

LOGOPÄDIE IN DER PFLEGE

Ein Überblick über die pflegerelevanten
logopädische Störungsbilder

TEXT: CHRISTINA KURFEB

Die interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen Pflegekräften und Logopäden ist in der täglichen Arbeit mit schwer betroffenen Patienten elementar wichtig. Um eine professionelle Versorgung der Patienten zu gewährleisten, ist eine optimale Abstimmung auf- und untereinander unabdingbar. Neben einer erfolgreichen Kommunikation mit Patienten mit einer Sprech- oder Sprachstörung soll in nachfolgendem Artikel vor allem die Bedeutung der Zusammenarbeit bei Patienten mit einer Schluckstörung dargestellt werden.

Im Zuge des demographischen Wandels und immer komplexer werdender Störungsbilder oft multimorbider Patienten wird die Bedeutung einer guten Zusammenarbeit und Kooperation von Pflegekräften und Logopäden zunehmend größer. Vor allem Pflegenden auf Intensivstationen, neurologischen Stroke Units, HNO-Stationen, aber auch beispielsweise in der neurologischen, onkologischen und geriatrischen Rehabilitation betreuen Patienten mit logopädischen Störungsbildern. Neben auftretender Sprech- und Sprachstörungen tritt v.a. die Bedeutung einer guten interdisziplinären Zusammenarbeit bei Patienten mit einer Schluckstörung in den Fokus.

Pflegerelevante
LOGOPÄDISCHE
Störungsbilder

1. SPRECH- UND SPRACHSTÖRUNGEN

Sprech- und Sprachstörungen können einen wichtigen Aspekt im Pflegealltag einnehmen. Patienten mit einem Schlaganfall, Schädel-Hirn-Trauma oder neurodegenerativen Erkrankungen wie Morbus Parkinson, Multipler Sklerose (MS) oder Amyotropher Lateralsklerose (ALS) haben häufig mit Sprach- oder Sprechstörungen zu kämpfen. Es handelt sich dabei um Aphasien, Sprechapraxien oder Dysarthrien.

WIE GEHT MAN MIT SPRECH- UND SPRACHSTÖRUNGEN UM?

Wichtig im Umgang mit Betroffenen ist die richtige Kommunikation. Patienten mit einer Aphasie haben häufig eine Sprachverständnisstörung, das heißt, sie können einem »normalen« Gespräch mit hoher Geschwindigkeit und komplexen Satzstrukturen nicht folgen, sodass sie auf die Hilfe ihres Kommunikationspartners angewiesen sind. »Einfache Sprache« ist das entscheidende Stichwort: Langsam und deutlich sprechen und die Sätze möglichst einfach konstruieren! Häufig können sich Aphasie-Patienten an so genannten Schlüsselwörtern, das heißt prägnanten, inhaltstragenden Wörtern orientieren.

Aphasie-Patienten haben zudem meist große Probleme, ihre Wünsche, Absichten und Intentionen zu vermitteln. Ihnen fehlt häufig die Möglichkeit, Wörter korrekt auszusprechen. Sie sind jedoch meist in der Lage, sich ihre Gedanken im Kopf zurecht zu legen. Dann ist es eine große Hilfe, wenn sich der Gesprächspartner die Zeit nimmt, Alternativfragen zu stellen, um mittels Ja-/Nein-Antworten die Absichten des Patienten zu erfragen. Das Gleiche

gilt im Umgang mit Sprechapraxie-Patienten, bei denen eine Planungsstörung der Sprechbewegungen vorliegt und die daher auch oft wenige verbal-expressive Möglichkeiten zur Verfügung haben.

Anders verhält es sich bei Dysarthrie-Patienten. Bei ihnen liegt ein intaktes Sprachverständnis vor. Sie haben Probleme mit der Sprechatmung, der Stimmgebung, der Artikulationsschärfe und der Prosodie. Das bedeutet, die Verständlichkeit ihrer Sprechweise ist in unterschiedlichem Ausmaß beeinträchtigt. Das Spektrum reicht von »gut verständlich« bis »nicht zu verstehen«. Auch hierbei können, je nach Schweregrad und Ausprägung der Dysarthrie, Alternativfragen die Kommunikation erleichtern.

