

# **Dysphagietherapie bei Demenz**

## **Einbezug von Erkenntnissen und Methoden aus der nicht-medikamentösen Demenztherapie in die Dysphagietherapie**

Judith Minder

Bachelorarbeit aus dem Heilpädagogischen Institut  
der Universität Freiburg/ Schweiz  
Abteilung Logopädie

Eingereicht am 13. Dezember 2013

Diese Arbeit entstand im Rahmen des Bachelorstudiums der Logopädie am Heilpädagogischen Institut der Universität Freiburg/Schweiz. Alle Rechte dieser Arbeit sind dem Heilpädagogischen Institut Freiburg vorbehalten.

## Inhaltsverzeichnis

1 Einleitung .....	3
1.1 Problemstellung .....	3
1.2 Fragestellung.....	3
1.3 Vorgehen.....	4
2 Dysphagie.....	5
2.1 Definition .....	5
2.2 Ätiologie.....	5
2.3 Leitsymptome .....	6
2.3.1 Leaking.....	6
2.3.2 Aspiration .....	6
2.3.3 Penetration.....	7
2.4 Therapieverfahren.....	8
3 Demenz .....	10
3.1 Definition .....	10
3.2 Prävalenz .....	11
3.3 Demenzformen.....	11
3.3.1 Leichte kognitive Beeinträchtigung.....	12
3.3.2 Alzheimer-Demenz .....	12
3.3.3 Vaskuläre Demenzen .....	13
3.3.4 Demenz bei anderen Krankheiten/Ursachen .....	14
3.4 Therapie .....	14
3.4.1 Pharmakotherapie .....	14
3.4.2 Nicht medikamentöse Therapie.....	15
4 Dysphagietherapie bei Demenz.....	16
4.1 Allgemeine Überlegungen zur Dysphagietherapie bei Demenz .....	16
4.2 Demenzorientierte Modifizierung der Dysphagietherapie am praktischen Beispiel der Therapie des Facio-Oralen Trakts nach Key Coombes.....	20
4.2.1 Allgemeines zur Therapie des Facio-Oralen Trakts .....	21
4.2.2 Geeignete Faktoren der F.O.T.T.® für Patienten mit Demenz.....	22
4.2.3 Anregungen zur Anpassung der F.O.T.T.® bei Demenz.....	24

4.3 Ethische Diskussion und Angehörigenarbeit.....	28
4.3.1 Ethischer Diskurs beim Einsatz einer PEG-Sonde.....	28
4.3.2 Zusammenarbeit mit den Angehörigen.....	31
5 Diskussion und Ausblick.....	33
6 Zusammenfassung.....	37
7 Verzeichnisse .....	38
7.1 Literatur .....	38
7.2 Abbildungen .....	43
7.3 Tabellen.....	43

# **1 Einleitung**

## **1.1 Problemstellung**

Der Prozess des Alterns verläuft bei jedem Menschen individuell. Es kommt zu Veränderungen auf körperlicher und psychischer Ebene, die „alterstypisch“ oder aber auch pathologisch sind. So können physiologische Veränderungen in den verschiedenen Organsystemen zu Funktionseinschränkungen mit erhöhtem Krankheitsrisiko führen. Durch gegenseitige Beeinflussung dieser Veränderungen kann es zu gleichzeitigen Funktionseinschränkungen mehrerer Organe kommen. Eine solche Multimorbidität ist häufig im Alter anzutreffen (Forstmeier/Maercker 2008, 1).

Die vorliegende Arbeit "Dysphagietherapie bei Demenz" befasst sich mit einer speziellen Form der Multimorbidität im Alter, nämlich Schluckstörungen bei Personen mit Demenz. Schluckstörungen, in der Fachsprache Dysphagien genannt, sind im Alter von über 60 Jahren keine Seltenheit. Mit einer Prävalenz von circa 14% tritt eine Schluckstörung etwa ähnlich häufig auf wie die Erkrankung an Diabetes Typ-2. Um eine Schluckstörung zu objektivieren, stehen heute bildgebende Verfahren wie die Videoendoskopie zur Verfügung. Bei dieser Beobachtung des Schluckaktes zeigen bis zu 24% der Patienten mit einer mittelschweren bis schweren Demenz eine Aspiration (Jäger 2003, 43). Eine Aspiration bedeutet das Eindringen von Speichel, Sekret, Speiseresten, Flüssigkeit oder anderem Material in die unteren Luftwege, Trachea und Bronchien und ist die gefährlichste Komplikation einer Dysphagie (Prosiegel/Weber 2010, 34). Denn sie können zu einer lebensbedrohlichen Aspirationspneumonie führen. Aus diesem Grund ist eine adäquate Dysphagietherapie bei Personen mit Demenz und Dysphagie unabdingbar. Bei einer Demenz ist je nach Schweregrad die Kognition unterschiedlich stark beeinträchtigt. Daher sind herkömmliche Dysphagietherapien, welche bei einer klassischen, neurogenen Schluckstörung zum Einsatz kommen, schwer bis gar nicht anwendbar. Denn eine Vielzahl dieser Therapieübungen weisen einen gewissen Abstraktionsgrad auf, welcher ein Mindestmass an Kognition voraussetzt (Bur 2010, 146). Trotzdem muss in Anbetracht eines optimalen Alterns etwas zur möglichst weitgehenden Autonomie, Lebenszufriedenheit und Erreichen von individuell gesteckten Lebenszielen beigetragen werden und mit einer adäquaten Intervention der Schluckstörung entgegengewirkt werden (Forstmeier/Maercker 2008, 1).

Aus der oben beschriebenen Situation werden im nächsten Unterkapitel Fragen aufgestellt, welche im Laufe der folgenden Arbeit erläutert und geklärt werden.

## **1.2 Fragestellung**

Welche Anpassungen sollten bei Dysphagietherapien vorgenommen werden, um Patienten mit einer Demenz gerecht zu werden? Wie können Erkenntnisse und

Methoden der Demenztherapie in der Dysphagietherapie unter Mitberücksichtigung kognitiver Defizite angewendet verwendet und integriert werden?

### **1.3 Vorgehen**

Diese Arbeit befasst sich mit der Problematik der Dysphagietherapie bei Patienten mit Demenz. Es wird versucht, mögliche Synergien aus den Erkenntnissen der Demenz- und der Dysphagietherapie aufzeigen und nutzen zu können.

Um diese Fragestellung zu klären, wird in einem ersten Teil auf wichtige pathophysiologische Aspekte des Schluckaktes und die häufigsten Ursachen einer Dysphagie eingegangen. Ebenso werden die Therapieverfahren der Dysphagietherapie aufgezeigt.

In einem zweiten Teil (Kapitel 3) wird das Krankheitsbild der Demenz erläutert: Dazu wird auf die Klassifikation, Symptomatik und die wichtigsten Therapiemöglichkeiten der Demenz eingegangen.

Das Kernkapitel der Arbeit (Kapitel 4) besteht in der Thematisierung der Dysphagietherapie bei Patienten mit Demenz. Vorerst werden allgemeine Faktoren zur Komorbidität von Demenz und Dysphagie erläutert. Es wird weiter auf die wichtige Frage der Indikation aber auch der Beendigung einer Dysphagietherapie bei Demenz eingegangen. Zudem kommen allgemeine Hilfestellungen bei der Nahrungsaufnahme bei Personen mit Demenz zur Sprache. Um solche Modifikationen der Dysphagietherapie zu verdeutlichen, wird die Therapie des facio-oralen Trakts nach Coombes (F.O.T.T.<sup>®</sup>) vorgestellt. Anhand dieser werden Elemente der nichtmedikamentösen Demenztherapie mit der Dysphagietherapie in Verbindung gebracht. Es werden geeignete Faktoren der F.O.T.T.<sup>®</sup> dargelegt, wie auch modifizierbare Elemente aufgezeigt. Im Umgang mit Personen mit Demenz sind die verschiedenen syndrom- und stadiumsspezifischen Veränderungen zu berücksichtigen, welche zu Anpassungen der Therapie führen können oder sollen. Im letzten Unterkapitel werden noch ethische Fragen exemplarisch am Einsatz von PEG-Sonden beleuchtet. Im Zusammenhang mit ethischen Fragen kommt zudem die Arbeit mit den Angehörigen ins Spiel.

Noch einen Hinweis zur sprachlichen Regelung: Es wird in der folgenden Arbeit auf eine möglichst geschlechtsneutrale Formulierung geachtet. Kommt es jedoch zur Nennung von weiblichen oder männlichen Formen, so wird zu Gunsten der Lesbarkeit darauf verzichtet beide Geschlechterformen zu nennen, demzufolge ist jeweils die andere Form miteingeschlossen. Die Begriffe Dysphagie und Schluckstörung werden in den nachfolgenden Ausführungen synonym verwendet.

## **2 Dysphagie**

### **2.1 Definition**

Schlucken ist ein komplexer, semireflektoischer Prozess. Dieser hat zum Ziel, Nahrung, Getränke, Speichel, Sekrete und Refluat von der Mundhöhle in den Magen zu befördern. Ist nun dieser komplexe Vorgang zwischen Mund und Magen gestört, spricht man von einer Schluckstörung, auch Dysphagie genannt (Prosiegel/Weber 2010, 4).

### **2.2 Ätiologie**

Dysphagien können ätiologisch in drei Gruppen eingeteilt werden. Zum einen kann es durch strukturelle Veränderungen, wie Tumore, an den am Schluckakt beteiligten Organen zu einer Dysphagie kommen. Zum anderen führen Beeinträchtigungen des Funktionsablaufes des Schluckens zu neurogenen Dysphagien. Die dritte Gruppe bilden die psychogenen Dysphagien, welche beispielsweise bei Essstörungen auftreten können (Denk/Bigenzahn 1999, 25).

Ist die Struktur der am Schluckakt beteiligten Organe verändert, lassen sich die daraus resultierenden Dysphagien zusätzlich nach Lokalisation differenzieren. Dabei wird von oropharyngealen und von ösopharyngealen Dysphagien gesprochen. Entzündungen und Tumore im oberen Aerodigestivtrakt und deren posttherapeutischen Folgen verursachen in den meisten Fällen eine oropharyngeale Schluckstörung (ebd., 24-26).

Die zweite Gruppe Dysphagien, welche den Funktionsablauf des Schluckens beeinträchtigt haben, entstehen aufgrund einer Erkrankung des Nervensystems. Hierzu ist die häufigste Ursache ein Schlaganfall. Je nach Schweregrad und Lokalisation der Läsion können die Symptome dieser Art einer Dysphagie wieder abnehmen (Stephan/Gröne 2009, 25-28).

Am meisten von Schluckstörungen betroffen sind Menschen im Alter (Denk/Bigenzahn 1999, 30). Der Alterungsprozess verläuft aufgrund der persönlichen Konstitution individuell. Der Schluckakt verändert sich demzufolge bei jedem Menschen anders. Kommt es zu einem veränderten Kauverhalten durch Veränderungsprozesse, welche alle Schluckphasen betreffen können, spricht man von einer primären Presbyphagie. In der Regel können diese Vorgänge lange Zeit kompensiert werden. Beeinträchtigt neben dem Alterungsprozess zusätzlich eine Erkrankung den Schluckprozess, so zeigt sich in diesem Fall eine sekundäre Presbyphagie (Niers 2000, 17). Ihren Ursprung haben sekundäre Presbyphagien meist in einer Erkrankung betreffend des zentralen oder peripheren Nervensystems. Diese Störung des Schluckens zeigt sich hauptsächlich in der oropharyngealen Phase (Schaupp 2000, 25).

## 2.3 Leitsymptome

Der Schluckvorgang ist von aussen nicht einsehbar. Aus diesem Grund werden zur klinischen Untersuchung von Dysphagiesymptomen bildgebende Verfahren benötigt. Mittels videoendoskopischen und/oder radiologischen Untersuchungen können pathologische Symptome festgestellt werden. Die Symptomatologie beeinflusst den Schweregrad der Dysphagie und die Therapieindikation (Bartolome/Neumann 2006, 32). In den weiteren Unterkapiteln werden die wichtigsten pathophysiologischen Symptome einer Dysphagie beschrieben.

### 2.3.1 Leaking

Tritt vorzeitig Nahrung aus dem Mund aus, spricht man von Leaking. Dieses Entweichen von Bolusanteilen kann nach hinten in den Rachenraum oder nach vorne aus dem Mund heraus geschehen. Leaking in den Rachenraum ist gefährlicher, da dies zu Penetrationen oder Aspirationen führen kann (Prosiegel/Weber 2010, 31). Diese beiden Symptome werden in den nächsten Abschnitten genauer erläutert.

Leaking passiert vor der Auslösung des Schluckreflexes und ist deshalb ein prädeglutitiver Vorgang. Es kann durch verminderte orofaziale Kontrolle, orofaziale Sensibilitätsstörungen oder Beeinträchtigung der orolingualen Boluskontrolle zum Leaking kommen. Diese Beeinträchtigungen können infolge mangelnder Lippen- und Wangenkraft oder eingeschränkter Zungenbeweglichkeit und –kraft entstehen. Zudem führt häufig eine verspätete Schluckreflexauslösung zu Leaking. Pathologisch ist Leaking erst, wenn es anschliessend zu einer Penetration oder Aspiration kommt (ebd., 31).

### 2.3.2 Aspiration

Gelangt Speichel, Sekret oder anderes Material unterhalb der Stimmlippen, respektive in die Trachea, so wird von einer Aspiration gesprochen (Abb. 1). Aspirationen können vor, während oder nach der Schluckreflexauslösung erfolgen. Zu Aspirationen kann es



Abb. 1: Aspiration (Kraus 2009, 70)

durch mehrere Ursachen kommen, meist geht einer Aspiration jedoch ein Leaking in den Rachenraum oder laryngeale Penetrationen voraus. Direkte Symptome einer Aspiration, welche unmittelbar vor, während oder nach dem Schlucken eintreten, sind Husten, gurgelndes Atemgeräusch, veränderte Stimmqualität, Pulsbeschleunigung und eine Blauverfärbung des Gesichtes. Dieses letzte Symptom ist lebensgefährlich, denn grössere Mengen zu

einer vollständigen Obstruktion der Atemwege und somit zur Erstickung führen. Kleinere Mengen können in manchen Fällen Pneumonien durch bakteriell verunreinigtes Material, welches infolge einer Aspiration in die Lunge gelangte, hervorrufen (Prosiegel/Weber 2010, 35-38). Je nach Zeitpunkt wann eine Aspiration während des Schluckaktes stattfindet, wird zwischen prä-, intra- und postdeglutiver Aspiration differenziert (Bartolome/Neumann 2006, 32).

Erfolgt nach einer Aspiration nicht automatisch ein Hustenreflex, spricht man von einer stillen Aspiration. Dieses wird vorerst weder vom Patienten noch von seiner Umgebung registriert (Denk/Bigenzahn 1999, 27). Häufig sind Pneumonien oder chronische Lungeninsuffizienz erste wahrnehmbare Symptome und sind deshalb nicht ungefährlich. Um eine stille Aspiration objektiv festzustellen, ist eine instrumentelle Diagnostik zwingend (Prosiegel/Weber 2010, 35).

### 2.3.3 Penetration

Dieses Symptom umschreibt das Eindringen von Speichel, Sekret, Speiseresten, Flüssigkeit oder anderem Material in den Kehlkopfeingang oder in den Nasenraum. Im ersteren Fall - beim Eindringen in den Kehlkopfeingang - spricht man von einer laryngealen Penetration, dabei wird die Stimmlippenebene nicht überschritten, im zweiten Fall von einer nasalen Penetration, auch nasale Regurgitation (Abb. 2)



**Abb. 2: Nasale Regurgitation (Pfeil) (Schober u.a. 1999, 47)**



**Abb. 3: Laryngeale Penetration (Pfeil) (Schober u.a. 1999, 47)**

genannt. Damit es zu einer laryngealen Penetration kommt, besteht meist zuvor eine Beeinträchtigung der Schlussmechanismen des Kehlkopfeinganges (Aditus Laryngis). Eine eingeschränkte Kehlkopfehebung, ein behinderter Taschenfaltenschluss oder eine unzureichende Öffnung des oberen Ösophagusphinkters

können unter anderem zu einer laryngealen Penetration führen (Abb. 3). Bestehen bei einer laryngealen Penetration unzulängliche Schutzmechanismen, wie Husten oder Räuspern, kann das penetrierte Material nach der Schluckreflexauslösung unter die Stimmlippen gelangen. Somit erfolgt eine Aspiration. Auch nasale Penetrationen haben verschiedene Ursachen. Zum einen kann ein reduzierter velopharyngealer Verschluss eine nasale Penetration begünstigen, aber auch eine retrograde pharyngeale Peristaltik kann eine nasale Penetration hervorrufen (Prosiegel/Weber 2010, 33-34).

