

Andrea Neß

Schluckstörungen im Alter – (auch) ein Fall für den Zahnarzt?

Die Therapie von Schluckstörungen sollte auf Grund der Komplexität der Ursachen und der möglichen Komplikationen der Erkrankung stets interdisziplinär erfolgen. Ärzte (oft Neurologen oder HNO-Fachärzte), Schlucktherapeuten (aber auch Physio- und Ergotherapeuten, manchmal auch Psychologen), Pflegepersonal und Diätassistenten bilden meist das multiprofessionelle Team um den Dysphagiepatienten und seine Angehörigen herum. Dieser Artikel beschäftigt sich mit der Fragestellung, ob auch Zahnärzte zukünftig mehr in den Behandlungsprozess involviert werden sollten.



Abb. 1
Mit der Prothesen-
anpassung erhoffen
sich viele Patienten
eine Verbesserung
der Schluckstörung.
(© proDente e.V.)

Einleitung

Das Schlucken ist ein sehr komplexer Vorgang, den wir bereits im Mutterleib beherrschen. Dieses Bewegungsmuster läuft größtenteils hoch automatisiert ab, es begleitet uns nach der Geburt bis ans Lebensende und ist die einzige natürliche Möglichkeit uns Essen und Trinken zuzuführen. Gerade deshalb ist es für viele Betroffene und deren Angehörige meist schwer zu verstehen, wenn das Schlucken nicht mehr wie gewohnt funktioniert. Oft führt das dazu, dass die erforderlichen Maßnahmen und Therapien nicht akzeptiert bzw. schlecht toleriert werden. Hier hilft eine gezielte Aufklärung des Patienten unter Einbeziehung der Angehörigen.

Schluckstörungen (Dysphagien) können verschiedene Ursachen haben. Oft sind es akute Ereignisse wie Schlaganfälle oder Schädel-Hirn-Trau-

mata, die Probleme beim Schlucken nach sich ziehen können. Aber auch degenerative Erkrankungen im neurologischen Bereich wie Demenz, Morbus Parkinson, Amyotrophe Lateralsklerose oder Multiple Sklerose gehen oft mit Schluckstörungen einher. Ebenso können Operationen (bspw. nach Tumorentfernung) im Mundraum, im HNO-Bereich oder Kehlkopfverletzungen Störungen beim Schlucken auslösen (Tab. 1).

Doch auch das Alter allein, also der ganz normale Alterungsprozess, kann für Einschränkungen beim Schlucken und somit bei der Nahrungsaufnahme verantwortlich sein. Dabei sind eine generelle Verlangsamung der Schluckabläufe, der allgemeine Kraft- und Muskelabbau, ein verzögerter Schluckreflex aber auch die Abnahme von Speichelfluss, Sensibilität und Geschmacksempfinden ursächlich.⁷

Tab. 1 Häufigkeit neurogener Dysphagien bei neurologischen Erkrankungen im Erwachsenenalter. Aus: „Leitlinie neurogene Dysphagien“ der Deutschen Gesellschaft für Neurologie (2008).

Schlaganfall	über 50 % in der Akutphase
Schädel-Hirn-Trauma	ca. 50 % in der Akut- und Frührehabilitationsphase
Morbus Parkinson	ca. 50 % (abhängig von der Krankheitsdauer)
Multiple Sklerose (MS)	30–40 % (abhängig vom Grad der Behinderung)
Amyotrophe Lateralsklerose (ALS)	im Verlauf fast immer

Ebenso führt ein schlechter Zahnstatus mit Einschränkung der Kaufunktion bei 16–22 % der über 55-Jährigen zu Dysphagien. Der Anteil von Schluckstörungen im geriatrischen Bereich liegt Untersuchungen zufolge bei 38 %.⁵ Man geht davon aus, dass in Pflegeheimen sogar 30–68 % der Heimbewohner an Schluckstörungen leiden. 45 % der Demenzkranken entwickeln eine Dysphagie.⁶ Diese kann in der Folge zu lebensbedrohlichen Komplikationen wie Mangel- oder Unterernährung, Austrocknung oder Aspiration führen, welche den Patienten weiter schwächen und die Schluckstörung und somit die Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme weiter verschlechtern – ein Teufelskreis.

