



EVANGELISCHES KRANKENHAUS
KÖNIGIN ELISABETH HERZBERGE

Zercur 27.08.2026 - Dysphagie

Stefanie Lamberz (Dipl. Patholinguistin,
Krankenschwester), Abt. Logopädie



Was erwartet euch...?

2

- Der physiologische Schluckakt
- Veränderungen der Schluckphysiologie im Alter und wann wird es pathologisch?
- Dysphagie
 - Ursachen
 - Symptome
- Dysphagiediagnostik
- Dysphagietherapie



Bing Bildersuche

Der physiologische Schluckakt

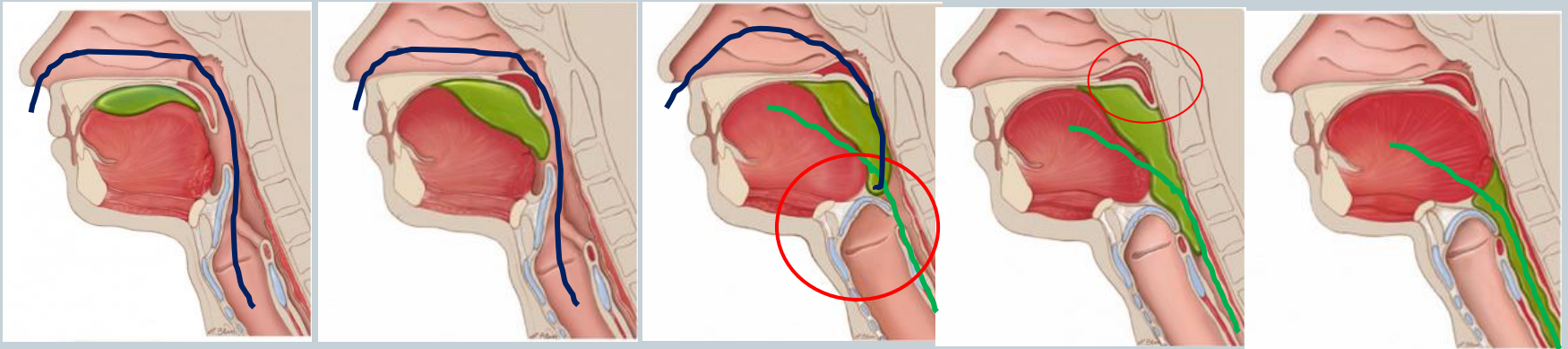
3

- **Bewegungsvorgänge**, durch die **schnell und sicher** unterschiedliches **Material** von der **Mundhöhle in den Magen** transportiert werden
- ein **teils willentlicher** und **teils reflektorischer** Vorgang
- wird gesteuert über **Schluckzentren im Gehirn**
- Es sind beteiligt: mehr als 25 Muskelpaare und 5 Hirnnerven

(Prosiegel, M. & Weber, S. (2010). Dysphagie. Springer-Verlag)

Der physiologische Schluckakt – Herausforderung:

4



Orale Phase und orale Transportphase

Pharyngeale Phase

Ösophageale Phase

T. Warnecke, R. Dziewas. Neurogene Dysphagien. 2018. Kohlhammer, S. 23

!!! Atem- und Speiseweg überkreuzen sich

Zum Physiologischen Schluck gehören:

5

- Physiologisches Atem-Schluck-Muster:
Einatmen – Schluckapnoephase – Ausatmen (Frank, U., Atem-Schluck-Koordination: Grundlagen, Einflussfaktoren und klinische Implikationen, logoTHEMA Jg. 15, 2018.)
- Effektives Räuspern/Husten als Schutz und Reinigungsmechanismus der unteren Atemwege
- Idealer Aspirationsschutz: kräftiges Räuspern bzw. Husten UND nachfolgendes Abschlucken bzw. Ausspucken
- Therapiemöglichkeit zur Hustenunterstützung und als Aspirationsprophylaxe: Capsaicin als Aerosolgabe nach den Mahlzeiten



