

S.-D. Müller

# Dysphagie

## Wachsendes Gesundheitsrisiko in der Geriatrie

**D**ysphagie 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.

### Wie schlucken wir?

Im Durchschnitt schluckt der Mensch 580-mal am Tag, um zu essen, zu trinken und um Schleim und Speichel abzuleiten, die durch die normalen Körperfunktionen produziert werden. Oft wird vergessen, dass der Schluckprozess bei den Lippen beginnt und damit endet, dass Nahrung und Flüssigkeiten in den Magen gelangen (s. Abb. 1). Beim normalen Schlucken lassen sich vier Phasen unterscheiden:

#### **Anfangsphase (unter willentlicher Kontrolle)**

Nahrung und Flüssigkeiten werden dem Mund zugeführt. Als Antwortreaktion auf den optischen Reiz, den Geruch und den Geschmack von Nahrung wird Speichel produziert. Nahrungsmittel und Getränke werden dann dem offenen Mund zugeführt, und der Mund wird durch die Lippen und das Kiefer geschlossen.

Die Fähigkeit zu schlucken ist eine physiologische Funktion, die für das Erhalten des Lebens von wesentlicher Bedeutung ist. Ausser der Versorgung des Körpers mit Nahrung besitzen das Schlucken und Essen eine Schlüsselfunktion für die wichtigsten Aspekte des Lebens in der Gesellschaft. Tatsächlich steht Essen für viele symbolische Verbindungen und ist eng mit Liebe, Gemeinschaftsgefühl und dem Miteinanderteilen verbunden. Deshalb können sich Schluckbeschwerden und Schluckstörungen (Dysphagie) sehr nachteilig auf das Leben der Menschen auswirken. Ausser den schweren gesundheitlichen Implikationen, wie schlechte Ernährung und Dehydratation, kann Dysphagie noch andere Konsequenzen haben, wie Aspiration (Flüssigkeit, die in die Lungen gelangt), die zur Entwicklung von Lungenentzündung und Brustinfektionen führt.

#### **Orale Phase (unter willentlicher Kontrolle)**

Nahrung, die mit Hilfe der Zunge zwischen den Zähnen positioniert wurde, wird zerkaut und mit Speichel vermischt und anschliessend zu einem Klumpen geformt (Bolus). Anschliessend wird der Nahrungsklumpen von der Zunge in den hinteren Mundbereich und weiter in den Rachen befördert.

#### **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.

#### **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.

### Folgen der Dysphagie

#### **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. Zum Beispiel ergab eine Studie, dass Lungenentzündung infolge von Aspiration in 20% für den Tod von Schlaganfall-Patienten im ersten Jahr nach ihrem Schlaganfall verantwortlich sind, und in 10–15% der Fälle in den jeweils folgenden Jahren [4].

#### **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 Peinlichkeit führen kann. Um dies

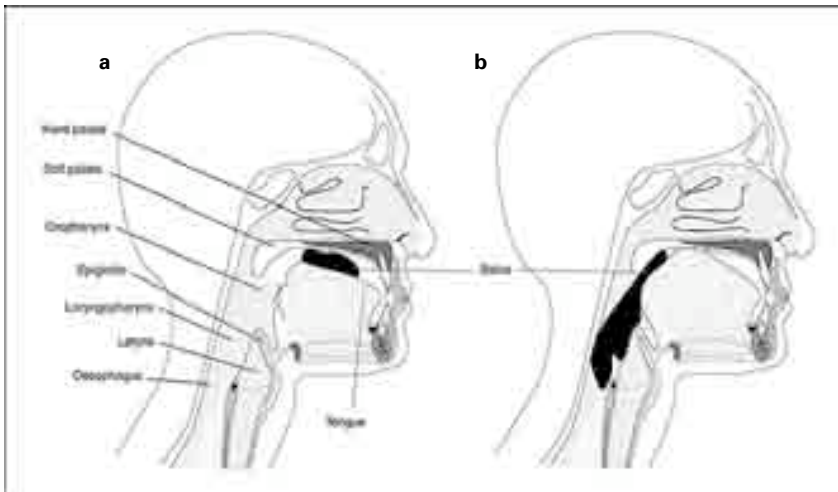


Abb. 1: Der Schluckakt

zu vermeiden, verkürzen an Dysphagie leidende Menschen möglicherweise ihre Zeit zum Essen oder vermeiden es gar völlig. Ausserdem wird die entstehende Nahrungsverschwendung, die mit dieser Entwicklung einhergeht, schnell vom Pflegepersonal unterschätzt; die Nahrungsaufnahme einer an Dysphagie leidenden Person wird daher leicht überschätzt. Somit sind Appetitlosigkeit, Dehydratation, Mangelernährung und Gewichtsverlust ernstzunehmende potentielle Folgen von Dysphagie [5].

