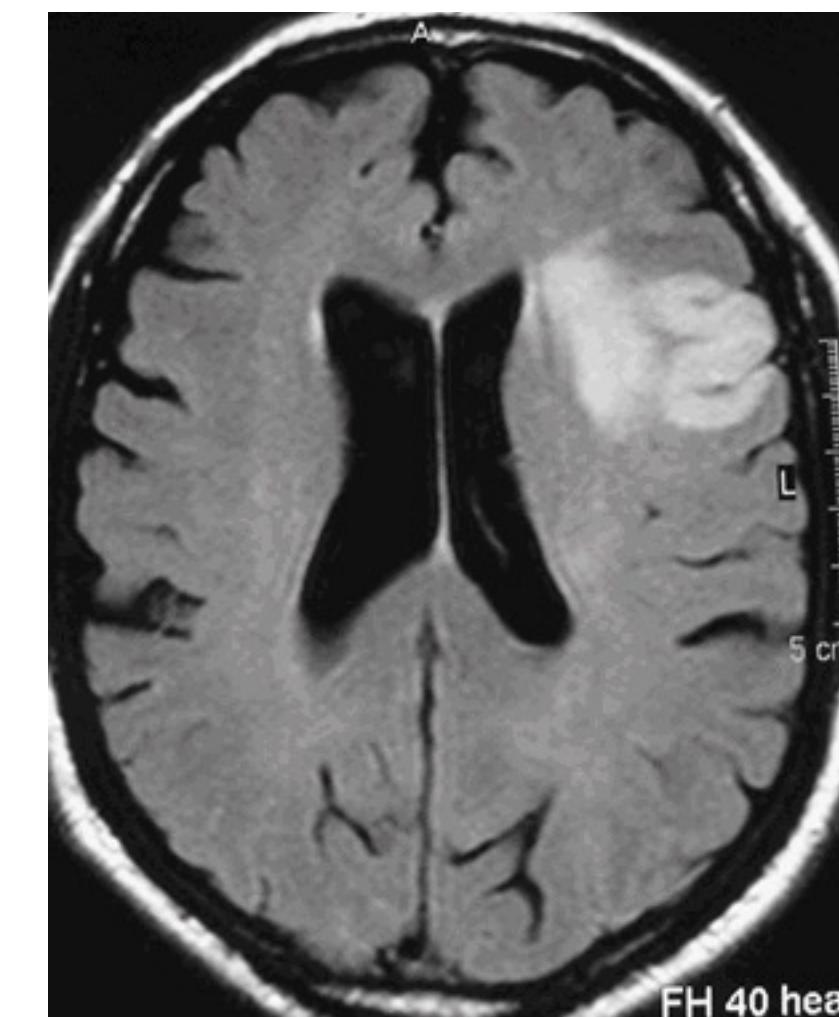


SONIAK
DYSPHAGIE

Apoplex



SONIAK
DYSPHAGIE

Apoplex

Dysphagie, Fazialisparese, Aphasie, Dysarthrie

Bildungszentrum für Pflege und Gesundheit gGmbH

Apoplex – „Schlaganfall“

- Durchblutungsstörung im Gehirn
- → Sauerstoffmangel & Nervenzelltod
- 2 Formen des Schlaganfalls

Ischämischer Schlaganfall (ca. 80 %): Ein Blutgefäß im Gehirn wird durch ein Gerinnsel verstopft.

Hämorragischer Schlaganfall (ca. 20 %): Ein Gefäß im Gehirn platzt, was zu einer Einblutung ins Gewebe führt.

- Medizinische Notfallsituation!

Apoplex – „Schlaganfall“ Initialsymptome

- **Lähmungen** oder Taubheitsgefühle, oft nur auf einer Körperseite.
- **Sprachstörungen** (Verwaschene Sprache oder Wortfindungsstörungen).
- **Sehstörungen** (Doppelbilder oder Gesichtsfeldausfall).
- **Starker Schwindel** und Gangunsicherheit.
- **Starker Schwindel** und Gangunsicherheit.

Apoplex – „Schlaganfall“ Folgeschäden

1. Körperliche Beeinträchtigungen

- **Lähmungen (Hemiparese):** Oft tritt eine Halbseitenlähmung auf (betrifft Arme, Beine)
→ **Fazialisparese (Lähmung Gesichtsmuskulatur)**
- **Spastiken:** Eine dauerhaft erhöhte Muskelspannung → schmerzhaften Fehlstellungen
- **Schluckstörungen (Dysphagie): erhöhtes Risiko für Lungenentzündungen durch Verschlucken (Aspiration)**
- **Gleichgewichtsprobleme:** Schwindel und Gangunsicherheit erhöhen das Sturzrisiko.

2. Sprach- und Kommunikationsstörungen

- **Aphasie:** Schwierigkeiten Wörter zu finden, Sätze zu bilden oder Gesprochenes zu verstehen.
- **Dysarthrie:** Die Steuerung der Sprechmuskeln ist gestört → verwaschenen Aussprache.

3. Kognitive und sensorische Folgen

- **Gedächtnis- und Konzentrationsprobleme:** Abnahme der geistigen Leistungsfähigkeit, bis hin zu einer vaskulären Demenz.
- **Sehstörungen:** Gesichtsfeldausfällen oder Doppelbildern
- **Neglect:** Vernachlässigung einer Körperhälfte oder eine Seite/ ganzen Umgebung

4. Psychische und seelische Veränderungen

- **Depressionen:** Etwa 30 % der Patienten entwickeln nach dem Ereignis eine sogenannte Post-Stroke-Depression. (Dunkelziffer höher!)
- **Wesensveränderungen:** Betroffene können gereizter, impulsiver oder emotional instabiler reagieren als vor dem Schlaganfall.

Apoplex Dysphagie

Schlucken

Vitale körperliche Funktion

Sicherer Transport von Speichel und Kost von Mundhöhle bis zum Magen

Teils willkürlich / teils automatisch

Frequenz: 1000 Schluckakte pro Tag

Fast komplett inhibiert während des Schlafens

Entwicklung des Schluckens beginnt *in utero*

Bedeutung des Schlucken

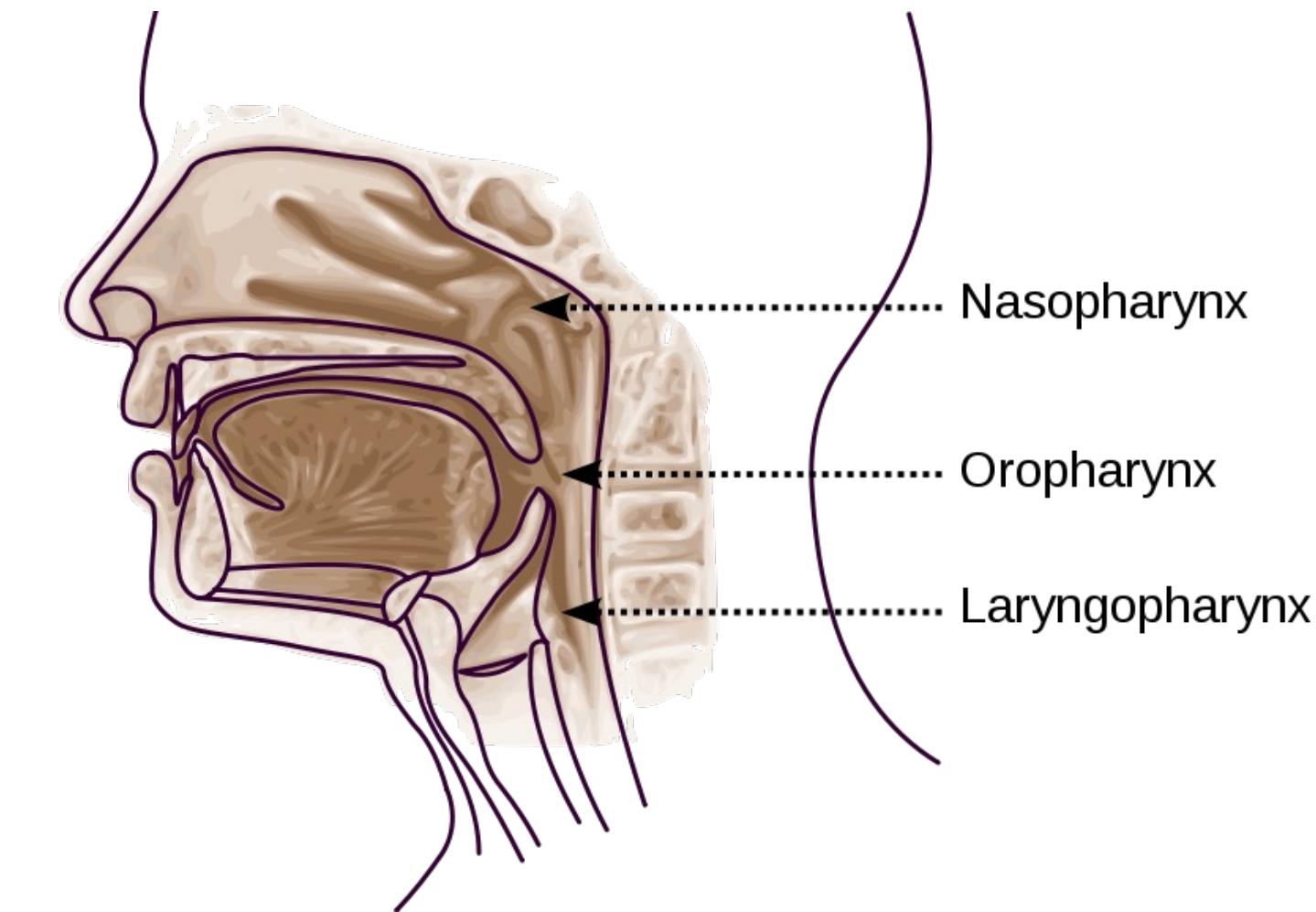
Sehr wichtig für die Lebensqualität

mit einer sozialen, psychologischen und sogar religiösen Bedeutung verbunden

Neuroanatomie, Physiologie, Pathophysiologie

Schluckphasen

1. Prä-orale Phase
2. Orale Vorbereitungsphase
3. Orale Transportphase
4. Pharyngeale Phase
5. Ösophageale Phase



Neuroanatomie, Physiologie, Pathophysiologie

Schluckphasen

PRÄ-ORALE PHASE

Vorbereitung auf die Nahrungsaufnahme

Auslösung von Hunger- und Durstgefühl

Vermehrte Speichelproduktion

Körper- und Kopfposition

> Erwartungshaltung!



Neuroanatomie, Physiologie, Pathophysiologie

Schluckphasen

ORALE VORBEREITUNGSPHASE

1. Nahrungsaufnahme in die Mundhöhle

* Kieferöffnung, Senkung der Zunge, Senkung der Gaumensegel, Lippenschluss

2. Analyse der Nahrungsmittel / Flüssigkeit

* Geschmack, Größe, Form, Konsistenz, Temperatur

3. Nahrungszerkleinerung

* Kauen, Einspeichelung, linguale Manipulationen, Tonisierung der Wangen

>> Bolusformung

>> Atemweg bleibt offen

>> Willentlich beeinflussbar

>> Dauer hängt von Bolusgröße und Boluskonsistenz ab

Neuroanatomie, Physiologie, Pathophysiologie

Schluckphasen

Mundhöhle

Pharynx (Rachen)