Veränderungen der Schluckphysiologie im Alter

6



→ Presbyphagie

Veränderungen der Schluckphysiologie im Alter

7

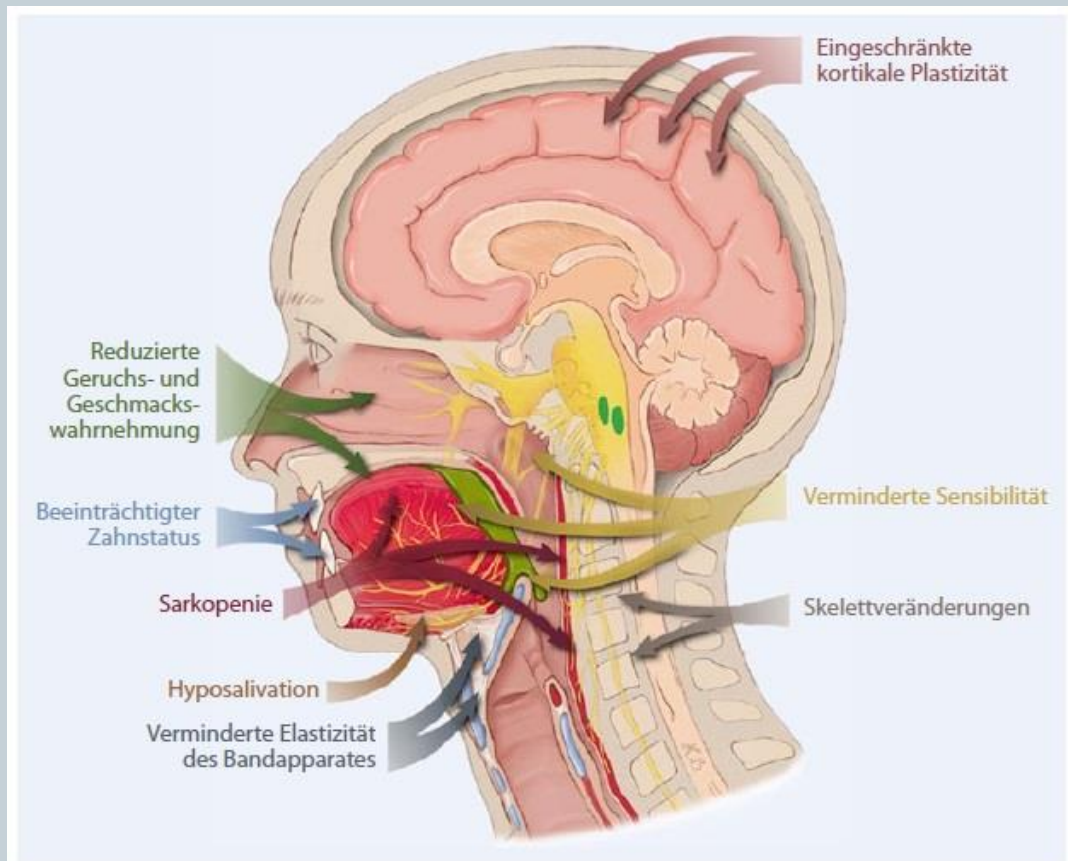


Abb. 3 ▲ Anatomische Manifestationen der Presbyphagie. (Mit freundlicher Genehmigung, R. Dziewas)

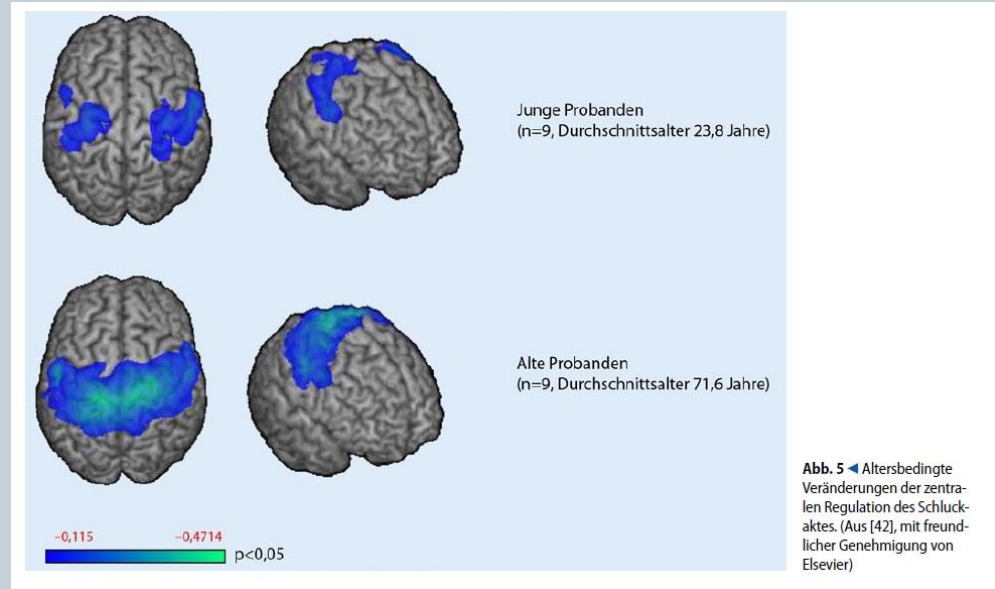
Muhle, P., Wirth, R. et al. (2015). Schluckstörungen im Alter. *Der Nervenarzt* 4, 86:440-451.