## 2.4 Therapieverfahren

Die funktionelle Dysphagietherapie vereint verschiedene Therapieansätze. Diese Methoden lassen sich in drei Verfahrenstechniken aufteilen. Die Präferenz für auf Wirksamkeit geprüfte Techniken zeichnet diese Therapie aus (Prosiegel/Weber 2010, 120). Nachfolgend wird auf die drei Therapieansätze genauer eingegangen.

Es gibt die restituierenden Verfahren, welche das Ziel haben, die ursprüngliche Schluckfunktion vollständig oder nahezu ganz wiederherzustellen. Bei diesen wiederherstellenden Verfahren wird besonders auf eine geeignete Haltung des Patienten geachtet. Damit wird eine möglichst ausgeglichene Muskelspannung im Mund- und Gesichtsbereich hergestellt. Übungen mit Dehnung, Druck, thermischen Reizen oder Vibration dienen als vorbereitende Stimuli. Anschliessend werden Techniken mit Dehnung und spezifischen Widerstandsübungen zur Erhöhung der Mobilität durchgeführt. Zudem werden mit gezielten Übungen die autonome motorische Bewegung und Funktion für das Gesicht, die Lippen, die Zunge, den Kiefer und den Hals-/Rachenbereich gestärkt (Bledau-Greifendorf 2009, 80-96). Beispielsweise wird zur Stärkung der Lippenmuskulatur eine Übung durchgeführt, bei welcher der Patient die Lippen spitzt und breitzieht bei offenen und geschlossenen Lippen (Denk u.a. 1999, 76).

Die zweite Gruppe an Therapieverfahren wird kompensatorisch eingesetzt. Diese ausgleichenden Methoden haben zum Ziel, die Physiologie mit Hilfe von bestimmten Techniken zu verändern. Dabei können Haltungsveränderungen zum Schutz der Atemwege zum Einsatz kommen. Bei eingeschränktem Bolustransport der Zunge in den Rachen kann beispielsweise eine Nackenextension eine Hilfestellung darstellen. Weiter kann durch Schlucktechniken der Schutz der Atemwege trainiert werden (Tab.1). So kann ein Nachschlucken den Rachen reinigen und somit die Gefahr, dass Bolusreste in die Atemwege gelangen, minimieren (Bledau-Greifendorf 2009, 96-98).

**Tab. 1: Zusammenfassung häufig verwendeter Schlucktechniken und Haltungsveränderungen in der Dysphagietherapie (Crary 2010, 293) [Übersetzung und Anpassung d. Verf.]**

Technik	Ausführung	Physiologische Veränderung	Auswirkung
Seitenlage	Mit der stärkeren Seite nach unten hinlegen	Betont die pharyngeale Kontraktion	Weniger Aspirationen
Chin-up	Kinn anheben	Weitet den Oropharynx Erhöht den Ruhetonus im Ösophagussphinkter	Besserer oraler Transport
Chin-down	Kinn senken	Verengt den Oropharynx	Vermindert Aspirationen
Kopfdrehung	Kopf nach rechts oder links drehen	Lenkt den Bolus auf die stärkere Seite des Pharynx Vermindert Ruhetonus im Ösophagussphinkter	Weniger Residuen und kleineres Aspirationsrisiko

Supra-glottisches Schlucken	Einatmen- Atem anhalten- Schlucken- Abhusten	Steigerung eines glottischen Verschlusses Erhöht die Bewegungen der am Schlucken beteiligten Strukturen	Vermindert Aspirationen Verlängert die Larynx-hebung
Supersupra-glottisches Schlucken	Einatmen- Atem anhalten- Pressen - Schlucken- Abhusten	Steigerung eines glottischen Verschlusses und Aktivierung eines supra-glottischen Verschlusses Erhöht die Bewegungen der am Schlucken beteiligten Strukturen	Vermindert Aspirationen Verlängert die Larynx-hebung
Mendelsohn-Manöver	Schlucken verlängern, Kehlkopf möglichst lange in Maximalposition halten	Erhöht und verlängert die Kehlkopfhebung	Verbessert Koordination des Schluckvorganges Weniger postdeglutitive Residuen Weniger Aspirationen
Kräftiges Schlucken	Kraftvolles hartes Schlucken	Erhöht die posteriore Zungengrundkraft Erhöht die Dauer des Schluckvorganges Erhöht die Zungengrundbewegungen	Weniger Residuen

Adaption ist das Ziel der dritten Gruppe der Dysphagietherapietechniken. Mit externen Hilfestellungen werden Restfähigkeiten bestmöglich erhalten und unterstützt. Dabei kann schon eine Adaption der Bolusmenge und der Bolusgrösse der Gefahr des Verschluckens vorbeugen. Kann ein Patient die Nahrung nicht mehr in allen Konsistenzen zu sich nehmen, kann ein Diät-Management trotz Funktionseinschränkungen versuchen, eine orale Ernährung zu ermöglichen. Solche Anpassungen können je nach Indikation passierte Kost, weiche Kost oder halbfeste Kost sein. Auch bei Flüssigkeiten kann mit Hilfe von Andickungspulver die Konsistenz individuell angepasst werden. Wichtig bei solchen Massnahmen ist, dass das Essen schmackhaft serviert wird, denn das Auge isst mit. Die Ziele einer solchen Diät sind, Konsistenzen mit hoher Aspirationsgefahr zu vermeiden und trotzdem eine optimale Nährstoffzufuhr zu gewährleisten (ebd., 98-102).

Es lassen sich weitere Dysphagietherapien nennen, wie die Therapie nach Castillo Morales, die Facio-orale-Trakt-Therapie (genauer in Kapitel 4.2.1) und die Propriozeptive neuromuskuläre Fazilitation. Diese sind alle wenig bis gar nicht auf ihre Wirksamkeit geprüft worden. In neuerer Zeit werden zudem mit Elektrostimulation gestörte muskuläre Prozesse, beispielsweise am Pharynx, anzuregen versucht. Doch bisherige Studienresultate sind bezüglich der Wirksamkeit ernüchternd (Prosiegel/Weber 2010, 121-124).

### **3 Demenz**

Im Prozess des Alterns ist ein kognitiver Abbau nichts Ungewöhnliches. Kontrovers wird in der Literatur jedoch die Grenze von der altersgemässen zur pathologischen Beeinträchtigung kognitiver Funktionen diskutiert (Forstmeier/Maercker 2008, 13). Weiter ist in der Literatur eine Vielzahl an Definitionen für den Begriff der Demenz zu finden. Diese Umschreibungen sind ziemlich uneinheitlich. Es kommt zu Überlappungen von Begrifflichkeiten und unklaren Abgrenzung zwischen einzelnen Demenzformen. Im Folgenden beschränkt sich dieses Kapitel aus diesem Grund auf die internationale Klassifikation von Demenz nach ICD-10, um eine gewisse Klarheit der Begrifflichkeiten gewährleisten zu können. Zu beachten ist, dass der Demenzbegriff der ICD-10 von der häufigsten Demenzform, der Alzheimer-Demenz, beeinflusst ist (Schaub/Freyberger 2012, 88).

#### **3.1 Definition**

Wird der Begriff „Demenz“ verwendet, so umschreibt dieser ein erworbenes Syndrom, bei dem sich kognitive Leistungen chronisch und progredient vermindern. Diese Reduktion führt zu funktionell relevanten Einbussen der Alltagsaktivität. Es wird unterschieden zwischen primär neurogenerativen Demenzen und sekundären Demenzformen. Bei neurogenerativen Demenzen liegt eine primäre Schädigung der Nervenzellen vor. Hingegen bei sekundären Demenzformen werden Nervenzellen von „äusseren“ Faktoren geschädigt, beispielsweise durch vaskuläre Läsionen oder metabolische Erkrankungen (Gasser/Maetzler 2012, 36).

Im Klassifikationssystem ICD-10 (WHO, 2010) werden alle Demenzformen zuerst in einem allgemeinen Kernsyndrom anhand psychopathologischer Verhaltens- und Verlaufsmerkmalen beschrieben. Die nachfolgend aufgeführten Merkmale des Kernsyndroms sind aus diesem Grund nicht ätiologiespezifisch. Erst in einem zweiten Schritt werden in der ICD-10 Kriterien für die ätiologische Zuordnung bestimmt (Schaub/Freyberger 2012, 87). Zudem wird das Demenzsyndrom in die Schweregrade leicht, mittelgradig und schwer eingeteilt (Förstl 2009, 5).

Das erste Merkmal des einheitlichen Demenzsyndroms beinhaltet vorerst eine Störung der Gedächtnisfunktion, welche sich vor allem auf das Lernen von neuen Informationen auswirkt. Die Minderung des Gedächtnisses beeinträchtigt sowohl die Verarbeitung von verbalem wie auch von nonverbalem Material. Für eine Diagnose sollte diese Reduktion der Gedächtnisleistung objektiv verifizierbar sein. Ein weiteres Merkmal des Demenzsyndroms ist die Abnahme anderer kognitiver Fähigkeiten, welche sich durch Verminderung der Urteilsfähigkeit und des Denkvermögens kennzeichnet. Mittels einer Fremdanamnese und einer neuropsychologischen Untersuchung sollte diese Veränderung besonders in Bezug auf früher höhere

Leistungsfähigkeiten aufgezeigt werden können. Ein weiteres Kriterium für das Demenzsyndrom ist ein Grad an Gedächtnisverlust, welcher tägliche Aktivitäten beeinträchtigt und/oder die Abnahme der kognitiven Fähigkeiten die Leistungsfähigkeit im täglichen Leben einschränkt. Weiter muss die Wahrnehmung der Umgebung möglichst lange erhalten bleiben. Das heisst, es sollten gleichzeitig keine Bewusstseinsstörungen auftreten. Beim Demenzsyndrom ist zudem eine Verminderung der Affektkontrolle, des Antriebs oder des Sozialverhaltens beobachtbar. Diese bringt sich in mindestens einem Merkmal wie emotionale Labilität, Reizbarkeit, Apathie oder Vergröberung des Sozialverhaltens zum Ausdruck. Um nun eine sichere klinische Diagnose stellen zu können, muss die Abnahme des Gedächtnisses und anderer kognitiver Fähigkeiten seit mindestens sechs Monate vorhanden sein. Das Ziel dieser nicht ätiologiespezifischen Merkmale ist eine Abgrenzung des Demenzsyndroms von Zuständen mit Bewusstseinsstörungen und eingegrenzten neuropsychologischen Störungen (ebd., 88).

Vereinfacht formuliert, ist Demenz eine mnestiche Störung mit zusätzlichen kognitiven Defiziten, welche Alltagsfunktionen beeinträchtigen (ebd., 87). Das Demenzsyndrom unterscheidet sich von einer Minderbegabung durch eine sekundäre Verschlechterung einer zuvor grösseren geistigen Leistungsfähigkeit (Förstl 2009, 4).

### **3.2 Prävalenz**

In den westlichen Industrieländern wurde bei den über 65-jährigen Personen eine Gesamtprävalenz von Demenzerkrankungen von 5-9% erhoben. Die Prävalenzraten variieren je nach Geschlecht, Alter und Demenzerkrankung. Die Alzheimer-Krankheit ist die häufigste Ursache an einer Altersdemenz zu erkranken (Bickel 2012, 19). Als grösster Risikofaktor bei der Alzheimer-Krankheit gilt das Alter. Mit dem Anstieg des Alters steigt die Gefahr, an Demenz zu erkranken, exponentiell an (Förstl 2009, 6).

### **3.3 Demenzformen**

Wie in Kapitel 3.1 angesprochen, werden verschiedene Demenzformen in der ICD-10 nach Ursachen orientiert klassifiziert. Es muss aber davon ausgegangen werden, dass meist mehrere ursächliche Faktoren ausschlaggebend sind. So werden in der ICD-10 hauptsächlich drei Demenzformen unterschieden, nämlich die Demenz vom Alzheimer-Typ, die vaskuläre Demenz und die Demenz bei anderen Krankheiten/Ursachen. Weitere Demenzformen, wie Demenz mit Lewy-Körperchen, frontotemporale Lobärotrophie und andere seltenere Demenzformen, werden in der ICD-10 nicht spezifiziert erwähnt. Diese Formen lassen sich unter Umständen den oben erwähnten Unterformen zuordnen (Schaub/Freyberger 2012, 90-91).

### 3.3.1 Leichte kognitive Beeinträchtigung

Bevor das Stadium einer Demenz mit alltagsrelevanten Einschränkungen diagnostizierbar ist, entstehen bei den meisten Demenzen neurogenerative Hirnveränderungen. Diese neurogenerativen wie auch vaskulären Veränderungen können mit modernen Untersuchungsmethoden festgestellt werden. Solche Veränderungen können eine leichte kognitive Beeinträchtigung zur Folge haben (Wallesch/Förstl 2012, 200). Das bedeutet eine kognitive Störung mit Auffälligkeiten im Bereich des Kurzzeitgedächtnisses, der Auffassung und der Aufmerksamkeit. Diese leichte kognitive Beeinträchtigung, im angloamerikanischen Raum auch *mild cognitive impairment* genannt, bedeutet ein besonders hohes Risiko an einer Demenz zu erkranken (Zaudig 2009, 24). Kriterien für eine Diagnose einer leichten kognitiven Beeinträchtigung sind nach Petersen et al. (1999, 305) subjektives Klagen über Gedächtnisbeeinträchtigungen und der objektive Nachweis derer. Dabei sollten generelle kognitive Funktionen intakt sein. Auch sollten Aktivitäten im täglichen Leben nicht beeinträchtigt werden. Das letzte Kriterium ist ein Ausschluss einer Demenz.

Beobachtungen von Unterschieden und Leitsymptomen in diesem prädemenziellen Stadium können als Hypothesen für eine Verdachtsdiagnose und deren Ätiologie genutzt werden (Wallesch/Förstl 2012, 201).

### 3.3.2 Alzheimer-Demenz

Ungefähr bei zwei Drittel der Personen mit einer Demenz wird eine Alzheimer-Demenz diagnostiziert. Diese Krankheit wurde erstmals von Alois Alzheimer um 1906 als eine präsenile, vor dem 65. Lebensjahr auftretende degenerative Demenz mit Neurofibrillen, Alzheimer-Plaques und Nervenzellverlust beschrieben. Heute müssen für eine klinische Diagnose einer Alzheimer-Demenz nach ICD-10 die allgemeinen Demenzkriterien (vgl. Kapitel 3.1) erfüllt sein. Zusätzlich sollten nach Anamnese und Untersuchung keine Hinweise auf andere potentielle Demenzursachen wie Hirnerkrankungen, systemische Erkrankungen oder Alkohol- und Drogenmissbrauch auffindbar sein. Zur Diagnose kommt es, wenn beobachtbare Defizite des deklarativen Gedächtnisses, entweder Alzheimer-typische strukturelle oder funktionelle Hirnveränderungen oder entsprechende Liquorveränderungen festgestellt wurden. Zudem besteht ein besonderes Risiko für Personen bei denen eine autosomal-dominante familiäre Alzheimer-Mutation existiert (Förstl u.a. 2009, 44-47).

Letztendlich ist eine Alzheimer-Erkrankung stets tödlich. Es kommt während ungefähr fünf bis acht Jahren nach der Diagnosestellung zu einer Systemdegeneration. Diese führt zu einer Schädigung von Synapsen und Neuriten. Schliesslich sterben Neuronen im Grosshirn, Zwischenhirn und etwas weniger im Hirnstamm ab. Histopathologisch sind Amyloidablagerungen, Neurofibrillenbündel, aktivierte

Mikrogliazellen, Synapsen- und Nervenzellverluste und Amyloidangiopathie feststellbar (Schmidtke/Otto 2012, 203-204). Je nach Demenzstadium verändern die Symptome der Alzheimer-Demenz ihre Ausprägung.

