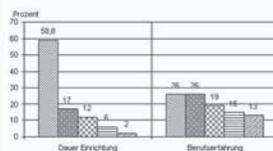
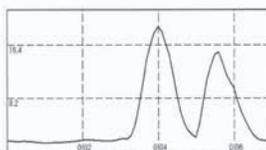
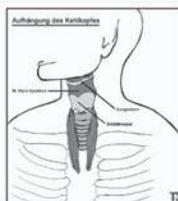




Sönke Stanschus (Hrsg.)

Studien in der Klinischen Dysphagiologie



Sönke Stanschus (Hrsg.):

**Studien in der
Klinischen Dysphagiologie**

Reihe DysphagieForum
Band 4

Sönke Stanschus (Hrsg.)

**Studien in der
Klinischen Dysphagiologie**



Das Gesundheitsforum

**Schulz-
Kirchner
Verlag**

Bibliografische Information Der Deutschen Bibliothek

Die Deutsche Bibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.ddb.de> abrufbar.

1. Auflage 2009

ISBN 978-3-8248-0726-0

Fachlektorat: Prof. Dr. Claudia Iven

Lektorat: Doris Zimmermann

Layout: Susanne Koch

Fotos: Archiv Schulz-Kirchner Verlag

Alle Rechte vorbehalten

© Schulz-Kirchner Verlag GmbH, Idstein 2009

Mollweg 2, D-65510 Idstein,

Vertretungsberechtigter Geschäftsführer: Dr. Ullrich Schulz-Kirchner

Druck und Bindung: Rosch-Buch Druckerei GmbH, Bamberger Str. 15

96110 Scheßlitz

Printed in Germany

Die Informationen in diesem Buch sind von den VerfasserInnen und dem Verlag sorgfältig erwogen und geprüft, dennoch kann eine Garantie nicht übernommen werden. Eine Haftung der VerfasserInnen bzw. des Verlages und seiner Beauftragten für Personen-, Sach- und Vermögensschäden ist ausgeschlossen.

Besuchen Sie uns im Internet: www.schulz-kirchner.de

Inhalt

Vorwort des Herausgebers der Reihe	7
Vorwort des Herausgebers des Bandes	9

Stefanie Bauer & Sina Peter

Die Effektivität von sEMG-Biofeedback beim Erlernen des Mendelsohn-Manövers durch nicht-dysphagische Probanden – eine Reliabilitätsstudie	15
Einleitung	15
Theoretische Aufarbeitung und Diskussion der zugrunde liegenden Literatur in den Disziplinen Dysphagie und Biofeedback	16
Diskussion	46
Zusammenfassung und Ausblick	57
Literatur	59
Internetquellen	61

Anne Awounou & Sönke Stanschus

Beurteiler-Reliabilität der Penetrations-Aspirations-Skala in der Videofluoroskopie	63
Einleitung	63
Entstehung und Vorstellung der Magisterstudie	64
Einbettung in den theoretischen Hintergrund	66
Methoden und Ergebnisse der Studie	77
Diskussion	99
Zusammenfassung und Ausblick	105
Literatur	109

Hannah Hoffmann & Martina Hielscher-Fastabend

Dysphagie im Alter: Versorgungssituation und Versorgungsdefizite in Altenpflegeeinrichtungen: „... nur noch satt und sauber“ – Was heißt hier <i>nur noch</i>?	115
Einleitung	115
Dysphagie	116
Schlucken im Alter	119

Dysphagien bei Bewohnern in Altenpflegeeinrichtungen	129
Konsequenzen für den Pflegealltag	132
Untersuchung zum Kenntnisstand und zur Situation in Altenpflegeeinrichtungen	134
Fragestellung 1: Status in den Heimen (Personal- und Versorgungsstandards)	142
Fragestellung 2: Symptome, Verhaltensregeln und Maßnahmen bei Aspiration	149
Theoretisches Wissen um Dysphagie (Aussagen 1-16)	160
Diskussion und Ausblick	167
Anhang	171
Literatur	179

Die Autorinnen und Autoren

184

Vorwort des Herausgebers der Reihe DysphagieForum

Ziel der Reihe DysphagieForum ist, Meinungen und Entwicklungen auf dem Gebiet der Klinischen Dysphagiologie, die maßgeblich oder stellvertretend für zentrale Entwicklungen oder für Denkansätze in der internationalen Diskussion sind oder sein könnten, in deutscher Sprache auszudrücken und vorzustellen. Die bisherigen Bände 1 und 2 basierten insofern auf Vorträgen der Tagung Karlsbader Dysphagie Forum.