Nasopharynx

Oropharynx

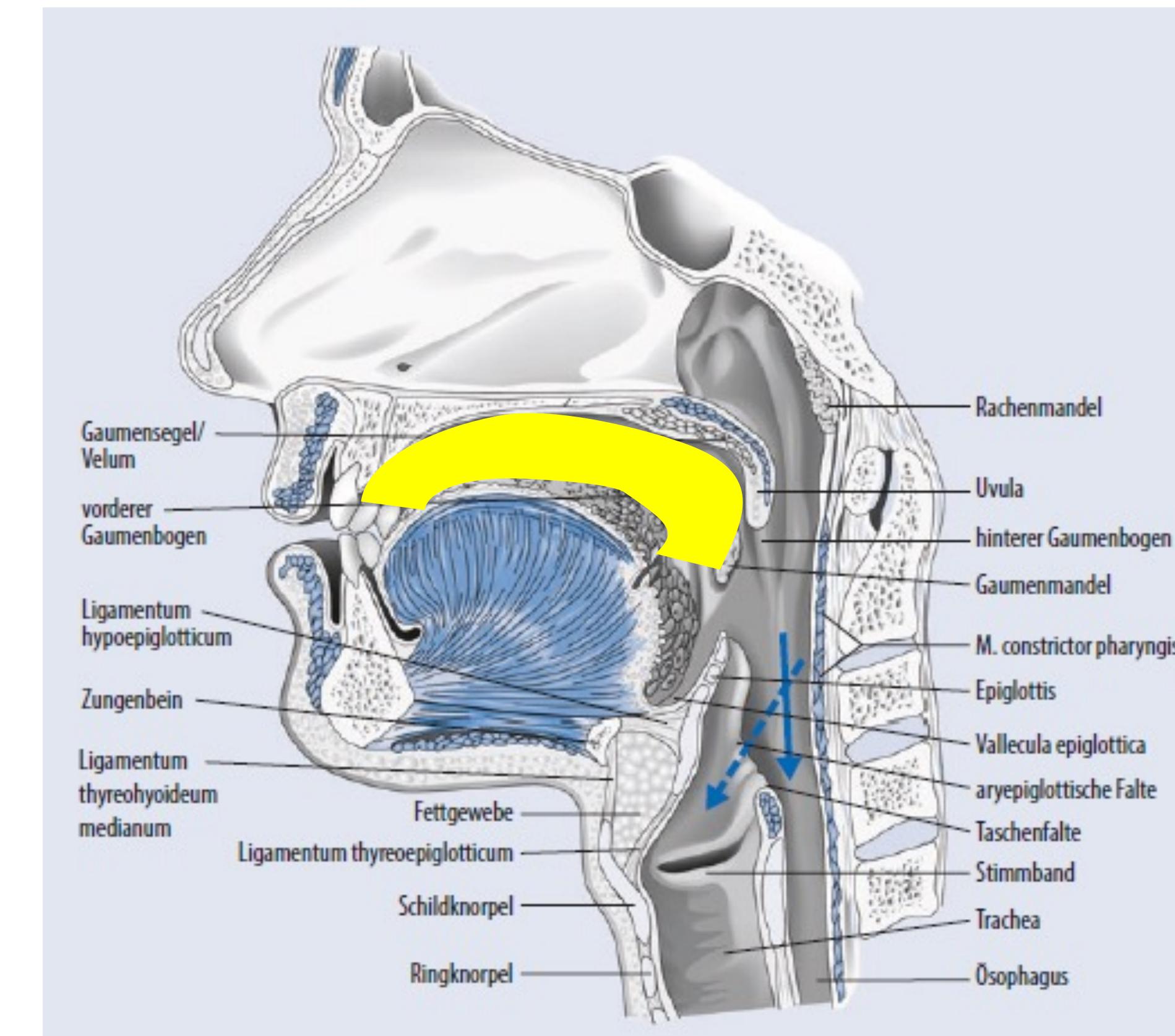
Laryngopharynx

Larynx (Kehlkopf)

Supraglottis

Glottis

Subglottis

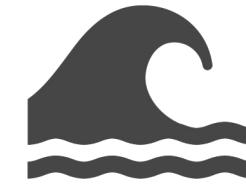


Neuroanatomie, Physiologie, Pathophysiologie

Schluckphasen

ORALE TRANSPORTPHASE

1. Positionierung des Bolus (auf der Zungenspitze)
2. Formänderung der Zunge (zentrale Furche)
3. Zungenperistaltik (gegen harten Gaumen – Gaumensegel)
4. Senkung der Zungenbasis
5. Beginn des velopharyngealen Abschlusses



>> Bolusförderung in den Oropharynx

>> Beginn des Verschlusses des oberen Atemwegs

>> ca. 1 Sek

Neuroanatomie, Physiologie, Pathophysiologie

Nomenklatur

Mundhöhle

Pharynx (Rachen)

Nasopharynx

Oropharynx

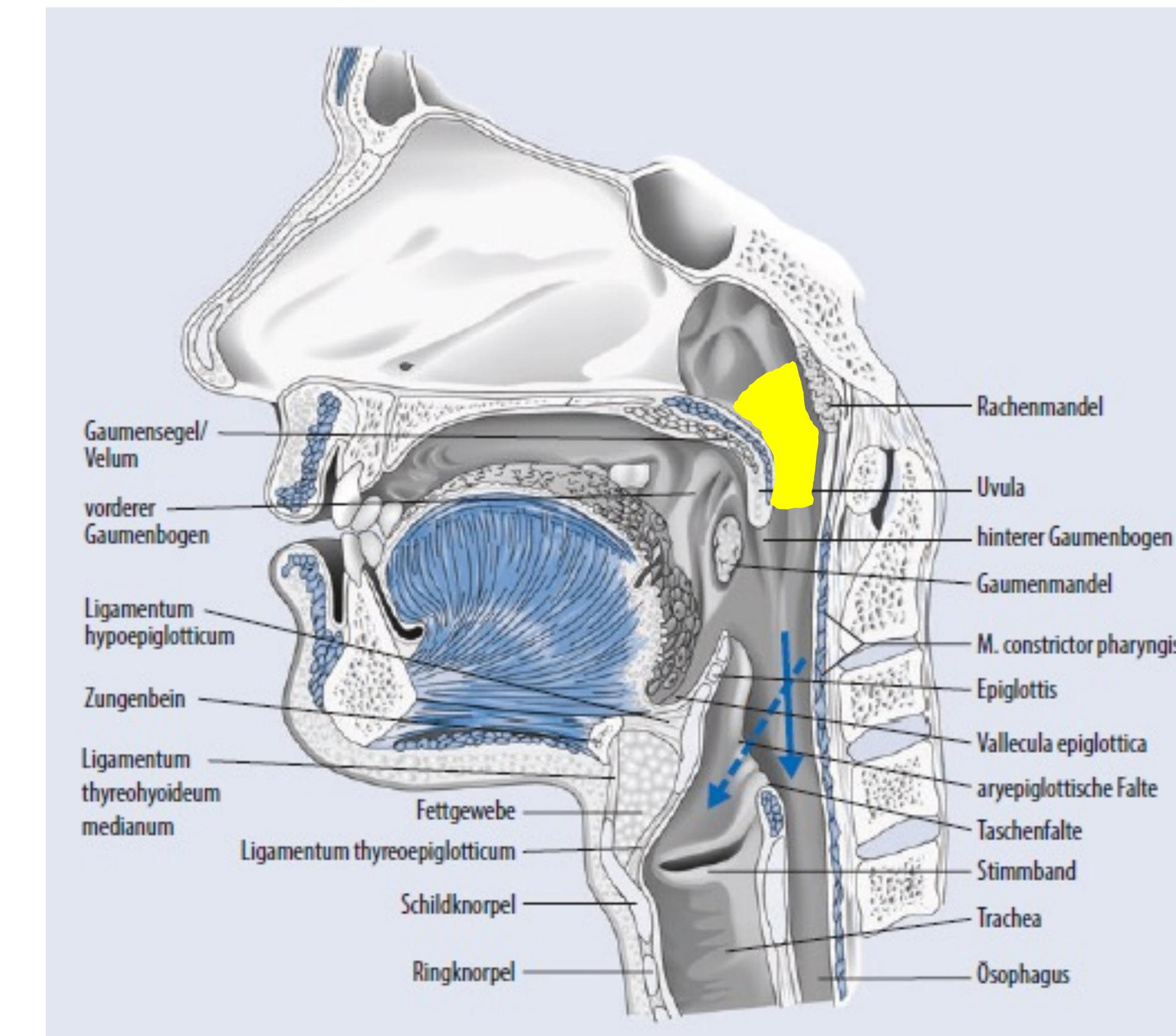
Laryngopharynx

Larynx (Kehlkopf)

Supraglottis

Glottis

Subglottis



Neuroanatomie, Physiologie, Pathophysiologie

Nomenklatur

Mundhöhle

Pharynx (Rachen)

Nasopharynx

Oropharynx

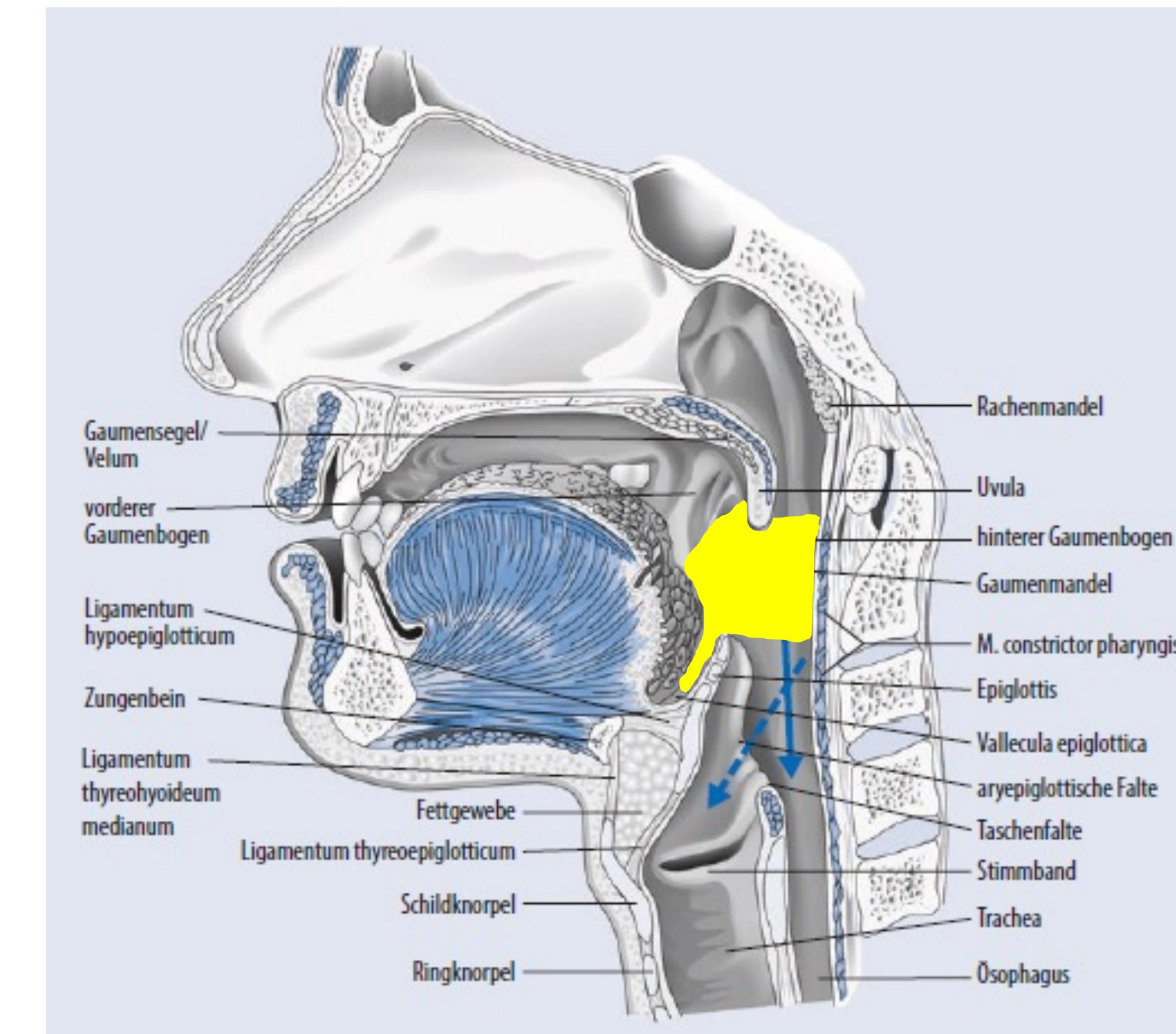
Laryngopharynx

Larynx (Kehlkopf)

Supraglottis

Glottis

Subglottis



Neuroanatomie, Physiologie, Pathophysiologie

Schluckphasen

Pharyngeale Phase

1. Vollständiger velopharyngealer Abschluss
2. Zungenbasisretraktion (Annäherung der Zungenbasis an die hintere Pharynxwand)
3. Auslösung des Schluckreflexes
 - >> kritische Phase
 - >> sicherer Bolustransport von Oropharynx bis zum OÖS
 - >> mehrere Gleichzeitige Muskelbewegungen
 - >> Atem wird kurz unterbrochen
 - >> nicht willentlich beeinflussbar
 - >> ca. 0.7 Sek

Neuroanatomie, Physiologie, Pathophysiologie

Nomenklatur

Mundhöhle

Pharynx (Rachen)

