

# Neurogene Dysphagie – diagnostische und therapeutische Aspekte

M. Weinert, W. F. Haupt

Neurologische Klinik der Universitätskliniken zu Köln

## Zusammenfassung

Bei der Behandlung von Patienten mit neurologischen Erkrankungen gewinnt das Phänomen Dysphagie zunehmend an Präsenz. In dem vorliegenden Beitrag wird ein Überblick gegeben, wie sich die Dysphagietherapie an der Neurologischen Universitätsklinik Köln darstellt. Es wird aufgezeigt, welche neurologischen Krankheitsbilder in Kombination mit dem Symptom einer Dysphagie in den Jahren 2000 bis 2002 auftraten und wieviele davon mit einer Dysphagietherapie behandelt wurden. Dabei wird eine Zunahme der behandelten Patienten mit Dysphagie deutlich, die auch als zunehmende Präsenz des Phänomens »Dysphagie« gedeutet werden kann.

Weiter wird ein kurzer Einblick gegeben, welche anamnestischen Informationen und diagnostischen Methoden man als Therapeut braucht und welche therapeutischen Möglichkeiten im Bereich neurogener Dysphagien sinnvoll sind, um eine effektive Dysphagietherapie durchführen zu können.

Der Beitrag möchte damit den Prozeß der Informationsverbreitung zum Thema »neurogene Dysphagie« vorantreiben und zur Aufklärung der Bedeutung bezüglich dieses Störungsbildes beitragen.

**Schlüsselwörter:** Neurogene Dysphagie, diagnostische Verfahren, Therapiemethoden

## Neurological dysphagia – diagnostic and therapeutic aspects

M. Weinert, W. F. Haupt

### Abstract

The symptom of dysphagia is gaining increasing attention in the treatment of patients with neurological diseases. The purpose of the article is to enhance the knowledge of neurogenic dysphagia and to promote the concept of its treatment. The article describes the situation of dysphagia treatment at the department of Neurology at the University of Cologne. We attempt to describe the disease categories in which dysphagia occurs and present the numbers of patients treated for this symptom. The rising number of patients treated for dysphagia also reflects the increased attention given to this disorder.

An overview is given on the necessary anamnestic information and diagnostic methods a therapist requires and the therapeutic methods that are needed for the effective treatment of dysphagia.

**Key words:** Neurological dysphagia, diagnostic methods, therapy

Neurol Rehabil 2003; 9 (1): 34-38

## Einleitung

Unter dem Phänomen »Dysphagie« versteht man allgemein die Störung des Schluckvorganges. Der Schluckvorgang läßt sich definieren als das Transportieren von Nahrung, Flüssigkeit, Speichel und Sekret aus der Mundhöhle durch den Pharynx und Ösophagus bis in den Magen. Dieses geschieht unter gleichzeitigem Verschuß der tiefen Atemwege, durch einen zeitgerechten und vollständigen Verschuß des Kehlkopfes. Es handelt sich hier um einen höchst komplexen physiologischen Ablauf, der teilweise willkürlich gesteuert, aber auch teils reflektorisch abläuft. In Abhängigkeit der zugrundeliegenden Erkrankung stellt sich das Phänomen »Dysphagie« sehr unterschiedlich dar. Man spricht von neurogenen Dysphagien, wenn es durch eine neurologische Erkrankung zu einer Dysphagie kommt, wobei die Art der neurologischen Erkrankung jeweils eine besondere Ausprägung der Dysphagie bedingen kann.

Das Phänomen Dysphagie geht häufig mit einer deutlichen Beeinträchtigung der Lebensqualität einher, weil die selbstverständliche orale Nahrungsaufnahme nicht mehr vollständig gewährleistet ist. Daher ist der Leidensdruck der betroffenen Patienten besonders hoch. Ferner kann es im Rahmen einer Dysphagie zu einer Aspiration kommen, wobei Nahrung, Flüssigkeit oder Speichel durch den subglottischen Raum in die tiefen Atemwege eindringt, was zu einer unter Umständen lebensbedrohlichen Aspirationspneumonie führen kann.

