

## Fallbeispiele zu Dysphagien aus Biedermann, Furer-Fawer, Thill: Smoothfood, Lambertus 2010

Die folgenden Beispiele soll exemplarisch darstellen, wie ein Verlauf einer logopädischen Intervention ablaufen kann.

### Fall A

Herr R. ist ein 86-jähriger Rentner. Er lebt gemeinsam mit seiner Ehefrau in einer Wohnung im ersten Stock eines Mehrfamilienhauses. Neben kleinen Gefälligkeiten der Nachbarn und guter Unterstützung der Kinder leben sie selbstständig.

Eine Gürtelrose, die sich am 24.12.2007 manifestiert, führt beim Patienten zu Ausfällen diverser Hirnnerven auf der rechten Seite im Bereich des Ohres und Gesichtes. Dies betrifft in seinem Fall den **Vagusnerv**, der neben seiner vegetativen Funktion auch an der motorischen Steuerung des Kehlkopfes, des Rachens und der oberen Speiseröhre beteiligt ist und sensorische Geschmacksempfindungen vom Zungengrund, sowie Berührungsempfindungen aus dem Rachen und dem Kehlkopf übermittelt.

Ebenso betroffen ist der **Gesichtsnerv**, was zu einer Verminderung des Geschmackes im Zungenbereich und zu Störungen der mimischen Gesichtsmuskel, der Lippen und der Muskeln der Zunge führt. Zusätzlich ist der **Gaumenrachenerv** betroffen, was eine verminderte Sensibilität oberhalb des Kehlkopfes und einen verminderten Verschluss des Kehldeckels zur Folge hat. Eine Stimmlippenlähmung beeinflusst die Qualität seiner Sprechstimme.

Diese Störungen manifestierten sich in einer **Schluckstörung** und einer **Sprechstörung**. Seine Hör- und Sehfähigkeit sind anfänglich zusätzlich eingeschränkt. Herr R. durchleidet drei Lungenentzündungen und ist über mehrere Wochen hospitalisiert. Nachdem er medizinisch stabil ist und die Lungenentzündungen abgeklungen sind, wird der Patient nach Hause entlassen. Bereits in der Rehabilitationsklinik wird er durch eine Physiotherapeutin und eine Logopädin betreut. Aus dem Austrittsbericht der Logopädin:

*Der Schluckakt ist sehr stark verlangsamt. Da Herr R. Nahrung und Flüssigkeiten häufig aspiriert und sehr viel Schleim von den Lungen abhustet, hat er momentan keine orale Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme. Der Patient wird über eine PEG-Magensonde (perkutane endoskopisch kontrollierte Gastrotomie) ernährt. Die fortlaufenden Schluckabklärungen sind aus Sicherheitsgründen mit sehr wenig Wasser durchgeführt worden. Seine Stimme ist rau und kraftlos. Die Schluckübungen führt der Patient selbstständig durch.*

Flüssigkeiten, spezielle Nahrung in flüssiger Form, und die zerstoßenen Medikamente gelangen direkt in den Magen. Der Patient braucht sehr viel Zeit, bis die jeweiligen Portionen der künstlichen Nahrung verabreicht sind. Sein Tagesablauf ist durch die Essensaufnahme per Sonde bestimmt.

Trotz der schwierigen Vorgeschichte erlebt die Logopädin den Patienten beim ersten Besuch am 19.04.2008 sehr wach, kooperativ, kommunikativ, motiviert und einsichtig. Einige Übungen der Logopädin der Rehabilitationsklinik führt der Patient nach wie vor durch. Zur Beurteilung der aktuellen Situation führe ich eine erneute Schluckabklärung durch. Die Kopfkontrolle und Sitzbalance ist gewährleistet, obschon Herr R. körperlich immer noch eingeschränkt ist. Er kann mit den Gehstöcken einige Schritte gehen, wird aber sehr schnell müde.