Nasopharynx

Oropharynx

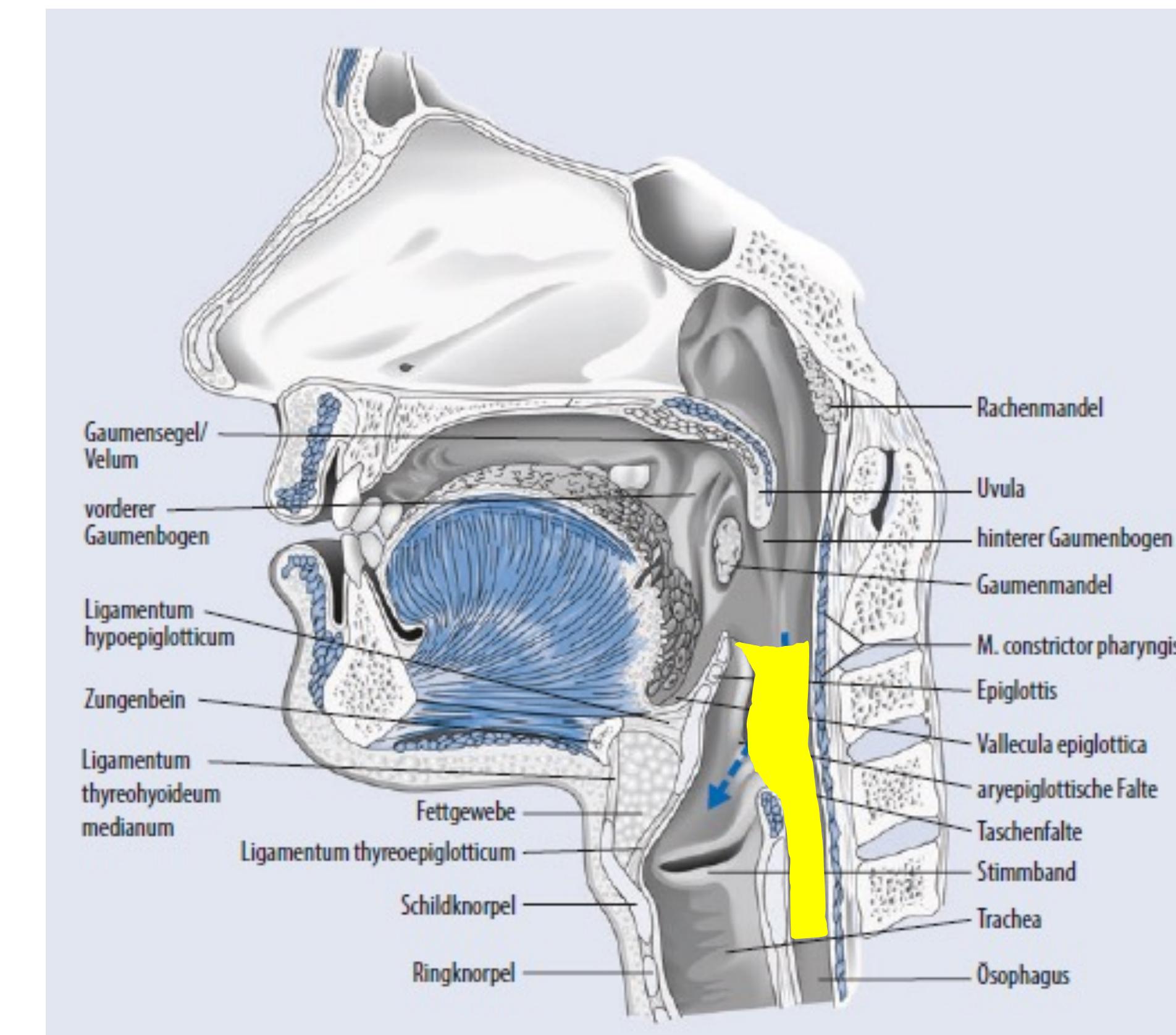
Laryngopharynx

Larynx (Kehlkopf)

Supraglottis

Glottis

Subglottis



Neuroanatomie, Physiologie, Pathophysiologie

Schluckphasen

Ösophageale Phase

Öffnung des oberen Ösophagussphinkter

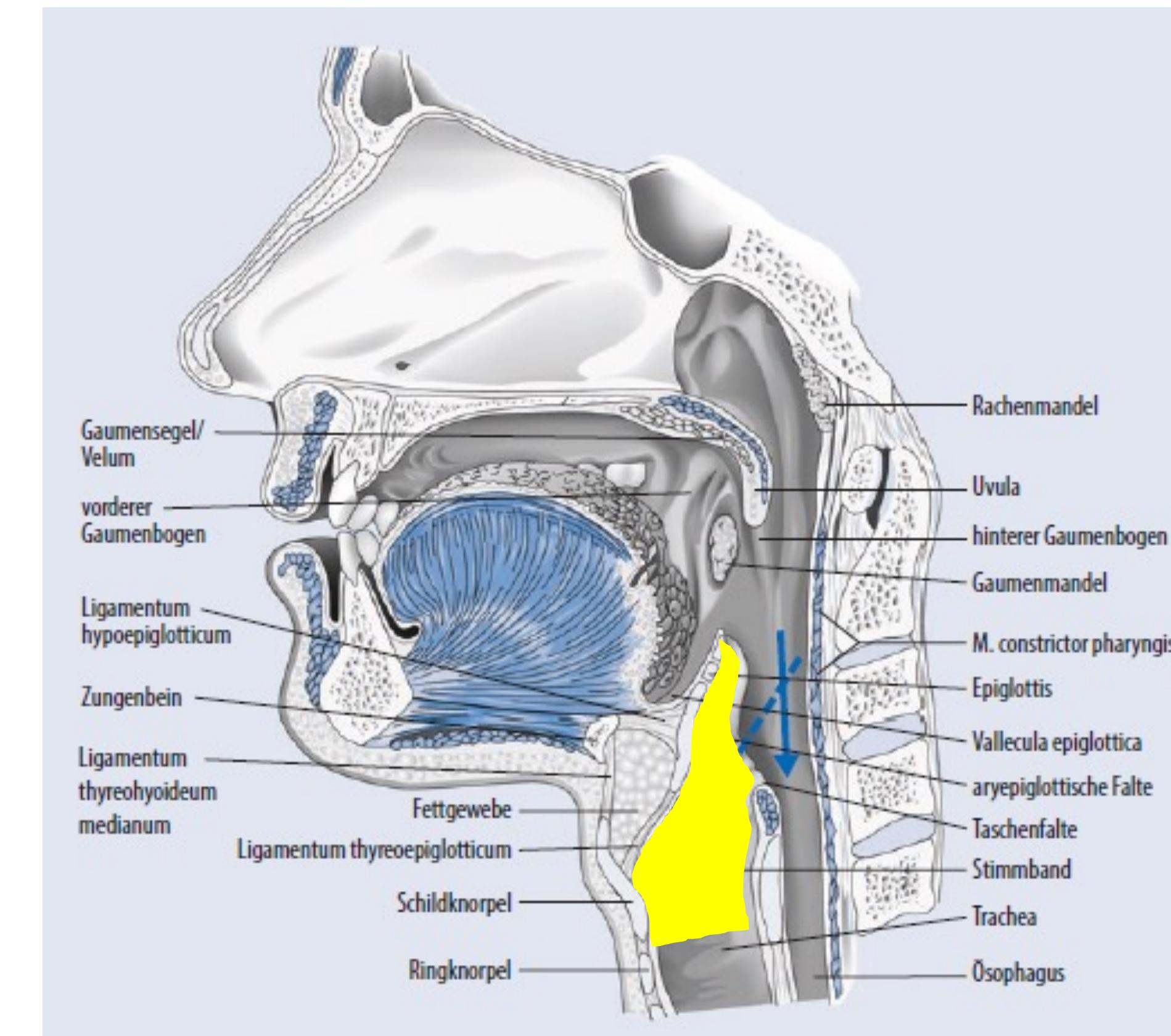
1. Relaxation
2. Druckabnahme
3. Öffnung und Bolusdurchtritt
4. Kollaps und Verschluss

Neuroanatomie, Physiologie, Pathophysiologie

Nomenklatur

Mundhöhle
Pharynx (Rachen)
Nasopharynx
Oropharynx
Laryngopharynx

Larynx (Kehlkopf)
Supraglottis
Glottis
Subglottis



Dysphagie

Definition und Folgen

Schluckstörung = Dysphagie

- > Malnutrition
- > Dehydation
- > Aspirationspneumonie (Fieber, Rasselnde Geräusche, Sättigungsabfälle)
- > Angst und Depression
- > Soziale Isolierung
- > Exsikkose

Aspiration

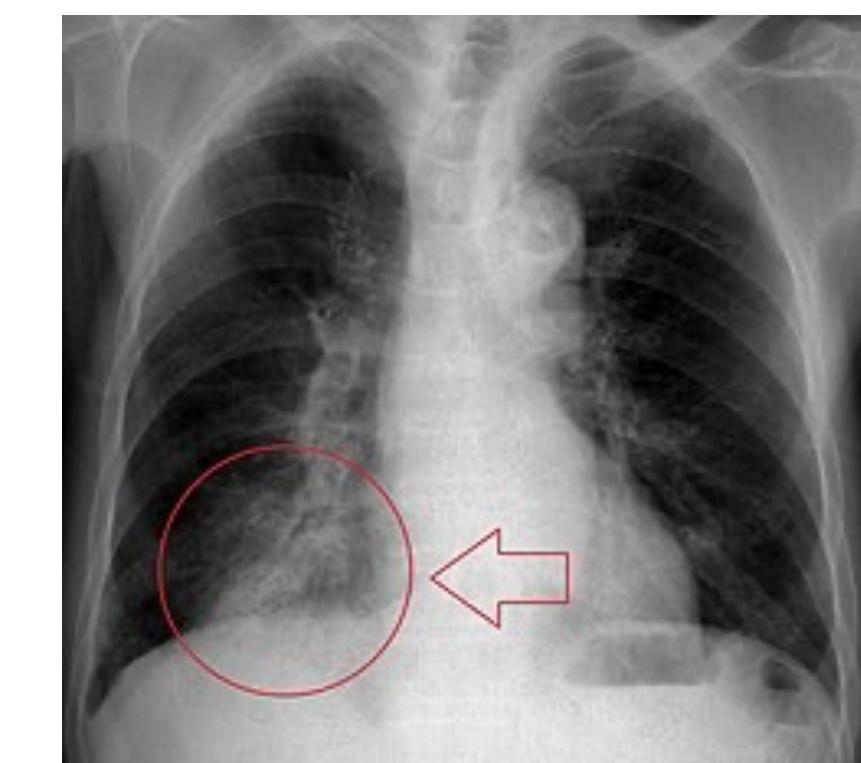
Aspirationen (Eindringen von Bolus / Sekrete in die Luftwege, unterhalb der Stimmbandebene)

eingeschränkte orale / pharyngeale / laryngeale Sensibilität

verzögerte Schluckreflextriggerung

eingeschränkte laryngeale Exkursion

unvollständiger Verschluss des unteren Atemwegs



Dysphagie

Klinische Hinweise auf Dysphagie

Verzögerung der oralen Phase

verstärkte Verschleimung

erloschener Schluckreflex

veränderte Stimmqualität

Husten (<1 Min nach dem Schlucken)

gurgelndes / brodelndes Atemgeräusch

Kurzatmigkeit

Fieber unklarer Genese

**Stille Aspiration ohne direkte klinische Anzeichen
möglich. Patient bemerkt dies selbst nicht.**

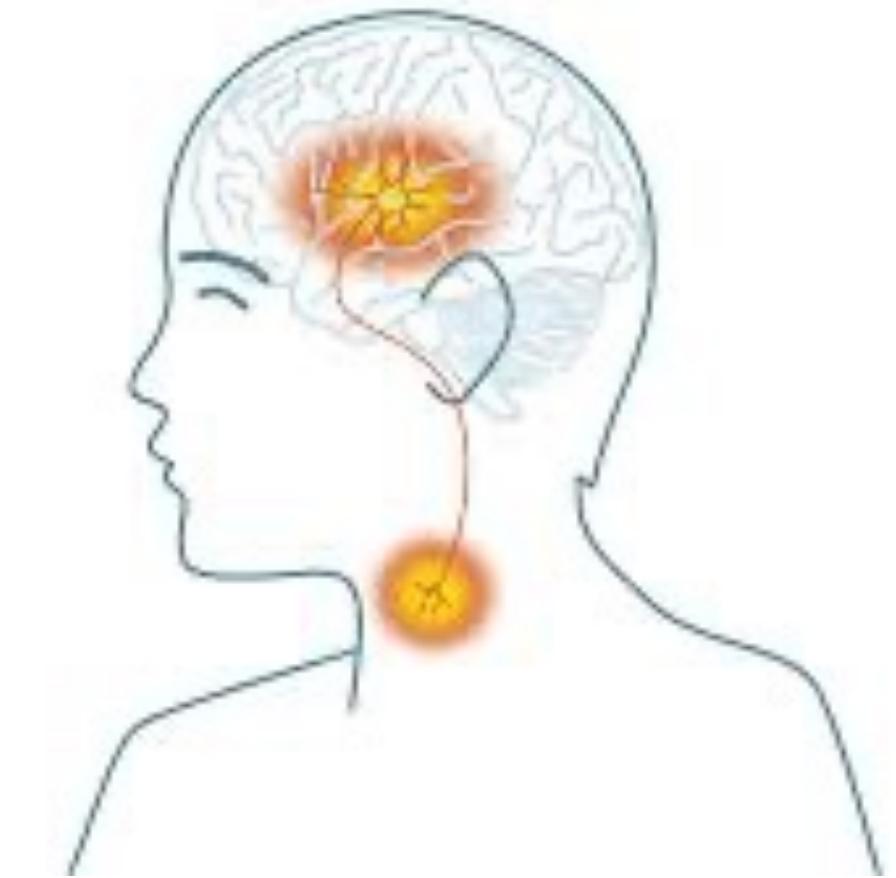
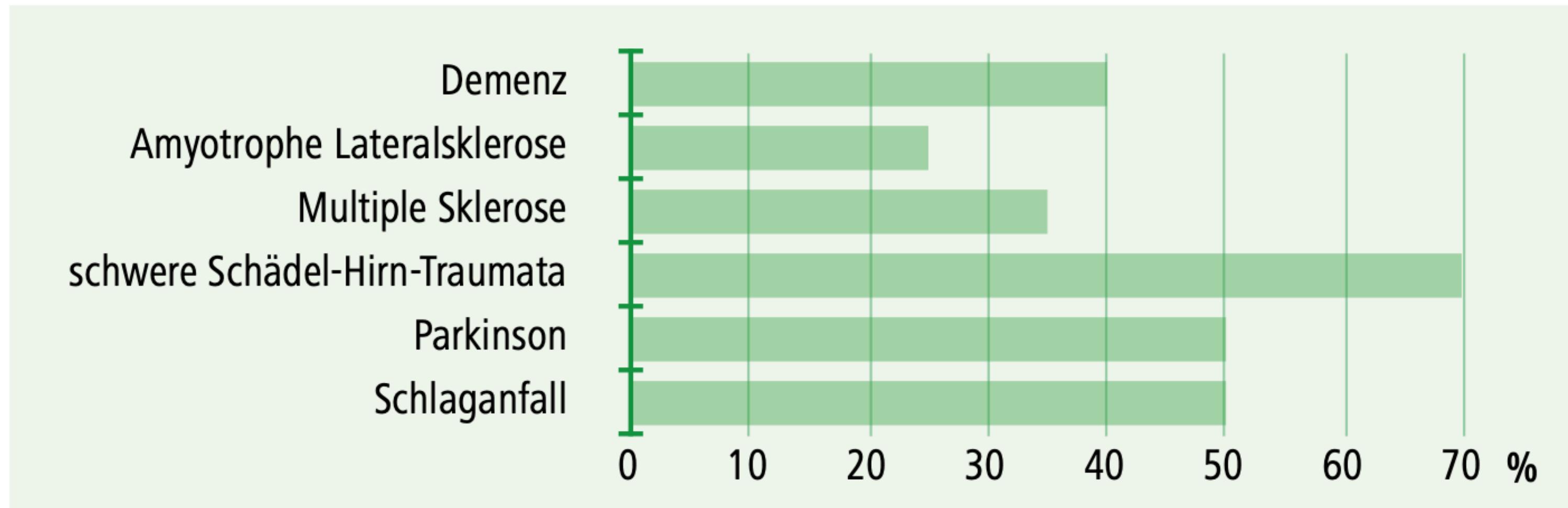
Dysphagie