Eine Studie von *Lawrence et al.* aus dem Jahr 2001 umfaßt 1.259 (untersuchte) Schlaganfallpatienten [4]. Beim Vergleich der Symptommhäufigkeit ergab sich als häufigstes Symptom mit 77% eine Behinderung der oberen Extremitäten. Das Symptom der Inkontinenz fand sich bei 48% am zweithäufigsten, und die Symptome Bewußtseinsstörung (45%) und Dysphagie (44%) stellten fast gleichwertig das dritthäufigste Symptom dar. Das Symptom Dysphagie

tritt somit bei fast der Hälfte der Schlaganfallpatienten auf. Studien, die sich mit dem Thema Aspiration bzw. Pneumonie aufgrund von Aspiration bei Dysphagie befaßt haben, zeigen, daß es sich um ein sehr häufiges Phänomen handelt. In einer Studie von *Ding* und *Logemann* [2] wurden 378 Patienten untersucht, von denen zwischen 48% und 55% der akut betroffenen Patienten eine Aspiration aufwiesen. Eine weitere Studie von *Daniels* et al. [1] kam zu dem Ergebnis, daß 21 von 55 untersuchten akut betroffenen Patienten (38%) eine Aspiration zeigten und 14 dieser untersuchten Patienten eine »stille« Aspiration erlitten. Die Autoren stellten fest, daß gerade die »stille Aspiration« ein besonderes Augenmerk verdient, da sie sich hier bei zwei Drittel der festgestellten Aspirationen zeigte.

Die neurologische Universitätsklinik in Köln verfügt über insgesamt 87 Betten. Es handelt sich hier um eine Akutklinik, die akute Insulte auf der Intensivstation mit 9 Betten wie auch auf einer Stroke Unit mit 6 Betten versorgt.

In Abhängigkeit von der zugrundeliegenden neurologischen Erkrankung können sich unter anderem neurogene Dysphagien zeigen, die sich in Hinblick auf ihre Pathogenese unterschiedlich darstellen können. Eine grobe Unterteilung neurogener Dysphagien läßt sich vornehmen in akut auftretende (z. B. durch Schlaganfälle) und progredient verlaufende Dysphagien, wie beispielsweise durch Morbus Parkinson, Encephalomyelitis disseminata, Myasthenia gravis und Amyotrophische Lateralsklerose (ALS) verursacht.

Je nach Erkrankung zeigen sich somit Beeinträchtigungen in den Bereichen des Zentralnervensystems, der Hirnnervenkerne und der Hirnnerven, des neuromuskulären Übergangs und der Muskulatur. In Abhängigkeit der vorliegenden neurologischen Erkrankung stellt sich die Dysphagie als Kardinalsymptom oder Begleitsymptom dar.

In Abbildung 1 ist die Verteilung der Patienten auf die verschiedenen erkrankten Gruppen dargestellt, die mit einer

neurogenen Dysphagie in der neurologischen Universitätsklinik in Köln in den Jahren 2000–2002 behandelt wurden. Insgesamt stieg die Zahl der Patienten von 67 im Jahr 2000 auf 145 Patienten im Jahr 2002 (Abb. 1 oben).

Im unteren Teil der Graphik ist die prozentuale Verteilung der neurologischen Erkrankungen dargestellt, die mit einer Dysphagie einhergehen.

Betrachtet man die neurologischen Erkrankungen auf verschiedenen Ebenen, so zeigt sich, daß die Erkrankungen des ZNS mit 90%, 84% bzw. 79% deutlich den größten Teil der behandelten neurogenen Dysphagien einnehmen. Die Zahl der Patienten mit einer Dysphagie aufgrund von Muskelerkrankungen verringerte sich geringfügig von 5% auf 4%, und die Anzahl der Patienten mit einer Dysphagie bei Erkrankung des neuromuskulären Übergangs stieg von 2000 bis 2001 von 2% auf 8% und sank 2002 auf 5%. Die Zahl der Patienten mit einer Dysphagie, die auf der Ebene der Hirn- und Zervikalnerven erkrankt waren, hielt sich im Jahresvergleich 2000/2001 mit 2% die Waage, stieg aber 2002 deutlich auf 9%. Der Bereich sonstiger Erkrankungen erfuhr mit 1% einen minimalen Zuwachs im Jahr 2002 (Abb. 1 unten).