Dadurch werden anfällige ältere Menschen in der Gemeinschaft, in Pflegeheimen oder in Krankenhäusern 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 bei älteren Leuten, die auf Hilfe angewiesen sind

und solchen, die in Pflegeheimen und Krankenhäusern untergebracht sind [6]. 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 [8].

Komplikationen bei Schluckstörungen können sein Unter- und/oder Fehlernährung, Dehydratation und Aspirationspneumonie.

### 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. Trotz der

Ursache gibt es Hinweise dafür, dass Dysphagie selbst bei älteren Leuten mit erheblicher Morbidität und Sterblichkeit in Verbindung steht [2].

### Ursachen der Dysphagie

- Neurologische Probleme wie z. B. Schlaganfall (CVA), Parkinson Krankheit, amyotrophe Lateralsklerose, Alzheimer Krankheit
- Kopf- und Nackentumore
- Ösophageale Refluxgastritis (Magensäure reizt/beschädigt die Schleimhaut der Speiseröhre)
- Tracheotomie
- Benigne Striktur
- Infektionen, wie z.B. AIDS, Candida, Herpes
- Ärztlicher Eingriff, z.B. Perforation des Ösophagus (Speiseröhre) während der Intubation
- Vergiftung/Verbrennungen, wie z.B. Verschlucken von Reinigungsmitteln für den Haushalt

### Diagnose der Dysphagie

Die Bewertung der Oralfunktion, der Husten- und Schluckreflexe und des Kehlkopfflexes kann vom Hausarzt oder von einem Sprachtherapeuten am Krankenbett oder beim Patienten zu Hause 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 Sprachtherapeu-

ten, 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, z.B. flüssige, halb feste und feste Nahrungsmittel.

## 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, jedes Mal also, wenn der Patient schluckt, und viele Patienten mit Schluckstörungen sind älter und/oder haben von ihrer Sinneswahrnehmung her nur eingeschränkte Möglichkeiten. Bei solchen Patienten ist die Änderung der Flüssigkeits- und Nahrungskonsistenz die Therapie erster Wahl.

## 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 lauten wie folgt:

- 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. Flüssigkeiten müssen verdickt und feste Nahrung muss als Püree oder in weicherer Form zubereitet werden. Als spezielle diätetische Lebensmittel für die an das Beschwerdebild des Patienten angepasste Konsistenz stehen Quick und Dick von Pfrimmer Nutricia sowie ThickenUp von Novartis Nutrition zur Verfügung. Es wird ausserdem empfohlen, die Mahlzeit mit einem saurem Geschmackszusatz, wie etwa Zitronen, zu servieren, um den Schluckmechanismus auszulösen. Obwohl man annehmen könnte, dass Wasser und andere Flüssigkeiten von an Dysphagie Leidenden geschluckt werden können, stellen sie in Wirklichkeit ein grosses Problem dar, weil sie ungehindert über den Mund in die Luftröhre gelangen können. 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 (s.o.) erreichen.

## Probleme und Problemlösungen in der Therapie von Dysphagie-Patienten

In den Fällen, wo ältere Leute, die an Dysphagie leiden, zu Hause oder in Heimen behandelt werden, ist es wichtig, dass sie die Möglichkeit haben, aus einer Reihe verschiedener geeigneter Gerichte zu wählen. Dadurch wird nicht nur der Anreiz zum Essen grösser, sondern es wird ausserdem ein Beitrag zur ausgewogenen Aufnahme von Nährstoffen geleistet. Nicht zu vergessen ist die Tatsache, dass es leidenden Personen möglicherweise peinlich ist, zusammen mit anderen zu essen, aus Angst davor zu sabbern oder aus Angst davor, dass weitere Probleme offenkundig werden, die mit der Dysphagie in Zusammenhang stehen. Ausserdem haben sie möglicherweise Angst sich zu verschlucken, wenn man sie allein lässt. Deshalb muss ihnen erforderlichenfalls bei den Mahlzeiten spezielle Hilfe angeboten werden. Die richtige Haltung beim Dysphagie-Patienten kann beim Schlucken eine grosse Hilfe sein; eine entsprechende Beratung darüber bietet der Sprachtherapeut.