Die Kernsymptomatik der Alzheimer-Demenz umfasst die Gedächtnisstörung, die Störung des visuell-räumlichen Denkens und die des Benennens. Die zunehmende Störung des Gedächtnisses ist das unerlässliche und vorherrschende Symptom bei einer diagnostizierten Alzheimer-Demenz. Die visuell-räumliche Beeinträchtigungen zeigen sich vor allem beim Schreiben, Rechnen, Einräumen, Ankleiden und bei anderen alltäglichen Tätigkeiten. Auch die Sprache zeigt mit zunehmendem Schweregrad der Alzheimer-Demenz Auffälligkeiten. Im Gegensatz zu anderen Demenzformen ist der Syntax, die Phonematik und die Prosodie zu Beginn nicht atypisch. Doch es lässt sich bei Alzheimer-Demenz eine zunehmend inhaltsarme Sprache mit Wortfindungsstörungen und unpräzisen Äusserungen beobachten. In einem späten Stadium äussern sich Personen mit Alzheimer-Demenz nur noch bruchstückhaft und allmählich versiegt die Sprache nahezu (ebd., 208-214). Nebst diesen Symptomen treten im Verlauf der Demenzstadien auch depressive Phasen auf. Es kann in einem mittleren Stadium zu verbalen oder physischen Ausbrüchen von Aggressionen kommen. Weiter sind vermehrte Unruhen bis gar Rastlosigkeit in einem späten Stadium beobachtbar (Förstl u.a. 2009, 48-49).

### 3.3.3 Vaskuläre Demenzen

Zur zweit häufigsten Ursache neben primär degenerativen Demenzen gehören in Europa Demenzen infolge zerebraler Durchblutungsstörungen. Diese entstehen durch Infarkte in grossen zum Hirn führenden Arterien oder durch Mikroangiopathie. Aufgrund der unterschiedlichen Entstehungsorte weist das Krankheitsbild der vaskulären Demenz eine phänomenologische Vielfalt auf. Die einzelnen Formen der vaskulären Demenz sind hinsichtlich dieser Heterogenität und uneinheitlicher Diagnosekriterien nicht klar voneinander abzugrenzen. Für die Diagnose einer vaskulären Demenz wird von der ICD-10 eine alltagsrelevante Abnahme der Gedächtnisleistung und kognitiven Fähigkeiten, welche durch eine Anamnese und/oder neuropsychologische Tests festgestellt werden kann, verlangt. Diese Reduktion sollte in Zusammenhang mit einem vorhergegangenen klinischen Schlaganfall oder eine bildgebenden Nachweises einer Hirngefässerkrankung gebracht werden können. Insgesamt ist die Überlebenschance im Durchschnitt bei einer vaskulären Demenz geringer als bei einer Demenz bei Alzheimer (Haberl/Schreiber 2009, 66-68).

### 3.3.4 Demenz bei anderen Krankheiten/Ursachen

Die ICD-10 ordnet dieser Gruppe verschiedene Krankheiten zu, welche eine Demenz beinhalten. Dazu gehören die Pick-Krankheit, Creutzfeldt-Jakob-Krankheiten, Chorea Huntington, Parkinson-Krankheit, Demenzen aufgrund HIV-Infektion, substanzinduzierte Demenzen und Demenzen anderer Ätiologie (Schaub/Freyberger 2012, 90). Im Zusammenhang der Erkrankung an Parkinson kann eine Demenz mit einer Lewy-Körperchen-Pathologie auftreten. Je nach Zeitpunkt des Auftretens spricht man von einer Lewy-Körperchen-Demenz oder Parkinson Demenz. Manifestiert sich die Demenz gegenüber der Parkinson-Krankheit früher, wird sie Demenz mit Lewy Körperchen genannt, bei späterem Beginn Parkinson Demenz (Assem-Hilger/Pirker 2010, 71). Bei der Parkinson-Krankheit ist das Risiko, dass sich eine Demenz ausbildet, im Vergleich zur Normalbevölkerung um das Zweifache bis Vierfache erhöht (Gutzmann 2008b, 9). Ein häufiges Symptom sind hierbei visuelle Halluzinationen und grosse Schwankungen der Aufmerksamkeit und Vigilanz (Assem-Hilger/Pirker 2010, 72).

Die dritthäufigste primär degenerative Demenzerkrankung erfolgt durch eine Schädigung im fronto-temporal-Lappen im Grosshirn. Im Vergleich zur Alzheimer-Demenz ist das Gedächtnis zu Beginn der frontotemporalen Demenz überwiegend gut erhalten. Die Progredienz der Krankheit ist langsam und der Beginn ist schleichend. Da die frontalen und temporalen Gebiete des Kortex betroffen sind, kommt es zu Veränderungen des erlernten Sozialverhaltens, der Emotionsverarbeitung und des Sprachvermögens (Böhme 2008, 54).

## 3.4 Therapie

Des Weiteren wird in diesem Kapitel auf die medikamentösen, wie auch nicht-medikamentösen Therapiemöglichkeiten bei Demenz eingegangen. Dabei wird nun der Begriff „Demenz“ in einem allgemeinen Sinn verwendet, welche alle Formen mit einschliesst.

### 3.4.1 Pharmakotherapie

Um Demenz medikamentös zu therapieren kommen Antidementiva zum Einsatz. Sie haben das Ziel, sich auf integrative Hirnfunktionen, wie Gedächtnisleistungen, Lernfähigkeit, Auffassungsgabe, Abstraktionsvermögen oder Konzentrations- und Merkfähigkeit positiv auszuwirken. Die antidementiven Wirksubstanzen können zur Prävention, zur Progressionsverzögerung und zur Verzögerung der Symptomprogression eingesetzt werden (Hampel u.a. 2012, 356-357). Der Erfolg einer Therapie mit Antidementiva ist nicht gleichzusetzen mit einer Verbesserung der Symptome. Schon eine Stagnation der Symptomatik beispielsweise bei einer

neurogenerativen Demenz kann als Erfolg gewertet werden (Hampel u.a. 2012, 356; Lautenschlager/Kurz 2009, 322).

#### 3.4.2 Nicht medikamentöse Therapie

Dieser Bereich im Themengebiet der Demenz zeigt die grössten Differenzen zwischen Praxis und Forschung auf. Die nicht medikamentöse Therapie bietet eine Vielzahl an Verfahren an. Zu diesen gehören die Validation, Ergotherapie, multisensorische Stimulation, Entspannungsverfahren, Realitätsorientierung oder die Reminiszenz und andere (Romero/Förstl 2012, 370). Laut der Untersuchung von pflegerischen Versorgungskonzepten (DIMDI 2009, 71) weisen all diese genannten Methoden keine ausreichende Evidenz auf. Doch eine Wirksamkeit der einzelnen Verfahren lässt sich durch diesen Befund nicht ausschliessen. Diese Therapiekonzepte haben das Ziel neuropsychiatrische Symptome zu vermindern und kognitive, soziale und alltagspraktische Kompetenzen zu erhalten. Zudem beabsichtigt eine nicht medikamentöse Therapie das physische Wohlbefinden der Personen möglichst hoch zu halten (Romero/Förstl 2012, 371).

## **4 Dysphagietherapie bei Demenz**

Je nach Demenzgrad und Art der Dysphagie kommen bei Personen mit Demenz unterschiedliche Methoden zum Einsatz, von der klassisch funktionellen Dysphagietherapie bis zur perkutanen endoskopischen Gastrostomie (Geissler/Winkler 2010, 133). Im Folgenden werden zunächst allgemeine Überlegungen und später die Dysphagietherapie an einem praktischen Beispiel dargestellt. In diesem Zusammenhang kommt es unweigerlich zur Frage, ab wann und bis wann eine Dysphagietherapie bei Demenz indiziert ist. Diese ethische Diskussion zusammen mit der Einbindung der Angehörigen in die Therapie ist Zentrum des letzten Unterkapitels.

### **4.1 Allgemeine Überlegungen zur Dysphagietherapie bei Demenz**

Um eine Indikation einer Dysphagietherapie bei Demenz nachvollziehen zu können, werden im nachfolgenden Abschnitt die wichtigsten Veränderungen des Schluckaktes im Alter und spezifisch bei Demenz aufgezeigt. Aviv (1997, 75) stellte fest, dass sich die Sensibilität im oralen, pharyngealen sowie im subglottischen Bereich allgemein im hohen Alter verändert und meist auch reduziert. Zudem können ein alterskorrelierender Zahnverlust und der Abbau der Zahnkämme zu einer Veränderung in der oralen Phase des Schluckvorgangs führen. Dies hat zur Folge, dass beispielsweise der Kauvorgang nur ungenügend vollzogen wird, und so das Risiko des sich Verschluckens massiv steigt (Niers 2000, 18). Weitere Veränderungen des Schluckaktes im Alter sind die Verlängerung von Schluckzeiten und die Verringerung des Ruhetonus des oberen Ösophagusphinkters. Eine Verzögerung der Entspannung des oberen Ösophagusphinkters anfangs der ösophagealen Phase führt zu einem erhöhten Risiko einer laryngealen Penetration (Geissler 2007, 36; Herwaarden et al. 2003, 213-215). Zusammenfassend lässt sich konstatieren, dass die altersbedingten motorischen und sensorischen Veränderungen in allen Schluckphasen beobachtbar sind. Der Schluckprozess bleibt in sich intakt, doch die einzelnen Abläufe werden anders aufeinander abgestimmt (Geissler/Winkler 2010, 34-35). Insgesamt werden jedoch die Kompensationsmöglichkeiten im Alter durch das Auftreten anderer negativer Einflussfaktoren zunehmend eingeschränkt (Prosiegel/Weber 2010, 27). Bartolome und Neumann (2006, 32) schreiben, dass noch weitere Untersuchungen zu den altersbedingten Veränderungen des Schluckaktes notwendig sind, um diese beobachteten Modifikationen zu bekräftigen und die Schluckfunktion im Alter allgemein besser nachzuvollziehen.

Die Ursachen einer Dysphagie bei Demenz lassen sich nicht einzig auf strukturelle oder neurologische Störungen, welche eine oropharyngeale Schluckstörung zur Folge haben, beschränken (Heidler 2009, 36). Zu beachten ist, dass eine Dysphagie im

Zusammenhang mit einer Demenz kein eigenständiges Syndrom, sondern ein mögliches Symptom sein kann (Böhme 2008, 128).

Dysphagien können altersbedingt und bei Demenz zudem ihre Ursachen in der verminderten Elastizität des oberen Ösophagusphinkters, in einem schlechtem Zahnstatus oder reduzierter Speichelsekretion haben. In die Ursachenfrage sollte ebenfalls die Möglichkeit von „*White matter lesions*“, bei denen die weisse Substanz des Nervensystems geschädigt ist, und kognitive Störungen einbezogen werden (Prosiegel/Buchholz 2006, 61).

Kognitive Ursachen von Dysphagien, wie Heidler (2009, 36) sie beschreibt, wurden bisher wenig beachtet. Sie geht davon aus, dass Störungen der Aufmerksamkeits-, Gedächtnis- und Exekutivfunktionen zu etlichen Schwierigkeiten bei der Nahrungsaufnahme bei geriatrischen Patienten führen können. Mit Schwierigkeiten sind beispielsweise Nahrungsverweigerung, Fehlhandlungen mit Nahrung oder Vergessen des Essens gemeint. Derartige kognitiv bedingte Schluckstörungen werden durch unterschiedliche altersbedingte hirnorganische Erkrankungen ausgelöst. Die meisten kognitiv bedingten Dysphagien sind auch neurogene Dysphagien, da sie häufig durch neurogene Erkrankungen entstehen. Heidler (2009, 38-40) unterteilt die kognitiv bedingten Dysphagien in vier Varianten. Die erste umfasst Schluckstörungen, welche infolge beeinträchtigter Exekutivfunktionen verursacht wurden. Hierbei haben die Betroffenen Probleme bei der Planung, dem Initiieren, dem Sequenzieren oder dem willentlichen Kontrollieren und Inhibieren der Esshandlung. Die zweite Variante umfasst die kognitiv bedingte Dysphagie aufgrund gestörter Aufmerksamkeitsfunktionen, so kann es sein, dass Personen mit reduzierter Vigilanz während des Essens einschlafen. Zudem ist hierbei die Nahrungsaufnahme sehr verlangsamt, was zu einem schnellen Sättigungsgefühl führen kann. Bei der dritten Gruppe ist eine eingeschränkte Konzentrationsfähigkeit beobachtbar, so dass einzelne Teilhandlungen beim Essen vertauscht oder vergessen werden. Treten Schluckstörungen infolge von verminderten Gedächtnisleistungen auf, kann das Vergessen von bereits stattgefundenen Mahlzeiten zu Über- oder Unterernährung führen. Die vierte Gruppe von kognitiv bedingten Dysphagien wird durch eine beeinträchtigte Handlungsorganisation hervorgerufen. Dabei ist die Ausführung willkürlicher, zielgerichteter und geordneter Bewegungen bei der Nahrungsaufnahme beeinträchtigt.

Jäger (2003, 44) weist auf die grosse Heterogenität der Personen mit Demenz und deren Schluckstörungen hin. Aus diesem Grund empfiehlt er eine möglichst frühe Differenzialdiagnostik mit der Beachtung der gesamten Fähigkeitsstörung. So können die Bedingungen für eine kognitive und motorische Trainierbarkeit in frühen Demenzstadien am ehesten gewährleistet werden.

Rösler u.a. (2008, 129) zeigen in ihren Untersuchungen eine mögliche Korrelation zwischen dem Demenzstadium und dem Schweregrad der Dysphagie auf. Eine solche Korrelation fand sich jedoch nur bei einer Alzheimerdemenz und nicht bei einer vaskulären Demenz. Die spezifische Analyse und kontinuierliche Beobachtung der Schluckstörung im Zusammenhang mit einer Demenz ist demzufolge unerlässlich. Mit individuell angepassten Massnahmen sollen Aspirationen und Mangelernährung vorgebeugt werden. Bei Demenz kann die Nahrungsaufnahme zuweilen gänzlich unterbrochen sein, doch nicht ausschliesslich infolge einer Dysphagie, sondern auch aufgrund von Delirien oder Depressionen. Zusätzlich beeinträchtigt der Abbau von Neuronen in den Schaltzentren der nervalen Steuerung die pharyngeale Phase. Diese Reduktion kann eine Malnutrition begünstigen (Schaupp 2000, 27).

Durch das komplexe Störungsbild der Demenz ist eine multidisziplinäre Dysphagietherapie erforderlich. Dies beinhaltet eine Zusammenarbeit zwischen Fachpersonen einerseits, aber auch das Einbinden der Angehörigen andererseits. Die meist eingeschränkten kognitiven Möglichkeiten bei Demenz erschweren die Therapie von Dysphagie merklich. Trotzdem kann ein optimales Dysphagiemanagement die Aspirationsgefahr und die Obstruktion der oberen Atemwege minimieren (Geissler/Winkler 2010, 129). Ein Dysphagiemanagement umfasst die Erfassung von anamnestischen Informationen und Symptomen, die Diagnostik und therapeutische Massnahmen. Durch den kontinuierlichen Gedächtnisverlust und die Beeinträchtigung höherer kortikaler Funktionen ist eine differenzierte Standortdiagnostik unerlässlich. So kann im Anschluss daran eine symptomorientierte Therapie zur Verbesserung der Kognition und der Motorik in Angriff genommen werden. Die Auswahl der Methoden hängt vom Verlauf und dem Schweregrad der Dysphagie ab. Beim Einsatz von konservativen Therapiemethoden werden hauptsächlich restituierende und kompensatorische Massnahmen verwendet. Im fortgeschrittenen Demenzstadium erfolgt eine alltagsorientierte und individuell symptomorientierte Therapie. Diese orientiert sich an den Bedürfnissen der Patienten. Zudem werden Angehörige zur Unterstützung miteingebunden (Rittig 2003, 51-53). Auf die Mitarbeit der Angehörigen in der Dysphagietherapie wird im Kapitel 4.3 genauer eingegangen.

Wie im Kapitel 2.4 beschrieben, werden funktionelle Dysphagietherapiemethoden in restituierende, kompensatorische und adaptive Massnahmen eingeteilt. Die restituierenden und kompensatorischen Methoden beinhalten verschiedene Schwierigkeiten in der Anwendung bei Personen mit Demenz. Beide Gruppen von Massnahmen setzen ein gewisses Mass an kognitiven Fähigkeiten voraus. Zudem sollte bei den restituierenden Methoden ein selbstständiges Üben möglich sein. Die kompensatorischen Massnahmen erfordern nebst den kognitiven auch motorische Fähigkeiten, welche eine regelmässige Anwendung bei jeder Nahrungsaufnahme

erlaubt. Wird dies nicht konsequent umgesetzt, so fällt der Schluckakt wieder in den unveränderten dysfunktionalen Zustand zurück. Zusammenfassend ist feststellbar, dass all diese Massnahmen vor allem nur für Personen mit einer leichten Demenz sinnvoll sind. Denn oft sind diese spezifischen, doch abstrakten Übungen bei Personen mit Demenz und ihren beträchtlichen kognitiven Einschränkungen nicht anwendbar. Adaptierende Massnahmen hingegen, welche mittels externen Hilfen die Anforderungen an den Schluckakt verringern, erfordern lediglich einen ausreichenden Wachheitsgrad und Motivation zur Nahrungsaufnahme (ebd., 54-56).