Veränderungen der Schluckphysiologie im Alter

8

Tab. 1: Normaler Schluckvorgang versus mögliche Schluckveränderungen im Alter/Presbyphagie

Schluckphase	Normaler Schluckvorgang	Mögliche Veränderungen im Alter
Präorale Phase	- Sinneseindrücke: Anblick und Geruch von Speisen lösen Speichelproduktion aus - Hinführen von Nahrung zum Mund	- Verminderte Speichelproduktion - Vermindertes Durst- und Hungergefühl - Verminderter Appetit - Körperliche Einschränkungen
Orale Vorbereitungsphase	- Geschmacks- und Geruchsempfinden - Empfindungen von Temperatur, Größe und Beschaffenheit der Nahrung - Nahrungsaufnahme und Zerkleinerung - Vermischen mit Speichel - Zungen- und Kaubewegungen - Platzierung des Bissens in der Zungenschüssel	- Die Wahrnehmung (Sensibilität und Sensorik) nimmt ab - Unvollständiges Gebiss - Mangelnder Speichel/ Mundtrockenheit - Verletzungen der Mundschleimhaut und des Zahnteils - Verlust der Muskelmasse und -kraft
Orale Phase	Transport des Bissens auf der Zunge in den Mundrachen	- Abnahme der Schluckhäufigkeit - Verlust von Muskelmasse und Kraft - Verminderte Boluskontrolle - Verlängerter Bolustransport
Pharyngeale Phase	- Auslösung des Schluckreflexes - Verschluss der Nase durch das Gaumensegel - Zungenbasisretraktion - Kehlkopf- und Zungenbeinhebung - Kehledeckelklippung - Verschluss der Atemwege - Atemstopp - Aktivierung der Rachenmuskulatur - Öffnen der Speiseröhre	- Verzögerte Auslösung des Schluckreflexes - Verminderte Sensibilität - Verminderte Muskelkraft - Verlängerte Passage - Vermehrte Penetration mit spontanem Reinigen (Husten, Räuspern) - Vermehrte Residuen - Verminderte Öffnung des oberen Speiseröhrenschließmuskels
Ösophageale Phase	- Transport durch die Speiseröhre (Wellenbewegungen) - Öffnen des unteren Schließmuskels der Speiseröhre - Schließen des oberen Speiseröhrenschließmuskels - Reinigungswelle	- Verminderte Wellenbewegung der Speiseröhre - Reduzierte Öffnung der Schließmuskeln der Speiseröhre - Erhöhtes Risiko für Reflux und Regurgitation

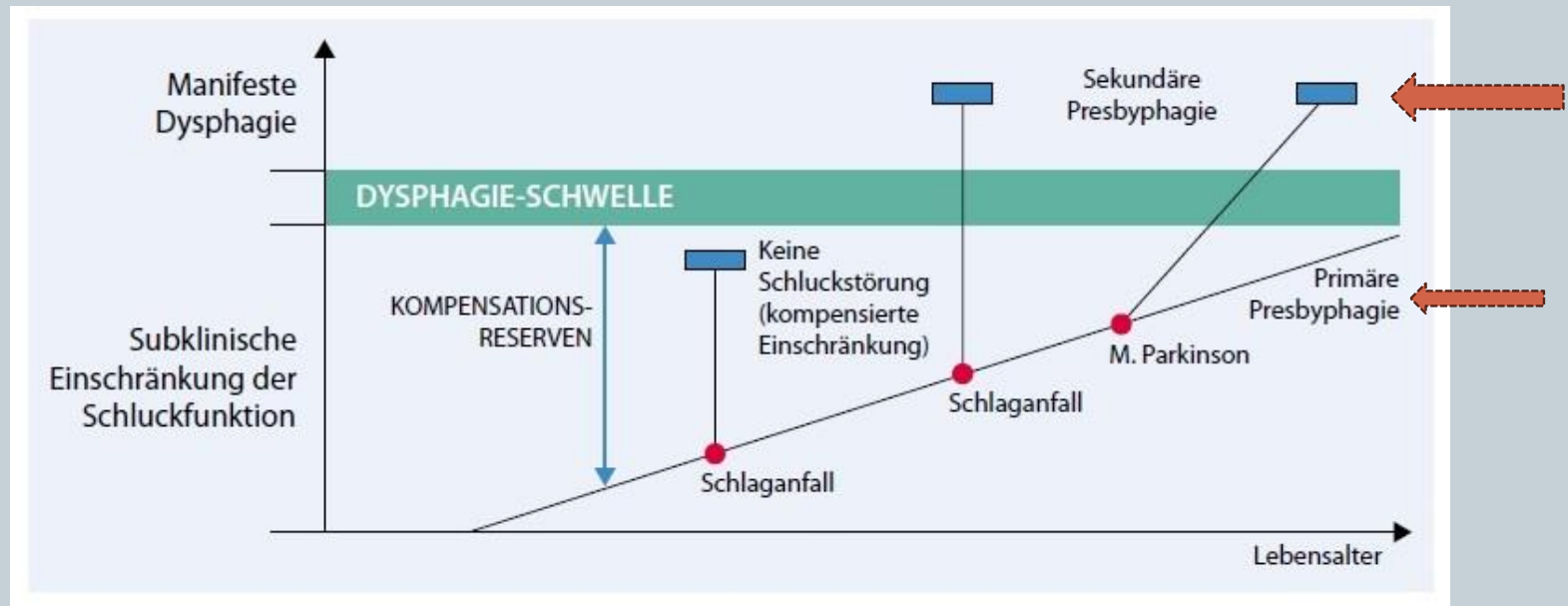


Muhle, P., Wirth, R. et al. (2015). Schluckstörungen im Alter. *Der Nervenarzt* 4, 86:440-451.