Mit dem soeben erschienenen Band 3 „Dysphagie – Diagnostik und Therapie“ von Simone Seidel und Sönke Stanschus wurde das Konzept der Reihe DysphagieForum weiterentwickelt, um so die Philosophie eines „Forums“, eines Marktplatzes, eines Gedankenangebotes ausdrucksvoller zu konturieren. In Band 3 stellen namhafte klinische Praktiker Themengebiete vor, mit denen sie als Leistungserbringer aktuell die dynamische Entwicklung des jungen Fachgebietes Klinische Dysphagiologie in der deutschsprachigen Versorgungslandschaft im Rahmen ihrer Verantwortungsbereiche vorantreiben.

Der hier vorliegende Band 4 lenkt nun den Blick auf die zunehmende Studienaktivität junger klinischer Dysphagiologen und Dysphagiologinnen, die sich der Komplexität klinisch-relevanter Forschung in diesem stark medizinisch geprägten Fach stellen. Die in dem Band vorgestellten Arbeiten wurden von Autorinnen verfasst, die stellvertretend für eine neue Generation von deutschsprachigen sprachtherapeutischen Dysphagiologinnen stehen. Kennzeichnend für diese Generation ist der Drang, den Anschluss an das hohe klinisch-wissenschaftliche Niveau des stark international geprägten Fachgebietes Klinische Dysphagiologie über eine ausgewogene Mischung aus klinisch-praktischer Kompetenz mit klinisch-wissenschaftlicher Methodik herzustellen und dabei den praktischen Nutzen für die Patientenversorgung immer im Auge zu behalten.

Sönke Stanschus

Vorwort des Herausgebers des Bandes „Studien in der Klinischen Dysphagiologie“

Die Durchführung von Studien im deutschsprachigen Raum auf dem Gebiet der Klinischen Dysphagiologie verlangt von Sprachtherapeutinnen* die Erfüllung hoher Anforderungen. Angehende Forscherinnen stoßen auf eine Wand englischsprachiger Publikationen, wenn sie sich mit der aktuellen Veröffentlichungslage vertraut machen wollen. Die Lingua Franca der Medizin ist Englisch, und dies gilt für die Klinische Dysphagiologie, einem interdisziplinären Fachgebiet mit starker klinisch-medizinischer Prägung, in gleicher Weise. Dies bleibt nicht ohne Konsequenzen für die Wissenschaftskultur außerhalb der anglofonen Welt. Es hat Folgen für Forscherinnen, Autorinnen und Leserinnen. Der Anteil von Zeitschriften in deutscher Sprache im Zeitschriftenkatalog Index Medicus/Medline beträgt unter 2 %, der Anteil deutschsprachiger Referenzen in deutschsprachigen Ärztezeitschriften ist auf unter 20 % zurückgegangen. Der Journal Citation Report, der die Zeitschriften mit der höchsten Zitatquote (Impact-Faktor, IF) aufzählt, also die international am stärksten wahrgenommenen Journale, listet als erste nicht-englischsprachige Publikation die *Medicina Clinica* aus Barcelona auf Platz 44. Der Entwicklung zum Englischen steht eine regionale Bewegung der zunehmenden Gründungen nicht-englischsprachiger Zeitschriften gegenüber. Dies hängt damit zusammen, dass sich in vielen Schwellenländern wie China oder Brasilien Wissenschaftskulturen entwickeln. Diese Länder haben, wie bereits zuvor Japan und Taiwan, sehr stark mit sprachtherapeutischen Veröffentlichungen in der Klinischen Dysphagiologie aufgeholt, ein Trend, den Deutschland, die Schweiz und Österreich bisher verschlafen haben. Es ist daher für deutschsprachige Sprachtherapeutinnen kaum möglich, auf hochwertige klinisch-wissenschaftliche Veröffentlichungen in deutscher Sprache zurückzugreifen, um den aktuellen Veröffentlichungsstand zu einem klinischen Problem oder zu einer klinischen Fragestellung zu erfassen: Die wissenschaftliche Debatte in der Klinischen Dysphagiologie findet nicht auf Deutsch statt.