Bisher wurden Schluckstörungen bei Menschen mit einer Demenz weit weniger erwähnt als neurogene Schluckstörungen infolge eines Schlaganfalles. Häufig blieben solche Dysphagien bei Demenz unerkant, da beispielsweise ein Husten oder Räuspern während des Essens für einen grippalen Infekt gehalten wurde (Stobbe 2012, 140). Meist ist ein persistierender Gewichtsverlust ein erster Hinweis für eine Schluckstörung (Crary/Groher 2003, 53). Die Herausforderung für die Beteiligten bei einer Person mit Demenz und einer Dysphagie ist gross. Wie oben schon erwähnt, sind nicht alle Verfahren und Techniken der klassischen Dysphagietherapie für Patienten mit kognitiven Einschränkungen geeignet. Doch mit Hilfe einer guten Zusammenarbeit zwischen der Person mit Demenz und einem interdisziplinären Team kann die schlucktherapeutische Arbeit zur Verbesserung der Lebensqualität beitragen. Bei der Begleitung und Unterstützung beim Essen können einige Faktoren einen positiven Einfluss auf die Nahrungsaufnahme haben. Zu beachten ist, dass der Ort zum Essen möglichst ruhig und wenig Ablenkung bietet. Es sollten die Vorlieben und Gewohnheiten der Person bezüglich des Essens in die Therapie einbezogen werden. Der Sitz einer Zahnprothese sollte im Voraus überprüft werden. Ebenso ist eine aufrechte Sitz- und Kopfhaltung wünschenswert. Man sollte nur kleine Portionen Nahrung anbieten und damit auch der Person genügend Zeit einräumen, um zu kauen und zu schlucken. Bevor neue Nahrung in den Mund gelangt, sollte dieser leer sein. Nach dem Essen wäre es günstig, dass die Person noch ungefähr 20 Minuten in aufrechter Position sitzen bleibt, um die Gefahr einer Aspiration von Resten im Pharynx zu vermindern (Stobbe 2012, 141-145).

Eine anschliessende Mundpflege nach jeder Mahlzeit ist unerlässlich. Damit können Infektionskrankheiten und Mundschädigungen grösstenteils verhindert werden. Zudem kann mit einer guten Mundhygiene der Appetit angeregt werden (Rückert u.a. 2007, 35).

Nach den Leitlinien des DGNKN (2003, 19) für Patienten mit neurologischen Schluckstörungen ist dann ein Weiterführen einer gezielten Schlucktherapie nicht mehr angebracht, wenn das individuelle Therapieziel erreicht wurde, oder keine funktionellen Veränderungen durch eine Prozessdiagnostik und apparative Kontrolluntersuchungen

festgestellt werden konnten. Zudem liegt keine Therapieindikation mehr vor, wenn die dokumentierten Fortschritte nicht alltagsrelevant sind und vom Patienten nicht in den Alltag integriert werden können. Besteht keine Compliance zwischen Patient, Therapeut und Angehörigen, so erscheint das Fortsetzen der Therapie wenig sinnvoll.

Wie zuvor erwähnt, wird in der klassischen Schlucktherapie ein Mindestmass an Wachheit und Kooperation seitens des Patienten verlangt. In einem späten Stadium der Demenz ist dies jedoch oft nicht mehr gegeben. Meist kommt dann die Frage nach dem Einsatz einer perkutanen endoskopischen Gastrostomie (PEG) zur Diskussion. Damit können die lebenswichtigen Substanzen in Form von Sondennahrung direkt durch die Bauchwand in den Magen gelangen. Verbindliche Richtlinien zur Indikation und Zeitpunkt einer PEG-Einlage existieren keine. Offenbar hat jede Institution, welche Patienten mit Demenz beherbergt, ihre eigenen Kriterien, wann eine PEG-Sondenanlage initiiert wäre. Nicht alleine die physische und psychische Konstitution der betroffenen Person ist ausschlaggebend für den Entscheid, die Nahrung über eine Sonde zu verabreichen (Rückert u.a. 2007, 118). Letztendlich besteht dann eine Indikation für eine PEG-Sondenanlage, wenn eine ausreichende Flüssigkeits- und/oder Nahrungszufuhr auf oralem Wege ohne Aspiration nicht mehr möglich ist (Schulz u.a. 2009, 328). In einer retrospektiven Datenbank-Analyse konnte festgestellt werden, dass in der Geriatrie vor allem PEG-Sondenanlagen bei Personen mit Schlaganfall (65,1%) und/oder Dysphagie (64,1%) zum Einsatz kommen. Insgesamt ist die Indikation zur PEG-Sondenanlage meist eine komplexe Einzelfallentscheidung (Wirth u.a. 2006, 21).

Im Kapitel 4.3 wird genauer auf die ethischen Aspekte einer künstlichen Ernährung bei Personen mit Demenz eingegangen. Besonders bezüglich der Wirksamkeit eines PEG-Einsatzes gehen die Meinungen in der Literatur auseinander.

#### **4.2 Demenzorientierte Modifizierung der Dysphagietherapie am praktischen Beispiel der Therapie des Facio-Oralen Trakts nach Key Coombes**

Die Therapie des Facio-Oralen Trakts entwickelt von Kay Coombes - kurz F.O.T.T.<sup>®</sup> genannt - behandelt Störungen des mimischen Ausdrucks, oraler Bewegungen des Schluckens, der Atmung, der Stimmgebung und des Sprechens infolge einer neurogenen Störung (Nusser-Müller-Busch 2011, 12). In den nächsten beiden Kapiteln wird zuerst Allgemeines zur F.O.T.T.<sup>®</sup> aufgezeigt. Dann werden geeignete Aspekte der F.O.T.T.<sup>®</sup> im Zusammenhang mit Demenz dargelegt und anschliessend konkrete Anpassungen der F.O.T.T.<sup>®</sup> an das Störungsbild der Demenz vorgeschlagen.

#### 4.2.1 Allgemeines zur Therapie des Facio-Oralen Trakts

Im Zentrum dieser Therapie stehen die Rehabilitation der Funktionen im facio-oralen Trakt und deren integrative Koordination. Der alltagsbegleitende und interdisziplinäre Ansatz, welcher zudem in ein 24-Stunden-Konzept integriert ist, eignet sich aufgrund dieser Rund-um-die-Uhr-Betreuung für die Therapie mit Personen, welche bewusstseinsgestört oder kognitiv schwer beeinträchtigt sind (Prosiegel/Weber 2010, 123). Mit F.O.T.T.<sup>®</sup> sollte frühzeitig begonnen werden. So kann dem Patienten möglichst umgehend zu einer normalen, physiologischen Haltung und Bewegungen im Rahmen von sinnvollen, alltäglichen Handlungsabläufen verholfen werden. Das vordergründige Ziel ist es, eine möglichst physiologische Ausgangsposition, zu schaffen in der der Dysphagiepatient normale Bewegungen fühlen oder gar selbst ausführen kann. Dazu sind eine individuelle Befunderhebung und das Erstellen von Arbeitshypothesen erforderlich. Das therapeutische Arbeiten wird immer wieder in Bezug auf die Aufgabenstellung angepasst und die Ziele überprüft. Durch die Evaluation dieser Teilziele kommt es zu neuen Hypothesen und weiteren Zielen. So entsteht ein wechselseitig anpassungsfähiger und andauernder Prozess. Die Aufgaben haben eine grosse Relevanz im Alltag. Dies hat den Vorteil, dass die Patienten das Ergebnis direkt erfahren und die Rückmeldungen durch das situative Setting besser verstehen können (Nusser-Müller-Busch 2011, 14).

Die Therapie des Facio-Oralen Trakts ist in vier grosse Bereiche gegliedert. Dies sind: Nahrungsaufnahme, Mundhygiene, Nonverbale Kommunikation und Atmung-Stimme-Sprechen (ebd., 15).

Die Nahrungsaufnahme beginnt schon vor dem eigentlichen Schlucken. Aus diesem Grund wird bei F.O.T.T.<sup>®</sup> auch die prä-orale Phase mitberücksichtigt. Es werden Erfahrungen zur normalen Bewegung beim Vorgang der Nahrungsaufnahme in diesem Therapiebereich verwendet, um Bewegungsabläufe differenziert betrachten zu können. Dabei werden zwischen willkürlichen und automatisierten Bewegungen, Kontroll- und Schutzmechanismen unterschieden. Letztere Mechanismen kommen vor allem bei einem beeinträchtigten Schluckvorgang zum Einsatz. Meist haben Personen mit Schluckstörungen im gesamten Nahrungsaufnahmeprozess Probleme, deshalb wird bei F.O.T.T.<sup>®</sup> die Sequenz im Ganzen untersucht und therapiert. Ein besonderes Augenmerk im Bereich der Nahrungsaufnahme liegt bei F.O.T.T.<sup>®</sup> auf der Normalisierung der Haltung und des Muskeltonus im gesamten Körper. Somit können physiologische Bewegungsabläufe beim Schlucken und die Schutzreaktionen angebahnt und gefördert werden (ebd., 15-16).

Der F.O.T.T.<sup>®</sup>-Bereich der Mundhygiene hat zum Ziel, die Mundhöhle und die Zähne von Essensresten zu reinigen. Dies hat einen bedeutenden und sicherheitsrelevanten

Stellenwert für das Gesunderhalten der Mundhöhle. In einer strukturierten Mundsäuberung werden taktile Informationen klar und deutlich eingesetzt (ebd., 17).

Die Nonverbale Kommunikation, der dritte Bereich der F.O.T.T.<sup>®</sup>, verbindet die Vorbereitung und die Therapie der Nahrungsaufnahme miteinander. Beispielsweise werden Veränderungen am Haltungshintergrund vorgenommen oder Bewegungen werden taktil geführt. Es können thermale Reize oder Vibration zum Einsatz kommen (ebd., 17-18).

Der vierte Bereich der F.O.T.T.<sup>®</sup> beinhaltet Atmung, Stimmgebung und Sprechen. Zuerst wird an der Koordination von Atmung und Schlucken gearbeitet. Durch die Beeinflussung der Haltung und die Regulation des Körpertonus werden Bedingungen hergestellt, welche anschliessend für die Artikulation genutzt werden können (ebd., 18).

Bis heute konnte der Therapie des facio-oralen Trakts keine wissenschaftlich geprüfte Wirksamkeit nachgewiesen werden. Es wurde jedoch von Seidl u. a. (2007, 282-289) eine Pilotstudie zu F.O.T.T.<sup>®</sup> durchgeführt. Forschungsgegenstand waren die Parameter Schluckfrequenz, Wachheit, Lagerung und Trachealkanülenstatus. Die Parameter Wachheit und Schluckfrequenz sollten eine Möglichkeit bieten, die Wirksamkeit der Therapie zu beurteilen. Nach den Ergebnissen dieser Pilotstudie kann angenommen werden, dass die tägliche Therapie bei nicht kooperationsfähigen Patienten mit schwersten Hirnschädigungen einen positiven Effekt auf Wachheit, Schluckfrequenz und gesamthaft auf den Krankheitsprozess haben könnte. Doch aufgrund der bewussten Auswahlkriterien der Stichprobe und den nicht auszuschliessenden Einfluss der parallel dazu stattfindenden Therapien, ist dieser Wirksamkeitsnachweis mit Vorbehalt zu geniessen.

#### 4.2.2 Geeignete Faktoren der F.O.T.T.<sup>®</sup> für Patienten mit Demenz

Das Vorgehen der F.O.T.T.<sup>®</sup> richtet sich stark nach dem aktuellen Zustand des Patienten. Die Therapiesituation wird möglichst in den Alltag der jeweiligen Person eingebettet (Nusser-Müller-Busch 2011, 13). Diese beiden Faktoren begünstigen die Therapie bei Patienten mit Demenz sehr. Denn somit kann der Therapieplan individuell an die Schluckstörung und die kognitiven Ressourcen des jeweiligen Patienten angepasst werden. Es sollte eine Erleichterung der Nahrungsaufnahme ermöglicht werden ohne Einsatz grösserer kognitiver Anstrengungen. Zudem stehen eine Verbesserung der Schluckeffizienz und die Verminderung der Aspirationsgefahr im Vordergrund (Stobbe 2012, 145). Wie schon in der Problemstellung erwähnt, können Aspirationen zu Aspirationspneumonien führen, welche die Mortalität massiv erhöhen (Jäger 2003, 46).

Es werden bei F.O.T.T.<sup>®</sup> gezielt im facio-oralen Trakt propriozeptive, visuelle, akustische, olfaktorische und gustatorische Stimuli eingesetzt. Das Ziel hierbei ist es, eine motorische Antwort beispielsweise in Form von Schlucken oder Stimmgebung hervorrufen zu können. Um möglichst viele solcher Reizimpulse zu erfahren und dadurch lernen zu können, sollte so früh wie möglich mit einer facio-oralen Stimulation begonnen werden (Nusser-Müller-Busch 2011, 46). Mit diesem multimodalen Vorgehen benötigt der Patient nur bedingt ein gutes Sprachverständnis. So kann F.O.T.T.<sup>®</sup> auch für Personen, welche nicht auf kognitive Lern- und Therapiemethoden ansprechen, eingesetzt werden (ebd., 13). Aber auch der Appetit wird durch Berücksichtigung von bevorzugten Sinnesreizen vermehrt angeregt. Häufig werden bei Demenz süsse Speisen im gustatorischen Bereich favorisiert, da die Wahrnehmung für Süßes weitgehend gut erhalten bleibt (Rückert u.a. 2007, 28). Zudem regt der Einsatz verschiedener Stimuli den Appetit an, und dieser hilft einer Mangelernährung vorzubeugen. Denn eine Malnutrition infolge einer Dysphagie kann das Mortalitätsrisiko um das Achtfache steigern. Entsteht dadurch ein Eiweissmangel werden zusätzlich die Muskeln geschwächt. Was wiederum Auswirkungen auf einen optimalen Schluckakt zur Folge hat (Jäger 2003, 47).

Die Effektivität des Einsatzes von visuellen Hinweisen während der Dysphagietherapie bei Personen mit Demenz wurde in einer Einzelfallanalyse geprüft. Das Ziel war dabei, dass ein 86-jähriger Patient mit Demenz und Dysphagie mit Hilfe der Methode des „Space Retrieval“ sich an kompensatorische Schlucktechniken erinnert und diese zudem selbstständig anwenden kann. Zu Beginn versuchte der Therapeut dem Patienten die Technik beizubringen, abwechslungsweise nach jedem Bissen die Speiseresiduen im pharyngealen Raum mit einem kleinen Schluck einer Flüssigkeit herunter zu spülen. Diese Instruktion wurde jedoch vom Patienten nach jeder Therapiesitzung wieder vergessen. Daraufhin wurde die Therapie mittels „Space Retrieval“ verändert. Nun wurde anfangs der Therapiesitzung ein visueller Hinweis in Form eines farbigen Kärtchens vorne auf den Tisch gelegt. Darauf war die Anweisung geschrieben, dass der Patient jeweils nach dem Schlucken von fester Nahrung einen Schluck Flüssigkeit zu sich nehmen soll. Diese geschriebene Aufforderung half dem Patienten, sich an die Schluckstrategie zu erinnern, ohne vom Therapeuten speziell darauf hingewiesen zu werden. Das Kärtchen wurde nach ein paar Therapiesitzungen ersetzt mit einem Kärtchen, auf dem nur noch die Schlüsselwörter „Kauen, Schlucken und einen kleinen Schluck einer Flüssigkeit nehmen“ zu lesen waren. Das Ergebnis dieser Einzelfallstudie war, dass der Patient noch nach acht Wochen nach dem „Space-Retrieval“-Training zu 95% fähig war, sich an diese Kompensationstechnik zu erinnern und diese auch auszuführen (Brush/Camp 1998, 96-98). Zu beachten ist, dass dies noch keine gesicherte empirische Evidenz für diese Methode bei der

Dysphagietherapie bei Demenz bedeutet. Doch sicherlich hat der Einsatz von verschiedenen Sinnesreizen seine Berechtigung, insbesondere zur Kompensation von beeinträchtigten Gedächtnisfunktionen. Denn das Gedächtnis wird durch Wahrnehmung verschiedener Sinnesreize und deren anschliessender Verarbeitung und Speicherung aufgebaut. Um Gedächtnisinhalte wieder abrufen zu können, leisten verschiedene sensorische Hinweise eine Hilfe (Frick-Salzman 2010, 34). Auch die nicht medikamentöse Demenztherapie namens Snoezelen macht von multisensorischen Stimuli Gebrauch (Gutzmann 2008a, 36).