Nach wie vor erhält er alle Nahrung und Medikamente über die PEG- Sonde. Herr R. muss sich manchmal übergeben, vor allem am Morgen nach der Verabreichung der Sondenkost. Der Schluckvorgang ist immer noch sehr stark betroffen, verlangsamt und zum Teil nicht effektiv, so dass er sogar den stark verschleimten Speichel, pro Tag beinahe zwei Becher voll, ausspucken muss. Die Gesichtsnerven haben sich soweit erholt, es ist noch eine leichte Lähmung des rechten Mundwinkels zu beobachten. Die Zunge ist wieder gut beweglich, wobei die Sensibilität noch nicht wieder hergestellt ist. Der Hustenstoss ist mässig kräftig, wenn er Wasser oder Speichel aspiriert, kommt es zu richtigen Hustenattacken, die ein beängstigendes Ausmass annehmen können. Die Stimme ist immer noch beeinträchtigt, zum Teil hoch gepresst, tönt heiser und noch wenig kräftig. Herr R. wird am Telefon nicht gut verstanden.

Bereits während der ersten Begegnung wird eine genauere Schluckabklärung im Paraplegikerzentrum in Erwägung gezogen, damit die aktuelle Aspirationsgefahr detailliert abgeklärt werden kann.

Gemeinsam wird ein Übungsprogramm besprochen, das er möglichst täglich durchführen soll. Zum Aufwärmen werden diverse Gesichts- und Zungenübungen durchgeführt, die zur Kräftigung und Verbesserung der Koordination von Gesichts- und Zungenmotorik dienen. Weitere Übungen werden mit dem Ziel der Kehlkopfhebung durchgeführt. Es sind dies Widerstandsübungen, bei welchen mit dem Kinn gegen einen Widerstand, entweder die Hand der Logopädin oder seine eigene, gedrückt wird. Oder die flache Hand der Therapeutin wird auf den Scheitel gelegt und der Patient drückt mit Kraft dagegen. Schnalzen mit kräftigem Andrücken des Zungenrückens an den Gaumen kräftigt den Zungenrücken und verbessert ebenfalls die Kehlkopfhebung.

Die für Herr R. gefühlsmässig wichtigste Übung ist das so genannte Mendelsohn Manöver. Diese Übung wird im Kapitel „Therapieverfahren zur Kompensation der Schluck- und Kaufunktionen“ genauer beschreiben. Sprechübungen mit Wörtern mit /ng/ und /nk/, kräftiges Aussprechen von Silben mit /p/ und /k/ und Stimmübungen wie zum Beispiel singen und nach oben und unten gleiten lassen eines /eeee/s ergänzen das Übungsprogramm, lockern es auf und dienen gleichzeitig zur Verbesserung der Sprechstimme. Anpassungen im Schluckablauf wurden vorgenommen: Kopfdrehung nach der rechten Seite während des Schluckens und nach jedem Schlucken bewusst nachschlucken werden eingeführt und geübt.

Die Logopädin besucht den Patienten vom Mai bis im August wöchentlich. Die Übungen sind gemeinsam durchgeführt worden und der weitere Verlauf eines möglichen Kostaufbaues sind besprochen worden.

Mitte Mai 2008 ist dann die besprochene Schluckabklärung mittels Endoskopie durchgeführt worden. Aus dem Bericht der Abklärung:

*Die vor bestehende Gesichtslähmung hat sich vollständig erholt, ebenso die rechtseitige Gaumenrachenlähmung. Verblieben ist, mindestens teilweise die Vagusparese. Bei der endoskopischen Darstellung des Kehlkopfes zeigt sich eine Stimmlippenlähmung rechts, daher auch ein reduzierter Hustenstoss, da er zuwenig*

*Druck aufbauen kann. Es wird ein Speichelsee im Raum oberhalb des Kehlkopfes beobachtet. Der Speichel läuft zum Teil in den Kehlkopfeingang hinein, mit dem noch möglichen Hustenstoss kann dieser aber abgehustet werden.*

*Beim Schluckversuch mit breiiger Konsistenz sind nach dem ersten Schluckakt recht grosse Reste im Bereich oberhalb des Kehlkopfes sichtbar, die nach dem Schlucken in die Luftröhre gelangen. Der Patient aspiriert. Erst in der Luftröhre*