Krankheitsbilder

Neurologische Ursachen

Diese betreffen die Steuerung der Schluckmuskulatur durch das zentrale oder periphere Nervensystem:

■ Abb. 1: Häufigkeit neurogener Dysphagien in Anlehnung an *Bartolome et al. 2006*



Dysphagie erkannt – und nun?

- **Nahrungsaufnahme stoppen**, bis eine ärztliche oder logopädische Abklärung erfolgt ist.
- Patienten in aufrechter Position (mind. 45°, besser 90°) lagern.
- Flüssigkeiten ggf. **andicken**, wenn das bereits angeordnet oder üblich ist.
- Kein Essen oder Trinken unbeobachtet zulassen.

- **Arzt informieren** – für Diagnose, Anordnung von Logopädie oder Diagnostik (z. B. Schluckendoskopie oder Röntgen mit Kontrastmittel).
- **Logopädie einschalten** – für professionelle Schluckdiagnostik und Therapie.
- Eventuell auch **Ernährungsberatung** hinzuziehen.

Kostanpassung

- **Kostanpassung bei Dysphagie** bedeutet, die Konsistenz und Zubereitung von Speisen und Getränken so zu verändern, dass sie für Menschen mit Schluckstörungen (Dysphagie) sicher und angenehm zu essen sind.
- Ziel ist es, das Risiko des Verschlucken (Aspiration) und damit verbundener Komplikationen wie Lungenentzündung zu minimieren – und gleichzeitig eine ausreichende Nährstoff- und Flüssigkeitszufuhr sicherzustellen.
- → im Fall einer schwersten Dysphagie: NPO (niel/ non per os → Nahrungskarenz) Cave! Auch keine Medikamente
- Konsequenz: Künstliche Ernährung über Nasogastrale Sone (max. 28 Tage) → Umstieg perkutane endoskopische Gastrostomie (PEG)

Speichelschluck

Flüssigkeiten

Harte, zähe, krümelige, feste Konsistenzen (Salat, Fleisch) oder Mischkonsistenzen (Tomate), Medikamente

Weiche Konsistenz

Breiige bis passierte Konsistenz

Kostanpassung



Präorale Phase!







Screenings für Pflegekräfte

Wasserschluck-Test nach Daniels

In dieser Variante des Wasser-Schluck-Tests wird dem Patienten Wasser zu trinken gegeben. Zuerst 2x 5ml, dann 2x 10ml, dann 2x 20ml. Im Anschluss wird mit einer kurzen Stimmprobe der Stimmklang überprüft. Folgende Kriterien sind für die Auswertung wichtig:

- Lässt sich eine Dysphonie beobachten? (Stimmstörung)
- Liegt eine Dysarthrie vor?
- Lässt sich ein abnormer Würgereflex beobachten?
- Kommt es zu abnormem willentlichen Husten?
- Hustet der Patient nach dem Schlucken?
- Ist der Stimmklang nach dem Schlucken verändert?

CAVE!
Erkennt keine stille Aspiration (keine sichtbaren Symptome trotz Eindringen in die Luftröhre)

Bei **zwei positiv** beantworteten Fragen gilt der Wassertest nach Daniels als **positiv** – was in diesem Fall die Verdachtsdiagnose **Dysphagie** bedeutet.

Patientenetikett	GUSS (Gugging Swallowing Screen)	Datum: _____
		Zeit: _____
		Untersucher: _____

1. Voruntersuchung / Indirekter Schluckversuch

		JA	NEIN
VIGILANZ	Der Patient muss mindestens 15 Minuten wach sein	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
HUSTEN und/oder RÄUSPERN	Willkürlicher Husten: Der Patient soll zweimal kräftig räuspern oder husten.	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
SPEICHELSCHLUCK	Mundhygiene durchführen, wenn der Mund sehr trocken ist Wenn sich der Patient am Speichel verschluckt dann „nein“ ankreuzen	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
• Schlucken möglich			
• Drooling	Permanentes Speicheldrooling (Drooling = Austritt von Speichel aus dem Mund)	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
• Stimmänderung nach dem Speichelschluck?	Gurgelig, röchelnd, feucht (oder gurgelige Atmung bei zervikaler Auskultation) Heisere Stimme seit dem Insultgeschehen?	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
SUMME:		(5)	
1 – 4 = Abbruch des Tests s.GUSS-Evaluation 5 = Fortsetzung Teil 2			

2. Direkter Schluckversuch (Material: Wasser, Eindickungsmittel, Teelöffel, Tasse, Spritze, Brot, Keks)

Reihenfolge	BREIIG →	FLÜSSIG →	FEST	
	% Teelöffel angedicktes Wasser (IDDSI 3) Wenn keine Symptome dann weitere 3-5 Teelöffel Abbruch sobald eines der 4 Aspirationszeichen auffällig	3, 5, 10, 20 ml Wasser in einer Tasse verabreichen Wenn keine Symptome dann weitere 3-5 Teelöffel Abbruch sobald eines der 4 Aspirationszeichen auffällig	Ein trockenes Brot ohne Rinde und/oder ein Stück Keks (max. 1,5cm x 1,5cm) Abbruch sobald eines der 4 Aspirationszeichen auffällig	
SCHLUCKAKT				
▪ Schlucken nicht möglich	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	
▪ Verzögelter Schluckakt (Breiig, Flüssig > 2 sec. Festes > 10 sec.)	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	
▪ Schlucken erfolgreich	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	
HUSTEN (unwillkürliche) (vor, während und nach dem Schlucken, bis 3 Minuten später)				
▪ Ja	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	
▪ Nein	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	
DROOLING				
▪ Ja	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	
▪ Nein	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	
STIMMÄNDERUNG (Vor und nach dem Schluck auf die Stimme hören- Patient soll „Ohhh“ sprechen)				
▪ Ja	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	
▪ Nein	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	
SUMME:		(5) (5) (5)		
1 – 4 = Abbruch des Tests s.GUSS-Evaluation 5 = Fortsetzung Flüssig				
SUMME: (Indirekter und direkter Schluckversuch)			(20)	

The Gugging Swallowing Screen. Stroke.2007;38:2948 Michaela Trapl, SLT, MSc; Paul Enderle, MD, MSc; Monika Nowotny, MD; Yvonne Teuschl, PhD; Karl Matz, MD; Alexandra Dachenhausen; PhD Michael Brainin, MD

Screenings für Pflegekräfte

<https://www.dysphagie-trapl.at/gugging-swallowing-screen-guss/guss-formular-deutsch/>

Screenings für Pflegekräfte SSA nach Perry (2001)

Modifiziertes Schluckassessment (MSA)

basierend auf Schluckassessment (SSA) 2001 – Pflegekräfte –

Patientenname: _____	Pat. Nr.: _____	Geb.-Datum: _____	Datum: _____	Untersucher: _____	Patientenaufkleber
A – FRAGEN CHECKLISTE „SCHLUCKEN“ (alle Patienten)					
Aspirationsgefährdung falls Antwort „Nein“		Nein	Ja	Bemerkungen	
a. Ist der Patient wach und reagiert auf Ansprache?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
b. Kann der Patient auf Aufforderung husten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
c. Kann der Patient seinen Speichel kontrollieren?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
d. Kann der Patient die Ober- und Unterlippe ablecken?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
e. Kann der Patient frei atmen (d. h. hat keine Probleme ohne Unterstützung bei guter Sauerstoff-Sättigung zu atmen)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
f. Fehlen Anzeichen einer feucht/nass klingenden bzw. heiseren Stimme?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
B – SCHLUCKPROBE MIT 1 TEELÖFFEL STILLEM WASSER (nur durchführbar falls in „A“ alle Fragen mit „Ja“ beantwortet)					
<ul style="list-style-type: none"> Aufrechte Sitzposition mit Unterstützung des Rumpfes Mund auf Reste inspirieren und auf Aufforderung Speichel schlucken lassen Palpationsgriff und auf Symptome achten mit Phonationskontrolle 					
Funktionsstörung nach Perry-Kriterien: Abbruch wenn eine Funktion mit „Ja“ beantwortet wird		Nein	Ja	Bemerkungen	
a. Keine erkennbare Schluckaktivität?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
b. Wasser läuft aus dem Mund?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
c. Husten/Räuspern?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
d. Atemnot?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
e. Nasse/gurgelige Stimme bis 1 min direkt nach dem Schlucken?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
f. Haben Sie Zweifel oder einen unguten Eindruck?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
C – SCHLUCKPROBE MIT 90-ML-WASSERTEST (nur durchführbar falls in „B“ alle Fragen mit „Nein“ beantwortet)					
Funktionsstörung nach Suiter & Leder-Kriterien: Abbruch wenn eine Funktion mit „Ja“ beantwortet wird		Nein	Ja	Bemerkungen	
a. Husten nach Schlucken? (innerhalb von 1 min)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
b. Erstickungsanfälle? (innerhalb von 1 min)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
c. Veränderte Stimmqualität? (innerhalb von 1 min /A/ phonieren lassen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
d. Abbruch des Test? (bzw. nicht durchführbar)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
D – MSA-EINSCHÄTZUNG					
a) Schluckassessment pathologisch in A, B oder C: b) Klinischer Verdacht auf Aspirationsgefährdung gegeben: c) Schlucktherapeut benachrichtigt: d) Arzt benachrichtigt: e) NPO (non per os) / bzw. Nasogastrale Sondernahrung (NGS) bis zur Evaluation durch Schlucktherapeut bzw. Arzt		<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Ja	– falls „Ja“, dann c bzw. d bzw. e – falls „Ja“, dann c bzw. d bzw. e	
Bemerkungen: _____					
Datum	Unterschrift (Pflege)				

https://dnwd-ev.de/wp-content/uploads/2019/05/05_Konzept_Dysphagie-Management_2017-1.pdf

Anreichen



1. Klein portionieren

- Kleine Löffel verwenden, maximal halber Teelöffel voll.
- Nur eine Konsistenz pro Bissen – nicht Suppe und Brot mischen.

Bitte
nicht
füttern!

2. Langsam und beobachtend anreichen

- Sprich ruhig und kündige die Bissen ggf. an.
- Reiche den Löffel von vorne oder leicht von der Seite an, nicht von oben.

3. Schlucken abwarten

- Erst den nächsten Bissen anbieten, wenn sichtbar geschluckt wurde.
- Achte auf Husten, Würgen, veränderte Stimme (gurgelnd), Atemnot – das können Anzeichen einer Aspiration sein.

4. Mundkontrolle

- Prüfe, ob Reste im Mundraum bleiben. Ggf. auf Nachfrage den Mund ausspülen lassen oder säubern.