In der F.O.T.T.<sup>®</sup> wird der präoralen Phase des Schluckens einen hohen Stellenwert zugemessen. Durch eine korrigierte Sitzposition können sowohl Atem- und Schluckkoordination, als auch die Speichelproduktion und die Schluckbereitschaft massgeblich angeregt werden. Die nachfolgenden Schluckphasen werden damit eingeleitet. Aber auch das Situationsverständnis seitens des Patienten wird dadurch begünstigt (Nusser-Müller-Busch 2006, 396-397). In dieser Phase sind Hunger- und Sättigungsgefühl, Umgebungsreize, soziale Einflüsse, aber auch Anforderungen an die sensomotorische Geschicklichkeit, wie die Hand-Mund-Koordination, von grosser Bedeutung. Meist beginnen die Probleme des Schluckens bei Personen mit einer neurologischen Erkrankung schon in der präoralen Phase (Prosiegel/Weber 2010, 27-28).

#### 4.2.3 Anregungen zur Anpassung der F.O.T.T.<sup>®</sup> bei Demenz

Obwohl bei F.O.T.T.<sup>®</sup> der Einbezug von Alltagsaktivitäten angestrebt wird, ist die konkrete Handlungssituation meist nicht begreiflich für Patienten mit Demenz. Der eindeutige Situationsreiz einer alltäglichen Essenssituation fehlt ihnen (Bur 2010, 146). Aus diesem Grund sollte die Therapiesequenz vermehrt in den Alltag eingebaut werden. Denn Personen mit Demenz profitieren von einer familienähnlichen Esssituation, welche in einer vertrauten und angenehmen Gesellschaft stattfindet. Somit kann zudem der Appetit gefördert werden (Rückert u.a. 2007, 24). Es sollte auf die persönlichen Essgewohnheiten und Nahrungsvorlieben der Person mit Demenz eingegangen werden. Der Ort der Therapie und der Nahrungsaufnahme sollten ungestört sein und wenig Ablenkungsreize bieten (Stobbe 2012, 145).

Der Patient mit Demenz benötigt viel Zeit beim Essen, beziehungsweise zum Schlucken. Aus diesem Grund ist es wichtig, ihm Zeit zu lassen und nie eine Handlung zu erzwingen. Auch bei der Mundhygiene kann es vorkommen, dass sich der Patient verweigert, den Mund zu öffnen (Rückert u.a. 2007, 36). Da kann es helfen mittels geführten, ruhigen Eigenberührungen, das Gesicht und die Mundaussenseiten langsam zu berühren (Nusser-Müller-Busch 2011, 127). Erschwerend kommt bei der Therapie hinzu, dass der Patient mit Demenz sich subjektiv anders wahrnimmt als

seine Umgebung (Freudenreich u.a. 2008, 116). Es fehlt infolge kognitiver Defizite weitgehend das Störungsbewusstsein, was die Kooperation massgeblich schmälert (Prosiegel/Weber 2010, 27). Hierbei können Methoden von nicht medikamentösen Therapieverfahren, wie das der Validation, zum Einsatz kommen. Die Validation geht von der Grundhaltung aus, dem Gegenüber zu vermitteln, dass seine Gefühle wahr sind. Es geht darum, Konfliktsituationen zu entspannen oder gar zu vermeiden. Das Ziel der Validation ist es, das Selbstwertgefühl der Betroffenen anzuheben und den Ausdruck seiner Gefühle zu tolerieren (Wiegele 2012, 130-131). Es gibt verschiedene Validationstechniken. Zum einen geht es darum, sich auf die Person mit Demenz einzulassen, Dies geschieht mittels sich Zentrieren, wie auch durch Perspektivenwechsel. Im Gespräch sollten niemals „Warum-Fragen“ eingesetzt werden. Wiederholungen, Berührungen, biografische Fragen und spiegeln der Körpersprache des anderen sind Techniken der Validation. Dieses Vorgehen ermöglicht einen besseren Zugang zum Verhalten und den Bedürfnissen einer Person mit Demenz (Böhme 2008, 94). Eine empirische Evidenz für dieses Verfahren gibt es aber bisher nicht. Laut Aussage der Pflege kam es dank Validationstechniken zu einer Verbesserung der Situation. Wahrscheinlich kommt diese Beobachtung daher, dass die Pflegenden infolge der validierenden Grundhaltung einen veränderten Umgang zur Person mit Demenz bekommen (Gutzmann 2008a, 36).

In der Dysphagietherapie bei Demenz müssen die Veränderungen der Sprache erkannt und in das Therapiekonzept laufend integriert werden. Denn nicht nur produktiv, sondern auch rezeptiv verändert sich die Sprache im Verlaufe der Demenzerkrankung. Besonders die rezeptive Komponente, sprich das sich verändernde Sprachverständnis, muss dem Therapeuten in der Ausführung einer Therapiemethode bewusst sein. Zu Beginn einer Demenzerkrankung sind die verschiedenen Demenzformen bezüglich kommunikativer Fähigkeiten noch unterscheidbar. Doch im Verlauf der Krankheit wird eine klinische Differenzierung immer schwerer. Bei einer Alzheimer-Demenz kommt es in einem frühen Stadium oft zu Missverständnissen, aufgrund der Unfähigkeit zu abstrahieren (Gutzmann 2008b, 8-9). Die Lese- und Schreibfähigkeit ist im frühen, wie auch im mittleren Stadium gut erhalten, wobei das Verständnis von der Text- auf die Wortebene reduziert wird. Phonologie und Syntax sind weitgehend bis ins mittlere Stadium unversehrt (Bourgeois/Hickey 2009, 54). Im mittleren Stadium der Demenz bei Alzheimer sind die Leistungen im Leseverstehen besser als im Hörverstehen. Es kommt schon bei einfachen Sätzen und einzelnen Wörtern zu Sprachverständnisproblemen. Das laute Lesen von komplexen Sätzen bereitet Mühe. Einzelne Wörter können jedoch leichter gelesen und verstanden werden. Massive Sprachverständnisstörungen treten vor allem im späten Stadium einer Alzheimer-Demenz auf (Gutzmann 2008b, 8-9). Ressourcen

in diesem späten Stadium sind adäquate emotionale Reaktionen. Zudem sprechen Patienten mit Alzheimer-Demenz im späten Stadium auf Musik, taktile und visuelle Reize an. Weiterhin besteht der Wunsch nach Kommunikation (Bourgeois/Hickey 2009, 54).

Bei der frontotemporalen Demenz kommt es häufig zu Perseverationen und Stereotypen in Bewegungen. Diese haben Auswirkungen auf die Ausführung von sprechmotorischen Bewegungsmustern. Die Personen mit einer frontotemporalen Demenz werden aus diesem Grund zunehmend wortkarger. Häufig sind jedoch zwanghafte Wiederholungen der Äusserungen des Gesprächspartners beobachtbar. Solche Echolalien passen jedoch selten in den Kommunikationshintergrund, was für das Gegenüber verwirrend sein kann. Im Verlauf der frontotemporalen Demenz kann es bis zum Mutismus kommen. Das heisst, auch bei direkter Ansprache reagiert der Patient nicht mehr verbal (ebd., 10).

Insgesamt ist festzuhalten, dass es in der Therapie hilfreich ist, sich über die genauen sprachlichen Veränderungen des jeweiligen Demenzsyndroms im Klaren zu sein. Nicht nur die Syndrom-spezifischen Veränderungen haben Einfluss auf die sprachlichen Fähigkeiten, sondern auch die individuelle Sprachentwicklung und bisherigen Sprachkompetenzen tragen unabhängig der Demenz ihren Teil zur Sprachkompetenz bei (ebd., 12).

Von Seiten des Therapeuten können einige Verhaltensweisen den Umgang mit Personen mit Demenz erleichtern. Beispielsweise sollten die Personen jeweils direkt mit ihrem Namen angesprochen werden. Förderlich ist es, sich ein gewisses Wissen zur Biografie der jeweiligen Person anzueignen (Steiner 2010, 127). Die Arbeit mit Erinnerungen aus der Biografie kann deshalb gewinnbringend eingesetzt werden, da die Biografie im Langzeitgedächtnis verortet und somit lange zugänglich ist für Personen mit Demenz (Schaade 2009, 7). Weiter hat Biografiearbeit den Vorteil als Therapeut genauer Bescheid über Vorlieben und Abneigungen der Person zu wissen. Dies kann die Effektivität einer Therapie massgeblich beeinflussen. Zudem können Kenntnisse der Biografie besonders bei Entscheidungsfindungen, beispielsweise beim Thema lebensverlängernde Massnahmen, von zentraler Rolle sein (Schüder 2012, 121). Ein weiterer Punkt im Umgang mit Demenz ist der Einsatz von einer personellen Konstanz. Dies meint, dass beispielsweise trotz Interdisziplinarität in der F.O.T.T.<sup>®</sup> darauf zu achten ist, dass immer ungefähr dieselben Personen sich um den Patienten kümmern sollten (Steiner 2010, 127). Weiter sollten in der Therapie Frage-Antwort-Situationen, insbesondere Warum-Fragen, vermieden werden. Die Verantwortung der Themawahl und der Gesprächsführung liegt stets beim Therapeuten, welcher den Patienten bei Abschweifungen behutsam wieder zum Gesprächsfokus zurückführt. Bei Nichtverstehen seitens des Therapeuten sollte freundlich und positiv mittels Gestik,

Mimik und Tonfall reagiert werden. Auseinandersetzungen sind zu vermeiden. Bei Aufregung und Rastlosigkeit sollte mit sanfter, freundlicher Stimme Ruhe in die Situation gebracht werden. Gegebenenfalls kann ein freundlicher und respektvoller Körperkontakt Hilfe leisten. Wie schon erwähnt, können in der Kommunikation mit Personen mit Demenz auch Schrift und Zeichnungen zum Einsatz kommen. In der Sprache des Therapeuten sollten einfache Sätze vorkommen, welche möglichst viele bewusst redundante Schlüsselwörter beinhalten. Das Wichtigste einer Botschaft wird zu Beginn einer Äusserung eingebaut. Die grammatische Struktur der Äusserung ist möglichst vereinfacht anzubieten. Bei Bedarf kann das Wichtigste stets wiederholt werden (Brauer 2008, 52). Gefühle sollten beachtet werden, insbesondere negative Emotionen darf der Therapeut nicht persönlich nehmen. Nonverbale Informationen gilt es aufzunehmen und/oder anzusprechen (Steiner 2012, 19). Besteht ein funktionierender Gesprächsaustausch, so kann am ehesten ein Situationsverständnis hergestellt werden, welches zur oralen Nahrungsaufnahme bei F.O.T.T.<sup>®</sup> unabdingbar ist (Nusser-Müller-Busch 2006, 397).

Nusser-Müller-Busch (2011, 105) ist der Ansicht, dass es keine verbale Aufforderung zum Schlucken benötigt. Denn Schlucken sollte auch ohne Therapeut möglich sein. Verbale Aufforderungen haben schon bei Normalpersonen assoziierte Bewegungen und Tonuserhöhungen zur Folge. Besser sei es taktile Hilfen anzuwenden, um den sensomotorischen Zyklus zu unterstützen. In der F.O.T.T.<sup>®</sup> wird zwischen direkten und indirekten Schluckhilfen differenziert. Bei ersteren Schluckhilfen werden direkt am Kiefer und an der Zunge Unterstützung zu koordinierten Schluckbewegungen geleistet. Beispielsweise wird der Kiefer mittels eines Kieferkontrollgriffes stabilisiert, dies führt zudem zu einer Fazilitation der Zunge. Indirekte Schluckhilfen helfen dem Patienten Residuen zu erspüren. Somit kann auch ein erneuter Schluckvorgang hervorgerufen werden. Damit Residuen besser spürbar werden, hilft eine Veränderung der Körperposition. So werden durch die Schwerkraft auch die Residuen bewegt, was einen leichter wahrnehmbaren Reiz hervorruft. Auch die Mobilisation der Zunge oder die taktile Unterstützung der Expiration mit oder ohne Stimmgebung verhelfen zur besseren Wahrnehmung von Residuen (ebd., 81-84). Solche taktilen Hilfen können jedoch unter Umständen von der Person mit Demenz weggewiesen werden. Denn die sensorische Integration, das meint die Organisation der Sinneseindrücke, kann bei fortschreitender Demenz kontinuierlich beeinträchtigt werden. Das hat zur Folge, dass Personen mit Demenz Berührungen nicht mehr zuordnen können und deshalb in bestimmten Fällen mit Abwehr reagieren. Auch Schmerz oder Hungergefühl sind beispielsweise schwer bis gar nicht einzuordnen (Schaade 2009, 5).

Ein neuer Review zeigt auf, dass eine Kopfanteflexion („Chin Tuck“) und weitere Änderungen der Körperhaltung beim Schlucken oder das supraglottische Schlucken schwierig bei Patienten mit Demenz einzuführen sind. Es wurde beobachtet, dass demente Patienten oft die therapeutischen Instruktionen vergessen und ihnen nicht bei jedem Schluckvorgang Folge leisten können. Alagiakrishnan u.a. (2013, 8) kamen daher zum Schluss, dass Haltungsveränderungen während des Schluckens höchst wahrscheinlich eine wenig effektive Methode ist, um Schluckstörungen zu kompensieren. Ausser zu Beginn einer Demenz können mit solch kompensatorischen Haltungsanpassungen noch positive Wirkungen erzeugt werden.

Ein zusätzlicher Faktor ist in der Dysphagietherapie bei Demenz nicht ausser Acht zu lassen. Häufig bekommen Personen zur Behandlung der Demenz nebst nicht medikamentösen Therapien auch Antidementiva. Diese Medikamente haben oft eine Nebenwirkung, wie Mundtrockenheit, welche die Dysphagie negativ beeinflusst. Weiter kann die Mundtrockenheit durch Mundatmung und Exsikkose verschlimmert werden. So sollten Konsistenzveränderungen der Nahrungsmittel dieser Mundtrockenheit Rechnung tragen, damit das Ausmass der Dysphagie nicht vergrössert wird (Füsgen 2003, 14).

### **4.3 Ethische Diskussion und Angehörigenarbeit**

Mit zunehmendem Schweregrad der Demenz und der Dysphagie tauchen zunehmend ethische Fragen auf. Beispielsweise kommt die Frage nach einer Sondenernährung auf. Immer mehr werden Angehörige in Entscheidungen miteinbezogen (Zieschang u.a. 2012, 52). Angehörige können aber auch direkt in der Dysphagietherapie behilflich sein, in dem sie wertvolle Informationen und Beobachtungen zur Biografie und zum Alltag des Betroffenen liefern (Rittig 2012, 20). Diese Themen werden in den beiden folgenden Unterkapiteln beleuchtet.