Guggisberg, A. (2023). Ratgeber Presbyphagie – Schluckbeschwerden im Alter. Schulz-Kirchner Verlag. S. 21

Wann wird die Presbyphagie zur Dysphagie?

9



Muhle, P., Wirth, R. et al. (2015). Schluckstörungen im Alter. *Der Nervenarzt* 4, 86:440-451.

Wann wird die Presbyphagie zur Dysphagie?

10

- **Primäre Presbyphagie = keine Dysphagie:** der Körper kann Altersveränderungen kompensieren
- **Sekundäre Presbyphagie/Dysphagie = Dysphagie als Folge einer Erkrankung:** durch ein Ereignis (z.B. Infektion, Schlaganfall, M.Parkinson, Demenz etc.) bricht das bestehende kompensatorische System zusammen

Risikofaktoren für Dysphagien im Alter

11

- **Kombination aus:**
 - Allgemeiner körperlicher Schwäche
 - Reduzierter Vigilanz und Aufmerksamkeit
 - Bettlägerigkeit und Immobilität
 - Akutes Infektgeschehen (z.B. HWI)
 - UND herabgesetzten funktionellen Kompensationsreserven
- ➔ kann zu einer Dysphagie führen
- ➔ auch bei geriatrischen Pat. „nur“ nach Sturz-/Frakturfolge

Hübner, M. (2023). Dysphagien im Alter erkennen und behandeln. Kohlhammer, S. 38

Dysphagie - Altersassoziierte Erkrankungen

12

Tab. 4.13 Auswahl **altersassoziierter neurologischer Erkrankungen** mit hoher Prävalenz einer oropharyngealen Dysphagie ([155], [802]) und typische Läsionsorte [873].

Häufige altersassozierte Erkrankungen

Schlaganfall: häufigste Ursache für eine Dysphagie* [918], [1184]
Schädel-Hirn-Trauma*
Morbus Parkinson* und andere neurodegenerative Erkrankungen
Demenz*
Motoneuronen-Erkrankung (amyotrophe Lateralsklerose u. a.)*
Hirntumoren*
Myasthenia gravis*

Typische Läsionsorte der neurogenen Dysphagie

- kortikale Repräsentationsareale des faziooralen Traktes
- absteigende Faserbahnen
- Hirnstamm (Medulla oblongata und Pons)
- periphere Hirnnerven (V, VII, IX, X, XI)
- neuromuskulärer Übergang der am Schlucken beteiligten Muskulatur
- aus der klinischen Erfahrung auch bei Patienten mit Schädigungen des extrapyramidalmotorischen Systems (Stammganglien, Kleinhirn, Mittelhirn etc.)

* aufgrund besonderer Relevanz bzw. Häufigkeit in ► Tab. 4.3 übersichtsartig dargestellt

Corsten, S. & Grewe, T. (2017). Logopädie in der Geriatrie. Georg Thieme Verlag KG.

Dysphagie - Altersassoziierte Erkrankungen

13

Tab. 4.14 Auswahl **altersassoziierter Erkrankungen, die zu strukturellen Veränderungen führen, und anderer Ursachen** mit hoher Prävalenz einer oropharyngealen Dysphagie ([155], [802]).

Erkrankungen	Im Einzelnen
Erkrankungen, die zu strukturellen Veränderungen führen	• Kopf-Hals-Tumoren • Zenker-Divertikel • Schilddrüsenerkrankungen • degenerative oder traumatische Veränderungen der Halswirbelsäule, z. B. Osteophyten
Sonstige Erkrankungen, Ursachen oder beeinträchtigende Faktoren	systemische Erkrankungen: • autoimmun: Sklerodermie, Lupus erythematoses u. a. • Diabetes mellitus, Bluthochdruck, Osteoarthritis iatrogene Ursachen: • Medikamentennebenwirkungen (insbesondere Sedativa, trizyklische Antidepressiva, Antihistaminika, Anticholinergika, Neuroleptika u.v. a.) • Radiatio • Folgen operativ-chirurgischer Therapieverfahren

Corsten, S. & Grewe, T. (2017). Logopädie in der Geriatrie. Georg Thieme Verlag KG.