In der neurologischen Universitätsklinik Köln werden neurogene Dysphagien aufgrund verschiedener Erkrankungen, wie in Abbildung 2 dargestellt, behandelt.

Vergleichen man die Jahre 2000 und 2001, so wird ersichtlich, daß die Zahl der therapiebedürftigen Patienten mit einer neurogenen Dysphagie bei fast allen Krankheitsbildern zugenommen hat. Ein deutlicher Zuwachs der therapiebedürftigen Patienten erfolgte im Bereich der akuten Insulte. Die Zahl Dysphagien nach linkshirnigen Insulten erhöhte sich um ca. 35%, nach rechtshirnigen Infarkten sogar um 200%, nach Hirnstamminfarkten um 60%, nach Kleinhirnininfarkten um 300%, und die Zahl der Dysphagien nach intrakraniellen Blutungen erhöhte sich im Vergleich zum Vorjahr um 400%. Zusammenfassend stieg also die Patientenzahl mit einer Dysphagie nach einem akuten Ereignis in diesem Jahr fast auf das Doppelte an. Im dritten Jahr (2002) ist ein weiterer Zuwachs in der Behandlung neurogener Dysphagien nach Insult zu erkennen. Es zeigt sich im Bereich der Hirnstamminsulte ein Zuwachs von 37,5%, bei rechtshirnigen Infarkten stieg die Zahl der therapiebedürftigen Dysphagiepatienten um 40%, und bei Kleinhirnininfarkten wird ein Anstieg von 100% im Vergleich zum Vorjahr sichtbar.

Betrachtet man die Jahre 2000–2002 im Mittel, so zeigt sich, daß Patienten mit einer Dysphagie bei linkshirnigem Infarkt am häufigsten behandelt wurden (19 Patienten), gefolgt von Patienten mit Hirnstamminfarkten (16) und mit rechtshirnigen Infarkten (15). Von den progredienten neurologischen Erkrankungen wie ALS, Morbus Parkinson, Enzephalomyelitis disseminata und Myasthenia gravis wurden ALS und Morbus Parkinson mit 11 und 10 Fällen deutlich häufiger behandelt als Enzephalomyelitis disseminata (6) und Myasthenia gravis (6). Zusammenfassend läßt sich feststellen, daß die genannten progredienten neurologischen Erkrankungen neben den Insulten ebenfalls einen