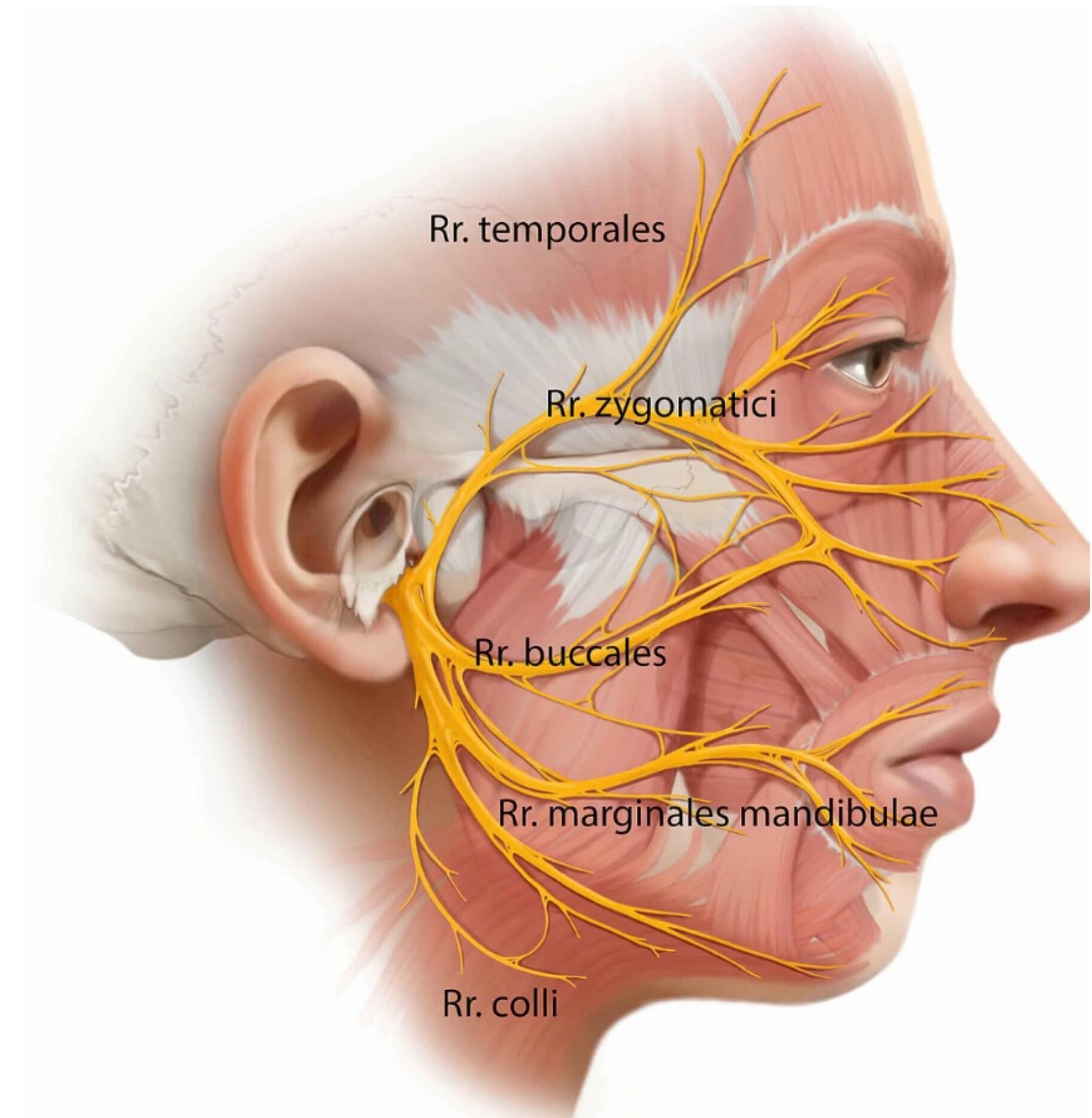




Gut zu wissen!

- Milchbasierte Lebensmittel verschleimen mehr als fruchtbasierte
- Klare Flüssigkeiten ohne Zucker (Tee, schwarzer Kaffee, Wasser) sind für die Lunge im Falle einer Aspiration besser kompensierbar
- Ein schlechter Zahnstatus (z.B. schlecht sitzendes Gebiss) verändert die orale Phase beträchtlich!
- Wenn Medikamente nicht richtig geschluckt werden können, kann es zu einer verfehlten Wirksamkeit kommen.

Apoplex Fazialisparese



Fazialisparese

Fasern	Aufgabe
motorisch (efferent)	Gesichts- und Halsmuskulatur M. stapedius (Innenohr): dämpft laute Geräusche Mm. stylohyoideus und digastricus: heben das Hyoid Ausnahme: M. masseter (N. trigeminus, V)
viszeral	Tränendrüsen Speicheldrüsen: sublingual und submandibular Schleimhaut der Nase und des Gaumens
sensibel	kleiner Bereich der Ohrmuschel und kleiner Bereich hinter dem Ohr Berührung, Schmerz, Kälte Ausnahme: Gesichtshaut (N. trigeminus, V)
gustatorisch	Geschmackssinn der vorderen 2/3 der Zunge (bitter, salzig, süß, sauer, umami) Geschmackssinn des Gaumens

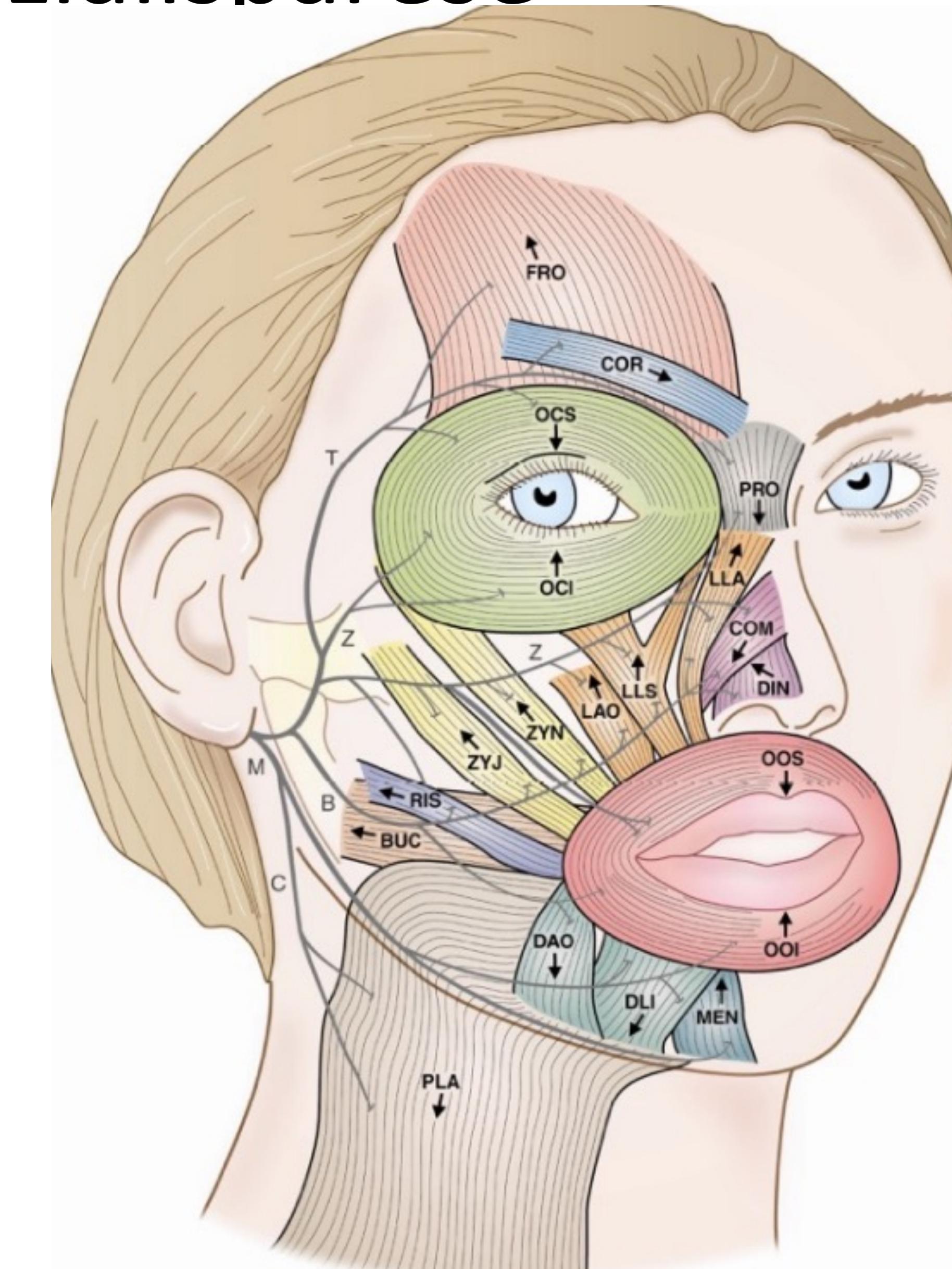
Fazialisparese

Äste

- Ramus temporalis: zum M. frontalis, M. orbicularis oculi, Muskulatur der Schädeldecke
- Ramus zygomaticus: zum M. orbicularis oculi, M. zygomaticus major und minor
- Ramus buccalis: zum M. buccinator, M. levator labii superioris, Muskeln der seitlichen Nasenwand/Oberlippe
- Ramus marginalis mandibula: zur Muskulatur des Mundwinkels (M. risorius, M. orbicularis oris, ...)
- Ramus colli: § zum M. platysma

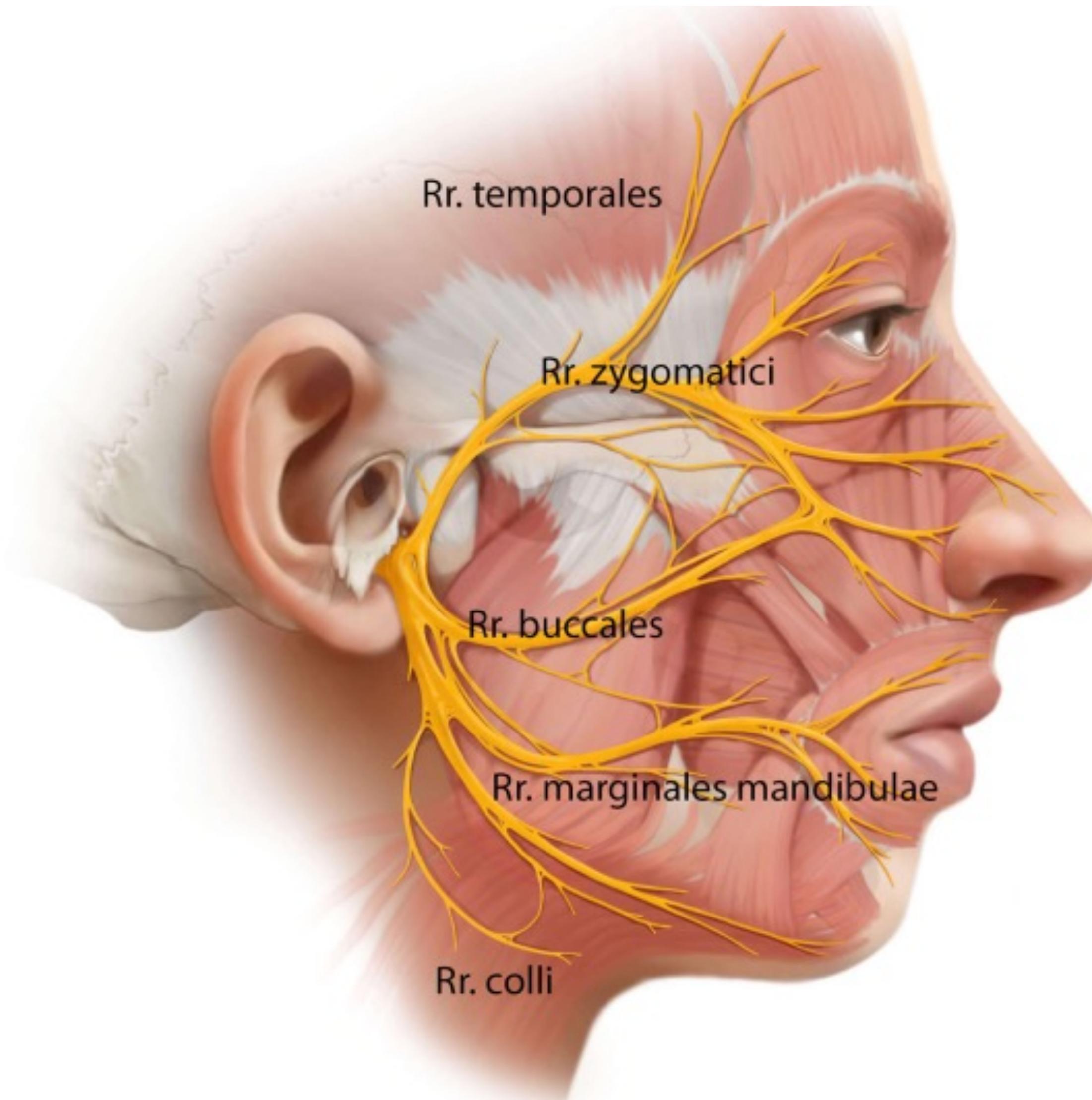
Fazialisparese

Innervierte Muskeln



Fazialisparese

НИ



Fazialisparese

Unterscheidung peripher und zentral

- Peripher

- Lähmung der gesamten ipsilateralen Gesichtsmuskulatur
- Direkte Schädigung des Nervs