Exkurs: Medikamenteninduzierte Dysphagie

14

Tab. 2: Einfluss von Medikamenten auf das Schluckvermögen (Dejaeger et al., 2015; Schwemmle et al., 2015; Lesourd, 2006)

Medikamentengruppe	Einfluss auf das Schluckvermögen
• Analgetika (Opiate, Morphine) • Anästhetika • Antidepressiva • Antihistaminika • Antihypertensiva • Antiemetika • Antiepileptika • Antikonvulsiva • Antipsychotika • Antitumormedikamente • Barbiturate • Benzodiazepine • Neuroleptika • Sedativa	beeinträchtigen aufgrund ihrer sedierenden Wirkung • die allgemeine Wachheit • die Reflexsteuerung • die Sensorik • die muskuläre Koordination und schränken die Schluckfrequenz und Schluckeffektivität ein
• Neuroleptika	rufen extrapyramidale Symptome hervor
• hypolipidiämische Medikamente • Kortikosteroide	schränken die Muskelaktivität ein
• ACE-Hemmer • Anticholinergika (Atropin, Scopolamin) • Diuretika • Opiate • trizyklische Antidepressiva	verringern die Speichelproduktion bzw. lösen eine Xerostomie aus

Hübner, M. (2023). Dysphagien im Alter erkennen und behandeln. Kohlhammer, S. 36

Exkurs: Medikamentenassoziierte Dysphagie

15

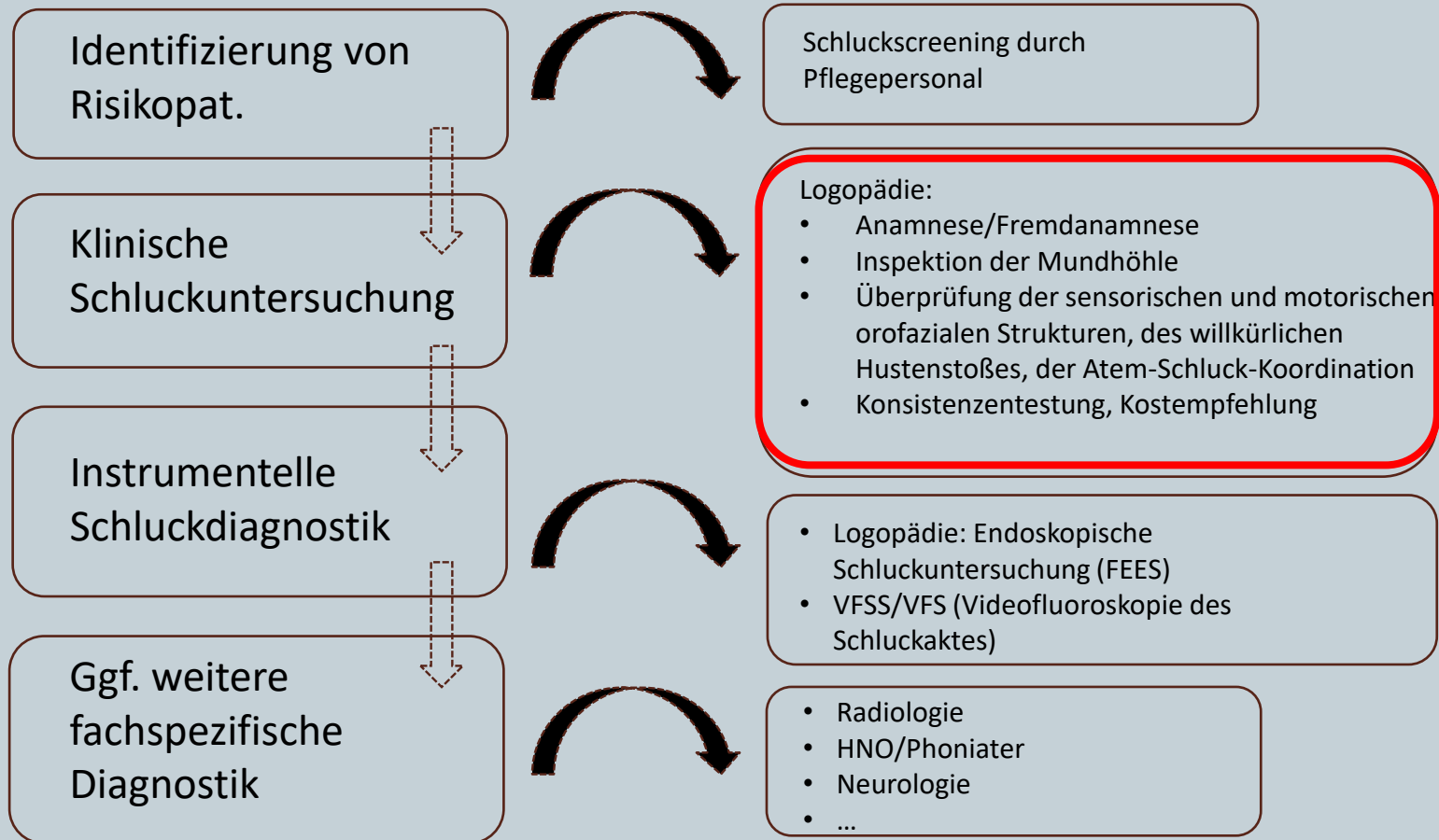
- Im Alter kann die kompensatorische Schluckreserveleistung durch Medikamente empfindlich gestört werden
- Studie 1979 von Chien et al. (Polypharmazie): 83% der Ü-60-jährigen nehmen durchschnittlich tgl. 2-6 verschiedene Medikamente ein, bei 14% sogar 7-15 verschiedene Medikamente
- Bei multipler Medikation: erhöhte Wahrscheinlichkeit für versehentliche Überdosierung oder falsche Dosierung