Eine Erkrankung, die sicherlich gesonderte Anforderungen an die Kommunikation stellt, ist die Demenz. Demenz-Patienten haben aufgrund ihrer kognitiven Einbußen, mit denen jede Demenz einhergeht, häufig auch Sprachstörungen. Diese treten in Form von Wortfindungsstörungen oder semantischen Paraphasien auf. Das bedeutet, dass ein Wort durch ein anderes ersetzt wird. Diese Ersetzungen können aus dem gleichen Bedeutungsfeld sein. Patienten benennen dann beispielsweise einen Tisch mit »Stuhl«. Die Wortersetzungen können jedoch auch durchaus weit vom Zielwort entfernt sein, z. B. »Haus« statt Fahrrad. Es kann auch zu Wortneuschöpfungen kommen, wenn der Patient z. B. den Schuh mit »Fußträger« benennt. Wichtig im Umgang mit Demenz-Patienten ist es, dass der Gesprächspartner sich ausreichend Zeit nimmt. Nur so kann eine erfolgreiche Kommunikation stattfinden.

2. SCHLUCKSTÖRUNGEN

Eine besonders wichtige Rolle nimmt eine gute Zusammenarbeit von Pflegekräften und Logopäden bei Patienten mit einer Schluckstörung (Dysphagie) ein. Die häufigste Ursache für eine neurogene Dysphagie ist der Schlaganfall. Hierbei kommt den Pflegekräften bereits im Frühstadium eine entscheidende Rolle zu. Denn eine Dysphagie muss zunächst als eine solche erkannt werden.

KLINISCHE ANZEICHEN EINER SCHLUCKSTÖRUNG SIND BEISPIELSWEISE ...

- › Räuspern und Husten beim oder nach dem Essen und Trinken
- › Veränderter Stimmklang nach dem Essen oder Trinken
- › Probleme beim Kauen und Zerkleinern von Nahrung
- › Speisereste verbleiben im Mundraum
- › Gefühl, nach dem Essen einen »Frosch/Kloß im Hals« zu haben
- › ungewollte Gewichtsabnahme
- › verzögerte Schluckreflexauslösung
- › Schwierigkeiten beim Essen und Trinken bis hin zur Verweigerung der Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme ▶

Neben offensichtlichem »Verschlucken« mit einsetzender Hustenreaktion nach dem Schluck kann es zur gefährlichen, stillen Aspiration kommen. Dabei setzt aufgrund von Sensibilitätsstörungen im Rachen- und Kehlkopfbereich keine Hustenreaktion ein. Das Essen bzw. die Flüssigkeit läuft ohne einsetzenden Schutzmechanismus in die Trachea und Lunge. Etwa 50% der Patienten, die aspirieren, husten nicht! Folge ist im schlimmsten Fall eine Aspirationspneumonie, also eine durch das Verschlucken verursachte Lungenentzündung. Diese endet nicht selten tödlich. Wichtig ist, dass sich die Pflegenden mit den Schlucktests beschäftigen und Zeichen einer stillen Aspiration erkennen und deuten können. Solche Aspirationsschnelltests sind beispielsweise der 50-ml-Wassertest oder der 90-ml-Wasserschluck-Test (90-ml-WST). Mittels dieser Tests werden im Sinne eines Algorithmus alle wichtigen Entscheidungen Schritt für Schritt getroffen und nötige Handlungsschritte eingeleitet. Besteht der Verdacht, dass der Patient Flüssigkeiten und/oder Nahrung aspiriert, erfolgen die Kontaktaufnahme zur logopädischen Abteilung und die ausführliche logopädische Schluckdiagnostik, entweder durch eine klinische Schluckuntersuchung, eine flexible Nasenendoskopie oder eine Videofluoroskopie.