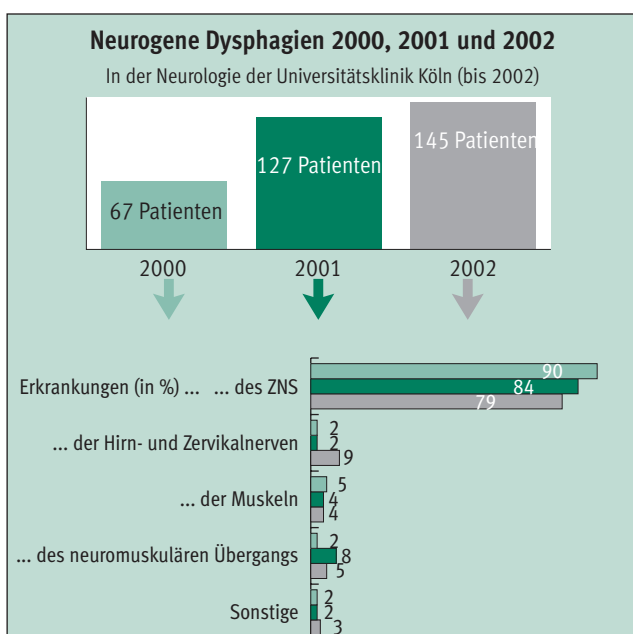


Abb. 1: Neurogene Dysphagien 2000, 2001 und 2002

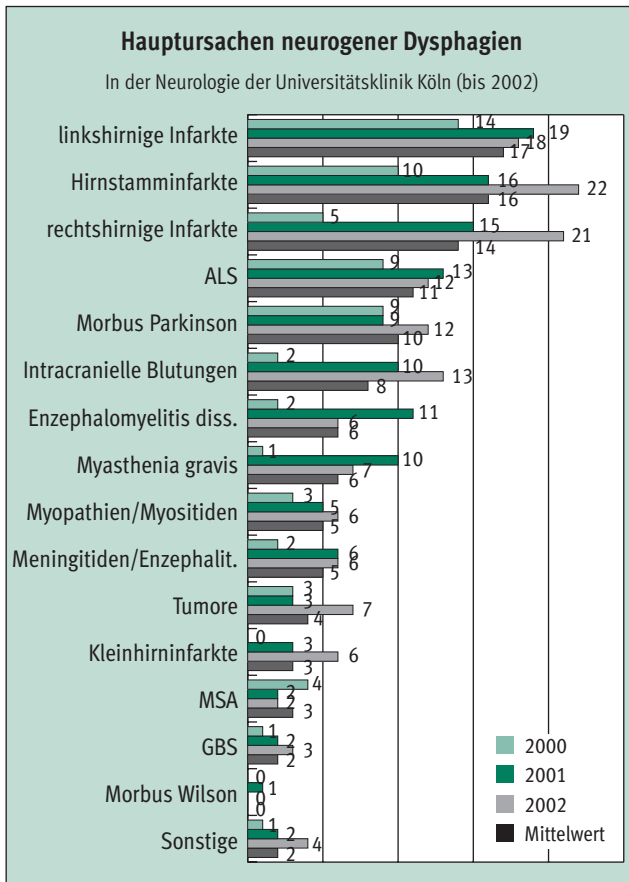


Abb. 2: Hauptursachen neurogener Dysphagien

bedeutenden Stellenwert in der Behandlung an der Universitätsklinik Köln einnehmen. Der Ansatz in der Behandlung dieser neurogenen Dysphagien besteht u. a. in einem ressourcenorientierten Vorgehen. Das bedeutet, die vorhandenen Funktionen bestmöglich zu nutzen und diesen Status Quo möglichst lange aufrecht zu erhalten.

Deutlich zu verzeichnen ist allerdings der Anstieg der behandelten Patienten mit einer Myasthenia gravis im Jahresvergleich (2000/2001) von einem auf zehn Patienten.

Eine mögliche Erklärung für mehr Therapieanmeldungen in dem Bereich ist möglicherweise darin zu sehen, daß sich die Erkenntnis durchgesetzt hat, daß Dysphagietherapie auch bedeutet, optimale Bedingungen für die Nahrungsaufnahme zu schaffen, um, wie es hier wichtig ist, mit den »Energiereserven« hauszuhalten. Natürlich ist der Inhalt der Dysphagietherapie bei dieser Grunderkrankung kein Funktionstraining.

Der Anstieg der Patientenzahl insgesamt im Jahresvergleich ist nicht damit erklärbar, daß im Jahre 2002 insgesamt mehr Patienten in der neurologischen Universitätsklinik behandelt wurden. Vielmehr ist diese Entwicklung darauf zurückzuführen, daß dem Symptom »Dysphagie« sowohl im Bereich der Diagnostik als auch im Bereich der Therapie zunehmend mehr Aufmerksamkeit geschenkt wird. Bereits in der medizinischen Anamnese und der sich daran anschließenden Diagnostik wird immer häufiger nach Dysphagie gefragt. Schilderungen von Patienten, die auf eine

Dysphagie hindeuten, werden ernst genommen und als wichtig erachtet. Die meist recht detaillierte Darstellung der betroffenen Patienten kann oftmals wichtige Anhaltspunkte bezüglich der weiteren Diagnostik geben, vor allem wenn Patienten ambulant vorstellig werden, um dann gegebenenfalls eine Befunderhebung durchführen zu lassen.

Es ist also besonders wichtig, sich detailliert die individuelle Situation des Patienten bezüglich seiner Schluckstörung schildern zu lassen beziehungsweise gezielte Fragen danach zu stellen, um das Ausmaß der Dysphagie und die Bedürftigkeit des Betroffenen einschätzen zu können.