#### **4.3.1 Ethischer Diskurs beim Einsatz einer PEG-Sonde**

Im Verlauf einer Demenzerkrankung mit Dysphagie kann es zu einem Punkt kommen, an dem der Patient nicht mehr essen kann oder will. Da stellt sich die Frage, ob die Nahrung mittels Infusionen über die Venen oder als Sondenernährung zu verabreichen ist. Meist wird für eine Sondenernährung die Variante einer PEG-Sonde (Perkutane endoskopische Gastrostomie) gewählt, welche direkt durch die Bauchwand in den Magen führt. Eine selten gewählte Alternative dazu wäre eine nasogastrale Sonde durch Nase oder eine PEJ-Sonde in den Dünndarm (Rückert u.a. 2007, 117). Der Einsatz einer PEG-Sonde muss sorgfältig geprüft werden. Nicht einzig die Indikation ist ausschlaggebend für den Eingriff, sondern die Einwilligung des Patienten muss vorliegen. Der Patientenwille muss zwingend ermittelt werden. Der Arzt ist verpflichtet,

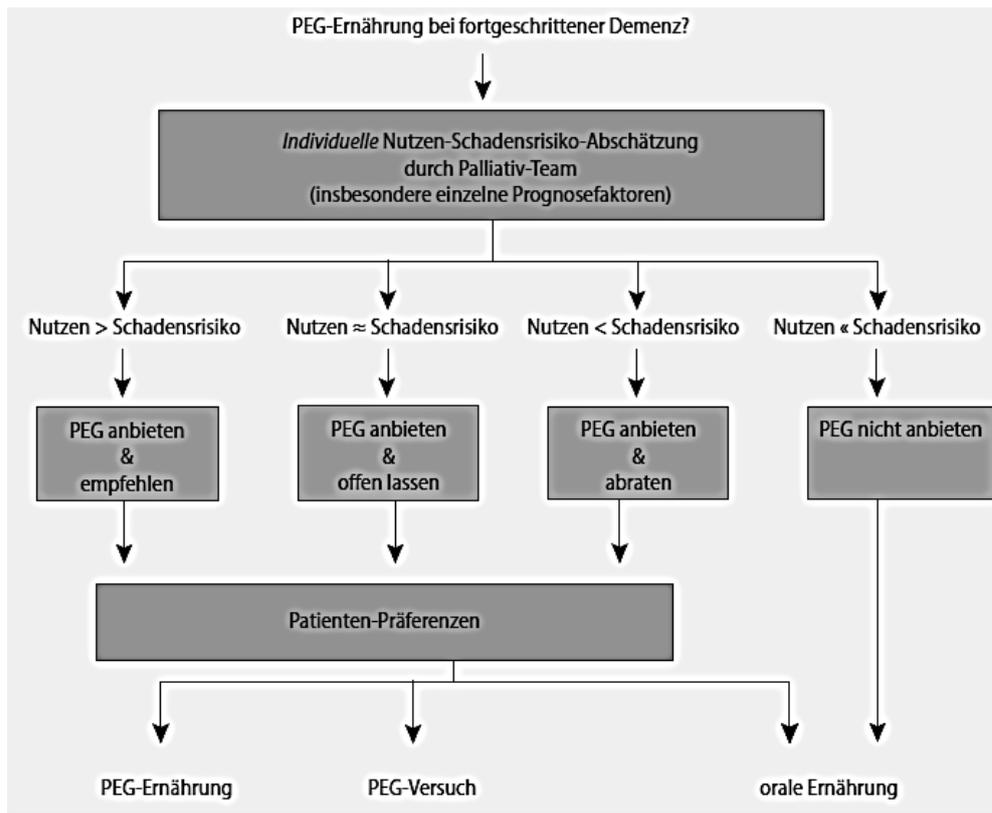
den Patienten in einer ihm verständlichen Weise über den Verlauf, Alternativen und Risiken aufzuklären. Der Patient kann die Aufklärung auch ablehnen, dies muss jedoch dokumentiert werden. Der Eingriff darf erst erfolgen, wenn der Patient eingewilligt hat. Andernfalls ist es sein freier Wille, eine Behandlung unabhängig von seinem Krankheitsgrad auszuschlagen. Bei einer fortdauernden Behandlung muss sozusagen täglich die Indikation wie auch der Patientenwille aufs Neue bestätigt werden. Nicht für das Zulassen des Sterbens muss Rechenschaft abgelegt werden, sondern für den Fortbestand der lebensverlängernden Therapie (Steldinger 2012, 248-251).

Bei einem Alzheimerpatienten ist nicht ein sukzessives Einstellen der Nahrungsaufnahme ausschlagend für sein Sterben, sondern die Begleitumstände der Alzheimererkrankung. Aus diesem Grund ist es ethisch vertretbar, in diesem Moment dem Betroffenen und seinen Angehörigen mehr Zuneigung, beispielsweise durch eine angepasste, orale Nahrung anzubieten, als automatisch eine Sondenernährung in Betracht zu ziehen. Wird die Ansicht vertreten, dass das Essen ein Teil des menschenwürdigen Lebens bedeutet, so ist damit vor allem das geschmackliche Erleben der oralen Nahrungsaufnahme gemeint und nicht eine Ernährung mittels einer Sonde. Fasching (2001, 39) geht davon aus, dass das unsichere Verhalten der Betreuenden und der Angehörigen in einer fehlenden oder mangelhaften Auseinandersetzung unserer Gesellschaft mit dem Thema Sterben und Tod begründet liegt. Die Arbeit mit dementen und sterbenden Menschen benötigt zudem ein Umdenken im Hinblick auf eine sogenannte „Allmacht der modernen Medizin“. Schlussendlich muss die Endlichkeit des Lebens akzeptiert werden.

Wie in Kapitel 4.1 erwähnt, besteht hauptsächlich dann eine Indikation für eine PEG-Sonde, wenn die orale Nahrungsaufnahme nicht mehr ohne Aspiration vonstattengeht (Schulz u.a. 2009, 328). Doch die Studienlage zeigt auf, dass PEG-Sondenanlagen zu keiner Risikoverminderung von Aspirationspneumonien beitragen. Eher das Gegenteil ist der Fall, dass PEG-Sonden das Risiko von Aspirationen erhöhen. Dies lässt sich dadurch erklären, dass PEG-Sonden die Aspiration von oralen Sekretionen und regurgitierten Mageninhalt nicht verhindern, sondern vielmehr erhöhen (Finucane/Bynum 1996, 1423; Finucane u.a. 1999, 1369). In einem neuen Review stellte Alagiakrishnan u.a. (2013, 8) fest, dass in einem fortgeschrittenen Demenzstadium der Einsatz von PEG-Sonden keine Verbesserung der Lebensqualität beziehungsweise keine Verlängerung des Überlebens zur Folge hat. Doch sind ihrer Meinung nach in dieser Frage noch weitere Forschungen notwendig.

In der Diskussion um eine Indikation einer Sondenanlage können Empfehlungen mittels einer Nutzen-Risiko-Einschätzung mit stufenweise abgestimmten Empfehlungsintensitäten abgegeben werden (Synofzik 2007, 424-425). Dieses

Entscheidungsmodell zur Prüfung einer PEG-Ernährung ist in der folgenden Abbildung grafisch dargestellt (Abb.4).



**Abb. 4: Entscheidungsmodell zur Evaluation einer PEG-Ernährung bei fortgeschrittener Demenz (Synofzik 2007, 424)**

Solche Vorschläge können von einem interdisziplinären Team ausgesprochen werden. Hat eine Person mit einer Demenz im mittleren Stadium eine temporäre Dysphagie und einen kleinflächigen Insult, ist der Nutzen einer PEG-Ernährung beispielsweise grösser als die Schadensrisiken. In diesem Fall kann eine PEG-Ernährung angeboten und empfohlen werden (Synofzik 2007, 424).

Ist der Nutzen im Vergleich zum Risiko etwa gleich gross, so sollte eine PEG-Sonde angeboten werden, aber deren Anwendung nicht als entscheidend gewertet werden. Ein Beispiel dazu wäre: Wenn bei einem älteren Patienten mit fortgeschrittener Demenz ohne Komorbiditäten das Schadensrisiko nur minim grösser ist als der erbrachte Nutzen, so sollte die PEG-Ernährung als Option aufgezeigt werden, doch von deren Gebrauch abgeraten werden (ebd., 424-426).

Ein weiterer Fall dazu wäre: Bei einem hoch betagten Patienten mit fortgeschrittener Demenz, der zusätzlich bettlägerig ist und gleichzeitig ein grosses Dekubitusrisiko besteht, sollte von einer PEG-Sonde abgeraten werden (ebd., 426).

Existiert jedoch ein massiv hohes Schadensrisiko im Vergleich zum Nutzen, sollte grundsätzlich PEG-Sondenanlage ausgeschlossen werden. Dies wäre beispielsweise bei einer Person mit fortgeschrittener Demenz, Herzinsuffizienz, Pneumonie und starker Agitiertheit der Fall. Der Nutzen der PEG-Sonde wäre hierbei massiv

verkleinert, da die Beeinträchtigungen der Person durch Fixation und mögliche Infektionen infolge einer PEG-Sonde gross sind (ebd., 424-425).

Insgesamt ist die Entscheidung, ob Einsatz von PEG-Sonde oder nicht, abhängig von vielen Faktoren. Sie sollte in jedem Fall individuell und vor allem orientiert an den Präferenzen des Patienten gefällt werden. Denn von einer „lebensrettenden“ Massnahme darf nach evidenzbasiertem Verständnis bei einer PEG-Sondenanlage nicht gesprochen werden. Zu beachten ist, dass beim Betroffenen selbst, wie auch bei dessen Angehörigen keine falschen Hoffnungen provoziert werden. Durch klare und sachliche Offenlegung der Erwartungen und Zielsetzungen kann der Entscheid der Patienten und deren Angehörigen für oder gegen eine PEG-Sonde erleichtert werden (ebd., 427).

#### 4.3.2 Zusammenarbeit mit den Angehörigen

Mit fortschreitender Demenz wandelt sich die logopädische Therapie zur Beratung und konzentriert sich zunehmend auf die Sekundärbetroffenen, sprich die Angehörigen (Steiner/Venetz 2011, 27). Im Laufe der Demenzerkrankung nehmen die Bedeutung und die Einbeziehung der Angehörigen zu. Im Austausch mit ihnen können wertvolle Informationen zur Biografie des Betroffenen erhoben werden. Dadurch dass sie die Person mit Demenz schon länger kennen und ihr nahe stehen, können sie in gewissen Fällen als Dolmetscher für ihre Bedürfnisse dienen. So kann zudem der mutmassliche Willen des Patienten mit Hilfe von Angehörigen ermittelt und für diesen die Partei ergriffen werden (Zieschang u.a. 2012, 52). Was zu beachten ist, dass Angehörige, welche als Stellvertreter für den Willen einer schwerkranken Person fungieren, immer auch in den Prozess des Abschiednehmens involviert sind. Als trauernde Personen werden Angehörige von unterschiedlichen Gefühlen und eigenen Wertvorstellungen beeinflusst. Diesen Aspekt gilt es bei Handlungen und Entscheidungen von Angehörigen zu berücksichtigen (Raischl/Wohlleben 2012, 276).

Aber auch direkt in die Dysphagieherapie können Angehörige miteingebunden werden. Beispielsweise kann beim Betroffenen und dessen Angehörigen ein Dysphagie-Pass das Verständnis, das Engagement und das Bewusstsein im Umgang mit den Symptomen der Dysphagie steigern. Ein Dysphagie-Pass umfasst wichtige Informationen zum Gesundheitsstatus des Patienten, Dokumentationsbögen zu klinischen, apparativen Untersuchungen, ein Therapieprotokoll und ein Schluck-Diätplan. Mit diesem Medium wird eine Transparenz für alle Beteiligten (Betroffene, Angehörige, Ärzte, Therapeuten, ...) im Bereich der Diagnostik, Therapie, Diätadaptionen und Ernährungsstatus geschaffen. Damit können im ambulanten Sektor mittels Angehörigen wichtige Informationen ausführlich dokumentiert werden. Durch Aufklärung und Anleitung der Angehörigen kann die Umsetzung von Techniken

beispielsweise während der Nahrungsaufnahme am ehesten garantiert werden. Zudem können wahrgenommene Veränderungen im Krankheitsverlauf im Dysphagie-Pass direkt festgehalten werden. Eine systematische Prüfung des Dysphagie-Passes wurde noch nicht durchgeführt. Doch bisherige Erfahrungen zeigen, dass diese Dokumentationsart alle Involvierten aufmerksamer mit dem Störungsbild Dysphagie umgehen lässt, was gesamthaft die Zusammenarbeit verbessert (Rittig 2012, 20).

Damit Angehörige erfolgreich im Dialog mit Personen mit Demenz bleiben, gibt es ein spezielles Trainingsangebot. Es wurde von Haberstroh u.a. entwickelt. In diesem Training werden sprachgesunde Angehörige mit Verhaltensweisen bekannt gemacht, wie sie zu kompetenten Kommunikationspartnern für Demenzkranke werden. Diese Anleitung nennt sich: „Trainingsangebote zur Kommunikation in der Betreuung Demenzkranker“, kurz „TanDem“ (Haberstroh u.a. 2011, 14). Für ein gelingendes Gespräch werden drei Steuerungsmöglichkeiten genannt. Als erster Faktor ist auf das Tempo zu achten. Das Gesprächstempo kann durch Reduzierung, Pausen oder Wiederholungen beeinflusst werden. Die zweite Steuerungskomponente ist das Gesprächsklima. Beispielsweise sollte mit dementen Personen möglichst konfliktarm, freundlich und geduldig kommuniziert werden. Die letzte Komponente ist die Steuerung der Information, welche im Umgang mit Demenz auch eine gewisse Ungenauigkeit zulässt. Auf diese letzte Komponente der Informationsgewinnung legt das Training „TanDem“ seinen Fokus. Eine zentrale Rolle spielt hierbei der Hörer, welcher nicht betroffen von Demenz ist. Dieser animiert den Gesprächspartner mit Demenz, die Kommunikation in Gang zu halten, und bezieht seinerseits die körpersprachlichen Informationen seines Gegenübers mit in den Verstehensprozess ein. Als Sprecher verwendet der nicht betroffene Gesprächspartner eine an Demenz angepasste Sprache. Das meint, er spricht redundant, langsamer und in einfacheren Sätzen als in einer gewöhnlichen Gesprächssituation. Eben genannte Kommunikationsweisen können in einem Angehörigenprogramm erlernt werden. Ein solches Programm stellt sich zusammen aus Theorie, Rollenspiel, Transfer und Beantwortung von Fragen (Steiner 2010, 127). Nach Haberstroh u.a. (2009, 115) konnte die Wirksamkeit des Einsatzes von „TanDem“ nachgewiesen werden.

## 5 Diskussion und Ausblick

Diese Arbeit befasste sich mit der Frage, inwieweit Methoden der Dysphagietherapie bei Personen mit Demenz eingesetzt werden können. Welche Anpassungen der Dysphagietherapie müssen vorgenommen werden, um der Komorbidität von Dysphagie und Demenz gerecht zu werden? Zusätzlich stellte sich die Frage, welche Erkenntnisse oder Methoden aus der Demenztherapie in die Dysphagietherapie für Personen mit Demenz miteinbezogen werden können.

Festzuhalten ist, dass es keine Musterlösung in der Therapie von Dysphagie bei Personen mit Demenz gibt. Die Erfolge der verschiedenen Therapien sind wenig fundiert und wissenschaftlich erwiesen. Die Therapiemethoden unterscheiden sich je nach Stadium der Demenzerkrankung und Dysphagieart (Geissler/Winkler 2010, 133). Besonders bei Dysphagien, welche als zusätzliches Symptom bei Demenz anzutreffen sind, können die Ursachen nicht allein auf strukturelle oder neurologische Störungen zurückgeführt werden. Die bis heute wenig beachteten kognitiven Ursachen müssen ins Therapiekonzept einbezogen werden. Diese können zu Nahrungsverweigerung, Fehlhandlungen mit Nahrung oder Vergessen des Essens führen (Heidler 2009, 36). Die Heterogenität der Personen mit Demenz und den damit einhergehenden Dysphagien fordert eine möglichst frühe Differenzialdiagnostik, um eine individuell angepasste Therapie daraus ableiten zu können (Jäger 2003, 44). Weiter ist eine Verlaufsdagnostik unerlässlich, da eine mögliche Korrelation zwischen Demenzstadium und dem Schweregrad der Dysphagie festgestellt wurde (Rösler u.a. 2008, 129). Folglich ist es sinnvoll, die Dysphagietherapie bei diesem komplexen Störungsbild multidisziplinär zu gestalten (Geissler/Winkler 2010, 129). Die Auswahl an geeigneten Dysphagietherapien bei Demenz ist aufgrund der meist geforderten intakten kognitiven Fähigkeiten dementsprechend klein. Die meisten Methoden sind nur bei einer leichten Demenz sinnvoll einsetzbar (Rittig 2003, 54-56).

Es lassen sich jedoch einige Verhaltensweisen nennen, welche den Umgang und die Dysphagietherapie bei Personen mit Demenz erleichtern. Beispielsweise ist es sinnvoll, für die Nahrungsaufnahme, welche von einer Therapeutin begleitet werden kann, einen ruhigen Ort mit wenig Ablenkungsreizen aufzusuchen. Weiter sollten Vorlieben und Gewohnheiten der Person bezüglich des Essens in der Therapie aufgenommen werden. Mögliche Zahnprothesen sollten einen guten Sitz haben und den Essensvorgang nicht zusätzlich behindern. Wichtig ist eine aufrechte Sitz- und Kopfhaltung während der Nahrungsaufnahme. Zudem wäre es günstig, wenn die Person nach dem Essen noch ungefähr zwanzig Minuten weiterhin in aufrechter Position sitzen bleiben würde. So kann das Risiko einer Aspiration von Residuen gemindert werden (Stobbe 2012, 141-145). Kritisch betrachtet, unterscheiden sich

diese Verhaltensvorschläge nicht wirklich vom regulären therapeutischen Handeln bei Personen mit Schluckstörungen ohne Demenz.