Wird in der Diagnostik eine Dysphagie festgestellt, schließt sich die logopädische Therapie an. Die therapeutischen Handlungsmöglichkeiten reichen von restituierenden über kompensatorisch hin zu adaptiven Verfahren. Während restituierende und kompensatorische Verfahren Pflegekräfte nur peripher betreffen, weil sie in der logopädischen Therapie trainiert und angewendet werden, sind im Alltag der Patienten vor allem die adaptiven Verfahren von Bedeutung. Hierzu gehören beispielsweise diätische Maßnahmen. Liegt eine Dysphagie vor, wird durch die Logopädie eine Koststufe bestimmt. Je nachdem, welche Nahrungskonsistenzen aspiriert werden oder ob beispielsweise eine Transportstörung fester Nahrung im Mund besteht, wird die für den Patienten passende Kost ausgewählt. Dabei wird in den meisten Krankenhäusern unterschieden zwischen:

› **Koststufe 1a:** Homogener Brei auf Wasserbasis: Diese Kost ist für Patienten vorgesehen, die Breikost immer wieder offensichtlich aspirieren. Durch die fehlende Milch in der Kost wird verhindert, dass sich durch in die Lunge eindringende Milchsäurebakterien eine Pneumonie entwickelt.

› **Koststufe 1b:** Homogener Brei mit Milch: Diese Kost ist für Patienten geeignet, die Breikost ohne Aspirationsrisiko schlucken können, jedoch noch eine Dysphagie für festere Kost haben.

› **Koststufe 2:** Im Mixer pürierte Kost, in der die Eigenstruktur der Nahrung meist erkennbar ist: Kann der Patient Koststufe 1b unauffällig essen, sollte zeitnah auf Koststufe 2 gesteigert werden, da diese Kostform bereits (annähernd) den ernährungsphysiologischen Erfordernissen entspricht.

› **Koststufe 3:** Angepasste Normalkost; Weiche Nahrung, die sich mit der Zunge zerdrücken lässt bzw. sich leicht kauen lässt: Diese Kostform erhalten Patienten, die zwar alle Konsistenzen aspirationsfrei schlucken können, sehr feste Nahrung jedoch nicht ausreichend kauen oder im Mund transportieren können. Häufig wird diese Koststufe bei Patienten mit (nicht optimal passender) Zahnprothese verordnet.

Verzichtet werden sollte bei einer Dysphagie grundsätzlich auf faserhaltige Speisen (z. B. faseriges Fleisch), Gemüse und Früchte mit Schalen (z. B. Mais oder Trauben), Mischkonsistenzen (z. B. Nudelsuppe), knuspriges oder krümeliges Essen (z. B. Chips oder Kuchen) sowie harte und zähe Lebensmittel (z. B. Nüsse oder Karamell). Als Erinnerung und gleichzeitig als Information für Angehörige kann es helfen, die verordnete Kostform schriftlich am Bett oder Schrank des Patienten festzuhalten und zu erklären.

Zusätzlich kann es sein, dass Flüssigkeiten ange dickt werden müssen. Häufig gleitet Flüssigkeit bei Dysphagie-Patienten nach hinten in den Kehlkopfbereich, bevor der Schluckreflex ausgelöst wurde. Dieses Symptom einer Dysphagie nennt man posteriores Leaking. Folge davon ist meist eine Aspiration. Dickt man Flüssigkeiten an, wird die Fließgeschwindigkeit reduziert und eine Aspiration kann oft verhindert werden. Problematisch dabei ist, dass Patienten häufig durch das Andicken weniger Flüssigkeit zu sich nehmen. Daher ist es ratsam, im Falle einer Dysphagie immer ein Protokoll anzulegen, in das jede Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr eingetragen wird. Sollte die Menge nicht ausreichen, muss der Patient ergänzend Flüssigkeit über eine Infusion erhalten, sodass nicht die Gefahr einer Exsikkose entsteht.

Während der Essensbegleitung, die bei Dysphagie-Patienten fast immer von den Pflegekräften übernommen wird, gibt es einige wichtige Regeln, an die Dysphagie-Patienten immer wieder erinnert werden sollten:

- › Nicht gleichzeitig essen und sprechen
- › Zeit beim Essen und Trinken lassen
- › Essen nur in ruhiger Atmosphäre
- › Bei offensichtlichem Verschlucken zum Husten auffordern: Viele Patienten schämen sich dafür, laut und kräftig zu husten. Um einen aspirierten Bolus effektiv zu entfernen, ist jedoch kräftiges Husten elementar wichtig!
- › Nach jeder Nahrungsaufnahme muss der Patient mindestens 20 Minuten aufrecht setzen, also mit einem um mindestens 45 Grad hochgelagerten Oberkörper.

