

Informationen über die Seltene Erkrankung

Achalasie

für Ärzte/Ärztinnen



**mit Implikationen für die ärztliche/
zahnärztliche/stationäre Behandlung**

Kurzinfo Achalasie

Krankheitsbild	Seite 3
Ätiologie	Seite 4
Symptome	Seite 5
Anamnese	Seite 6
Diagnostische Verfahren	Seite 7
Therapeutische Verfahren	Seite 8
Restsymptome nach Therapieabschluss	Seite 9
Hinweise für ärztliche, zahnärztliche und stationäre Behandlung	Seite 10
Achalasie-Selbsthilfe e.V.	Seite 11
Krankenhaus und Achalasie-Selbsthilfe e.V.	Seite 12

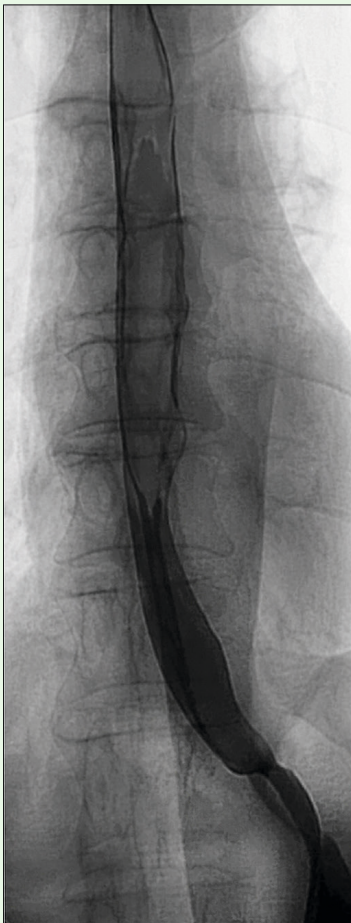
Literatur

- Gockel, I., Müller, M., Schumacher, J.:
Achalasie: Eine oft zu spät diagnostizierte und ätiologisch
ungeklärte Krankheit, Deutsches Ärzteblatt 2014.
- Gockel, I.: Benigne Ösophaguserkrankungen,
Springer Verlag 2021.
- Achalasie-Selbsthilfe e.V.: „Leben mit Achalasie“,
Selbsthilfe und ärztliche Unterstützung, Selbstverlag 2025.
- Grover, S. et al.: First genome-wide association study reveals
immune-mediated aetiopathology in idiopathic achalasia.
Gut, 2026, 75, 476-485.

Achalasie ist eine seltene, neurodegenerative, benigne Erkrankung, die die Nahrungsaufnahme der Erkrankten beeinträchtigt.

Betroffen sind die Peristaltik der Speiseröhre in der ösophagealen Phase der Nahrungsaufnahme sowie der untere Ösophagusphinkter (Kardia), der sich nur unzureichend öffnet.

Unbehandelt verschlechtern sich in der Regel sowohl die gestörte Peristaltik der Speiseröhre als auch die verengte Passage zum Magen im Laufe der Erkrankung progredient. Durch die unzureichende Öffnung der Kardia bei der Nahrungsaufnahme staut sich der Speisebrei in der Speiseröhre, wodurch diese sich dauerhaft erheblich erweitern kann.



Gesunde Speiseröhre bei Durchfluss von Speise



Erweiterte Speiseröhre mit Kontrastmittel sichtbar gemacht



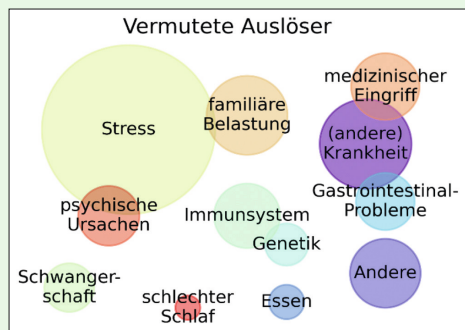
Die genaue Entstehung der Achalasie ist nicht vollständig geklärt.

Faktor Genetik und Immunsystem

Eine internationale Genstudie (Grover et al. 2026) mit über 4.600 Patientinnen und Patienten liefert neue Erkenntnisse zur idiopathischen Achalasie. Erstmals wurde in einer umfassenden genomweiten Analyse gezeigt, dass die Erkrankung stark mit bestimmten Genvarianten des Immunsystems zusammenhängt. Besonders auffällig sind Veränderungen im sogenannten HLA-Bereich, der für die Steuerung von Immunreaktionen wichtig ist.