Um eine hochwertige Studie vorzubereiten und durchzuführen, die auf dem aktuellen Diskussionsstand ansetzt, muss eine nicht-anglofone Nachwuchs-

* Im Hinblick auf eine bessere Lesbarkeit wurde die weibliche Form gewählt, männliche Kollegen sind in dieser Form mit eingeschlossen.

wissenschaftlerin eine Menge von Hürden nehmen. Es beginnt mit der Aneignung von Sprachkompetenzen in Wissenschaftsenglisch, um in englischsprachigen medizinischen Datenbanken recherchieren, englischsprachige Literatur auswerten, englischsprachige Kongresse besuchen und persönliche Netzwerke zu „Peers“ außerhalb des eigenen Sprach- und Kulturbereiches knüpfen zu können.

Ein weiterer wichtiger Schritt der Vorbereitung einer klinisch-dysphagiologischen Studie ist die Suche nach einer akademischen Lehrkraft an einer Fachhochschule oder an einer Universität, die bereit ist, eine klinisch-wissenschaftliche Studie im Bereich der Klinischen Dysphagiologie zu betreuen.

Gleichrangig bedeutsam ist die Suche nach einer klinisch-logopädischen Fachabteilung in einem Krankenhaus, einer Rehabilitationsklinik, einem Sozialpädiatrischen Zentrum oder einer Ambulanz, die bereit ist, eine sprachtherapeutische Forscherin bei der Durchführung einer klinisch-sprachtherapeutischen Studie zu unterstützen. Die Sprachtherapeutin muss dabei nicht nur die Bereitschaft der klinischen Kollegen wecken, sondern dabei prüfen, ob die klinisch-logopädische Fachabteilung grundlegende klinische Mindeststandards, die für die Studien kritisch sein können (z. B. 24h-Bereitschaft für standardisiertes Wasserscreening bei akuten Schlaganfallpatienten; standardisierte Durchführung von instrumentellen Untersuchungen wie VFS [= Videofluoroskopie] nach dem Logemann-Standard oder FEES [= Fiberoendoscopic Evaluation of Swallowing] nach dem Langmore-Standard), erfüllt, damit die Qualität der Studienergebnisse gewährleistet ist und der angestrebte Anschluss an das englischsprachig dominierte Forschungsniveau in der Klinischen Dysphagiologie gelingt.

Alle relevanten Aspekte immerwährend zu berücksichtigen, ist für eine einzelne Nachwuchswissenschaftlerin kaum zu bewältigen. Daher benötigt sie Rat und tätige Unterstützung. Die akademischen sprachtherapeutischen Ausbildungsinstitutionen in deutschsprachigen Ländern können diesen Rat und die tätige Unterstützung in der notwendigen Quantität und Qualität nur ansatzweise gewährleisten, weil viele wichtige strukturelle Voraussetzungen fehlen. Dies wird solange so bleiben, solange die klinische Lehre, klinische Forschung und klinische Praxis sprachtherapeutischer Fakultäten nicht in die der medizinischen Fakultäten integriert sein wird oder wenigstens in personeller und räumlicher Nähe sehr eng mit diesen kooperiert.

Wie kommt eine deutschsprachige Sprachtherapeutin mit diesen unwirtschaftlichen Bedingungen zurecht, wenn sie danach strebt, eine klinisch-wissenschaftliche Dysphagie-Studie auf eine Weise durchzuführen, damit diese in dem Fachgebiet der Klinischen Dysphagiologie Beachtung finden wird?