- Zentral

- Kontralaterale Lähmung
- Keine Lähmung des Stirnastes (da Stirn aus beiden Hemisphären versorgt wird (Patel & Levin, 2015)

IV. Fazialisparese

Ursachen

- Peripher

- Unklar (idiopathisch (60-75%) (Peitersen, 2002; Gilden, 2004; Finkensieper et al., 2012) #
- Infektiöse Erkrankungen (HPV, Borreliose)
- Raumforderungen

- Zentral

- **Zerebrovaskuläre Erkrankungen (Schlaganfall)**
- Tumore

IV. Fazialisparese

Symptomatik

- kann unterschiedlich sein, da komplexe Anatomie des Nervs
- Oft begleitend Schmerzen & Missemmpfindungen im betroffenen Bereich; trockener Mund

Fazialisparese

Symptome

- Zentral
 - In Ruhe
 - Keine Bewegung des Mundastes (verringerte Naso-labial-Falte)
 - Hängender Mundwinkel
 - In Bewegung
 - Asymmetrische Lippenlaute
 - Asymmetrische Mimik
 - Obere Gesichtshälfte nicht betroffen

Fazialisparese

Symptome

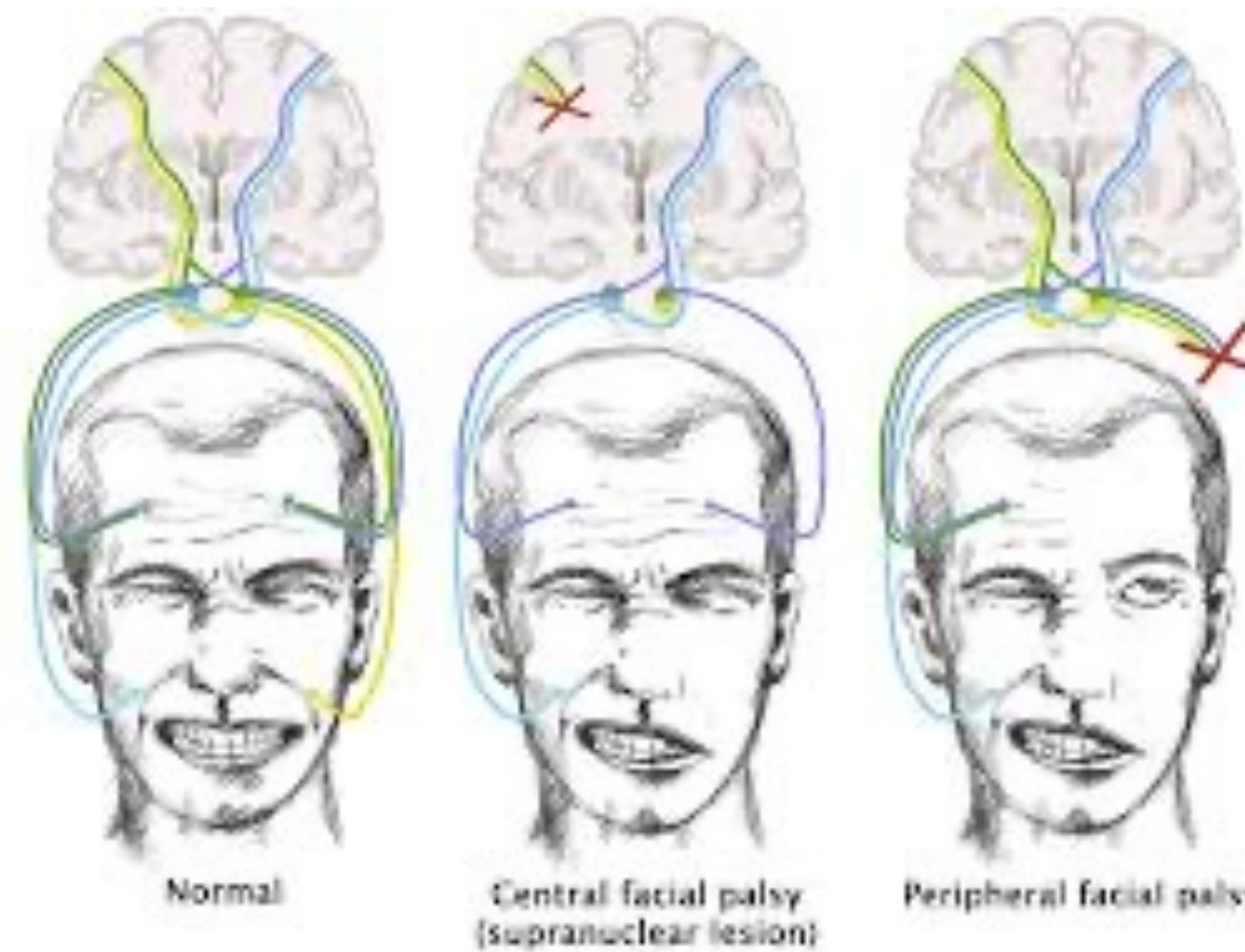
- Peripher
 - Aufwärtsrotation des Augapfels während des Lidschlusses
 - In Ruhe:
 - verstrichene Stirnfalten
 - verstrichene Nasolabialfalte
 - hängender Mundwinkel
 - In Bewegung:
 - asymmetrische Mimik z. B. Lachen

Fazialisparese

Weitere Symptome:

- Dysphagie (Schluckstörung)
- Dysarthrie
- Geschmacksveränderung

IV. Fazialisparese



Fazialisparese

NI

Peripher oder zentral?



Fazialisparese

<https://www.youtube.com/watch?v=tkm7k79J0WU>

Fazialisparese

Diagnose

- mit Elektroneurographie & Elektromyographie
- Ggf Bildgebung mittels CCT oder MRT, Labor ggf. Liquor
- Prognose: 85% Rückbildung innerhalb von 3 Wochen

Behandlung:

- medikamentös (Glikokortikoide; Virustatika), symptomatisch (Uhrglasverband, Augensalbe, Übungsbehandlung → und da kommt die Logopädie ins Spiel

Fazialisparese

Bestandteile der Therapie

- Information, Aufklärung und Beratung
 - Intensives, hochfrequentes, selbstständiges Üben ist wichtig! Pat. müssen gut aufgeklärt sein
- Tipps für den Alltag
 - Trinken mit Strohhalm etc.
- Selbstmassage des Gesichts und des Halses
- Entspannungsübungen
- Bewegungsübungen

Fazialisparese

In der Pflege

- Augenschutz (Urglasverband (v.a. nachts))
- Augenpflege
 - Augensalbe
 - Wind-, Sonnen, Staubschutz
 - Regelmäßige Kontrolle durch Augenarzt



Literatur

- Bartolome, G. & Schröter-Moratsch (Hrsg.) (2018). Schluckstörungen. Interdisziplinäre Diagnos9k und Rehabilita9on. Elsevier.
- Düsterhöft, S & Frank, U. (2011). Das PNF-Konzept. Anwendung in der orofacialen Therapie. Spektrum Patholinguis9k, 4(2011), 171-183.
- Dziewas R., Pflug C. et al. (2020). Neurogene Dysphagie, S1-Leitlinie. In: Deutsche Gesellscha= für Neurologie (Hrsg.), Leitlinien für Diagnos9k und Therapie in der Neurologie. Verfügbar unter www.dgn.org/leitlinien
- Thielker, J. et al. (2018). Chirurgie bei Läsionen des Nervus facialis. In: Laryngorhinootologie 97(6): 419-434.
- <https://www.dysphagie.ch/>

Anreichen



1. Klein portionieren

- Kleine Löffel verwenden, maximal halber Teelöffel voll.
- Nur eine Konsistenz pro Bissen – nicht Suppe und Brot mischen.

Bitte
nicht
füttern!

2. Langsam und beobachtend anreichen

- Sprich ruhig und kündige die Bissen ggf. an.
- Reiche den Löffel von vorne oder leicht von der Seite an, nicht von oben.

3. Schlucken abwarten

- Erst den nächsten Bissen anbieten, wenn sichtbar geschluckt wurde.
- Achte auf Husten, Würgen, veränderte Stimme (gurgelnd), Atemnot – das können Anzeichen einer Aspiration sein.

4. Mundkontrolle

- Prüfe, ob Reste im Mundraum bleiben. Ggf. auf Nachfrage den Mund ausspülen lassen oder säubern.

N|I

SON|ИАК
DYSPHAGIE

Logopädie

Aphasie (Sprechapraxie), Dysarthrie

Übersicht

I. Aphasie

- II.I Definition
- II.II Klassifikation
- II.III Diagnostik & Therapie

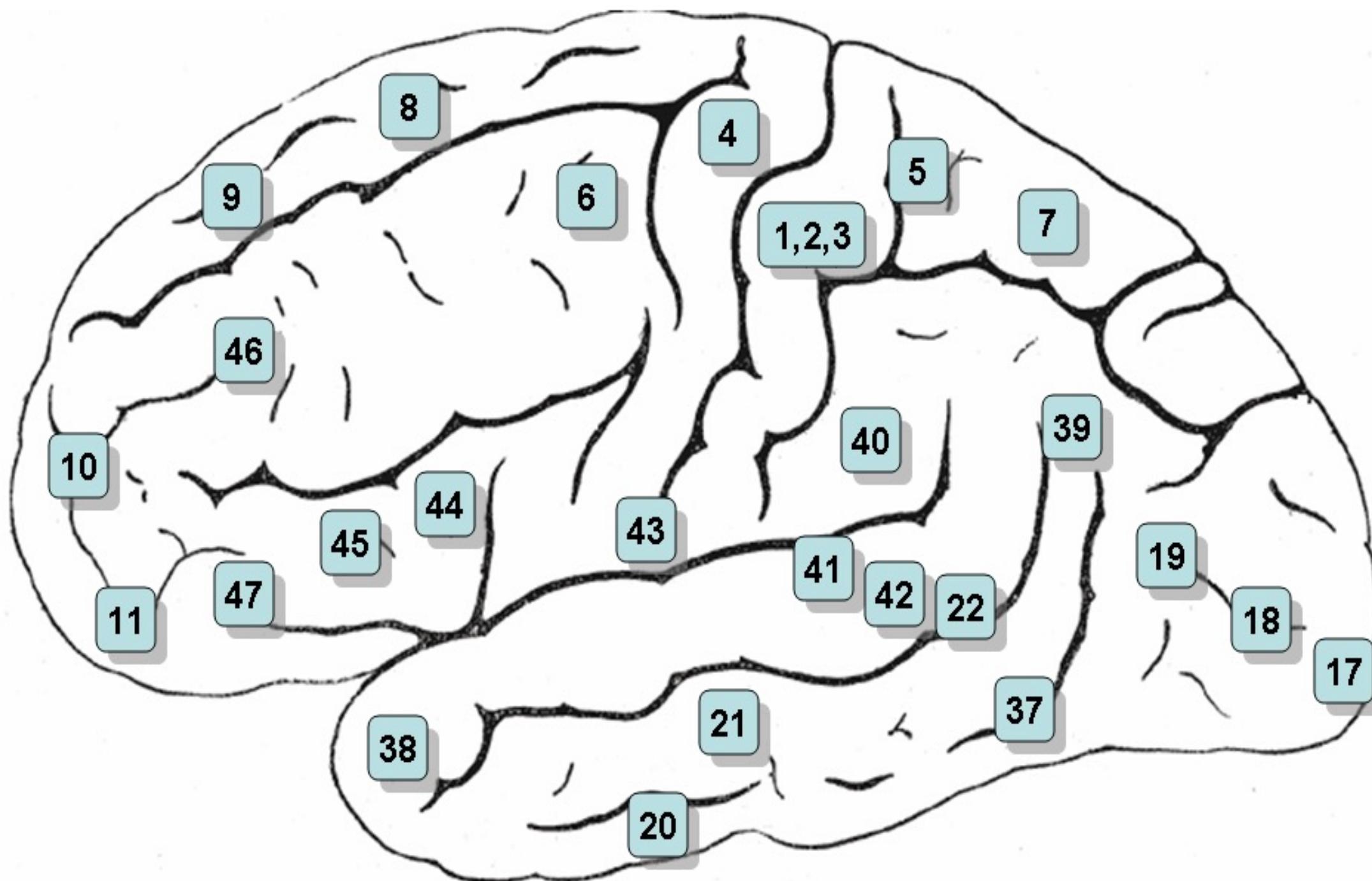
II. Dysarthrie

- I.I Definition
- I.II Klassifikation
- I.III Diagnostik & Therapie

I. Aphasie

- Erworbene Sprachstörung
- 80% Als Folge eines Schlaganfalles, 20% anderer Genese
- Inzidenz: ca. 25.000/ Jahr
- <https://www.youtube.com/watch?v=gQ2AmPekCCY>