*wird der Hustenreflex ausgelöst. Mühsames Abhusten wegen der Stimmlippenlähmung. Leicht besseres Abschlucken mit der Kopfdrehung nach rechts, weil dann vermehrt über die aktivere linke Seite abgeschluckt wird. Flüssigkeiten in kleineren Schluckportionen können meist ohne Aspiration abgeschluckt werden. Feste Konsistenzen werden aufgrund der obigen Befunde nicht mehr getestet.*

Aufgrund der ausführlichen Abklärung wurde gemeinsam entschieden, mit den bereits beschriebenen Übungen weiter zu fahren, sowie mit einer kontrollierten Einnahme von kleinen Schluckmengen mit verschiedenen Flüssigkeiten zu beginnen und diese auch langsam zu steigern. Die kombinierte Lösung Kostaufbau und PEG- Sonde hat sich einmal mehr als ein erfolgreiches Therapiekonzept gezeigt, da die Hauptmenge der Ernährung weiter hin ohne Zeitdruck über die Sonde verabreicht werden konnte. Der Verlauf sollte mit einer erneuten Kontrolle im Paraplegikerzentrum in ungefähr 3 Monaten untersucht werden.

Ende Mai 08 trinkt Herr R. ungefähr einen Deziliter Wasser pro Tag und isst 2-3 dl Bouillon. Ein Versuch mit einem Sorbet scheiterte, weil die Konsistenz der Flüssigkeit für den Patienten zu klebrig und zähflüssig ist. Die Gesichts- und Zungenbewegungen werden kräftiger und schneller.

Mitte Juni 08 wird dank der stetigen Erholung des Patienten ein Versuch mit pürierter Polenta und Kartoffelstock durchgeführt, der auch tatsächlich gelingt. Damit das Hungergefühl sich entwickeln kann, wird die Nahrung, die über die PEG-Sonde verabreicht wird, nach Absprache mit der Ernährungsberaterin, von 2000ml auf 1500ml reduziert. Im weiteren Verlauf wird die Kost weiterhin ausgebaut und mit weich gekochten Teigwaren, Brot ohne Rinde und diversen Suppen und Lebensmittel in ähnlicher Konsistenz ergänzt. Mittlerweile trinkt Herr R. bis zu einem halben Liter pro Tag. Erfreulicherweise sind während des ganzen Monats Juli weitere Lebensmittel dazu gekommen. Diese hat nun Herr R., von seiner Ehefrau liebevoll zubereitet, mit einer guten Sitzposition und der angepassten Schluckposition mit Kopfdrehung zur betroffenen rechten Seite meist ohne Aspiration schlucken können. Falls es doch zum Eindringen in den Kehlkopf kommt, ist das starke Husten ein zuverlässiger Hinweis und gleichzeitig eine effektive Gegenmaßnahme gegen die Aspiration.

Die Hustenattacken kommen im Verlauf immer weniger vor. Die Kraft der Kehlkopfhebung hat deutlich zugenommen. Herr R. motiviert sich zusätzlich, indem er die Zeit stoppt und neue Rekorde aufzustellen versucht. Nach wie vor arbeitet der Patient sehr motiviert mit, die Gesichts- und Zungenübungen treten jedoch langsam in den Hintergrund.

Zur Absicherung der Beurteilung der Schluckstörung und der verbleibenden Aspirationsgefahr, die aus logopädischer Sicht ja nur über die klinische Abklärung beurteilt werden kann, vereinbaren wir im Paraplegiker Zentrum Nottwil einen erneuten Termin. Insbesondere der hartnäckig auftretende Schleim verunsichert, weil nicht ganz ausgeschlossen werden kann, ob dieser in der Lunge als Zeichen einer sich manifestierenden Entzündung zeigt.

Die Ergebnisse der Untersuchung am 14.08.2008 werden mit Spannung erwartet. Waren wir auf dem rechten Weg oder hatten wir uns zu weit vorgewagt. Herr R. berichtet, Tage zuvor gut gebratene Röstli und Wurst ohne Schale gegessen zu haben!