Das Schlucken selbst lässt sich in drei bis vier Phasen unterteilen:

- Orale Vorbereitungsphase: Abbeißen, Kauen, Einspeicheln, Formen und Platzierung des Speisebreis durch Kiefer-, Zungen- und Wangenbewegungen auf der Zunge
- Orale Phase: Transport des Speisebolus mittels Wellenbewegungen über die Hinterzunge in den Oropharynx
- Pharyngeale Phase: Schluckreflexauslösung und Beförderung des Speisebolus zum oberen Ösophagussphinkter (dabei Kehlkopfverschluss und -hebung), Atemstopp
- Ösophageale Phase: Transport des Speisebreis mittels Wellenbewegungen in den Magen

Grundsätzlich können dabei über den gesamten Schluckablauf hinweg, vom Aufnehmen der Nahrung in den Mund bis hin zum Transport von der Speiseröhre in den Magen, Beeinträchtigungen auftreten (Tab. 2).

Anzeichen für Schluckstörungen sind:

- Vermeidung bestimmter Nahrungsmittel oder Konsistenzen, auch Angst vor bestimmten Speisen (Notwendigkeit des Kleinschneidens oder Pürierens)
- Husten und Ausspucken von Nahrungsbestandteilen oder Speichel
- häufiges Räuspern, Würgen oder Niesen
- Herauslaufen von Speichel, Flüssigkeiten oder Nahrung aus dem Mund
- eine belegte, gurgelige Stimme nach dem Schlucken
- verlängerte Nahrungsaufnahme, prolongiertes Kauen
- Residuen im Mundraum (Wangentasche, Gaumen, Zunge)
- „Steckenbleiben“ von Nahrung, oft begleitet von Schmerzen hinter dem Sternum
- wiederkehrende Pneumonien/ Atemwegserkrankungen
- Gewichtsabnahme
- Mangelernährung
- Exsikkose

Da sich im Rachen Luft- und Nahrungswege kreuzen, müssen die Atemwege beim Schlucken rechtzeitig verschlossen und somit das Eindringen von

Nahrungsbestandteilen in die Lunge verhindert werden. Zudem ist die Nahrungsaufnahme – das Essen gerade auch in Gesellschaft ein wesentlicher Bestandteil unseres Familienalltags. Nicht-Essen-Können führt nicht selten auch zu sozialer Isolation und zu einer enormen Einschränkung der Lebensqualität.

Somit hat die Sicherung der Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme in der Therapie zunächst den höchsten Stellenwert. Nach ausführlicher Diagnostik und Identifizierung des Pathomechanismus der Störung hat die Kostanpassung (Nahrungsadaptation) oberste Priorität. Erst dann kommen kompensatorische Maßnahmen wie Haltungsänderungen, Schluckmanöver und restituierende Maßnahmen wie Übungen zur Wiederherstellung gestörter Funktionen von Zunge, Lippen etc., zur Erhöhung der Sensibilität sowie zur Verbesserung der Schluckreflexauslösung zum Einsatz. Unbedingt miteinbezogen werden sollten die Angehörigen des Patienten. Sie müssen die Risiken der Störung kennen und bezüglich der Kostanpassung und anderer notwendiger Maßnahmen, wie Kompensationstechniken, Medikamentengabe usw. beraten werden.

Was kann der Zahnarzt im Therapieprozess tun?

Schleimhautpflege und die Sanierung der Zähne sowie die Anpassung der Prothesen sind sicherlich die zahnärztlichen Hauptaufgaben bei geriatrischen Patienten. Da Patienten mit Schluckstörungen, gerade im höheren Alter, ihre Beschwerden oft auf dentale Probleme zurückführen, wenden sich diese häufig zuerst an ihren Zahnarzt. Mit der Anpassung einer Prothese erhoffen sich viele Patienten eine Besserung der Problematik. Leider kann aber der beste Zahnersatz