Aus diesem Grund wurde im Rahmen dieser Arbeit nach Dysphagietherapieansätzen gesucht, welche sich am ehesten für Personen mit Demenz, auch in späteren Stadien mit wenig kognitiver Eigenleistung, eignen würden. So kam es zur Auswahl der Therapie des Facio-Oralen Trakts. Diese Therapie wurde ursprünglich für Personen mit neurogenen Schädigungen konzipiert (Prosiegel/Weber 2010, 123). Bedenkt man die unterschiedliche Ätiologie von Demenzen, ist es fraglich, ob die Therapie des Facio-Oralen Trakts je nach Demenzform unterschiedliche Ergebnisse aufzeigen würde. Denn beispielsweise Demenz infolge einer Alzheimererkrankung hat keine neurogene Schädigung zur Ursache. Doch in der Auseinandersetzung mit dem Therapieprogramm der F.O.T.T.<sup>®</sup> zeigte sich, dass dieses geeignete Faktoren für Personen mit Demenz aufweist. Das wäre zum einen eine Ausrichtung auf den aktuellen Zustand des Patienten, was bei der Progredienz der Demenzerkrankung unerlässlich ist. Zum anderen werden in der F.O.T.T.<sup>®</sup> gezielt propriozeptive, visuelle, akustische, olfaktorische und gustatorische Stimuli eingesetzt. Dieses Vorgehen ermöglicht ein grösseres Verständnis für Therapiemethoden bei bedingt gutem Sprachverständnis (Nusser-Müller-Busch 2011, 13, 46). Ein positiver Lerneffekt beim Einsatz von visuellen Hinweisen konnte in einer Einzelfallanalyse bei einer Person mit Demenz und Dysphagie nachgewiesen werden (Brush/Camp 1998, 96-98). Zudem fördert der hohe Stellenwert der präoralen Phase in der F.O.T.T.<sup>®</sup>, beispielsweise durch Korrektur der Sitzposition, das Situationsverständnis des Patienten, was bei Personen mit Demenz oft fehlt (Nusser-Müller-Busch 2006, 396-397, Bur 2010, 146).

Folgende Anregungen zur Anpassung der F.O.T.T.<sup>®</sup> an Demenz bedienen sich Methoden aus der nicht medikamentösen Demenztherapie. Bur (2010, 146) kritisiert an der F.O.T.T.<sup>®</sup> in Bezug auf Demenz, dass den Patienten der eindeutige Situationsreiz einer alltäglichen Essenssituation fehlt. Eine mögliche Adaption wäre, dass vermehrt auf familienähnliche Essenssituationen in einer vertrauten Umgebung geachtet wird. Mit dem Einbezug von persönlichen Essgewohnheiten und Nahrungsvorlieben kann zudem der Appetit angeregt werden (Rückert u.a. 2007, 24). Zu beachten ist, dass sich die gesamte Wahrnehmung durch die Demenzerkrankung verändert. So kann es beispielsweise bei der Mundhygiene vorkommen, dass der Patient sich weigert, den Mund zu öffnen (ebd., 36). Damit es dabei zu keinem Konflikt zwischen Therapeut und Patient kommt, können Methoden aus der nicht medikamentösen Demenztherapie, namens „Validation“, zum Einsatz kommen. Dieses Vorgehen versucht das Selbstwertgefühl der Betroffenen zu stärken und den Ausdruck von Gefühlen wertzuschätzen. Im Gespräch wird auf „Warum-Fragen“ verzichtet und versucht, die

Körpersprache des Gegenübers zu spiegeln. Das Ziel ist es, Konfliktsituationen zu entspannen oder gar zu vermeiden (Wiegele 2012, 130-131). Den Veränderungen der sprachlichen Fähigkeiten muss im Verlauf der Demenzerkrankung in der Dysphagietherapie Rechnung getragen werden. So können je nach Demenzform und Stadium sprachliche Ressourcen genutzt und Defizite umgangen werden (Bourgeois/Hickey 2009, 54). Hierzu gibt es einige Empfehlungen zum sprachlichen Umgang mit dementen Personen. Personen mit Demenz schätzen es, immer direkt mit ihrem Namen angesprochen zu werden. Zudem kann ein Wissen zur Biografie der betroffenen Person im therapeutischen Kontext hilfreich sein (Steiner 2010, 127). An dieser Stelle greift auch eine nicht medikamentöse Demenztherapie an, welche sich Biografiearbeit nennt. Mit gezielten biografischen Fragen können noch längere Zeit Informationen aus dem Langzeitgedächtnis aktiviert werden (Schaade 2009, 7). Zudem sollte bei aller Interdisziplinarität der F.O.T.T.<sup>®</sup> auf eine gewisse personelle Konstanz geachtet werden. Dies gibt der Person mit Demenz Sicherheit (Steiner 2010,127). Weitere sprachliche Empfehlungen für Therapeuten sind das Vermeiden von Frage-Antwort-Situationen und die Übernahme der Gesprächsführung seitens des Therapeuten. Bei Abschweifungen sollte der Therapeut freundlich mit Hilfe von Gestik, Mimik und Tonfall wieder zum eigentlichen Gesprächsthema zurückführen. Als Kompensationstechnik können Schrift und Zeichnungen einen wichtigen Beitrag zum gegenseitigen Verständnis leisten (Bauer 2008, 52). Aber auch Lernprozesse, wie in der Einzelfallanalyse mit Space-Retrieval gezeigt wurde, können mit Schrift unterstützt werden (Brush/Camp 1998, 96-98). Weiter ist zu beachten, das Wichtigste einer Botschaft stets zu Beginn einer Äusserung zu stellen. Zudem sollten nonverbale Informationen, insbesondere negative Emotionen, aufgegriffen und bei Bedarf angesprochen werden (Steiner 2010, 19). Durch die Veränderung der Wahrnehmung bei Demenz können eventuell taktile Schluckhilfen bei der F.O.T.T.<sup>®</sup> auf Unverständnis oder Abweisung treffen. Dies kann im Zusammenhang mit einer mangelnden sensorischen Integration stehen, welche dazu führt, dass Personen mit Demenz Berührungen schwer bis gar nicht einzuordnen vermögen (Schaade 2009, 5). Zu guter Letzt sollte die Medikation infolge der Demenzerkrankung nicht ausser Acht gelassen werden. Denn häufig werden neben nicht medikamentösen Therapiemethoden auch Antidementiva eingesetzt. Diese Medikamente führen oft zu Mundtrockenheit, welche die Dysphagie negativ beeinflusst. Bei einer Veränderung der Nahrungsmittelkonsistenzen sollte eine mögliche Mundtrockenheit mitberücksichtigt werden (Füsgen 2003, 14).

In der Literatur liessen sich zum jetzigen Zeitpunkt nur sehr spärlich konkrete Anpassungsvorschläge für die Dysphagietherapie an Personen mit Demenz finden. Aus diesem Grund sind in dieser Arbeit eher allgemeine Empfehlungen im Umgang mit

dementen Personen erläutert, welche aber in der Therapiesituation hilfreich sein können. Zudem zeigen die einzelnen Patienten grosse Differenzen in Ausprägung und Verlauf der Demenz und Dysphagie. Folglich ist es schwierig empirische Studien zu dieser Komorbidität zu erheben und zu finden.

Insgesamt ist festzustellen, dass die Therapiemöglichkeiten für Schluckstörungen bei Demenz stark erschwert sind. Denn meist treten Dysphagien eher in einem späteren Stadium der Demenz auf, in dem auch das Sprachverständnis immer mehr eingeschränkt ist (Rösler u.a. 2008, 129, Gutzmann 2008b, 8-9). Von einem spezifischen Schlucktraining wird aus diesem Grund bei Demenz abgeraten. Als Begründung wird angegeben, dass das therapeutische Vorgehen oft nicht verstanden würde und eine Abwehrhaltung gegenüber der Nahrungsaufnahme beobachtbar sei (Böhme 2008, 129).

Es stellt sich die Frage, ob nur adaptive Massnahmen zum Einsatz kommen sollten. Das würde bedeuten, dass beispielsweise Mahlzeiten in ihrer Konsistenz verändert oder spezielle Trink- und Esshilfen angeboten werden, um die Restfähigkeiten beim Schlucken bestmöglich zu erhalten. In Zukunft bedarf es noch viel Forschung im Gebiet der Schluckstörungen bei Demenz. Die Relevanz dieses Themengebietes verdeutlicht sich im stetigen Älterwerden der Bevölkerung, welches das Risiko, an Demenz zu erkranken, kontinuierlich erhöht (Förstl 2009, 6).

## 6 Zusammenfassung

Dysphagie und Demenz sind zwei Krankheitsbilder, welchen eine grosse Anzahl Ursachen und Ausprägungen zu Grunde liegt. Dysphagien können durch strukturelle, funktionelle, sowie psychogene Veränderungen bedingt sein. Die Grenze zwischen physiologischen Veränderungen, wie beim Alterungsprozess, und pathologischen Veränderungen des Schluckaktes ist oftmals schwierig zu ziehen und kann auch fließend sein.

Wie schon erwähnt, lassen sich auch Demenzen in unterschiedliche Formen unterteilen. Diese unterscheiden sich in der Ätiologie, Symptomatik und Progredienz der Demenzerkrankung.

Diese Heterogenität der beiden Störungsbilder Dysphagie und Demenz hat zur Folge, dass eine geeignete Therapie individuell auf die Diagnosen angepasst werden muss. Für die Logopädie heisst dies, dass die Dysphagietherapie speziell auf das Störungsbild der Demenz eingehen sollte. Dazu sind spezifische Kenntnisse nicht nur zur Dysphagie, sondern auch zur Demenzform, deren Symptomatik und Verlauf erforderlich. So sollten beispielsweise die therapeutischen Instruktionen sprachlich individuell an das Demenzstadium angepasst werden. Am Beispiel der Facio-Oralen Therapie von Kay Coombes (Nusser-Müller-Busch 2011, 12) konnten an das Krankheitsbild angepasste und erweiterte therapeutische Massnahmen anhand der nicht medikamentösen Demenztherapie aufgezeigt werden. Das Hauptziel der Dysphagietherapie bei Demenz ist es hierbei, das Situationsverständnis durch eindeutige Reize bei dementen Personen gewährleisten zu können.

Im Zusammenhang mit Dysphagien bei Demenz stellt sich zusätzlich die Frage nach einer PEG-Sonde. Die Frage nach der Indikation, dem Risiko und der Wirksamkeit ist ein individuelles Abwägen verschiedener Faktoren. Als weiterer, wichtiger Ansatz gilt es, den Willen des Patienten zu ermitteln und zu berücksichtigen. In solchen Situationen kommen auch die Angehörigen ins Spiel, welche je nach Situation als Vertreter des Patientenwillens fungieren können. Auch in die Therapie können Angehörige miteingebunden werden und beispielsweise wertvolle biografische Informationen beisteuern. Ausserdem gibt es Angebote für Angehörige, welche ihre kommunikativen Fähigkeiten speziell im Umgang mit dementen Personen schulen. Gemeinsam mit Angehörigen und einem interdisziplinären Team kann versucht werden, dem komplexen Störungsbild der Dysphagie bei Demenz therapeutisch gerecht zu werden. Schlussendlich besteht das Ziel darin, dem Betroffenen trotz allen Einschränkungen ein lebenswertes Älterwerden zu ermöglichen.

## 7 Verzeichnisse

### 7.1 Literatur

- Alagiakrishnan, Kannayiram; Bhanji, Rahima A.; Kurian, Mini (2013): Evaluation and management of oropharyngeal dysphagia in different types of dementia: A systematic review. In: Archives of Gerontology and Geriatrics 56, 1-9
- Assem-Hilger, Eva; Pirker, Walter (2010): Klinik der Demenzen. In: Schloffer, Helga; Prang, Ellen; Frick-Salzmänn, Annemarie (Hrsg.): Gedächtnistraining. Theoretische und praktische Grundlagen. Heidelberg: Springer Medizin Verlag, 60-76
- Aviv, Jonathan E. (1997): Effects of Aging on Sensitivity of the Pharyngeal and Supraglottic Areas. In: The American Journal of Medicine 103, 74-76
- Bartolome, Gudrun; Neumann, Stefanie (2006): Physiologie des Schluckvorganges. In: Bartolome, Gudrun; Schröter-Morasch, Heidrun (Hrsg.): Schluckstörungen. Diagnostik und Rehabilitation. 3. Aufl. München/Jena: Urban&Fischer, 15-35
- Bickel, Horst (2012): Epidemiologie und Gesundheitsökonomie. In: Wallesch, Claus-Werner; Förstl, Hans (Hrsg.): Demenzen. 2., aktualisierte und überarbeitete Aufl. Stuttgart/New York: Georg Thieme Verlag, 18-35
- Bledau-Greifendorf, Judith (2009): Therapie und Dysphagiemanagement. In: Gröne, Berhold (Hrsg.): Schlucken und Schluckstörungen. Eine Einführung. München: Elsevier, 73-106
- Böhme, Gerhard (2008): Förderung der kommunikativen Fähigkeiten bei Demenz. Bern: Verlag Hans Huber
- Bourgeois, M; Hickey, Ellen (2009): Dementia. From Diagnosis to Management – A functional approach. New York: Taylor/Francis
- Bur, Torsten (2010): Schluckstörungen bei fortgeschrittener Demenz – Berücksichtigung von Lebensqualität und Patientenwille. In: Steiner, Jürgen (Hrsg.): Sprachtherapie bei Demenz. Aufgabengebiet und ressourcenorientierte Praxis. München: Reinhardt, 144-147
- Brauer, Thomas (2008): „Am Anfang war das Wort“- was, wenn es zerfällt? Grundpfeiler menschlicher Kommunikation. In: Füsgen, Ingo (Hrsg.): Therapie der Demenz: Multiprofessionell und integrativ. Workshop des „Zukunftsforum Demenz“. Wiesbaden: Medical Tribune, 47-54
- Brush, Jennifer A.; Camp, Cameron J. (1998): Spaced Retrieval. During Dysphagia Therapy: A case study. In: Clinical Gerontologist. Clinical Comments 19 (2), 96-99
- Crary, Michael A.; Groher, Michael E. (2003): Introduction to adult swallowing disorders. St. Louis: Butterworth-Heinemann
- Denk, Doris-Maria; Bigenzahn, Wolfgang (1999): Oropharyngeale Dysphagien: Definitionen, Ursachen und Pathophysiologie. In: Bigenzahn, Wolfgang; Denk, Doris-Maria (Hrsg.): Oropharyngeale Dysphagien. Ätiologie, Klinik, Diagnostik und Therapie von Schluckstörungen. Stuttgart/New York: Georg Thieme Verlag, 24-32

- Denk, Doris-Maria; Bigenzahn, Wolfgang; Komenda-Prokop, Eva; Schick, Alexandra (1999): Funktionelle Therapie oropharyngealer Dysphagien. In: Bigenzahn, Wolfgang; Denk, Doris-Maria (Hrsg.): Oropharyngeale Dysphagien. Ätiologie, Klinik, Diagnostik und Therapie von Schluckstörungen. Stuttgart/New York: Georg Thieme Verlag, 66-96
- Deutsche Gesellschaft für Neurotraumatologie und Klinische Neuropsychologie e.V. (DGNKN) (2003): Qualitätskriterien und Standards für die Diagnostik und Therapie von Patienten mit neurologischen Schluckstörungen. Neurogene Dysphagien. In: [http://www.dgnkn.de/dokumente/dgnkn\\_leitline\\_neurologische\\_schluckstoerung.pdf](http://www.dgnkn.de/dokumente/dgnkn_leitline_neurologische_schluckstoerung.pdf), 29.9.2013
- DIMDI (2009): Pflegerische Versorgungskonzepte für Personen mit Demenzerkrankungen. In: [http://portal.dimdi.de/de/hta/hta\\_berichte/hta215\\_bericht\\_de.pdf](http://portal.dimdi.de/de/hta/hta_berichte/hta215_bericht_de.pdf), 9.11.2013
- Fasching, Peter (2001): Zur Diskussion: PEG-Sonde in der Geriatrie- notwendige Intervention oder unethische Zwangsernährung? In: Journal für Ernährungsmedizin 3, 38-40
- Förstl, Hans (2009): Demenzen in Theorie und Praxis. 2., aktualisierte und überarbeitete Aufl. Heidelberg: Springer Medizin Verlag
- Förstl, Hans; Kurz, Alexander; Hartmann, Tobias (2009): Alzheimer-Demenz. In: Förstl, Hans (Hrsg.): Demenzen in Theorie und Praxis. 2., aktualisierte und überarbeitete Aufl. Heidelberg: Springer Medizin Verlag, 43-63
- Forstmeier, Simon; Maercker, Andreas (2008): Probleme des Alterns. In: Schulte, Dietmar; Margraf, Jürgen (Hrsg.) Bd. 33: Fortschritte der Psychotherapie. Göttingen: Hogrefe
- Freudenreich, Manuela; Litz, Hildegard; Menebröcker, Claudia; Weber, Vanessa (2008): Ernährungsmitbedingte und ernährungsrelevante Erkrankungen. In: Menebröcker, Claudia (Hrsg.): Ernährung in der Altenpflege. München/Jena: Urban & Fischer, 73-121
- Frick-Salzmann, Annemarie (2010): Gedächtnissysteme. In: Schloffer, Helga; Prang, Ellen; Frick-Salzmann, Annemarie (Hrsg.): Gedächtnistraining. Heidelberg: Springer Medizin Verlag, 34-43
- Finucane, Thomas E.; Bynum, Julie P.W. (1996): Use of tube feeding to prevent aspiration pneumonia. In: Lancet 348, 1421-1424
- Finucane, Thomas E.; Christmas, Colleen; Travis, Kathy (1999): Tube feeding in patients with advanced dementia. A review of evidence. In: JAMA 14, 1365-1370
- Füsgen, Ingo (2003): Sprech- und Schluckstörungen bei Demenz. In: Füsgen, Ingo. (Hrsg.): Sprech- und Schluckstörungen. Problemfeld in der Demenztherapie. Workshop des „Zukunftsforum Demenz“. Wiesbaden: Medical Tribune, 11-18
- Gasser, Thomas; Maetzler, Walter (2012): Molekulargenetik und Neurobiologie neurodegenerativer Demenzen. In: Wallesch, Claus-Werner; Förstl, Hans (Hrsg.): Demenzen. 2., aktualisierte und überarbeitete Aufl. Stuttgart/New York: Georg Thieme Verlag, 36-51