I. Aphasie – Brodmann Areale



Areal	Bezeichnung	Funktion
1, 2, 3	Primärer motorischer Kortex	Interpretation von Gefühlen
4	Primärer motorischer Kortex	Ausführung willkürlicher Bewegungen
17	Primäre Sehrinde	Sehen
41, 42	Primäre Hörinde	Hören
44, 45	Broca Arela (sprachdom. Hemisphäre)	Sprechen
22	Wernicke Areal (sprachdom. Hemisphäre)	Versetzen
39	Gyrus angularis	Lesen & Schreiben
39, 19	Parieto-temporal-occipitaler Kortex	Sprachverarbeitung
11, 12, 15	Frontaler Kortex	Kognition, exekutive Funktionen, Konzentration, Hemmung, Planung

I. Aphasie

Ätiologie von Aphasien (n = 436) (Schneider et al., 2014)	
Apoplex (Schlaganfall)	80 %
Schädel-Hirn-Trauma (SHT)	10 %
Hirntumor	7 %
Hirnatrophie	1 %
Entzündliche Erkrankung des ZNS	1 %
Hypoxie	1 %

I. Aphasie

A. cerebri media hat größtes Versorgungsgebiet (ca. 2/3 der Hemisphäre) und versorgt mit ihren Ästen sprachrelevante Areale:

- Broca-Areal (Brodmann-Areale 44 und 45)
- Wernicke-Areal (Brodmann-Areal 22)
- kompletter Mediainfarkt resultiert in großflächiger (territorialer) Läsion der linken Hemisphäre ⇒ Zerstörung von Broca- und Wernicke-Areal führt zu umfassenden sprachlichen Ausfällen
- Mediateilinfarkt, bei dem einzelne Mediaäste betroffen sind, führt zu kleineren (lakunären) Läsionen ⇒ Aphasie tritt auf
- v.a. Ausmaß und Ort der Hirnläsion sind entscheidend für Variabilität aphasischer Störungen

I. Aphasie

Kann alle sprachlichen Modalitäten betreffen

- Phonologie: „Jecke“ statt „Jacke“
- Morphologie: „die Freiung“ statt „die Freiheit“
- Semantik: sem. Paraphasien bei Benennen eines Zielwortes „Käse“ statt „Kühlschrank“
- Syntax: Agrammatismus oder Paragrammatismus „da hab ich schrien...will raus Krankenhaus“
- Pragmatik: Rededrang, Sprache inhaltsarm

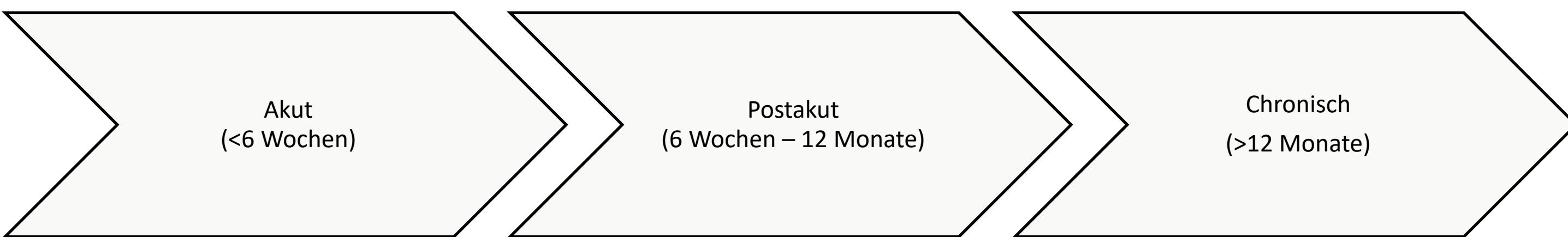
I. Aphasie

Eine Aphasie ist eine Sprachstörung, also das System Sprache betreffend. Somit ist es keine Sprech-, Denk- oder Hörstörung.

I. Aphasie

Es gibt verschiedene Möglichkeiten eine Aphasie zu klassifizieren:

- Verlaufsphase – akut vs. postakut vs. Chronisch



- **Flüssige vs. nicht flüssige Aphasie!**
- Im Verlauf kann in Standardsyndrome eingeteilt werden

I. Aphasie

	Broca	Wernicke	Global	Amnestisch
Leitmerkmal	Agrammatismus	Paragrammatismus Paraphasien Phonematischer und semantischer Jargon	Sprachautomatismen	Wortfindungsstörung
Spontane Sprachproduktion	Nicht flüssig Gesteigerte Sprechanstrengung Agrammatismus Phonematische Paraphasien	Flüssig Kein Sinnhafter Zusammenhang Neologismen Phonematische und semantische Paraphasien	Nicht flüssig fast gar kein Sprachfluss Insbes. Sprachautomatismen	Flüssig Wortfindungsstörung
Nachsprechen	Eingeschränkt Phonematische Paraphasien	eingeschränkt	Stark eingeschränkt	intakt
Benennen	Eingeschränkt, Paraphasien	Stark eingeschränkt Paraphasien Umschreibungen	stark eingeschränkt	eingeschränkt Umschreibungen Floskeln
Lesen und Schreiben	eingeschränkt	eingeschränkt	stark eingeschränkt	kaum eingeschränkt
Sprachverständnis	Intakt oder leicht eingeschränkt	Mittel-bis stark eingeschränkt	sehr stark eingeschränkt	intakt

I. Aphasie

Diagnostik:

- Logopädische Verlaufsdiagnostik bei sich ständig verändernden klinischen Bild aufgrund von Spontanremission

Testverfahren für die Akutphase:

- Funktionsdiagnostik 5-15 Minuten: Evaluation aller sprachlichen Modalitäten, besonders der Spontansprache des auditiven Sprachverständnisses
- Aspekt der Teilhabe werden berücksichtigt

Instrumente:

- Aachener Aphasie Bedside Test
- Aphasie Schnell Test
- Bielefelder Aphasiescreening

I. Aphasie

Diagnostik in der postakuten und chronischen Phase:

- Ausführliche Sprachdiagnostik bei stabiler Symptomatik
- Symptome und Schweregrade der Störung in den linguistischen Komponenten und sprachlichen Modalitäten

Instrumente:

- Aachener Aphasie Test
- Aphasie Checkliste
- Lemo (Lexikon modellorientiert)
- Scenario Test

I. Aphasie

- Beispiel Aphasie

Flüssig oder nicht flüssig? Was fällt Ihnen noch auf?

<https://www.youtube.com/watch?v=Z1ZgIYMSx1Y#>

I. Aphasie

- Medizinisch-Pflegerische Probleme
 - Schmerzen, Körpertemperatur
 - Epilepsie, Dekubitus, Inkontinenz
- Sensomotorische Probleme
 - Hemiplegie
 - Hemiparese
 - Gestörte Tiefensensibilität
 - Fazialisparese
 - Dysphagie
 - Dysarthrie
 - Sprechapraxie

- Neuropsychologische Probleme
 - Hemianopsie
 - Neglect
 - Apraxie
 - Amnesie
 - Aufmerksamkeitsdefizite
 - Störung der Exekutivfunktion
- Psychopathologische Probleme
 - Depression (post-stroke-depression)
 - Schlafstörung
 - Angststörung

I. Aphasie

Zusätzlich:

- Alexie /Dyslexie: Verlust / Störung der Lesefähigkeit
- Agraphie / Dysgraphie: Verlust / Störung der Fähigkeit zu Schreiben
- Akalkulie/ Dyskalkulie: Verlust/ Störung der Rechenfähigkeit
- Sprechapraxie

I. Aphasie in der Pflege

- Einfache und kurze Sätze formulieren
- Gesagtes durch entsprechende Körpersprache und Gesten unterstützen
- Dem betroffenen Papier und Stift zur Verfügung stellen (falls die Schriftsprache nicht beeinträchtigt ist)
- Alltagsgegenstände zur Hilfe nehmen
- Beim Aufnahmegespräch Angehörige mit hinzuziehen
- Gegenüber anderen Patienten nicht benachteiligen: trotzdem das Gespräch suchen. Den Patienten das Gefühl geben, dass er „gesehen“ wird
- Zeit lassen beim Sprechen
- Den Patienten selber sprechen lassen (nicht die Wörter/Sätze für den Patienten beenden)

I. Aphasie in der Pflege

- Unterstütze Kommunikation (UK)



I. Aphasie

- Aphasie in der Pflege

<https://www.youtube.com/watch?v=gQ2AmPekCY>

https://www.youtube.com/watch?v=S6pX_s9DoSQ

I. Aphasie – Fragen?



II. Sprechapraxie

- Erworbene Störung in der Sprechplanung und Programmierung von sprechmotorischen Bewegungen
- Willkürliche Bewegungsausführung ist gestört; automatische Bewegungen werden besser ausgeführt
- Umstellungen, Vertauschungen, Auslassung und Ergänzung von Lauten
- Initiierungsstörung: Sprechanstrengung und Suchbewegungen gerade zu Beginn einer Bewegung
- Differenzierung zu Aphasie häufig schwierig

II. Sprechapraxie

Lokalisation

- Inselregion und das darunter liegende Marklager
- Basalganglien
- Motorischer Gesichtskortex (untere Teil des motorischen Kortex)
- Broca Areal
- Frontales Operculum mit angrenzenden Bereichen

II. Sprechapraxie

Symptome

- Langes, skandiertes (silbisches) Sprechen → klingt monoton
- Sprechanstrengung
- Inadäquate Betonung
- Lexeme einfacher als Neologismen
- Längeneffekt (je länger Wörter, desto schwieriger)
- Nachsprechen erschwert (da motorische Planung beeinträchtigt)

II. Sprechapraxie

Vorgehen in der Logopädie

- Störungsschwerpunkt festlegen (einzelheitliche Route oder ganzheitliche Route)
- Qualitative Ermittlung der Fehler
- Einschätzung des Schweregrads
- Therapievoraussetzungen überprüfen

Instrumente:

- Hierarchische Wortlisten (HWL)
- SpAT-Diagnostik
- Sprechapraxie Screening (Lauer & Birner-Janusch 2007)

II. Sprechapraxie

<https://www.youtube.com/watch?v=bZ7pnmd9UHI>

I. Sprechapraxie – Fragen?



III. Dysarthrie

- Beeinträchtigung der Sprechmotorik aufgrund einer Läsion bzw. Erkrankung des zentralen und peripheren Nervensystems
- Auch Schädigung der Vokaltraktmuskulatur: Kehlkopf-, Rachen-, Gaumen-, Zungen- und Lippenmuskeln
- Störungen der Sprechmotorik
- Meist Artikulation, Respiration und Phonation betroffen („Dysartrophonie“)
- <https://www.youtube.com/watch?v=PZix1F6Gygk>

III. Dysarthrie

Auftretenshäufigkeit von Dysarthrie-Syndromen (modifizierte und erweiterte Tabelle aus Ziegler et al., 1998).