nicht die kraftlose Kaumuskelatur, eine eingeschränkte Zungenbeweglichkeit oder Sensibilitätsstörungen, wie sie oft im höheren Alter auftreten, ausgleichen. Schlecht sitzende Prothesen reduzieren sogar noch die Wahrnehmung der Nahrung und der Flüssigkeit im Mundraum und verstärken die Aspirationsgefahr.⁸ Während früher automatisch die Nahrung an den Zahnstatus angepasst wurde, z. B. durch das Kleinschneiden von Fleisch, Quetschen der Kartoffeln, Anfeuchten des Kuchens etc., erwarten heute viele ältere Patienten, dass mit dem Erwerb einer „High-Tech-Prothese“ diese Einschränkungen behoben werden. Dass nicht der Zahnstatus ursächlich ist, sondern oft das Schluckvermögen limitierend wirkt, sollte dem Patienten bei der Anpassung seines Zahnersatzes ebenso vermittelt werden, wie eine Beratung hinsichtlich der empfohlenen Nahrungskonsistenzen, da die meisten Patienten ihr Kauvermögen überschätzen. Laut Wöstmann (2011)¹¹ führt die Versorgung eines zahnlosen Patienten mit einer Vollprothese nur zu einer Kaufähigkeit von 20 %. Und Kaubeschwerden haben einen Einfluss auf die Lebensmittelauswahl. Weiche, vor allem süße Kost und das Vermeiden von frischem Obst und Gemüse führt zu einem Vitaminmangel, der sich wiederum negativ auf die Gesundheit des oralen Systems auswirkt.⁹ Eine in Großbritannien durchgeführte Studie mit Totalprothesenträgern im Alter von 55–84 Jahren zeigt eine Verbesserung der Ernährungslage durch die Bereitstellung einer Haftcreme in Kombination mit Ernährungsberatung.¹ Besseres Kauen und Abbeißen führte bereits nach kurzer Zeit zu gesünderer Ernährung und zur Steigerung der Lebensqualität. Der angepasste Zahnersatz sollte jedoch optimal funktionieren und darüber hinaus vom betreffenden Patienten selbst auch gut zu reinigen sein.

Tab. 2 Die Pathophysiologie der Schluckphasen (nach Bartolome, 2010).²

orale Vorbereitungsphase	<ul style="list-style-type: none"> ● gestörtes Abbeißen und Kauen, insuffizienter Mundschluss, gestörte Bolusbildung, ● geringer Wangentonus, reduzierte orale Sensibilität
orale Phase	<ul style="list-style-type: none"> ● insuffiziente Boluskontrolle und insuffizienter -transport, Einschränkung der Zungenbeweglichkeit, geringer Wangentonus
pharyngeale Phase	<ul style="list-style-type: none"> ● verspätete bzw. fehlende Schluckreflexauslösung, mangelnde Verschlussmechanismen (Gaumensegel bzw. Kehlkopf), insuffiziente Öffnung des Speiseröhrensphinkters oder verminderte bis fehlende Pharynxperistaltik (mangelnde Kehlkopfhebung, inkomplette Relaxation bzw. sekundäre Spasmen des Schlundmuskels, fehlende Bolusbewegung)
ösophageale Phase	<ul style="list-style-type: none"> ● Behinderung der Passage durch Motilitätsstörungen, Entzündungen, Tumoren, Divertikel

Worauf muss bei der zahnärztlichen Behandlung von Dysphagiepatienten geachtet werden?

Verschiedene Studien weisen darauf hin, dass gerade Patienten mit Schluckstörungen eine reduzierte und somit unzureichende Mundhygiene aufweisen. Durch ungenügendes Kauen, unvollständiges Schlucken, vermindertem Speichelfluss usw. verbleiben vermehrt Residuen im Mundraum, die bei schlechter Mundpflege zu Entzündungen, Karies aber auch zu erhöhter Aspirationsgefahr führen.¹⁰ Zudem zeigen Untersuchungen, dass durch die eingeschränkte Beweglichkeit (Feinmotorik) des Patienten die Qualität der Mundpflege leidet. Patienten mit oraler Dysphagie haben häufiger Zahnverluste, Zahnfleischentzündungen und Karies als die altersgleichen Kontrollpersonen. 60 % der Dysphagiepatienten putzen sich nur 1x pro Tag die Zähne.⁴ Eine Beratung zur Dentalhygiene (bspw. Empfehlung spezieller Zahnpasta, Anpassung und Handhabung der Zahnbürste) und gemeinsames Einüben der Bewegungen durch Praxis- oder Pflegepersonal

wären prophylaktisch sicherlich sehr sinnvoll.