Im schlimmsten Falle ergibt die logopädische Diagnostik, dass der Patient alle Nahrungskonsistenzen aspiriert bzw. die Vigilanz nicht ausreichend ist, um die Schluckfähigkeit zu überprüfen. Hält dieser Zustand längere Zeit an, kann eine nasogastrale Sonde Abhilfe schaffen, über die der Patient über einen bestimmten Zeitraum ernährt werden kann. Ist absehbar, dass der Patient länger als vier bis sechs Wochen künstlich ernährt werden muss, wird in den meisten Fällen eine PEG-Sonde gelegt.

Bei der Arbeit mit Dysphagie-Patienten ist immer auf eine gute und ausreichend häufig stattfindende Mundpflege zu achten. Dies ist besonders bei den schwer betroffenen Dysphagie-Patienten, die nichts bis kaum etwas oral zu sich nehmen können, elementar wichtig. Die meisten Bakterien, die sich bei Dysphagie-Patienten in der Lunge befinden und dort Pneumonien verursachen, entstehen im Mundraum. Das bedeutet, der Mund und die Zunge müssen mehrmals täglich mit einer Bürste oder einem Schwamm gereinigt werden. Zudem sollte der Mundraum mit einem feuchten Tuch (getränkt am besten mit einem Kräutertee) angefeuchtet werden.

TRACHEALKANÜLEN

Kommt es zur permanenten Aspiration des eigenen Speichels, ist die Indikation für eine Trachealkanüle gegeben. Kanülen gibt es von unterschiedlichen Herstellern, in verschiedenen Größen und Typen: Es gibt blockbare und nicht blockbare Kanülen, Kanülen mit oder ohne Fensterung sowie mit oder ohne die Möglichkeit der supraglottischen Absaugung. Je nach Symptomen muss die ideale Kanüle für den jeweiligen Patienten individuell bestimmt werden. Hier ist eine gute Absprache von Ärzten, Pflegekräften und Logopäden sinnvoll. Auch im

weiteren Verlauf ist eine gute interdisziplinäre Zusammenarbeit unabdingbar. Es muss abgestimmt werden, in welchen Phasen der Patient entblockt und möglicherweise mit einem Sprechventil versorgt wird, wann Speichel und Sekret abgesaugt wurden bzw. werden müssen und wann die ersten Schluck-, Entblockungs- und Dekanülierungsversuche unternommen werden. Nur durch eine optimale Zusammenarbeit hat der Patient die Chance, die Trachealkanüle zu verlieren und ein ganzes Stück Lebensqualität zu gewinnen.

AUSBLICK UND FAZIT

Im Klinikalltag ist es leider nach wie vor oft an der Tagesordnung, dass Pflegenden und Therapeuten neben- statt miteinander arbeiten. Dies hat neben ungenügendem Verständnis des jeweils anderen Tätigkeitsbereichs mit Sicherheit auch organisatorische Gründe. Eine Möglichkeit, ein besseres Verständnis für den Arbeitsbereich der jeweils anderen Disziplin zu schaffen, wäre die Integration von Modulen in die pflegerische und therapeutische Ausbildung, in denen Fachpersonen ihren jeweiligen Arbeitsbereich vorstellen. Denkbar wäre zudem das Angebot von Fortbildungen im interdisziplinären Team in Kliniken, um so Einblicke in das Arbeitsfeld der anderen Professionen zu erhalten. Dies würde sicherlich den Respekt und die Anerkennung für die Arbeit der anderen Disziplinen stärken. Für uns Logopäden nehmen die Pflegekräfte, gerade in der Versorgung von Dysphagie-Patienten eine entscheidende Rolle ein. Denn im Gegensatz zu uns sind die Pflegekräfte 24h für ihre Patienten verfügbar, um ihnen mit professionellem Rat und Tat zur Seite zu stehen und uns Logopäden wiederum entscheidende Rückmeldungen zur aktuellen Entwicklung der Patienten zu geben. ♦



Christina Kurfeß
Logopädin, M.Sc. [SLT]

Foto: Christina Kurfeß (privat)

Gis

RD