Deutschsprachige Sprachtherapeutinnen müssen hierfür persönliche Voraussetzungen mitbringen, mit denen sie in der Lage sind, die Nachteile auszugleichen. Sie benötigen neben einem unerschütterlichen Interesse an einer dysphagiologischen Fragestellung ein unglaublich großes Talent zur Informationsrecherche, benötigen herausragendes Verhandlungsgeschick, überdurchschnittliche Fähigkeiten in der Gesprächsführung, ein hohes Maß an Kreativität, Durchhalte- und Durchsetzungsvermögen, gepaart mit einer hohen Frustrationstoleranz. Sie müssen darüber hinaus bereit sein, substanzielle Geldbeträge zu investieren, um sich aktuelle Fachliteratur zuzulegen, Kongressgebühren zu bezahlen, Reisen zu tätigen, klinische Praktika und Hospitationen zu finanzieren, bzw. die mit der Durchführung von Studien anfallenden Sachkosten zu übernehmen.

Deutschsprachige Sprachtherapeutinnen, die eine dysphagiologische Studie in deutschsprachigen Ländern durchführen, sind damit Unternehmerinnen in eigener Sache. Das notwendige Engagement übersteigt alles, was Medizinerinnen in deutschsprachigen Ländern oder sprachtherapeutische Kolleginnen in englischsprachigen Ländern in Relation an Eigenleistung zur Erreichung vergleichbarer Ziele aufbieten müssten.

Deutschsprachige Sprachtherapeutinnen, die diesen Weg einschlagen, wirken daher auf Studienkollegen, auf Kollegen oder sogar auf Freunde und Verwandte wie Exoten, wie „Freaks“. Wo, so könnte man sich fragen, wo ist hier der Lohn?

Jede Autorin in diesem Band hatte sicherlich Entscheidungen in Situationen zu fällen, die durch die oben genannten Ausführungen charakterisiert werden können. Jede von ihnen hat Mittel und Wege gefunden, um die mit der Durchführung der von ihnen verantworteten Studien verbundenen Herausforderungen zu meistern. Sie haben individuelle Lösungen suchen müssen, und sie haben individuelle Lösungen gefunden. Dies ist eine Leistung, der Respekt zu zollen ist.

Daher hat jede der hier vorgestellten Autorinnen für die Durchführung ihrer klinisch-wissenschaftlichen dysphagiologischen Studienarbeit eine Verneigung mehr als verdient. Diese Verneigung erfolgt auch stellvertretend für die Leistung anderer Kolleginnen, die Dysphagie-Studien an anderer Stelle in ähnlicher Weise durchführen oder durchgeführt haben.

Die vorliegenden Texte stellen Exzerpte von Studienarbeiten dar, die an der Universität Bielefeld und an der Europa Fachhochschule Fresenius in Idstein mit der Unterstützung und dem besonderen Engagement der jeweiligen Be-

treuerin, namentlich Maria Geißler und Martina Hielscher-Fastabend, erfolgreich abgeschlossen werden konnten.