Faktor Psychosozial

Der im Jahr 2022 publizierten Studie¹ der Achalasie-Selbsthilfe e.V. zufolge, berichten viele Achalasie-Betroffene von Stress und psychischen Belastungen in der Entstehungsphase der Achalasie. Die wissenschaftlichen Erkenntnisse der Psychoneuroimmunologie können helfen, die Interdependenzen zwischen Genetik, psychosozialen Belastungen und dem Immunsystem besser zu verstehen.



¹ Rütze, H., Scheerer-Neumann, G. - Studie in: „Leben mit Achalasie“ (5. Aufl. 2025), S. 25-44.
Hrsg: Achalasie-Selbsthilfe e.V.

Störung der Nahrungsaufnahme

In der Regel ist bei Achalasie der obere Schluckakt bei der Nahrungsaufnahme nicht betroffen; die Patienten erleben dagegen, dass die Nahrung in der Speiseröhre „nicht richtig rutscht“ und sie bei einer Mahlzeit weniger essen können, als vor der Erkrankung. Dies gilt insbesondere beim Essen langfaseriger und trockener Nahrungsmittel. Zur Kompensation trinken viele Betroffene größere Mengen Wasser zu den Mahlzeiten und wählen weiche, kleinteilige und feuchte Nahrungsmittel.

Regurgitation und Aspiration

Staut sich durch die mangelnde Öffnung der Kardia zu viel Nahrungsbrei im Ösophagus, kann es zu Rückfluss noch unverdauter Nahrung kommen. Dabei können Partikel des Erbrochenen in die Luftröhre gelangen. Meistens wird der Fremdkörper dann über den Hustenreflex ausgeschieden; im schlimmsten Fall kann sich daraus jedoch eine Pneumonie entwickeln. Auch un bemerkt können kleine Essensreste im Ösophagus nach oben aufsteigen und - vor allem in liegender Position - in das Atmungssystem geraten.

Schmerzen/Krämpfe

Bei einem Teil der von Achalasie-Betroffenen treten weiterhin starke bis sehr starke Schmerzen hinter dem Brustbein auf, die unabhängig von der Nahrungsaufnahme sind und als Krämpfe erlebt werden. Aufgrund ihrer Lokalisation im Brustbereich ist es wichtig, die Schmerzen differentialdiagnostisch von den Symptomen einer Herzerkrankung abzugrenzen.

Sodbrennen

Ein Teil der Betroffenen klagt über Sodbrennen, wobei die Empfindung kaum auf Magensäure zurückzuführen sein dürfte, sondern auf die sich in der Speiseröhre gestaute und zersetzende Nahrung.

Mangelernährung

Störungen bei der Nahrungsaufnahme können zu einem Gewichtsverlust führen, aber auch zu einem spezifischen Nährstoffmangel, der auch für Erschöpfungssymptome verantwortlich sein kann:

Bei Verzicht auf Fleisch und Wurstwaren kann es zu einem Eisen- und B12-Mangel kommen. Schwierigkeiten beim Essen von rohem Obst können ein Vitamin C-Defizit bewirken. Der häufige Verzehr von „leicht rutschenden“ Nahrungsmitteln wie z. B. Pudding, erhöht ungünstig den Anteil von Kohlenhydraten und Fetten im Verhältnis zu Eiweiß.

Entzündung und Pilzbefall der Speiseröhre

Die in der Speiseröhre gestaute und sich zersetzende Nahrung kann auch eine Entzündung oder einen Pilzbefall der Speiseröhre auslösen.

Psychische Probleme

Zu den somatischen Beschwerden kommen häufig psychische Probleme wie Angst und Depression, zumal die Symptome vom Patienten vor allem in der Frühzeit der Erkrankung oft nur schwer einzuordnen sind und sich organische Veränderungen noch nicht nachweisen lassen.

Die wichtigsten Fragen:

Somatische Symptome

Probleme bei der Nahrungsaufnahme

- Beschreibung der aktuellen Schluckbeschwerden/Essprobleme.
- Seit wann bestehen die Schluckbeschwerden/Essprobleme?
- Treten Schluckbeschwerden durchgehend oder episodisch auf?
- Treten die Schluckbeschwerden bei fester und bei flüssiger Nahrung auf?
- Brauchen Sie länger zum Essen als früher?
- Tritt die Schluckstörung in allen Körperlagen auf?

Husten, Verschlucken und Regurgitation

- Verschlucken Sie sich häufig beim Essen und/oder würgen Sie den Nahrungsbrei oft wieder unverdaut hervor?
- Husten Sie häufiger als früher?