„Bis heute werden medikamentenassoziierte Auswirkungen auf die Schluckfunktion von Ärzt*innen/Pat häufig nicht ausreichend wahrgenommen, stillschweigend akzeptiert (auch bei Kindern) oder die Kausalität wird nicht erkannt.“

Schwemmlé, C. et al. (2015). Medikamenteninduzierte Dysphagien. *HNO* 7, 63:504-510.

Dysphagiediagnostik

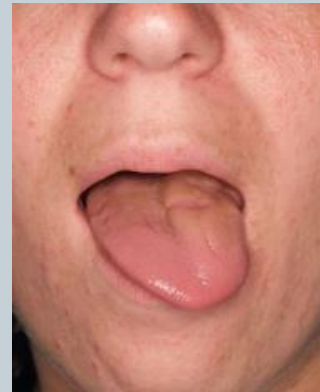
16



Logopädie: Dysphagiediagnostik - KSU

17

- Anamnese/Fremdanamnese
- Inspektion der Mundhöhle



- Überprüfung der sensorischen und motorischen orofazialen Strukturen, des willkürlichen Hustenstoßes, der Atem-Schluck-Koordination
- Konsistenzentestung

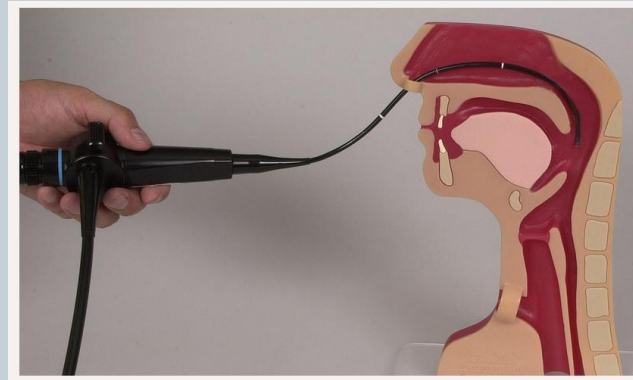


Keller, J. & Durwen, H.F. (2022). Schluckdiagnostik. Kohlhammer.
Bing

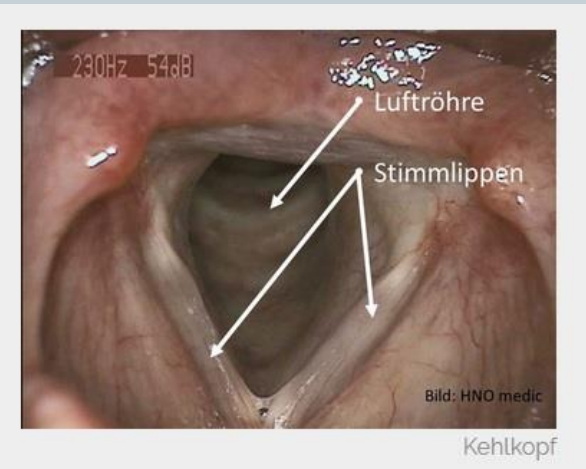
Logopädie: Dysphagiediagnostik - apparativ

18

➤ FEES (flexible endoskopische Evaluation des Schluckakts)



Keller, J. & Durwen, H.F. (2022).
Schluckdiagnostik. Kohlhammer.
<https://www.dysphagie.ch/deutsch/diagnostik-therapie/endoskopie-oder-fees/>



Logopädie: Dysphagiediagnostik - apparativ

19

- VFSS/VFS (Videofluoroskopie des Schluckaktes): Röntgenuntersuchung zur dynamischen Darstellung des Schluckens in allen Schluckphasen

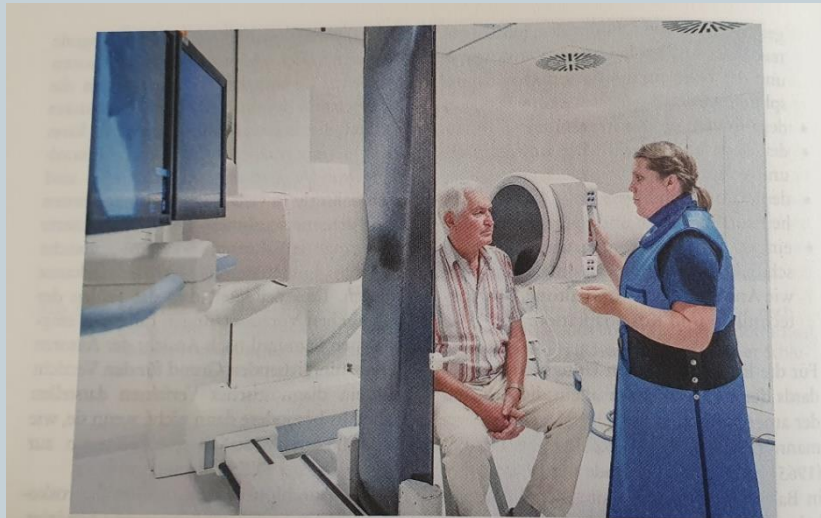


Abb. 5.22: Untersuchungssetting der VFS (mit freundlicher Genehmigung von Prof. Dr. Stefanie Duchac, SRH Hochschule für Gesundheit und MDD Pictures).