Ausschnitte aus dem Bericht des Logopäden nach erfolgter Endoskopie:

*Am Anfang der Untersuchung konnte kein Speichelsee mehr im Raum oberhalb des Kehlkopfes beobachtet werden. Daraus lässt sich schliessen, dass der Patient in der ruhigen Situation ohne Essen, seinen Speichel regelrecht abschlucken kann. Die Stimmlippenbeweglichkeit hat sich verbessert, die vorher unbewegliche rechte Seite ist jetzt eindeutig beweglich. Bei der Stimmgebung bleibt trotzdem ein inkompletter Schluss, so dass die Stimme noch etwas behaucht und heiser tönt. Dies stimmt auch mit der subjektiven Einschätzung der kräftigeren, wieder etwas tieferen Stimme überein. Beim Husten hingegen ist ein kompletter Verschluss mit Druckaufbau realisierbar, der Hustenstoss ist damit deutlich kräftiger und produktiver geworden.*

*Beim Schlucken aller Konsistenzen verbleiben nach dem ersten Schlucken noch Reste oberhalb des Kehlkopfes liegen, die aber mit wiederholtem Nachschlucken besser abtransportiert werden können. Nur vereinzelt kommt es noch zum Eindringen in den Kehlkopf und damit in die Luftröhre, dann folgt aber eine zuverlässige Reaktion des Hustens. Etwas erschwerend ist die starke Speichelproduktion, sobald der Patient einen Bissen im Mund hat. Diese zeigen sich auch in geringerem Ausmass im Alltag und veranlassen den Patienten dann zum Ausspucken von Speichel. Erfreulicherweise ist damit festgestellt worden, dass sich in der Lunge keine entzündlichen Prozesse anbahnten.*

Gemeinsam wird vereinbart, dass die Sondennahrung via PEG-Sonde stufenweise und vorsichtig reduziert wird und den Kostaufbau dementsprechend weiter zu differenzieren.

Des Weiteren wird im Verlaufe des Septembers diskutiert, die Entfernung der PEG ins Auge zu fassen. Einerseits muss das normale Schlucken der Tabletten ausprobiert werden, andererseits wird vom Hausarzt der gute Allgemeinzustand bestätigt. Insgesamt eine äusserst erfreuliche Situation! Prognostisch waren noch im April nicht so grosse Fortschritte zu erwarten. Die Hürde der Tabletten meistert Herr R. mit Bravour, der Hausarzt gibt ebenfalls grünes Licht und schlägt vor, die Ernährung während zwei Wochen ausschliesslich ohne die Sonde zu testen. Auch dies gelingt. Die Ehefrau muss ihre Kochkünste kaum mehr anpassen. Herr R. spürt sehr gut, welche Lebensmittel für ihn doch noch zu schwierig zum Schlucken sind. So werden sehr harte Brotrinden, zäheres Fleisch, trockenes Reis weiterhin aus dem Menuplan gestrichen. Sein früher geliebtes Bierchen löst zuweilen einen Hustenreiz aus, so dass er sich mit einem gesüssten Mineralwasser zufrieden gibt. Er trinkt es mit Vorliebe direkt aus der Flasche.

Ende Oktober wurde die PEG-Sonde im nahen Spital entfernt. Herr R. erfuh eine enorme Verbesserung der Lebensqualität. Kein stundelanges an der Sonde angebunden sein mehr, im Quartierkaffee trinkt er sein morgendliches Kaffee und isst dazu genüsslich sein Gipfeli und ab und zu wird sogar im Restaurant gegessen. Die zeitintensive Therapie und die aufwändigen Untersuchungen haben sich auf jeden Fall gelohnt.

## Fall B

Frau A. ist eine 77-jährige Heimbewohnerin mit mittelgradiger vaskulärer Demenz, die erst seit kurzem in der Institution lebt. Bis im Frühjahr 2007 konnte sie, betreut durch Spitex und mit Hilfe ihrer Tochter noch zu Hause leben. In ihrer hübsch eingerichteten Wohnung hat Frau A. Vorhänge, Tischdecken und Kissen selbst genäht. Seit einigen Jahren hat sich jedoch ihr geliebtes Hobby immer mehr in den Hintergrund gedrängt. Sie verlegt angefangene Arbeiten und verliert in ihren kleinen Projekten oftmals den Faden. Die Tochter hat einige Gegenstände, wie kleine Tischdecken weggeräumt, damit sich die Handhabung der Wohnung

vereinfacht. Früher hat Frau A. viele Freundinnen gehabt und diese Kontakte auch regelmässig gepflegt. In den letzten Jahren hat sie sich zunehmend zurückgezogen, da es ihr schwer gefallen ist den Gesprächen der Gruppe zu folgen. Die Geschichten ihrer Freundinnen interessieren sie immer weniger. Zudem ist sie überfordert für mehrere Personen Kaffee und Kuchen herzurichten.