Schmerzen

- Haben Sie Schmerzen beim Schlucken?
- Leiden Sie unter Schmerzen im Brustkorb bzw. Bauchraum?

Sodbrennen/Saures Aufstoßen

- Haben Sie Sodbrennen oder saures Aufstoßen?

Gewicht

- Haben Sie ungewollt an Körpergewicht verloren?

Schwächegefühl

- Fühlen Sie sich müde und schwach?

Vorerkrankungen

- Bestehen weitere Autoimmunerkrankungen?
- Hatten Sie in der Vergangenheit schwere Virusinfektionen?
- Hatten Sie kardiale, neuronale und vaskuläre Erkrankungen?

Genetische Vorbelastung

- Gibt/gab es in Ihrer Familie ähnliche Erkrankungen?

Psychosoziale Faktoren

Krankheitsauslöser

- Hatten Sie zum Zeitpunkt des Beginns der Beschwerden oder bei einer deutlichen Verschlechterung unter besonderen psychischen Belastungen zu leiden, unter gravierenden Lebensänderungen oder traumatischen Ereignissen?

Psychische Situation

- Leiden Sie derzeit unter psychischen Problemen, z. B. Angstzuständen, depressiven Verstimmungen, Schlafstörungen?
- Wie gehen Sie mit Stress um?

Medikamente

- Welche Medikamente nehmen Sie zur Zeit ein?

Gastroskopie (ÖGD)

Als Routineuntersuchung bei Problemen der Nahrungsaufnahme wird neben der Anamnese häufig eine Gastroskopie durchgeführt. Bei Achalasie führt ihr Ergebnis zumeist jedoch noch nicht zu einer korrekten Diagnose, kann aber über aufgefundene Essensreste in der Speiseröhre zur weiteren Diagnostik Anlass geben.

Hierfür sind Verfahren notwendig, die direkt an den zentralen Symptomen der Achalasie, der reduzierten Peristaltik und der verengten Kardia ansetzen. Geeignete Methoden hierfür sind insbesondere der Ösophagusbreischluck und die Hochauflösende Manometrie (HRM).

Ösophagusbreischluck Der Patient oder die Patientin nimmt beim Röntgen schluckweise ein Kontrastmittel zu sich, mit dessen Hilfe die Passage und die Peristaltik der Speiseröhre sowie der Eintritt in den Magen durch die Kardia auf einem Röntgenbildschirm sichtbar gemacht werden können.

Hochauflösende Manometrie (HRM)

Bei der Hochauflösenden Manometrie (HRM) wird über eine in die Speiseröhre und den Magen eingeführte Sonde während des Trinkens von Wasser an vielen Stellen der Speiseröhre und des Ösophagus unmittelbar der Druck gemessen. Dieses Prozedere gilt heute als Goldstandard der Achalasie-Diagnostik und kann den vorliegenden Typus der Achalasie (1,2 oder 3) differenzieren.

Eckardt-Score

Der Schweregrad der Erkrankung sowie der Therapieerfolg können über einen Summenscore (Eckardt-Score) bestimmt werden.

Die Häufigkeit des Auftretens der Symptome Dysphagie, Regurgitationen und Brustschmerzen, sowie der Gewichtsverlust werden erfasst.

Symptome	bei jedem Essen	täglich	gelegentlich/wöchentlich	keine
Dysphagie Schluckstörung				
Regurgitationen Erbrechen				
Brustschmerzen				
Gewichtsverlust	> 10 kg	5-10 kg	< 5 kg	kein
Eckardt-Score Gesamt maximal 12				

Feststellung eventueller Mangelernährung

Erfassung psychosozialer Belastungen

Stress, Traumata, Depressionen.

Die Behandlung der Achalasie ist bisher nur *symptombezogen* und nicht *kausal* möglich und betrifft in der Regel die verengte Kardia und nur in besonderen Fällen die Speiseröhre. Es geht primär darum, den Schließmuskel zu erweitern. Folgende Interventionen werden derzeit durchgeführt:

Botulinum-Toxin (Botox)

Die Injektion von Botox in die Kardia bewirkt eine Reduktion des Muskeltonus, ist jedoch nur über wenige Monate wirksam und wird deshalb nur in Sonderfällen oder als „Übergangsverfahren“ genutzt.

Pneumatische Dilatation (PD)

Bei der pneumatischen Dilatation wird ein über die Speiseröhre in den Mageneingang eingeführter Ballonkatheder sukzessiv aufgepumpt, zerreißt Muskelfasern der Kardia und bewirkt so deren Weitung.