Keller, J. & Durwen, H.F. (2022). Schluckdiagnostik. Kohlhammer.
<https://www.dysphagie.ch/deutsch/diagnostik-therapie/endoskopie-oder-fees/>

Klinische Symptome einer Dysphagie???

20



Bing Bildersuche



Klinische Symptome einer Dysphagie

21

- Häufiges Husten/Räuspern beim oder unmittelbar nach dem Essen/Trinken
- Stimmveränderung im Sinne einer brodeligen/nassen Stimme beim Essen/Trinken
- Verlängerte Kauphase
- Fehlendes Auslösen der Schluckreaktion
- Verbleib von Nahrungsresten (Residuen) im Mund, in den Wangentaschen, auf/unter der Zunge
- Speichel oder Nahrung fließt aus dem Mund

Klinische Symptome einer Dysphagie

22

- Sich verändernde oder zunehmende Atemgeräusche
- Ein trockener oder ständig geöffneter Mund
- Verlangsamte oder zu schnelle Nahrungsaufnahme
- Vermeidung bestimmter Speisen, Verweigerung von Essen/Trinken oder Medikamenteneinnahme
- Erbrechen bestimmter Nahrungsmittel
- ungewollter Gewichtsverlust
- unklare Temperaturerhöhungen oder rezidivierende Bronchitis/ Pneumonie

Folgen einer Dysphagie

23

- Schwerwiegende Folgen:
 - Aspirationspneumonie (Eindringen von Speichel/Flüssigkeit/ Nahrung in die Lunge), Verlegung der Atemwege
- Malnutrition, Dehydratation
- Exsikkose → Begünstigung einer Delirentwicklung oder Verschlechterung eines Verwirrtheitszustand im Rahmen einer Demenz
- Wirksamkeitsreduzierung von Medikamenten
- Sozialer Rückzug, Einschränkung der Lebensqualität



Hübner, M. (2021). Schluckstörungen bei Menschen mit Demenz vom Typ Alzheimer. Schulz-Kirchner-Verlag. S. 25

„Tabletten-Dysphagie“

24

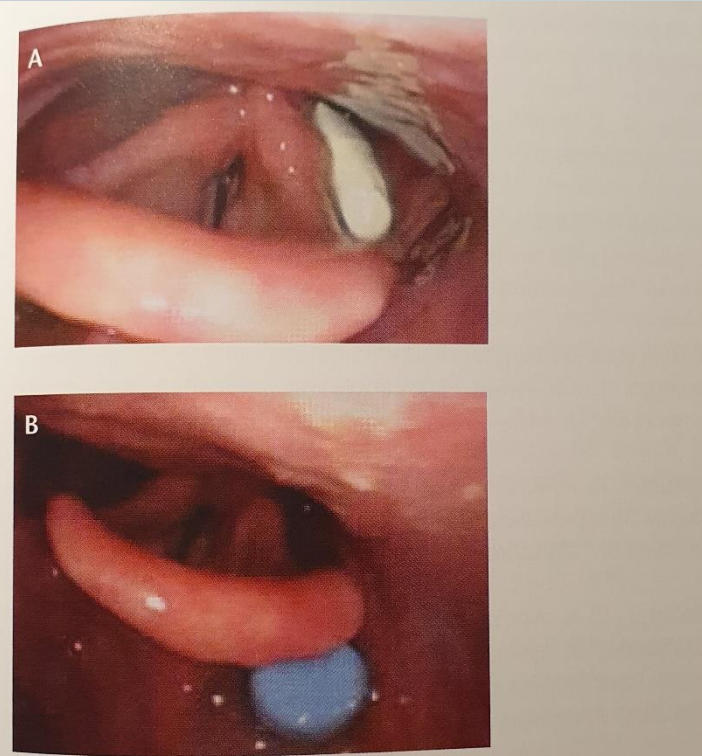


Abb. 9: Gestörte Tabletteneinnahme

A Kapsel hängt im linken Sinus piriformis fest und beginnt sich aufzulösen

B kleine runde Tablette hängt in der linken Vallecula

©Pflug

Folgen einer Dysphagie

25

- Schwerwiegende Folgen:
 - Aspirationspneumonie (Eindringen von Speichel/Flüssigkeit/Nahrung in die Lunge), Verlegung der Atemwege
- Malnutrition, Dehydratation
- Exsikkose → Begünstigung einer Delirentwicklung oder Verschlechterung eines Verwirrtheitszustand im Rahmen einer Demenz
- Wirksamkeitsreduzierung von Medikamenten
- Sozialer Rückzug, Einschränkung der Lebensqualität



Hübner, M. (2021). Schluckstörungen bei Menschen mit Demenz vom Typ Alzheimer. Schulz-Kirchner-Verlag. S. 25

Exkurs: Aspiration = Pneumonie?