Neurologische Erkrankung	Dysarthrie-Prävalenz
Infantile Zerebralparese Schädel-Hirn-Traumata (SHT)	80–90% (Mei et al., 2014) 30–50% (schwere Formen eines SHT)
Zerebrovaskuläre Syndrome	15–30% (meist transient)
Neurodegenerative Erkrankungen: <ul style="list-style-type: none">– Morbus Parkinson– Morbus Huntington– Progressive supranukleäre Blickparese (PSP)/Steele-Richardson-Olszewski-Syndrom– Multisystematrophie (MSA)– Friedreich-Ataxie– Primär-progrediente Aphasie (nichtflüssige Form)	75–90% 80–90% 75–100% bis 100% bis 100% 40% (Duffy et al., 2014)
Multiple Sklerose	40–50%
Amyotrophe Lateralsklerose (ALS)	bis 100%
Myasthenia gravis	<10% (bei oropharyngealen Verlaufsformen deutlich höhere Prävalenzwerte)

III. Dysarthrie

Pathomechanismus		Dysarthriesyndrom	Schädigungsort	Ätiologien	Auditive Merkmale der Dysarthriesyndrome
Parese	Peripher	periparetisch	Hirnnervenkerne, 2. Motoneuron, neuromuskulärer Übergang	Trauma, ALS, Myasthenia Gravis	Herabgesetzte Stimmlage, behauchte Stimme, Vorverlagerung der Zunge
	Zentral	Zentralparetisch (spastisch)	Motorischer Kortex, 1. Motoneuron	Infarkte/Blutungen, Multiple Sklerose, SHT	Gepresste raue Stimmqualität, Rückverlagerung der Zunge, sehr langsames Tempo
Ataxie	Ataktisch	Cerebellum, efferente und afferente Kleinhirnprojektionen	Spinozerebelläre Ataxien, Infarkte, Multiple Sklerose, Intoxikationen	Inadäquate Atmungsmuster, Fluktuation von Tonhöhen und Lautstärke, Stimmzittern, skandierende Sprechweise	
Akinesie / Rigidität	hypokinetisch	Basalganglien	Parkinsonsyndrome	Erhöhte Stimmlage, monotone Lautstärke und Tonhöhe, beschleunigtes Sprechtempo	
	hyperkinetisch	Nucleus Caudatus, Putamen, diffuse	Morbus Huntington	Gest. Sprechatmung , bizarre Tonäußerungen	

- Dysarthrien werden nach dem Ort der Läsion oder der Art der Bewegungsstörung klassifiziert
- Gemeinsame Symptome:
 - verkürzte Exspirationsdauer
 - reduzierte Artikulationsschärfe
 - Reduziertes Sprechtempo
 - (Ausnahme: hypokinetisch-rigide)

III. Dysarthrie

Diagnostik

- Anamnese
- Inspektion der am Sprechen beteiligten Bewegungsabläufe
- Auditive Beurteilung des Sprechens
- (Computergestützte Diagnostik)
- Evaluation nicht-sprachlicher Leistungen wie Atemmuskulatur und die Erhebung des Hirnnervenstatus mit Prüfung der Kau-und Schluckfunktion

III. Dysarthrie

Instrumente:

- Frenchay Dysarthrie Assessment
- Aachener Materialien zur Diagnostik neurogener Sprechstörungen
- Bogenhauser Dysarthrieskalen
- Untersuchung neurologischer bedingter Sprech- & Stimmstörungen (UNS)
- *Therapie* (Logopädische Übungsbehandlung (+ ggf. Biofeedback-Techniken))
 1. Sprechmotorisches Training-> Artikulationstraining und Tonusregulierende Maßnahmen
 2. Erarbeiten von Kompensationsstrategien



I. Dysarthrie – Fragen?

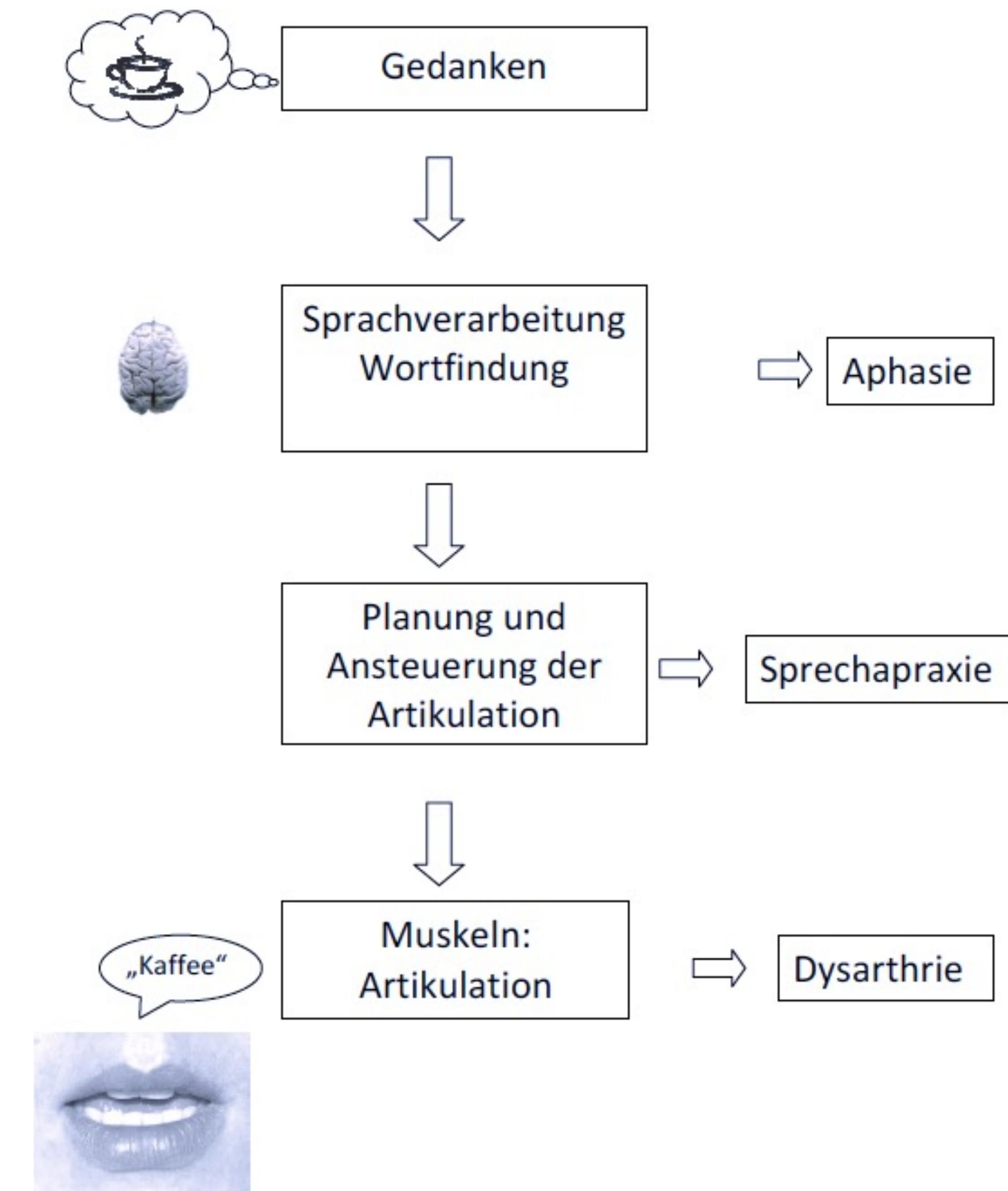


Einordnung

	Aphasie	Dysarthrie	Sprechapraxie
Ätiologie	Zerebrovaskuläre Erkrankungen SHT <u>Subarachnoidalblutungen</u> Enzephalitis	Zerebrovaskuläre Erkrankungen SHT Degenerative Erkrankungen (MS, Parkinson, CH) Primäre Dystonien, Ataxien, <u>Motoneuronerkrankungen</u> , Myasthenie	Zerebrovaskuläre Erkrankungen
Läsionslokalisation	<u>Perisylvische Areale der sprachdominante Hemisphäre</u>	Links- oder rechtshemisphärische Läsion, Hirnstamm, Basalganglien, Cerebellum Periphere Hirnnervenläsion	Basalganglien, motorischer Kortex
Art der Störung	Sprachstörung	Sprechstörung	Sprechstörung
Symptome	In allen linguistischen Komponenten möglich	Verwaschene angestrengte Artikulation, <u>Dysphonie</u> , monotone Sprechmelodie, red. Sprechatmung und Sprechgeschwindigkeit	Gestörte Prosodie Ersetzen oder Vertauschen von Lauten (<u>phonem. Paraphasien</u>), Suchbewegungen
Sprachverständnis	Situativ intakt, Wort- und Textverständnis beeinträchtigt	intakt	intakt
Schriftsprache	<u>Dysgraphie</u>		
Stimmgebung	<u>Dyslexie</u>		
Sprechgeschwindigkeit	Reduziert bei nicht flüssigen Aphasien	Verlangsamt	Stark verlangsamt
Sprachanstrengung	Selten	häufig	Stark ausgeprägt
Fehlermuster	inkonsistent	Konsistent	inkonsistent

Einordnung

Modell der Sprachverarbeitung



Einordnung

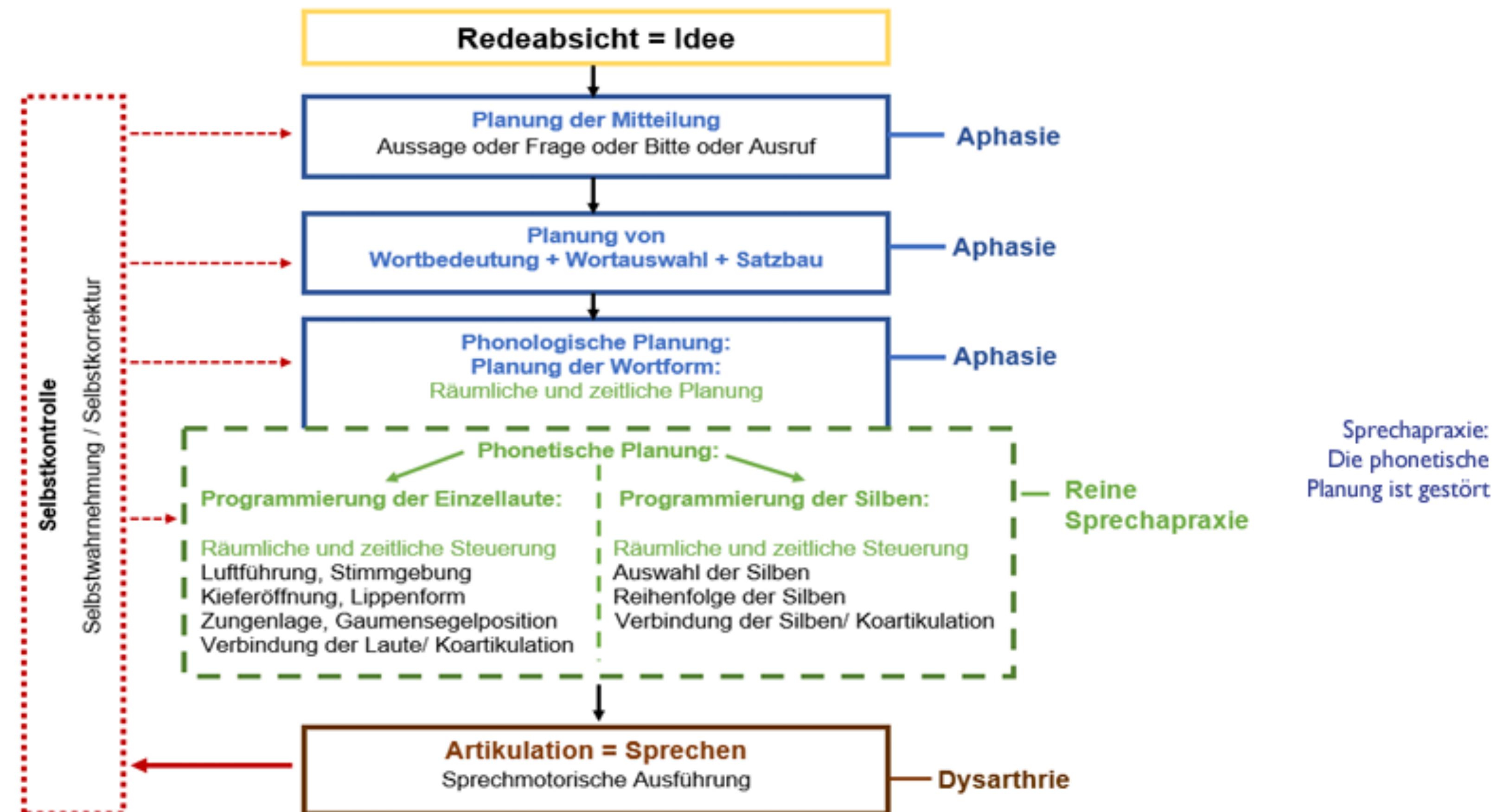


Abb. I: Reine Sprechapraxie, Aphasie und Dysarthrie im Modell (Lorenz, im Druck)

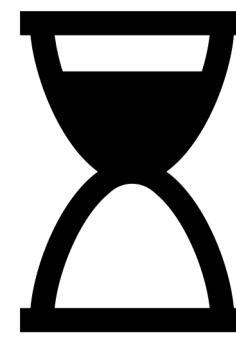
Fragen?

N
I



Aufgabe zu den Themen I.-III.

- Bilden Sie 3 Gruppen
- Bearbeiten Sie das jeweilige Fallbeispiel und bereiten Sie dieses kurz auf, sodass sie dies später 5 Minuten vor dem Kurs präsentieren können.



15 Minuten

Literatur

- Bartolome, G. & Schröter-Moratsch (Hrsg.) (2018). Schluckstörungen. Interdisziplinäre Diagnos9k und Rehabilita9on. Elsevier.
- Düsterhöft, S & Frank, U. (2011). Das PNF-Konzept. Anwendung in der orofacialen Therapie. Spektrum Patholinguis9k, 4(2011), 171-183.
- Dziewas R., Pflug C. et al. (2020). Neurogene Dysphagie, S1-Leitlinie. In: Deutsche Gesellschaft für Neurologie (Hrsg.), Leitlinien für Diagnos9k und Therapie in der Neurologie. Verfügbar unter www.dgn.org/leitlinien
- Thielker, J. et al. (2018). Chirurgie bei Läsionen des Nervus facialis. In: Laryngorhinootologie 97(6): 419-434.
- <https://www.dysphagie.ch/>

Fragen?

N
I

Was nehme ich heute mit?

Worüber möchte ich mehr wissen?

Kontaktdaten:

Sarah Barnett

s.barnett@sonnak-dysphagie.de