Laparoskopische Heller-Myotomie (LHM)

Die laparoskopische Heller-Myotomie ist ein minimalinvasives Verfahren, bei dem die äußere, längs verlaufende und die innere, zirkuläre Muskelschicht der Speiseröhre im Bereich der Kardia über mehrere Zentimeter getrennt werden. Meistens wird im Anschluss eine Anti-Reflux-Manschette (z. B. nach Dor) gelegt.

Perorale endoskopische Myotomie (POEM)

Operative Erweiterung der Kardia mit endoskopischem Zugang

ist ein modernes, minimalinvasives Verfahren. Sie erzielt funktionell denselben Effekt wie eine klassische Heller-Myotomie, wird jedoch vollständig endoskopisch über den Mund durchgeführt.

Medikamentöse Therapie

Es werden z. B. Blutdrucksenker aus der Gruppe der Calciumantagonisten (z. B. Nifedipin) und gefäßerweiternde Nitrate in der nichtinvasiven Therapie der Achalasie eingesetzt.

Insgesamt ist der Einfluss der Medikamente auf die Symptome begrenzt.

Therapieunterstützende Maßnahmen

Ernährungstherapie nach §43 SGB 5

Entspannungsverfahren

Nachsorge

Regelmäßige Kontrollen alle 1-3 Jahren sind empfehlenswert und wichtig. So werden unbemerkte Entzündungen (z.B. durch ‚stillen Reflux‘), Pilzinfektionen oder andere Veränderungen des Ösophagus und der Kardia mit einer Gastroskopie erkannt und können entsprechend frühzeitig behandelt werden. Zudem haben an Achalasie erkrankte Personen ein erhöhtes Risiko, an einem Speiseröhrenkarzinom zu erkranken.

Rest-Symptome nach Therapieabschluss

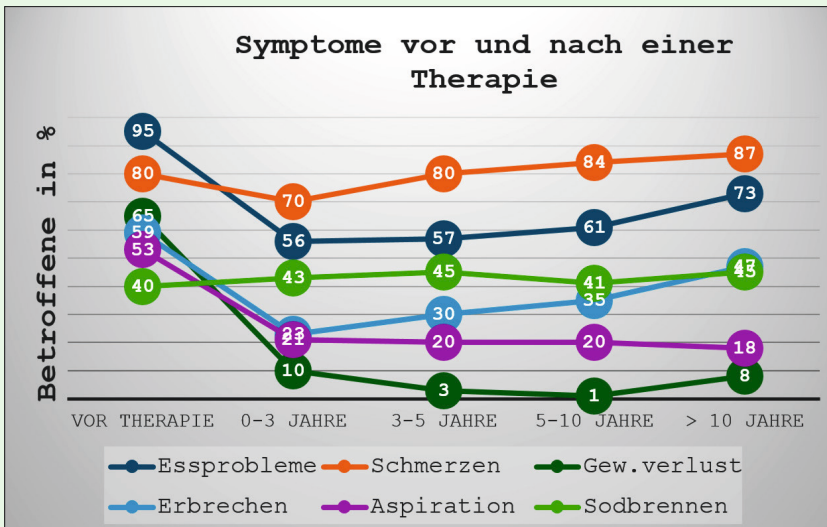
Die beschriebenen Verfahren führen in der Regel zu einer Reduzierung der Symptome – allerdings nur selten zu ihrem vollständigen Verschwinden.

In den Daten einer eigenen Studie der Achalasie Selbsthilfe e.V. zeigte sich unmittelbar nach der Therapie eine deutliche Verbesserung bei Essproblemen, der Regurgitation, und der Aspiration. Diese Probleme können in den Folgejahren wieder ansteigen.

Eine geringere Verbesserung war bei Schmerzen und Krämpfen zu beobachten; zudem wurde unter den Teilnehmer dieser Studie 3-5 Jahre nach der Behandlung in vielen Fällen der Ausgangswert wieder erreicht.

Da die gestörte Peristaltik der Speiseröhre durch die vorliegenden therapeutischen Verfahren nicht behoben werden können, leiden Achalasie-Betroffene nach > 10 Jahren weiterhin unter Essproblemen und Schmerzen. Zudem kann durch die Weitung der Kardia nach einer Behandlung nun auch ein „echtes“ Sodbrennen, d.h. der Rückfluss von Magensäure in die Speiseröhre auftreten.

Insofern ist es unbedingt notwendig, die Patienten/Patientinnen individuell nach verbleibenden Symptomen zu befragen.