**Diagnostische Aspekte**

*Anamnese*

Vor Beginn der Therapie führen die Therapeuten ein differenziertes Anamnesegespräch durch, welches anhand eines eigens dafür entwickelten Anamnesebogens entsteht. In diesem Gespräch soll eruiert werden, wie sich die Eigenwahrnehmung des Patienten bezüglich seiner Schluckstörung darstellt, ob er vielleicht aus persönlichem Leidensdruck heraus bereits Kompensationsstrategien (z. B. Konsistenz- oder Handlungsveränderungen) entwickelt hat, wann sich die Problematik erstmalig gezeigt hat und wodurch diese Situation auffällig wurde. Ferner ist es sinnvoll, nach Eß- und Trinkgewohnheiten, Vorlieben bezüglich Speisen und Getränken und bekannten Nahrungsmittelallergien zu fragen. Je nachdem, in welchem gesundheitlichen Zustand der Patient sich befindet, kann es sich als wichtig herausstellen, zusätzlich zu den Angaben der betroffenen Person fremdanamnestische Daten zu erheben, um die vorliegende Situation bestmöglich einschätzen und beurteilen zu können.

*Diagnostik*

Um eine effektive Therapie gewährleisten zu können, ist der Bereich der Diagnostik von großer Bedeutung. Wie bereits angesprochen muß die Diagnostik auf verschiedenen Ebenen ablaufen. Das bedeutet, es erfolgt sowohl die klinische Diagnostik anhand eines speziellen Befundbogens als auch die instrumentelle Diagnostik. Technische Hilfsmittel spielen hier eine wichtige Rolle, da insbesondere bei neurogenen Dysphagien die zu diagnostizierenden Funktionsbereiche eher im »Inneren« des Körpers liegen. Instrumentelle Diagnostik umfaßt vor allem die Videokineematographie und die Endoskopie, entweder in Form eines flexiblen Fiberendoskopes (transnasal) oder als starres Lupenlaryngoskop. Die transnasal durchgeführte flexible Endoskopie ermöglicht die Beurteilung verschiedener Funktionen, und zwar sowohl in Ruhe als auch unter funktionellen Gesichtspunkten, das heißt willkürlich und reflektorisch. Beispielsweise können Velumfunktion, Stimm lippenfunktionen, Glottisschluß, Symmetrie, Tonusverhältnisse, Regurgitationen von Speichel oder Nahrung sichtbar gemacht werden. Diese strukturelle Beobachtung gibt dann Aufschluß beispielsweise über Paresen, Sensibilitätsstö-

rungen, muskuläre Veränderungen und einiges andere mehr. Die Videokinematographie bietet die Möglichkeit, das Schlucken eines Bolus mit unterschiedlicher Konsistenz unter Durchleuchtung auf dem Weg von der Mundhöhle bis durch den Ösophagus darzustellen. Anhand dieser auf Video aufgezeichneten radiologischen Methode kann ferner geklärt werden, ob eine Aspiration vorliegt, und wenn ja, wie der Schweregrad einzuschätzen ist. Man unterscheidet Grad 0 bis 4 [3]:

- Grad 0: Es liegt keine Aspiration vor
- Grad 1: Aspiration des im Aditus und Ventriculus laryngis retinierten Materials bei erhaltenem Hustenreflex
- Grad 2: Aspirationsvolumen von ca. 10% des Bolus bei erhaltenem Hustenreflex
- Grad 3: Aspiration von unter 10% des Bolus bei reduziertem Hustenreflex oder einem Volumen von über 10% bei erhaltenem Hustenreflex
- Grad 4: Aspiration von mehr als 10% des Bolus bei fehlendem Hustenreflex

In Zusammenarbeit mit der Klinik für Radiologie und der Hals-Nasen-Ohrenklinik des Klinikums können diese speziellen Untersuchungen durchgeführt werden. Besonders aufschlußreich für die Therapieplanung ist die Begleitung des Patienten bei der Untersuchung, da vor Ort beispielsweise sowohl unmittelbar Schluckversuche mit verschiedenen Nahrungskonsistenzen als auch unterschiedliche Schluckmanöver durchgeführt werden können. Hier ist es möglich, in einem Untersuchungsgang sowohl die Frage zu klären, ob und wieviel der Patient aspiriert, als auch welche Art von Nahrung der Patient in welcher Form ohne größere Schwierigkeiten zu sich nehmen kann.