Auch die zahnärztliche Behandlung selbst sollte, wenn möglich, dem Schluckpatienten angepasst erfolgen, um die Aspirationsgefahr so gering wie möglich zu halten. Beispiele nach Kelly (2014)³ dafür wären:

- morgendliche Termine vereinbaren, besser als am späten Nachmittag
- eine möglichst aufrechte Haltung während der Behandlung einnehmen lassen
- Chin-tuck-Position (Kinn zur Brust flektiert)
- eventuell Pausen zulassen
- Kofferdam zum Schutz der Luftwege anlegen
- Hochdruck-Absauger verwenden
- Wasserzufuhr beim Turbinenbohrer verringern
- vermehrter Einsatz des Rosenbohrers
- Verwendung schnell härtender Materialien
- Zahnsteinentfernung mit Hand-Scaler, nicht mit Ultraschall

Leider ist es im Praxisalltag nicht immer realisierbar und sicherlich auch oft nicht wirtschaftlich, auf die ver-

änderten Bedürfnisse dieser Patientengruppe einzugehen. Hier sollten Kompromisse gefunden werden, die bei geringstem Aspirationsrisiko die bestmögliche zahnmedizinische Behandlung zulassen.

Fazit

Der Zahnarzt sollte im multiprofessionellen geriatrischen Team als Ansprechpartner für ältere Patienten (mit oder ohne Schluckstörungen) ergänzend zur Verfügung stehen. Orale Strukturveränderungen sowie Bewegungsstörungen von Lippen und Zunge sollte er abklären und ggf. behandeln. Die prothetischen Maßnahmen könnten durch professionelle Ernährungsberatung ergänzt werden.

Patienten mit eingeschränkter Oralhygiene sollten hochfrequenter zahnmedizinisch betreut werden, um intraoralen Veränderungen zeitnah therapeutisch entgegenzuwirken. Eventuell könnte in Pflegeeinrichtungen der Einsatz von speziellen Dentalhygienikern zur besseren Prophylaxe erwogen werden.

Im Hinblick auf die demografische Entwicklung und bei weiterhin steigender Lebenserwartung ist sicherlich die Etablierung der Alterszahnmedizin (in Anlehnung an bereits spezialisierte Disziplinen wie die Geriatrie oder die Alterstraumatologie) sehr wünschenswert, um noch gezielter auf die spezifi-

schen zahnmedizinischen Bedürfnisse geriatrischer Patienten (mit oder ohne Dysphagie) eingehen zu können.

Danksagung

Vielen Dank an Iris Gräbnitz und Robert Seyfarth aus der ZA-Praxis Seyfarth in Bad Freienwalde für das interessante, interdisziplinäre Fachgespräch, das mir im Vorfeld zu diesem Artikel wertvolle Informationen und Impulse lieferte.

Literatur

1. Bartlett DW et al. A preliminary investigation into the use of denture adhesives combined with dietary advice to improve diets in complete denture wearers. *J Dent* 2013;41(2):143-147.
2. Bartolome G, Schröter-Morasch H. Schluckstörungen: Diagnostik und Rehabilitation, 4. Aufl. München: Elsevier Urban & Fischer, 2010.
3. Kelly G. Dysphagia: tips to make dental management easier to swallow. ISDH Annual Spring Lecture, DDUH, March 2014.
4. Ortega O et al. Oral Health in Older Patients with oropharyngeal dysphagia. *Age and Aging* 2014;43:132-137.
5. Prosiegel M, Buchholz D. Mit Schluckstörungen assoziierte neurologische Erkrankungen. In: Bartolome G, Schröter-Morasch H. Schluckstörungen: Diagnostik und Rehabilitation, 4. Aufl. München: Elsevier Urban & Fischer, 2010.
6. Prosiegel M. Neurogene Dysphagien. *Focus Neurogeriatrie Aktuell* 2007;2:18-19.
7. Raschke K, Müller SD. Dysphagie aus ernährungsmedizinischer Sicht. *Interdisziplinär* 2004;12(4):244-255.
8. Schröter-Morasch H. Schluckstörungen mit Zahnprothesen – mit bedrohlichen Folgeerkrankungen. *Allgemeine Zahnheilkunde* 2010;12:5.
9. Staudte H. Ernährung und Parodontitis – eine wechselseitige Beziehung. *Deutscher Zahnärztag*, Frankfurt/Main, 11.-12. November 2011.
10. Ueda K. Preventing Aspiration Pneumonia by Oral Health Care. *JMAJ* 2011;54(1):39-43.
11. Wöstmann B. Alterszahnheilkunde und Kaufunktion. 44. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Funktionsdiagnostik und -therapie (DGFD). Bad Homburg, 2.-3. Dezember 2011.

Autorin

Andrea Neß

Sankt Joseph Krankenhaus Berlin Tempelhof
Klinik für Geriatrie
Wüsthoffstraße 15
12101 Berlin
E-Mail: andreaness@gmx.de