Daten aus einer eigenen empirischen Studie der Achalasie Selbsthilfe e.V.,
in „Leben mit Achalasie“ - Hrsg. Achalasie-Selbsthilfe e.V. 2025.

Hinweise für ärztliche/ zahnärztliche und stationäre Behandlung

Die nach einer Therapie noch verbliebenen oder sich wieder verschlimmernden Symptome sollten bei der Behandlung der Patienten/Patientinnen berücksichtigt werden.

- Wegen Aspirationsgefahr Oberkörper nie ganz flach lagern (mindestens 30 Grad).
- Medikamente: Bei oraler Medikation auf die Größe und Oberflächenbeschaffenheit der Tabletten/Kapseln achten, ggf. Tropfen vorziehen.
- Bei Narkose keine Larynxmaske oder Maskennarkose anwenden. Es ist immer damit zu rechnen, dass Speisereste in der Speiseröhre verblieben sind.
- Ernährung: Auf „gut rutschende“ Nahrungsmittel achten, ebenso die Anzahl der täglichen Mahlzeiten anpassen (z. B. nicht 3 große Mahlzeiten).
- Bei stationärer Aufnahme: Das Essen durch den Patienten/die Patientin wählen lassen.

Ein wesentliches Ziel der Selbsthilfegruppe ist die Möglichkeit für Betroffene, mit anderen Erkrankten in persönlichen Kontakt zu treten, um eigene Erfahrungen auszutauschen.

Eine weitere wichtige Funktion des Vereins ist die Information über aktuelle diagnostische und therapeutische Verfahren und die Hilfe bei der Orientierung in der Versorgungslandschaft.

Informationen finden Betroffene in folgenden Medien:

Internetseite

www.achalasie-selbsthilfe.org

Auf unserer Internetseite sind Informationen zum Krankheitsbild Achalasie, zur Forschung und zu Vereinsaktivitäten, jeweils mit aktuellen Terminen zu finden.

Fachbuch „Leben mit Achalasie“

Das Buch ist eine Zusammenstellung der zum Zeitpunkt der Veröffentlichung wesentlichen Informationen zu den medizinischen Themen und des im Selbsthilfeverein gesammelten Erfahrungswissens. Besonders wichtig und interessant sind Berichte von Betroffenen über ihren Krankheitsverlauf und die persönliche Ausprägung der Achalasie.

Newsletter „Röhrenpost“

Diese Publikation erhalten Mitglieder 3 – 5 mal jährlich. Sie berichtet über die aktuellen Aktivitäten des Vereins, aber auch über wesentliche Themen der medizinischen Versorgung und der Selbsthilfe.

Social-Media-Plattformen

Als Selbsthilfegruppe nutzen wir auch Social-Media und sind auf folgenden Plattformen aktiv:

- Instagram
- Facebook
- WhatsApp-Kanal

Regionalgruppen

Um wohnortnahe Kontakte und Treffen zu ermöglichen, ist der Verein in Regionalgruppen organisiert (Info: www.achalasie-selbsthilfe.org).

Die Regionalgruppen treffen sich mindestens einmal im Jahr.

Diese Treffen dienen der Information über aktuelle Aktionen des Vereins und dem Erfahrungsaustausch über die individuellen Auswirkungen der Erkrankung.

Fachvorträge vermitteln Wissen zu Diagnoseverfahren, Therapieoptionen und zu relevanten Studien.

Bei chronischen Erkrankungen sind nicht nur die Erkrankten betroffen, sondern auch ihre Partner/Partnerinnen und ihre Familienangehörigen. Diese werden deshalb zu den Treffen mit eingeladen.



Selbsthilfefreundliches Krankenhaus

Durch gute Zusammenarbeit können Klinik und Selbsthilfe sich gegenseitig erfolgreicher machen. Patienten können durch Informationen der Selbsthilfe in ein für sie passendes Krankenhaus kommen.

Achalasie-Selbsthilfe e.V.

Vereinsbüro
Michelle Zuhmann
Unterberchum 36
58093 Hagen
02334-960620

vereinsbuero@achalasie-selbsthilfe.org

Hans Jürgen Hermanns

Vorsitzender
0151-24135096

hj.hermanns@achalasie-selbsthilfe.org

Dirk Backmann

Zweiter Vorsitzender
0163-6977448

dirk.backmann@achalasie-selbsthilfe.org

Copyright © 2026

Achalasie-Selbsthilfe e.V.

www.achalasie-selbsthilfe.org