## Therapeutische Aspekte

### Therapeutische Verfahren

Die Neurologen, die bereits zum Zeitpunkt der Anamnese mit dem Patienten in Kontakt treten, haben an dieser Klinik die Möglichkeit, umgehend therapeutische Hilfe in Form von Dysphagietherapie anzubieten.

Das Angebot an Dysphagietherapie wird gewährleistet durch eine Sprachtherapeutin und eine Physiotherapeutin (mit Weiterbildung im Bereich Fazio-orale Trakt-Therapie, F.O.T.T). Frühestmöglich, das heißt unmittelbar nach stationärer Aufnahme des Patienten, kann mit Befunderhebung im Rahmen der Diagnostik und einer sich daran anschließenden Therapie begonnen werden. Für den Akutbereich bedeutet dies, daß die Therapie bereits auf der Intensivstation stattfindet, soweit es die Belastbarkeit des Patienten zuläßt. Es gibt die unterschiedlichsten Symptome, die bei Patienten mit einer neurogenen Dysphagie in Abhängigkeit der Grunderkrankung sichtbar werden können. So zeigt sich zum Beispiel eine veränderte Stimmqualität beziehungsweise ein veränderter Stimmklang, das heißt feucht, gurgelig, heiser, rau, aphon. Man kann ein Räuspern oder Husten während oder nach dem Schlucken wahrnehmen, Speichel läuft unkontrolliert aus dem Mund oder wird aus-

gespuckt, der Schluckakt wird überhaupt nicht ausgelöst, es zeigt sich ein ständiges Auffiebers des Patienten.

Bei ersten Schluckversuchen zeigt sich häufig ein Verschlucken bei flüssigen Konsistenzen, und je nach neurologischer Grunderkrankung kann auch das Schlucken fester Konsistenzen zu Schwierigkeiten führen. Auffällig wird das zum Beispiel bei Vorliegen einer Pharynxparese oder Dysfunktionen im Bereich des oberen Ösophagusphinkters (OÖS).

Je nach Ausprägung eines Symptoms bzw. Symptomkomplexes ist ein individuelles therapeutisches Vorgehen unabdingbar. So gibt es unterschiedliche therapeutische Verfahren mit unterschiedlicher Zielsetzung.

Im Bereich der funktionellen Dysphagietherapie (FDT) unterscheidet man kompensatorische, restituierende und adaptierende Therapieverfahren. Unter kompensatorischen Therapieverfahren versteht man beispielsweise das Anwenden bestimmter *Schlucktechniken* oder/und *Haltungsänderungen*. Bei neurogenen Dysphagien können folgende Schlucktechniken angewendet werden:

Das *Mendelsohn-Manöver* wird zum Beispiel bei eingeschränkter Larynxelavation oder Dysfunktionen im Bereich des OÖS angewendet. Man erreicht durch diese Methode, daß sich die Larynxelavation willkürlich verlängert und der OÖS passiv aufgedehnt wird. Eine weitere Technik ist das *Supraglottische Schlucken*, welches zum Beispiel bei beeinträchtigtem laryngealen Verschluss angewendet oder wenn der Schluckreflex verzögert ausgelöst wird. Hier erfolgt ein Stimmbandschluß, indem bewußt der Atem angehalten wird. Der Patient soll schlucken, während er den Atem anhält, und sich direkt im Anschluß kräftig räuspern, um die Stimmlippen von eventuell liegendebliebenen Nahrungsresten zu befreien.