Bereits im Sommer 2006 wird sie wegen einer Lungenentzündung ins Spital eingeliefert und mit Antibiotika behandelt. Sie kann anschliessend wieder in ihre eigenen vier Wände zurückkehren.

Im März 2007 wird Frau A. wegen akuter Verwirrtheit bei fieberhaftem Infekt und zusätzlich mit dem Verdacht auf einen Schlaganfall erneut, in der ihr bereits bekannten Station, aufgenommen. Neben dem Verdacht auf immer wiederkehrenden Aspirationspneumonien besteht zusätzlich eine Dehydration. Die Patientin erhält eine Nasensonde und wird erneut antibiotisch behandelt.

Nach ersten Abklärungen wird die Diagnose Schlaganfall erhärtet. Es zeigen sich eine halbseitige Lähmung auf der linken Körperseite mit Sensibilitätsausfällen, eine Gesichtslähmung links, sowie eine Schluckstörung. Es wird vermutet, dass Frau A. bereits vor ihrem jetzigen Schlaganfall kleinere Insulte durchgemacht hat und ihr das Schlucken bereits vor dem Spitaleintritt Schwierigkeiten bereitet haben muss. Die Logopädin wird zur differenzierten Diagnose eingeschaltet. Zusätzlich wird ein Röntgen des Schluckablaufes vorgeschlagen.

**Der Röntgenarzt und die Logopädin** stellen fest:

Die Klinischen Zeichen, die die Logopädin beobachten kann, sind gurgelnde Atemgeräusche und eine heisere Stimme. Nahrungsreste laufen der Patientin über die linke Wangenseite, ohne dass sie dies wahrnehmen kann. Die Patientin hustet vor allem beim Verabreichen von Flüssigkeiten stark. Breiige Konsistenzen werden ohne zu Husten geschluckt. Es zeigt sich eine sensomotorischen Störung der linken Zungenseite.

Der Röntgenarzt stellt Störungen im Bereich der Schluckphase des Mundes und des Rachens fest. Die Patientin zeigt pumpende Kaubewegungen, mit welchen sie den Schluckreflex auszulösen versucht. Der Bissen wird nicht effizient in Richtung Rachenhintergrund befördert. Während des Schluckes schliesst der Kehledeckel nicht vollständig. In den Räumen oberhalb des Kehledeckels und den Stimmlippen (Valleculae und den Sinus piriformis) bleiben Nahrungsreste hängen und werden nicht vollständig abgeschluckt. Der Röntgenarzt bestätigt die klinische Beobachtung, dass die Aspiration nur bei flüssiger Nahrung zu beobachten ist.

Das **interdisziplinäre Team**, bestehend aus Ärzten, Pflegenden, Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie und Sozialdienst bespricht die Anliegen und Ziele der verschiedenen Fachdisziplinen und beschliesst, dass Frau A. intensiv physio- und ergotherapeutisch weiter betreut wird. Die Pflegenden informieren die Küche darüber, dass Frau A. fein passierte Kost erhält. Die Flüssigkeiten werden auf der Station eingedickt. Im Zusammenhang mit der Dehydrierung ist es sehr wichtig, dass die Flüssigkeitsbilanz von Frau A. genau protokolliert wird. Immer wieder werden ihre eingedickten Säfte angeboten. Ein Teil der Flüssigkeit kann über die Nasensonde verabreicht werden.

Die Anmeldung in ein Alters- und Pflegeheim wird vom Sozialdienst übernommen, die Tochter kann sich nicht mehr vorstellen unter den gegebenen Umständen ihre Mutter weiterhin zu betreuen.