26

- Nicht jeder Pat entwickelt eine Pneumonie nach Aspiration, abhängig von Immunstatus, Grunderkrankung
- Signifikante Prädiktoren für das Entstehen von Aspirationspneumonien (Langmore et al., 1998):
 - Abhängigkeit bei der Mundpflege → regelm. Mundpflege als Prophylaxe
 - Unselbstständigkeit bei der Nahrungsaufnahme → Do`s and dont`s bei Nahrungsanreicherung verinnerlichen
 - Schlechter Zahnstatus
 - Multimorbidität
 - Anzahl der Medikamente und Rauchen

Frank, U., Pluschinski, P., Hofmayr, A., Duchac, S. (2021). FAQ Dysphagie. Urban&Fischer. S. 14

Logopädie: Funktionelle Dysphagietherapie (FDT)

27

- Restituierende Maßnahmen
 - Übungen zur Verbesserung der am Schluckakt beteiligten sensorischen und motorischen Strukturen
- Kompensatorische Maßnahmen (Ziel: aspirationsfreies Schlucken)
 - Schlucktechniken oder Haltungsänderung des Kopfes, „Husten üben“
- Adaptive Maßnahmen (Ziel: aspirationsfreies Schlucken, ausreichende orale Zufuhr)
 - Veränderung der Konsistenz der angebotenen Speisen und Getränke
 - regelm. Evaluierung durch Ess-/Trinkbegleitung
 - Einsatz von Ess-/Trinkhilfen

Hübner, M. (2021). Schluckstörungen bei Menschen mit Demenz vom Typ Alzheimer. Schulz-Kirchner-Verlag. S. 31

FDT – adaptive Maßnahmen: Kostanpassung

28

- Durch hausinterne Koststufen und Andickpulver, individuell!!!
→ Ziel: IDDSI (International Dysphagia Diet Standardisation Initiative)
- Logopädische Kostempfehlung: ist eine Empfehlung, keine Anordnung

Achtung Schluckstörung

Aktuelle Ernährung Getränke

Medikamente

Besonderheiten

Bei Fragen wenden Sie sich bitte an das Pflegepersonal oder an die Schlucktherapeut*innen (Abt. Logopädie)!

Datum Schlucktherapeut*in

Tel: 030/5472 -



<https://iddsi.org/>

Essbegleitung – Do`s and dont`s

29



Gratis Download in hoher Auflösung ohne Wasserzeichen auf: **AGNES AVAGYAN**
Free high resolution file without watermark available at: www.Live-Karikaturen.ch

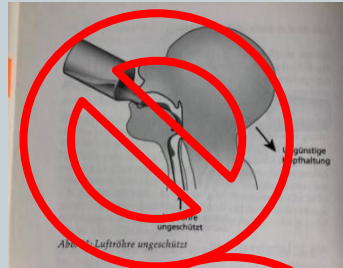
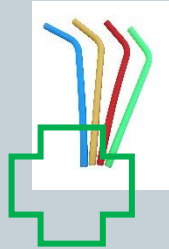


Abb. 10.19 Beispiel für eine falsche Haltung im Rollstuhl [K353]



Abb. 10.21 Beispiel für eine falsche Lagerung [K353]

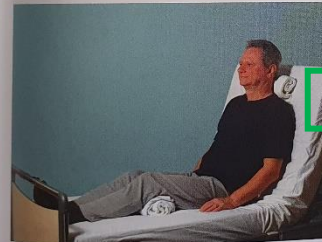
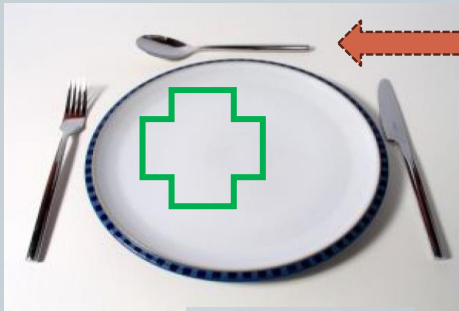


Abb. 10.20 Sitzen im Bett, mit verstellbarer Rückenlehne [K353]



Abb. 10.22 Elektrisches Bett mit differenzierten Einstellmöglichkeiten: Abstützen mit Nacken-Schulter-Rolle und Kissen [K353]



Bartolome, G., Schröter-Morasch, H. (2022). Schluckstörungen. Urban&Fischer.
Bing Bildersuche

Vielen Dank für eure Aufmerksamkeit!

30

