos durch die Verwendung von Dickungsmitteln erreichen.

#### 8 Studie der European Study Group on Dysphagia (im Auftrag der *European Study Group on Dysphagia* und *Globus* von *Oxford Research*, Kopenhagen, Dänemark)

Die European Study Group for Diagnosis and Therapy of Dysphagia and Globus (EGDG) führte von Juli bis August 1999 die erste paneuropäische Untersuchung zur Dysphagie durch und präsentierte die Ergebnisse aus Anlass des ESPEN-Kongresses (European Society of Parenteral and Enteral



Nutrition) am 6. September 1999 in Stockholm erstmals der Öffentlichkeit. Die Umfrage wurde durch persönliche Interviews mit 360 älteren Leuten mit Schluckstörungen (55 bis über 80 Jahre) durchgeführt, die in Pflegeheimen leben oder sich in Krankenhäusern/Kliniken in Frankreich, Deutschland, Spanien und dem Vereinigten Königreich aufhalten.

#### Europa auf einen Blick

- 44% hatten in den vergangenen 12 Monaten aufgrund von Schluckbeschwerden Gewicht verloren
- 55% waren nicht in der Lage, bestimmte Nahrungsmittel zu sich zu nehmen und 50% aßen weniger als normal üblich
- 30% hatten nach den Mahlzeiten noch Hunger oder Durst
- 70% ließen ihre Nahrung zerkleinern oder verflüssigen, um sie leichter zu sich nehmen zu können
- 48% waren der Meinung, dass Essen kein angenehmer Teil ihres Tages ist, in den meisten Fällen aufgrund von Schluckbeschwerden, und 55% gaben an, dass sie das Leben insgesamt weniger genießen können
- Von den 68%, die bei den Mahlzeiten aufgrund von Schluckbeschwerden besorgt sind, gaben 37% an, dass es ihnen peinlich ist, und 41% hatten bei den Mahlzeiten Angst oder Panikanfälle
- 27% waren weder von einem Arzt oder einer Krankenschwester über ihre Schluckprobleme befragt worden

(und ca. die Hälfte von ihnen hatte über dieses Problem nicht mit einem Arzt/einer Krankenschwester oder mit einem Verwandten gesprochen). Zwar waren bei 40% Schluckbeschwerden diagnostiziert worden, doch erhielten nur ca. ein Drittel der Leidenden eine ärztliche Behandlung. 60% wissen nicht, ob bzw. glauben nicht, dass ihre Beschwerden behandelt werden können.

#### Literatur

- [1] LAYNE, K. et al. (1989): Using the Fleming Index of Dysphagia to Establish Prevalence. *Dysphagia* 4: 39-42
- [2] SIEBENS, H. et al. (1986): Correlates and Consequences of Eating Dependency in Institutionalised Elderly. *J Am Geriatr Soc* 34: 192-198
- [3] SCHMIDT, E.V.; SMIMOV, V.E.; RAYBOVA, V.S. (1988): Results of the 7 Year Prospective Study of Stroke Patients. *Stroke* 1: 942-949
- [4] Elmstahl, S.; Bülow, M.; Ekberg, O.; Petersson, M.; Tegner, H. (1999): Treatment of Dysphagia Improves Nutritional Conditions in Stroke Patients. *Dysphagia* 14: 61-66
- [5] LENNARD JONES, J.E. (Chair person, King Edwards Hospital Fund of London) (1992): A Positiv Approach to Nutrition as Treatment: Report of a working party chaired by J.E. Lennard Jones on the Role of Enteral and Parenteral Feeding in Hospital and at Home, London Kings Fund Centre
- [6] EKBERG, O. (1990): The Role of Radiology in the Evaluation and Treatment of Neurologically-Impaired Patients with Dysphagia, *J Neuro Rehab* 4: 65-73

## VFED

### Der VFED stellt sich vor

Der VFED hat sich aus Anlass der Mitgliederversammlung 1999 eine Leitlinie 'VFED – den Menschen und der Ernährung verpflichtet' gegeben, die die Arbeitsweise und Ziele des VFED verdeutlicht. Zudem erleichtert die Leitlinie die Abgrenzung zu anderen Vereinen und Verbänden.

Der Verein zur Förderung der gesunden Ernährung und Diätetik (VFED) wurde im Februar 1992 als Fachverband für alle im Bereich der Ernährung und Diätetik Arbeitenden und Interessierten gegründet und feiert in diesem Jahr sein 8-jähriges Bestehen. Er ist die größte, nicht staatlich geförderte Ernährungs und Diätetik-Fachorganisation in Deutschland. Der Verein ist in seiner Arbeit auf den Europäischen Raum ausgerichtet. Insbesondere im deutschsprachigen Raum (Deutschland, Österreich, Schweiz, Italien (Südtirol), Belgien (deutschsprachige Gemeinschaft), Niederlande (deutschsprachige Gebiete) sowie Luxemburg) arbeitet der VFED schon erfolgreich mit den Diätassistenten und Ernährungswissenschaftlern zusammen. Allein in Österreich hat der VFED mehr als 130 Mitglieder. Die europäische Kooperation zeigt sich auch an den 'Aachener Diätetik Fortbildungen' an denen jährlich zwischen 1.000 und 1.250 Teilnehmern aus neun Ländern teilnehmen (Deutschland, Niederlande, Belgien, Luxemburg, Österreich, Schweiz, Italien, Island und Polen bzw. Griechenland).

Der VFED e.V. arbeitet unter dem Motto 'Service ist unser Erfolg'.

Unser vorrangiges Ziel:

- Vermittlung aktueller Erkenntnisse aus der Ernährung und Diätetik
- Aufklärung über die Wichtigkeit und Notwendigkeit einer gesunden Ernährung und der diätetischen Therapie

- Förderung der Berufsgruppen im Bereich Ernährungsberatung
- Als Fachverband fordert der VFED neben bedarfsgerechten Stellenzahlen und einer leistungsgerechten Bezahlung, die Verbesserung der Aus- und Weiterbildungsmöglichkeiten sowie bessere Niederlassungsmöglichkeiten mit angemessener Honorierung von Ernährungsfachkräften.

Weiter stellt der VFED den Antrag auf Anerkennung der Diätberatung als Heilmittel und die rechtliche Absicherung der Ernährungsberatung. Fortbildungen, Öffentlichkeitsarbeit und Seminare sehen wir als Zukunftssicherung:

- 4.'Tag der gesunden Ernährung' am 02. April 2001
  - 3-tägige Jahreshauptveranstaltung, 'Aachener Diätetik Fortbildung (ADF)' 22.-24. September 2000
  - Fortbildungen 'Diätetik-Dialog' der verschiedenen Regionalgruppen
- verschiedene Seminare, wie zum Beispiel:
- Rhetorik- und Gesprächsführung für Ernährungsfachkräfte
  - PR-Grundlagen für Ernährungsfachkräfte
  - Wege in die Freiberuflichkeit
  - Diabetes

Der VFED e.V. ist beim Amtsgericht Aachen unter der Nummer 2929 eingetragen.

#### Weitere Informationen:

VFED e.V.  
St. Franziskus-Krankenhaus  
Morillengang 27, D-52074 Aachen  
T: +49-241-507300; F: -507311  
<http://www.vfed.de>