## Studie der European Study Group on Dysphagia

Die European Study Group for Diagnosis and Therapy of Dysphagia and Globus (kurz EGDG) führte von Juli bis August 1999 die erste paneuropäische Untersuchung zum Thema 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 (55 bis über 80 Jahre) durchgeführt, die in Pflegeheimen leben oder sich in Krankenhäusern/Kliniken in Frankreich, Deutschland, Spanien und dem Vereinigten Königreich aufhalten und bei denen Schluckstörungen diagnostiziert wurden. Die Studie wurde im Auftrag der European Study Group on Dysphagia and Globus von Oxford Research, Kopenhagen, Dänemark, durchgeführt.

## 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.

## Deutschland auf einen Blick

Die Antworten in Deutschland über Probleme beim Essen in Verbindung mit Dysphagie waren typisch für die Umfrageergebnisse insgesamt. Obwohl die deutschen Befragten über die Schluckbeschwerden besorgt waren, war es ihnen tendenziell weniger peinlich, bzw. sie waren tendenziell weniger beängstigt über ihre Schluckbeschwerden bei Mahlzeiten, und ihre Lebensfreude war weniger stark beeinträchtigt. Die Diagnoseniveaus lagen weit unter dem Durchschnitt, doch

gaben sich die Befragten optimistisch, dass man etwas für sie tun könne.

- 36% hatten in den vergangenen 12 Monaten aufgrund von Schluckbeschwerden Gewicht verloren
- 47% waren nicht in der Lage, bestimmte Nahrungsmittel zu sich zu nehmen, und 44 % assen weniger als normalerweise üblich
- Nur 12% hatten nach den Mahlzeiten noch Hunger oder Durst
- 50% liessen ihre Nahrung zerkleinern oder verflüssigen, um sie leichter zu sich nehmen zu können
- 45% waren der Meinung, dass Essen kein angenehmer Teil ihres Tages ist, bei der Hälfte der Fälle aufgrund von Schluckbeschwerden, und 43% gaben an, dass sie das Leben insgesamt weniger geniessen können
- Von den 63%, die sich um die Schluckbeschwerden bei den Mahlzeiten Sorgen machten, war dies nur 17% peinlich und 22% hatten bei den Mahlzeiten Angst oder Panikanfälle
- Bei 39% hatte sich der Arzt bzw. die Krankenschwester nicht nach ihren Schluckproblemen erkundigt (und die Hälfte hatte das Problem nicht mit einem Arzt/einer Krankenschwester oder mit einem Verwandten besprochen)
- Nur in 23% der Fälle war Dysphagie diagnostiziert worden, und nur etwa ein Drittel der Leidenden wird ärztlich behandelt. 42% wissen nicht, ob bzw. glauben nicht, dass ihr Problem behandelt werden kann.

### Literatur

1. Layne K et al., Using the Fleming Index of Dysphagia to establish prevalence. *Dysphagia* 1989, 4: 39–42
2. Siebens H et al., Correlates and consequences of eating dependency in institutionalised elderly. *J Am Geriatr Soc* 1986, 34: 192–198
3. Barer DH, The natural history and functional consequences of dysphagia after hemispheric stroke. *J Neurology & Neurosurgery Psychiatry* 1989, 52: 236–241
4. Schmidt EV, Smimov VE, Raybova VS, Results of the 7 year prospective study of stroke patients. *Stroke* 1988, 1: 942–949
5. Elmstahl S, Bülow M, Ekberg O, Petersson M, Tegner H, Treatment of Dysphagia improves nutritional conditions in stroke patients. *Dysphagia* 1999, 14: 61–66
6. King Edwards Hospital Fund of London. Lennard Jones JE (Chair person), A positive

approach to nutrition as treatment : Report of a working party chaired by Prof JE Lennard Jones on the role of enteral and parenteral feeding in hospital and at home, 1992, London Kings Fund Centre

7. Ekberg O, The Role of Radiology in the Evaluation and Treatment of Neurologically-Impaired Patients with Dysphagia. *J Neuro Rehab* 1990, 4: 65–73
8. Ekberg O, Olsson R, Radiological evaluation of the pharynx and larynx during swallowing. *Oper Tech Otolaryngology* 1997, 8 (3): 153–162

### Anschrift des Autors:

Sven-David Müller, Diätassistent  
und Diabetesberater DDG  
Deutsches Institut für Ernährungsmedizin  
und Diätetik D.I.E.T.  
Kurbrunnenstrasse 5, D-52066 Bad Aachen