Die Therapieschwerpunkte der Logopädin sind gesichts- und mundmotorische Übungen, Quadrantenstimulation (Beschreibung im Kapitel „Therapieverfahren zur Wiederherstellung der Schluck- und Kaufunktionen“), Eisstimulationen zur Förderung der Sensibilität im Mund-, Zungen- und Rachenbereich. Da Frau A. den Sinn der therapeutischen Interventionen nur mehr bedingt einsehen kann, ist es sehr wichtig, die Schluckstimulation über sensorisch angenehme Reize zu erreichen. Die Patientin liebt es zum Beispiel genüsslich an verschiedenen, ohne Fruchstückchen zu bereiten, Sorbets zu lutschen, was ihre Schluckfrequenz deutlich erhöht. Nach anfänglichen Abwehrreaktionen lässt sie auch die Quadrantenstimulation zu und scheint sich auf die sensorischen Eindrücke einlassen zu können.

Nach 5 Wochen hat die Patientin ihre kognitive Leistungsfähigkeit, die sich durch die Dehydration zusätzlich verschlechtert hat, soweit wieder verbessert, dass sie in allen Therapien konzentrierter mitarbeiten kann. Die Aspirationspneumonien ist dank der antibiotischen Therapie abgeklungen. Ihr körperlicher Zustand hat sich aus medizinischer Sicht stabilisiert. Frau A. sitzt mittlerweile in einem Rollstuhl, kann aber mit Hilfe der Physiotherapeutin einige Schritte gehen. Der Transfer vom Bett zu Rollstuhl hat sich deutlich verbessert. Die Ergotherapie kann Frau A. wieder in einfache, alltagsbezogene Tätigkeiten einbinden.

Neu ist pürierte Kost verordnet worden. Die Kaufähigkeit hätte durch Trockenfleisch oder getrocknete Früchte, die in eine Gaze eingewickelt sind und der Patientin zwischen die Kauffläche geschoben werden, weiter stimuliert werden sollen. Diese etwas gewöhnungsbedürftige Übung hat die Patientin jedoch nicht einordnen können und hat sich in dieser Situation verweigert. Sobald es die Schluckstörung zulässt, wird möglichst schnell auf die nächst höherer Koststufe gewechselt, so dass sie das Kauen wieder üben kann. Die Flüssigkeiten werden nach wie vor leicht eingedickt.

Der Übertritt in das Alters- und Pflegeheim steht nun kurz bevor. Dem ganzen Team im Spital ist es wichtig, dass die erreichten Fortschritte auch in der neuen Lebenssituation von Frau A. aufrechterhalten oder sogar noch verbessert werden kann. Die Übergabe der logopädischen Ziele und Hilfestellungen erfolgt an die Pflegedienstleitung, da es leider keine logopädische Therapie in dieser Institution gibt. Einige Übungen werden von der Pflege oder von der im Haus arbeitenden Physiotherapeutin übernommen. Die Ziele werden schriftlich festgehalten und weitere Beratungen werden angeboten. Die Küchenverantwortlichen haben glücklicherweise ein offenes Ohr für die Anliegen der Schluckpatientin und bieten bereits diverse Kostformen an.

Obwohl sich die demenziellen Symptome weiter verstärkt haben, hat sich Frau A. auf der sensomotorischen Ebene und seitens der Lähmung der linken Körperhälfte weiter erholt. Die Lebensmittel laufen ihr nicht mehr aus dem Mundwinkel heraus und sie kann die Flüssigkeiten jetzt sogar wieder normal schlucken. Eine immer gleich strukturierte, positiv gestaltete Essensituation helfen der Heimbewohnerin ihr noch verbleibendes Potenzial auszuschöpfen. Eine **gewürfelte** oder weich gekochte Kost ist bei Frau A. jetzt möglich und wird immer wieder an ihre Situation angepasst. Nicht geeignet sind bei ihr nach wie vor grobkörnige, krümelige, faserige oder klebrige Konsistenzen, da sie auf Grund ihrer reduzierten Sensibilität zwischen den feinen und faserigen Anteilen in einem Bissen nicht unterscheiden kann und die Gefahr einer Aspiration sich erhöht.