Stefanie Bauer und *Sina Peter* führten im Rahmen ihrer Bachelorarbeit an der Europa Fachhochschule Fresenius eine Pilotstudie durch, deren Ziel es war, zu untersuchen, inwiefern bei schluckgesunden Probanden das Erlernen des Mendelsohn-Manövers durch die Unterstützung mit Oberflächen-EMG-Biofeedback beeinflusst wird. Der Bezug zu einer relevanten klinischen Fragestellung ergab sich über das Vorliegen vielversprechender englischsprachiger Literatur zum einen und über das Problem, dass in Deutschland bislang kein Oberflächen-EMG-Gerät in den Hilfsmittelkatalog aufgenommen werden konnte, weil bislang die deutschsprachige Veröffentlichungslage von dem Spitzenverband des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen als zu dürftig eingestuft wurde. Die beiden Autorinnen wählten damit ein Thema, in dem die Folgen der oben beschriebenen Ausgangslage der internationalen Medizinpublizistik auf den deutschen Gesundheitsmarkt real spürbar geworden waren. *Stefanie Bauer* und *Sina Peter* versuchten trotz stark begrenztem Ressourceneinsatz mit einem innovativen Studiendesign die Frage zu beantworten, ob ein bereits auf dem deutschen Medizinproduktemarkt zugelassenes und TÜV-zertifiziertes Oberflächen-EMG-Biofeedbackgerät eines deutschen Produzenten das Lernen des Mendelsohn-Manövers unterstützt. Die Autorinnen wurden hierbei von Maria Geißler, MSc (GB), wissenschaftlicher Mitarbeiterin des Fachbereiches Gesundheit der Europa Fachhochschule Fresenius, betreut und erhielten für diese Studienarbeit den Schulz-Kirchner-Preis für die beste Bachelor-Arbeit 2006.

Anne Pehlke (geb. Awounou) stellt hier den empirischen Teil ihrer Masterarbeit an der Universität Bielefeld vor, in dem sie sich mit der Beurteilerübereinstimmung und Beurteilerreliabilität einer deutschen Übersetzung der Penetrations-Aspirations-Skala (PA-Skala; Rosenbek und Kollegen) bei der Auswertung von Videofluoroskopien befasste. Der Bezug zur relevanten klinischen Fragestellung ergab sich über den Diskussionsstand zum klinischen Einsatz der Videofluoroskopie (VFS). In der aktuellen Literatur beobachtete *Anne Pehlke* einen Trend, über verbesserte klinische Schulungsmethoden der mangelnden Reliabilität von VFS-Auswertungen durch Sprachtherapeuten zu begegnen. Zu diesem Zeitpunkt hatte sich bereits die PA-Skala nach Rosenbek in der internationalen Fachliteratur als valides Instrument zur Beurteilung von Aspiration und Penetration bei instrumentellen Verfahren durchgesetzt. Die Autorin wählte daher eine deutsche Übersetzung der PA-Skala für die Reliabilitätsstudie aus, weil sie zu der Meinung gelangte, dass die PA-Skala sich auf kurz oder lang auch im deutschsprachigen Raum für die standar-

disierte Feststellung von Aspiration und Penetration durchsetzen würde. Zu den Vorbereitungen und der Durchführung dieser Arbeit gehörten die Herstellung von Video-Schulungsmaterial, die Konzeption und die Durchführung von Schulungen, die Akquise von klinischen und studentischen Beurteilern und die umfangreiche statistische Auswertung der Daten. Die Autorin wurde hierfür vom Karlsbader Schluckzentrum am SRH Klinikum Karlsbad-Langensteinbach und dessen Koordinator, Sönke Stanschus, unterstützt. Die Arbeit wurde von Dr. habil. Martina Hielscher-Fastabend, Dozentin an der Fakultät für Linguistik und Literaturwissenschaft der Universität Bielefeld, betreut.

Hannah Hoffmann stellt hier ein Exzerpt ihrer Magisterarbeit an der Universität Bielefeld vor, das sich mit der Versorgungssituation von älteren Heimbewohnern mit Dysphagien befasst. Der Bezug zur relevanten klinischen Fragestellung ergab sich über die klinische Problem- und Fragestellung, ob die dysphagiologische Betreuung von älteren Heimbewohnern durch das zuständige Pflegepersonal ausreichend gewährleistet ist, und falls nein, inwiefern die Studienergebnisse einen Anhalt für mögliche Verbesserungsmaßnahmen bieten. Ausgangslage war die Erkenntnis, dass 70 % der Heimbewohner von Schluckstörungen betroffen sind, sodass die Betreuung von Schluckstörungen in Heimen alleine aufgrund der sehr hohen Auftretenshäufigkeit von Experten als klinisch bedeutsam eingestuft wird. Zur Vorbereitung und Durchführung dieser Arbeit gehörte die Kontaktaufnahme mit den Pflegeteams größerer Heime der Region Ostwestfalen-Lippe, um so möglichst viele Einrichtungen in der Erhebung mit einzubeziehen und damit die empirische Aussagekraft möglicher Ergebnisse zu erhöhen und die Basis für Schlussfolgerungen zu stärken. Die Arbeit wurde von Dr. habil. Martina Hielscher-Fastabend, Dozentin an der Fakultät für Linguistik und Literaturwissenschaft der Universität Bielefeld, betreut.