Ist die Zungenschubkraft reduziert, die Retraktion der Zungenbasis beeinträchtigt oder der pharyngeale Bolustransport gestört, so kann die Technik des bewußt *kräftigen Schluckens* helfen. Es gibt noch weitere Schlucktechniken, die hier nicht eingehend dargestellt werden sollen, da sie noch mehr Kooperation des Patienten erfordern, und diese schon bei den bereits genannten oftmals durch die Vigilanz des Patienten eingeschränkt ist.

Da sich im Bereich der neurogenen Dysphagien häufiger Paresen oder Mobilitätsstörungen aufgrund veränderter Tonusverhältnisse zeigen, können *Haltungsänderungen* als kompensatorische Maßnahme hilfreich für das Schlucken sein. So kann sich beispielsweise die Anteflexion des Kopfes positiv auswirken bei eingeschränkter Zungenbasisretraktion, gestörter oraler Boluskontrolle oder verzögerter Reflexauslösung. Ferner kann die Rotation des Kopfes zur paretischen Pharynxseite eine kompensatorische Hilfestellung beim Schlucken beziehungsweise beim Bolustransport darstellen, da bei einer pharyngealen Hemiparese so eine Verbesserung des Stimmbandschlusses und eine Verengung des Larynxeingangs erreicht wird.

Die *adaptiven Verfahren* stellen einen weiteren wichtigen Bereich dar. Unter diesen Verfahren versteht man die Anpassung verschiedener Faktoren an die beeinträchtigte

Schlucksituation. So werden zum Beispiel diätetische Maßnahmen ergriffen, das heißt die Boluskonsistenz wird modifiziert, etwa durch Andicken von Flüssigkeiten oder Passieren von fester Kost. In Abhängigkeit von der vorliegenden Beeinträchtigung (z. B. reduzierte Kontraktion im pharyngealen Bereich, reduzierte Speichelproduktion, Störung der Boluskontrolle durch die Zunge) können eine entsprechende Nahrungskonsistenz, veränderte Temperatur der Nahrung oder spezielle Geschmackskomponenten positiven Einfluß auf das Schlucken zeigen. Auch eine bestimmte Platzierung der Nahrung im Mund kann beispielsweise bei Mobilitätsstörungen der Zunge (Atrophie, Parese) oder Zungenstoß als pathologisches Muster hilfreich für den Patienten sein.

Auch im Bereich der Eß- und Trinkhilfen gibt es einige Möglichkeiten, positiv auf die veränderte Schlucksituation Einfluß zu nehmen. Es gibt beispielsweise rutschfeste Unterlagen für Teller, Becher und Besteck, Fixierbretter für Nahrungsmittel, Teller mit erhöhtem Rand, Besteck mit verstärktem Griff oder angewinkeltes Besteck und verschiedenste Trinkgefäße, um zum Beispiel Einfluß auf die Kopfhaltung beim Trinken zu nehmen.

Zuletzt sei noch auf den sehr umfangreichen Bereich der *restituierenden Verfahren* in der Therapie neurogener Dysphagien hingewiesen. Das Ziel dieser Verfahren ist es, gestörte sensorische und motorische Funktionen bestmöglich wiederherzustellen bzw. erhaltene Funktionen optimal nutzbar zu machen. Man geht hier von der Beeinflussbarkeit der Plastizität des Zentralnervensystems aus, wobei den Phänomenen der Regeneration, Axonsprossung oder Reaktivierung eine wichtige Bedeutung zukommt.

In der Therapie neurogener Dysphagien erscheinen beispielsweise nicht selten assoziierte Bewegungen oder Tonuserhöhungen, die dann durch spezielle restituierende Verfahren inhibiert (gehemmt) und gewünschte Bewegungsabläufe fasilitiert (erleichtert) werden können. Ferner zeigen sich in der Therapie Auffälligkeiten in den Bereichen Koordination von Bewegungen, Sensibilität, Muskelkraft und Ausdauer, und somit ist die Zielsetzung der genannten Verfahren, diese Bereiche in Abhängigkeit der individuellen, defizitären funktionellen Situation des Patienten zu verbessern, zu normalisieren oder zu fördern. Es gibt therapeutische Ansätze, wie zum Beispiel PNF (Propriozeptive Neuromuskuläre Fazilitation) oder das Bobath-Konzept, die aus der Physiotherapie übernommen und für den sprachtherapeutischen Bereich modifiziert wurden und vor allem im orofazialen Bereich ihre Anwendung finden. Ferner spielt die thermische und mechanische Stimulation der Haut des Patienten im orofazialen Bereich eine wesentliche Rolle. Es sei an dieser Stelle beispielsweise auf das methodische Vorgehen von *Margret Rood* hingewiesen.