- Geissler, Maria (2007): Influence of Age and Gender on Intra-personal Variability. In: Winkler, Silke; Tesak, Jürgen (Hrsg.): Arbeiten zur Dysphagie. Idstein: Schulz-Kirchner Verlag, 9-51
- Geissler, Maria; Winkler, Silke (2010): Dysphagie. Ein einführendes Lehrbuch. Idstein: Schulz-Kirchner Verlag
- Gutzmann, Hans (2008a): Im Einzelfall nichtmedikamentöse Massnahmen hilfreich. Therapie der Alzheimer-Demenz. In: Füsgen, Ingo (Hrsg.): Therapie der Demenz: Multiprofessionell und integrativ. Workshop des „Zukunftsforum Demenz“. Wiesbaden: Medical Tribune, 31-38
- Gutzmann, Hans (2008b): Sprache und Demenzerkrankung. In: Forum Logopädie 6, 6-12
- Haberl, Roman L.; Schreiber, Angela K. (2009): Morbus Binswanger und andere vaskuläre Demenzen. In: Förstl, Hans (Hrsg.): Demenzen in Theorie und Praxis. 2., aktualisierte und überarbeitete Aufl. Heidelberg: Springer Medizin Verlag, 65-84
- Haberstroh, Julia; Neumeyer, Katharina; Schmitz, Bernhard; Pantel, Johannes (2009): Evaluation eines Kommunikationstrainings für Altenpfleger in der stationären Betreuung demenzkranker Menschen (Tandem im Pflegeheim). In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 42, 108-116
- Haberstroh, Julia; Krause, Katharina; Franzmann, Judith; Neumeyer, Katharina; Jakob, Marion; Roth, Ines; Pantel, Johannes (2011): Grundgedanken der TANDEM Trainings. In: Haberstroh, Julia; Pantel, Johannes (Hrsg.): Kommunikation bei Demenz. TANDEM Trainingsmanual. Berlin/Heidelberg: Springer Medizin Verlag, 13
- Hampel, Harald; Graz, Christian; Zetzsche, Thomas; Rujescu, Dan; Möller, Hans-Jürgen (2012): Pharmakotherapie. In: Wallesch, Claus-Werner; Förstl, Hans (Hrsg.): Demenzen. 2., aktualisierte und überarbeitete Aufl. Stuttgart/New York: Georg Thieme Verlag, 356-370
- Heidler, Maria-Dorothea (2009): Kognitiv bedingte Dysphagien in der Geriatrie- ein Fall für die Sprachtherapie? In: Logos Interdisziplinär 17, 36-44
- Herwaarden van, Margot A.; Katz, Phil O.; Gideon, Matthew; Barret, Jeff; Castell, June A.; Ahem, S.; Castell, Donald O. (2003): Are manometric parameters of the upper esophageal sphincter and pharynx affected by age and gender? In: Dysphagia 18, 211-217
- Jäger, Martin (2003): Schluckstörungen. Bei Demenz-Patienten noch zu wenig beachtet. In: Füsgen, Ingo. (Hrsg.): Sprech- und Schluckstörungen. Problemfeld in der Demenztherapie. Workshop des „Zukunftsforum Demenz“. Wiesbaden: Medical Tribune, 43-50
- Lautenschlager, Nicola T.; Kurz, Alexander (2009): Gedächtnissprechstunden (Memory-Kliniken). In: Förstl, Hans (Hrsg.): Demenzen in Theorie und Praxis. 2., aktualisierte und überarbeitete Aufl. Heidelberg: Springer Medizin Verlag, 312-325
- Niers, Norbert (2000): Der physiologische Schluckvorgang und altersbedingte Veränderungen. In: Kolb, Gerald (Hrsg.): Dysphagie. Kompendium für Ärzte und Sprachtherapeuten in Klinik, Rehabilitation und Geriatrie. München: Urban & Vogel, 11-24

- Nusser-Müller-Busch, Ricki (2006): Therapie neurogener Schluckstörungen. In: Böhme, Gerhard (Hrsg.): Sprach-, Sprech-, Stimm- und Schluckstörungen. Bd. 2: Therapie. 4. aktualisierte und erweiterte Aufl. München/Jena: Urban & Fischer, 392-401
- Nusser-Müller-Busch, Ricki (Hrsg.) (2011): Die Therapie des Facio-Oralen Trakts. F.O.T.T. nach Kay Coombes. 3. Aufl. Berlin/Heidelberg: Springer-Verlag
- Petersen, Ronald C.; Smith, Glenn E.; Waring, Stephen C.; Ivnik, Robert J.; Tangalos, Eric G.; Kokmen, Emre (1999): Mild Cognitive Impairment: clinical characterization and outcome. In: Arch Neurol 56, 303-308
- Prosiegel, Marco; Buchholz David W. (2006): Mit Schluckstörungen assoziierte neurologische Erkrankungen. In: Bartolome, Gudrun; Schröter-Morasch, Heidrun (Hrsg.): Schluckstörungen. Diagnostik und Rehabilitation. 3. Aufl. München/Jena: Urban & Fischer, 51-74
- Prosiegel, Marco; Weber, Susanne (2010): Dysphagie: Diagnostik und Therapie: ein Wegweiser für kompetentes Handeln. In: Thiel, Monika M.; Ewerbeck, Caroline (Hrsg.): Praxiswissen Logopädie. Berlin/Heidelberg: Springer-Verlag
- Raischl, Josef; Wohlleben, Ulla (2012): Psychosoziale Unterstützung von Angehörigen, die Stellvertreterentscheidungen zu treffen haben. In: Fuchs, Christoph; Gabriel, Heiner; Raischl, Josef; Steil, Hans; Wohlleben, Ulla (Hrsg.): Palliative Geriatrie. Ein Handbuch für die interprofessionelle Praxis. Bd. 9: Münchner Reihe Palliative Care. Stuttgart: Kohlhammer, 276-281
- Rittig, Tanja (2003): Therapeutische Strategien bei Demenzen. In: Füsgen, Ingo. (Hrsg.): Sprech- und Schluckstörungen. Workshop des „Zukunftsforum Demenz“. Wiesbaden: Medical Tribune, 51-58
- Rittig, Tanja (2012): Der Dysphagie-Pass. Ein patientenbezogenes, sektorenübergreifendes Kommunikationsmedium. In: Forum Logopädie 3, 18-23
- Rösler, A.; Lessman, H.; von Rentelnd-Kruse, W.; Stanschus, S.(2008): Dysphagia and Dementia: Disease severity and degree of dysphagia as assessed by fiberoptic endoscopy. In: European Journal of Geriatrics 10, 127-129
- Romero, Barbara; Förstl, Hans (2012): Nicht medikamentöse Therapie. In: Wallesch, Claus-Werner; Förstl, Hans (Hrsg.): Demenzen. 2., aktualisierte und überarbeitete Aufl. Stuttgart/New York: Georg Thieme Verlag, 370-382
- Rückert, Willi; Arnold, Radka; Bauer-Söllner, Brigitte; Brinner, Claudia; Ding-Greiner, Christina; Kolb, Christian; Lärm, Mechthild; Mybes, Ursula; Schreier, Magda; Vanorek, Renate (2007): Ernährung bei Demenz. In: Robert Bosch Stiftung (Hrsg.): Gemeinsam für ein besseres Leben mit Demenz. Bern: Verlag Hans Huber
- Schaade, Gudrun (2009): Demenz. Therapeutische Behandlungsansätze für alle Stadien der Erkrankung. Heidelberg: Springer Medizin Verlag
- Schaub, Rainer Thomas; Freyberger, Harald Jürgen (2012): Diagnostik und Klassifikation. In: Wallesch, Claus-Werner; Förstl, Hans (Hrsg.): Demenzen. 2., aktualisierte und überarbeitete Aufl. Stuttgart/New York: Georg Thieme Verlag, 87-112

- Schaupp, Ursula (2000): Dysphagie im Alter. In: Kolb, Gerald (Hrsg.): Dysphagie. Kompendium für Ärzte und Sprachtherapeuten in Klinik, Rehabilitation und Geriatrie. München: Urban & Vogel, 25-49
- Schmidtke, Klaus; Otto, Markus (2012): Alzheimer-Demenz. In: Wallesch, Claus-Werner; Förstl, Hans (Hrsg.): Demenzen. 2., aktualisierte und überarbeitete Aufl. Stuttgart/New York: Georg Thieme Verlag, 203-227
- Schüder, Gabi (2012): Biografiearbeit in der Beziehungspflege. In: Fuchs, Christoph; Gabriel, Heiner; Raischl, Josef; Steil, Hans; Wohlleben, Ulla (Hrsg.): Palliative Geriatrie. Ein Handbuch für die interprofessionelle Praxis. Bd. 9: Münchner Reihe Palliative Care. Stuttgart: Kohlhammer, 118-122
- Schulz, Ralf-Joachim; Nieczaj, Rolf; Moll, Almut; Azzaro, Marina; Egge, Katrin; Becker, Regine (2009): Behandlung der Dysphagie in einem klinisch-geriatrischen Setting: funktionelle Dysphagietherapie und PEG-Einsatz. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 42, 328-335
- Seidl, Rainer O.; Hollweg, Wibke; Nuss-Müller-Busch, Ricki (2011): Pilotstudie zu F.O.T.T. bei neurologischen Patienten. In: Nusser-Müller-Busch, Ricki (Hrsg.): Die Therapie des Facio-Oralen Trakts. 3. Aufl. Berlin/Heidelberg: Springer-Verlag, 282-289
- Steiner, Jürgen (2010): Sprachtherapie Demenz. Aufgabengebiet und ressourcenorientierte Praxis. München: Reinhardt
- Steiner, Jürgen; Venetz, Martin (2011): Sprachabbau bei Demenz- ein Thema für die Sprachtherapie? Ergebnisse einer Befragung von Logopädinnen in der Schweiz. In: Forum Logopädie 6, 26-31
- Steiner, Jürgen (2012): Demenz: Logopädie, Beratung und Selbstorganisation. Mit Auszügen aus einem Gespräch mit Helga Rohra. In: Forum Logopädie 6, 18-22
- Steldinger, Beate (2012): Behandlungsentscheidungen aus juristischer Sicht. In: Fuchs, Christoph; Gabriel, Heiner; Raischl, Josef; Steil, Hans; Wohlleben, Ulla (Hrsg.): Palliative Geriatrie. Ein Handbuch für die interprofessionelle Praxis. Bd. 9: Münchner Reihe Palliative Care. Stuttgart: Kohlhammer, 247-254
- Stephan, Klaus Marin; Gröne, Berthold (2009): Schluckstörungen und deren Ursachen. In: Gröne, Berthold (Hrsg.): Schlucken und Schluckstörungen. Eine Einführung. München: Elsevier, 25-30
- Stobbe, Gabriele (2012): Schluckstörungen bei Demenz. In: Fuchs, Christoph; Gabriel, Heiner; Raischl, Josef; Steil, Hans; Wohlleben, Ulla (Hrsg.): Palliative Geriatrie. Ein Handbuch für die interprofessionelle Praxis. Bd. 9: Münchner Reihe Palliative Care. Stuttgart: Kohlhammer, 140-146
- Synofzik, Matthis. (2007): PEG-Ernährung bei fortgeschrittener Demenz. Eine evidenzgestützte ethische Analyse. In: Nervenarzt 78, 418-428
- Wallesch, Claus-Werner; Förstl, Hans (2012): Leichte kognitive Störung. Mild cognitive Impairment. In: Wallesch, Claus-Werner; Förstl, Hans (Hrsg.): Demenzen. 2., aktualisierte und überarbeitete Aufl. Stuttgart/New York: Georg Thieme Verlag, 200-202

Wiegele, Britta (2012): Validation. In: Fuchs, Christoph; Gabriel, Heiner; Raischl, Josef; Steil, Hans; Wohlleben, Ulla (Hrsg.): Palliative Geriatrie. Ein Handbuch für die interprofessionelle Praxis. Bd. 9: Münchner Reihe Palliative Care. Stuttgart: Kohlhammer, 130-139

Wirth, Rainer; Volkert, Dorothee; Bauer, Jürgen M.; Schulz, Ralf-Joachim.; Borchelt, Markus; Fleischhauer, Christian; Steinhagen-Thiessen, Elisabeth; Sieber, Cornel C. (2007): PEG-Sondenanlagen in der Deutschen Akutgeriatrie. Eine retrospektive Datenbank-Analyse. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 40, 21-30

World Health Organization (2010): ICD-10. Chapter V (F). Mental and behavioural disorders.  
In: <http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2010/en#/F00>, 07.12.2013

Zaudig, Michael (2009): „Leichte kognitive Beeinträchtigung“ im Alter. In: Förstl, Hans (Hrsg.): Demenzen in Theorie und Praxis. 2., aktualisierte und überarbeitete Aufl. Heidelberg: Springer Medizin Verlag

Zieschang, Tania; Oster, Peter; Pfisterer, Mathias; Schneider, Nils (2012): Palliativversorgung von Menschen mit Demenz. In: Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 45, 50-54

## 7.2 Abbildungen

**Abb. 1:** Aspiration ..... 6  
Krauss, Uwe (2009): Instrumentelle Dysphagiediagnostik. In: : Gröne, Berhold (Hrsg.): Schlucken und Schluckstörungen. Eine Einführung. München: Elsevier, 70

**Abb. 2:** Nasale Regurgitation..... 7  
Schober, Ewald; Schima, Wolfgang; Pokieser, Peter (1999): Röntgen-Videokinematographie des Schluckaktes. In: Bigenzahn, Wolfgang; Denk, Doris-Maria (Hrsg.): Oropharyngeale Dysphagien. Ätiologie, Klinik, Diagnostik und Therapie von Schluckstörungen. Stuttgart/New York: Georg Thieme Verlag, 47

**Abb. 3:** Laryngeale Penetration ..... 7  
Schober, Ewald; Schima, Wolfgang; Pokieser, Peter (1999): Röntgen-Videokinematographie des Schluckaktes. In: Bigenzahn, Wolfgang; Denk, Doris-Maria (Hrsg.): Oropharyngeale Dysphagien. Ätiologie, Klinik, Diagnostik und Therapie von Schluckstörungen. Stuttgart/New York: Georg Thieme Verlag, 47

**Abb. 4:** Entscheidungsmodell zur Evaluation einer PEG-Ernährung bei fortgeschrittener Demenz ..... 30  
Synofzik, Matthias (2007): PEG-Ernährung bei fortgeschrittener Demenz. Eine evidenzgestützte ethische Analyse. In: Nervenarzt 78, 424

## 7.3 Tabellen

**Tab. 1:** Zusammenfassung häufig verwendeter Schlucktechniken und Haltungsveränderungen in der Dysphagietherapie ..... 8  
Crary, Michael A. (2010): Treatment for Adults. In: Groher, Michael E.; Crary, Michael A. (Hrsg.): Dysphagia. Clinical Management in Adults and Children. Maryland Heights: Mosby Elsevier, 293  
[Übersetzung und Anpassungen d. Verf.]