Ich möchte allen Autorinnen für die Mühe danken, die Details ihrer Studienarbeiten in einem umfangreichen Exzerpt für diesen Band zusammengefasst zu haben, um sie zukünftigen Studierenden und Forscherinnen zur Verfügung zu stellen.

Wenn Viele von den hier veröffentlichten Gedankengängen profitieren, dann hat sich für die Nachwuchswissenschaftlerinnen und Autorinnen der Studienarbeiten die Mühe gelohnt.

Sönke Stanschus

Die Effektivität von sEMG-Biofeedback beim Erlernen des Mendelsohn-Manövers durch nicht-dysphagische Probanden – eine Reliabilitätsstudie

Stefanie Bauer & Sina Peter

Einleitung

Auf internationaler Ebene beschäftigt sich die Wissenschaft im Bereich der neurologischen Rehabilitation zurzeit intensiver denn je damit, den Erfolg bekannter und als wirksam nachgewiesener therapeutischer Interventionsmöglichkeiten durch den Einsatz zusätzlicher Hilfsmittel zu optimieren (Huckabee et al., 2005; Ding et al., 2002). Ernst (2003) veröffentlichte eine systematische Übersicht von Studien, in denen sich der Einsatz von Biofeedback als Hilfsmittel in der Rehabilitation als effektiv erwiesen hat. Unter anderem konnte die Wirksamkeit von Biofeedback-Verfahren als Unterstützung im Therapieprozess im Bereich der kindlichen Migräne, der temporomandibulären Dysfunktion sowie bei Patienten nach zerebralem Insult nachgewiesen werden (Ernst, 2003). Auch im Bereich der klinischen Dysphagiologie werden zunehmend Biofeedback-Verfahren eingesetzt. Insbesondere der Einsatz der Oberflächenelektromyographie (sEMG) hat im klinischen Setting positive Effekte gezeigt (Bogaardt, 2008; Crary et al., 2004; Stanschus & Seidel, 2002). Ein Schluckmanöver, das rehabilitativ gesehen immense Erfolge erzielt, ist das Mendelsohn-Manöver (Lazarus et al., 2002). Dieses Manöver ist jedoch besonders für kognitiv und sprachlich beeinträchtigte Patienten aufgrund der Komplexität der Anforderungen schwer zu erlernen. Aktuelle richtungweisende Studien berechtigen zu der Annahme, dass die Therapiedauer bei Patienten mit Dysphagien unterschiedlicher Genese durch die zusätzliche Verwendung von sEMG-Biofeedback beim Erlernen des Mendelsohn-Manövers aufgrund der zusätzlichen visuellen Rückmeldung deutlich verkürzt werden kann (Stanschus & Seidel, 2002). Um diese positiven Tendenzen aus Einzelfallstudien oder Gruppenstudien mit Hirnstamminfarktpatienten besser einordnen zu können, fehlen aktuell Normdaten, welche die Auswirkungen des zusätzlichen sEMG-Einsatzes auf das Lernen neuer motorischer Bewegungen bei nicht-dysphagischen Probanden unterschiedlichen Alters abbilden. Im Rahmen einer Bachelorthesis entstand im Jahr 2006 in intensiver Zusammenarbeit zwischen den Autorinnen, Herrn Sönke Stanschus (Karlsbader Schluck-

zentrum am SRH-Klinikum Karlsbad-Langensteinbach), Frau Maria Geißler (Europa Fachhochschule Fresenius), Frau Andrea Hofmayer (München) sowie der Firma Buck Elektromedizin (Bad Rappenau) ein Pilotprojekt, dessen Ergebnisse erste vorsichtige Schlüsse bezüglich der Effektivität dieses unterstützenden Verfahrens zulassen.