Schließlich ist in der Therapie der neurogenen Dysphagien auch der Bereich der *invasiven Verfahren* zu erwähnen, wie beispielsweise die nasogastrale Sonde, die perkutane, endoskopische Gastrostomie (PEG), die Myotomie des OÖS oder die Injektion mit Botulinumtoxin in den OÖS. Die

beiden zuerst genannten Verfahren werden in der neurologischen Universitätsklinik in Köln bevorzugt. Als Therapeut sollte man sich unbedingt der Einflußnahme dieser Verfahren auf das Schlucken bewußt sein. Nasogastrale Sonden weisen mehrere Nachteile auf, wie beispielsweise eine mechanische Behinderung beim Schlucken, die Entstehung von Druckschäden der Schleimhaut von Larynx, Pharynx und Nase oder eine Erhöhung der Aspirations- und Refluxgefahr. Die Konsequenz, die sich daraus ergibt, ist keinesfalls eine absolute Absage an die nasogastralen Sonden, sondern eine genaue Beurteilung der Notwendigkeit dieser Sonde in Abhängigkeit von der Dysphagie des Patienten. Im neurologischen Akutbereich muß im Verlauf des stationären Aufenthaltes des Patienten immer wieder in Abständen beurteilt werden, ob die Sonde entfernt werden kann oder aufgrund der langen Therapiebedürftigkeit eine PEG-Anlage notwendig wird. Vor allem für diese Entscheidung ist eine gute Zusammenarbeit zwischen Ärzten und Sprachtherapeuten notwendig, denn auch die medizinische Situation des Patienten ist oft eine bedeutende Einflußvariable in bezug auf die Dysphagie des Patienten.

Abschließend sei noch angemerkt, daß eine interdisziplinäre Zusammenarbeit gerade in diesem Bereich unabdingbar ist. Die Erfahrung hat gezeigt, daß je besser hier die Zusammenarbeit von Ärzten, Pflegepersonal und Therapeuten gelingt, desto erfolversprechender die Situation für den betroffenen Patienten ist.

Am Klinikum der Universität zu Köln besteht seit 1997 eine interdisziplinäre Arbeitsgruppe »Dysphagie«, an der die Kliniken für Visceral-Chirurgie, Radiologie, Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, Innere Medizin/Gastroenterologie, Psychosomatik und Neurologie beteiligt sind. In regelmäßigen Fallkonferenzen werden die diagnostischen und therapeutischen Gesichtspunkte bei Patienten mit Dysphagie erörtert. Des weiteren werden jährlich Symposien unter Mitwirkung aller beteiligten Kliniken abgehalten, um die Zusammenarbeit mit niedergelassenen Kollegen zu fördern. Gerade im Bereich Dysphagie hat jede Disziplin in der Klinik eine wichtige, einflußreiche Funktion, und nur das gleichwertige und produktive Zusammenwirken dieser Disziplinen kann zu einem positiven Ergebnis führen.

## Literatur

1. Daniels SK et al: Aspiration in patients with acute stroke 1998
2. Ding R, Logemann JA: Pneumonia in stroke patients: a retrospective study 2000
3. Hannig C, Wuttge-Hannig A, Hess U: Analyse und radiologisches Staging des Typs und Schweregrades einer Aspiration. *Der Radiologe* 1995; 35: 741-746
4. Lawrence ES et al: Estimates of the prevalence of akute stroke impairment and disability in a multithenic population 2001

## Korrespondenzadresse:

Melanie Weinert  
 Dipl. Sprachheilpädagogin  
 Neurologische Klinik der Universitätskliniken zu Köln  
 J.-Stelzmann-Straße  
 50931 Köln