Für das uns entgegengebrachte Vertrauen, die neuen Ideen, Perspektiven, Hilfestellungen und Anregungen, die uns unsere ersten Schritte auf dem Feld der biofeedbackgestützten Dysphagie-Therapie ermöglicht und erleichtert haben, danken wir an dieser Stelle herzlich.

Theoretische Aufarbeitung und Diskussion der zugrundeliegenden Literatur in den Disziplinen Dysphagie und Biofeedback

Die Darstellung der theoretischen Grundlagen der Pilotstudie folgt zum besseren Verständnis folgendem Schema: Die für diese Arbeit relevanten theoretischen Grundlagen aus den beiden Disziplinen Dysphagie und Biofeedback werden zunächst isoliert voneinander betrachtet. Anschließend werden diese beiden parallel verlaufenden Stränge inhaltlich zusammengeführt sowie die aktuelle Datenlage bezüglich der sEMG-Unterstützung beim Erlernen des Mendelsohn-Manövers anhand aktueller Literatur dargestellt und diskutiert. Dies ermöglicht dem Leser, den Fokus zunächst gezielt auf einen Teilaspekt zu legen, ohne dabei dessen Verankerung in der Gesamtheit aller zum Verständnis der Studie relevanten Inhalte zu verlieren.

Dysphagie: Allgemeines

Die Schluckstörung oder Dysphagie wird von Walther in direkter Abgrenzung zur Odynophagie als „*schmerzlose* Behinderung des geregelten Transportes von Nahrung jedweder Konsistenz vom Mund in den Magen“ definiert (Walther, 1998, 712). Die Komponente der so beschriebenen Transportstörung findet sich auch bei Logemann wieder, wird dort jedoch durch mehrere essenzielle Ergänzungen erweitert (Leopold & Kagel, 1996; zitiert in Logemann, 1998, 1). Die Dysphagie wird nicht mehr ausschließlich auf den beeinträchtigten Vorgang des Schluckens von Nahrung reduziert, sondern wesentlich umfassender dargestellt:

„... all of the behavioral, sensory, and preliminary motor acts in preparation for the swallow, including cognitive awareness of the upcoming

eating situation, visual recognition of food, and all of the physiologic responses to the smell and presence of food such as increased salivation." (*... alle Verhaltensweisen, sensorische Empfindungen und einleitende Bewegungen, die dem Schluck an sich vorausgehen – dies schließt das Sich-Bewusstsein über die bevorstehende Nahrungseinnahme, die visuelle Wahrnehmung des Nahrungsmittels und alle physiologischen Reaktionen auf Geruch und Wahrnehmung des Lebensmittels, wie z. B. verstärkte Speichelproduktion, ein.*)

Im Rahmen der voranschreitenden Integration der ICF, der International Classification of Functioning, Disability and Health, in das logopädische Denken und Handeln ist es jedoch unerlässlich, eine solche Definition, basierend auf der Betrachtung rein funktionaler Einschränkungen, um die störungsbedingten Aktivitäts- und Partizipationseinschränkungen zu erweitern. Lediglich in einer Definition, die ein bekanntes Internetlexikon stellt, wird zusätzlich differenziert auf die Bereiche Aktivität und Partizipation im täglichen Leben, die einen großen Teil der Lebensqualität des Patienten ausmachen, eingegangen:

„... Schluckstörungen haben erhebliche Beeinträchtigungen des körperlichen, psychischen und sozialen Wohlbefindens zur Folge.“
(<http://de.wikipedia.org/wiki/Dysphagie>, 11.04.2006)

Untermauert man diese schwerwiegenden psychosozialen Folgen einer Dysphagie, wie z. B. Angst vor der Nahrungseinnahme oder soziale Isolation, durch aktuelle Zahlen zur Epidemiologie, wird rasch deutlich, dass zum einen Standards für instrumentell-diagnostische Verfahren, zum anderen effektive therapeutische Interventionen vonnöten sind. Gemäß videofluoroskopischen Untersuchungen, die aktuell international den Gold-Standard der instrumentellen Diagnostik darstellen, leiden nach neuesten Erkenntnissen 64-78 % der akuten Schlaganfallpatienten an einer Dysphagie (Martino et al., 2005, 2759). Bei ca. 50 % dieser Patienten kommt es innerhalb von 14 Tagen entweder zur Spontanremission oder zum Tod (Bath et al., 2005, 2). Bei zwei Dritteln der akuten Schlaganfallpatienten tritt eine sogenannte stille, von außen ohne Videofluoroskopie nicht erkennbare Aspiration auf, die für den Patienten eine massive vitale Bedrohung darstellt (Daniels et al., 1998 zitiert in McKeown et al., 2002, 355).

Um den Betroffenen möglichst zügig zu einer sicheren Flüssigkeits- und Nahrungseinnahme zu verhelfen, ist eine individuelle, intensive, fachlich qualifizierte therapeutische Intervention unabdingbar. Sämtliche Therapiemethoden und Schluckmanöver werden aktuell in Anlehnung an Huckabee (Huckabee

& Cannito, 1999, 94) folgenden Untergruppen zugeordnet: Die kompensatorischen oder direkten Verfahren beinhalten Strategien, welche „eine sofortige, aber typischerweise nur vorübergehende Wirkung auf die Effizienz oder die Sicherheit des Schluckens ausüben“ (Huckabee, 2002, 11). Charakteristisch für diese Methoden ist ein Zurückfallen „in den ursprünglichen dysfunktionellen Status“, sobald die erlernte Kompensationsstrategie nicht angewendet wird. Bezüglich der sogenannten restituierenden, indirekten oder kausalen Methoden wird angenommen, dass sich durch deren Anwendung über eine bestimmte Zeitspanne hinweg eine ständige Umstellung in den Mechanismen der Schluckphysiologie einstellt. Des Weiteren werden in der Literatur noch die adaptierenden Verfahren genannt. Diese beinhalten äußere Hilfsmittel, die an die sensomotorische Störung des Patienten angepasst werden (Bartolome, 1999, 181).

Mendelsohn-Manöver

In den vergangenen Jahren gab es in der internationalen Fachliteratur im Rahmen von Einzelfallstudien vermehrt erste klinische Hinweise darauf, dass einige der kompensatorischen Techniken – werden sie wiederholt in Übungen angewendet – ebenso wie die restituierenden Verfahren eine Veränderung der Schluckphysiologie bewirken können (Huckabee & Cannito, 1999, 94). Eines dieser ursprünglich als kompensatorisch beschriebenen Manöver in der Dysphagie-Therapie, das zudem rehabilitative Wirkung zu haben scheint, ist das Mendelsohn-Manöver (Huckabee, 2002, 13). Zur Vermittlung des Mendelsohn-Manövers bedienen sich behandelnde Therapeuten einer Vielzahl von Anweisungen und Vorstellungshilfen. Eine anschauliche Anweisung findet sich bei Logemann (1998, 221):

„Swallow your saliva several times and pay attention to your neck as you swallow. Tell me if you can feel that something (your Adam’s apple or voice box) lifts and lowers as you swallow. Now, this time, when you swallow, don’t let your Adam’s apple drop. Hold it up with your muscles for several seconds.“

(Schlucken Sie bitte mehrmals Ihren Speichel und achten Sie dabei bitte darauf, was in Ihrem Hals passiert. Spüren Sie, dass sich etwas, nämlich Ihr Adamsapfel oder Kehlkopf, hoch und runter bewegt? Beim nächsten Versuch halten Sie bitte den Adamsapfel fest. Halten Sie ihn mit Muskelkraft für einige Sekunden oben.)

Die in der Literatur genannten Indikationen für den Einsatz des Mendelsohn-Manövers sind ebenso vielfältig wie die Anweisungen bezüglich der Manöver-