

Deutsche Angestellten-Akademie  
Osnabrück + Oldenburg  
Lehranstalt für Logopädie

**Studienarbeit**

**Relevanz der logopädischen Intervention  
innerhalb psychiatrischer Einrichtungen  
anhand von Fallbeispielen aus dem AMEOS-  
Klinikum Osnabrück.**

Betreuerin: Frau Weiter

Verfasserinnen: Rabea Brüwer  
Birkenstraße 14  
49565 Bramsche  
05461/62787  
Rabeabruewer@gmx.de

Kristina Schneider  
Meller Straße 123  
49084 Osnabrück  
0541/97047580  
tina\_moers@web.de

Kurs: OS-LO-16

Osnabrück, den 09.01.2013

## Abstract

In der vorliegenden Studienarbeit wird der Frage nachgegangen, welche Relevanz logopädische Intervention in psychiatrischen Einrichtungen (besonders des AMEOS-Klinikum) hat. Die Motivation für dieses Thema folgte aus eigenem großen Interesse für psychiatrische Erkrankungen und deren Symptomatik. Dieses Interesse wurde zusätzlich dadurch verstärkt, dass unser Fachdozent für „Psychiatrie“ die Frage in den Raum warf, warum es noch keine logopädische Therapie in Einrichtungen wie dem AMEOS-Klinikum gäbe, obwohl es seinen Erfahrungen und Einschätzungen nach bei einigen Störungsbildern sinnvoll wäre.

Im ersten Teil der Studienarbeit werden das AMEOS-Klinikum und die, für die Beantwortung unserer Fragestellung, überprüften Gerontopsychiatrischen Stationen genauer beschrieben. Es folgt darauf eine Erläuterung zu dem genutzten Material und dem methodischen Vorgehen. Im Hauptteil der Studienarbeit stellen wir die Ergebnisse unserer Recherchen (der Telefoninterviews, Fragebögen und Diagnostiken) dar, welche die Relevanz der logopädischen Intervention in psychiatrischen Einrichtungen belegen. Am Ende der Studienarbeit erfolgt eine kurze Diskussion des methodischen Vorgehens, der Ergebnisse und ein kurzes Fazit.

Insgesamt ist festzustellen, dass ein dringender Forschungsbedarf bezüglich dieser Thematik besteht.

## Inhaltsverzeichnis

<b>1. Einleitung</b>	<b>3</b>
1.1 Motivation, Projektinteresse	3
1.2 Aufbau der Studienarbeit	3
1.3 Zielstellung der Studienarbeit	4
1.4 Vorstellung des AMEOS-Klinikums Osnabrück	4
<b>2. Material/Methoden</b>	<b>7</b>
2.1 Literaturrecherche	7
2.2 Das methodische Vorgehen	8
<b>3. Ergebnisse</b>	<b>8</b>
3.1 Vorstellung und Auswertung der Telefoninterviews	8
3.2 Vorstellung und Auswertung der Fragebögen	10
3.2.1 Auswertung der Fragebögen der Befragtengruppe im Alter von 20 - 40J.	10
3.2.2 Auswertung der Fragebögen der Befragtengruppe im Alter ab 41 Jahren	14
3.2.3 Zusammengefasste Auswertung aller Fragebögen_____	17
3.3 Patientenbeispiele	
3.3.1 Bereich Dysarthrie	19
3.3.1.1 Patientenbeispiel A (Herr K.; 73J. – Station G2)	20
3.3.1.1 Patientenbeispiel B (Herr E.; 70J. – Station G2)	24
3.3.2 Bereich Dysphagie	27
3.3.2.1 Patientenbeispiel A (Herr B.; 71J. – Station G1)	29
3.2.2.2 Patientenbeispiel B (Herr K.; 73 Jahre – Station G2)	32
3.2.2.3 Patientenbeispiel C (Frau B.; 75 J. - Station G1)	33
3.2.2.4 Patientenbeispiel D	36

(Frau N.; 83 J. - Station G1)

3.3.3. Zusammenfassende Auswertung der Diagnostik	37
<b>4. Schluss</b>	<b>38</b>
4.1 Diskussion des methodischen Vorgehens	38
4.2 Diskussion der Ergebnisse	38
4.3 Fazit und Ausblick	39

## **1. Einleitung**

### **1.1 Motivation, Projektinteresse**

Im Rahmen unseres Unterrichtsfachs „Psychiatrie“ lernten wir viel über das AMEOS-Klinikum und die dort vertretenen Störungsbilder. In diesem Zusammenhang erwähnte unser Fachdozent, Ralf Brüggemann, dass viele logopädische Störungsbilder (wie z.B. Dysphagie oder Dysarthrie<sup>1</sup>) bei den Patienten zahlreich vorhanden seien, jedoch unbehandelt bleiben. Zudem berichtete er, dass ein möglicher Einsatz von Logopäden im AMEOS-Klinikum Osnabrück bereits diskutiert werde. Zudem ist dieses Themengebiet noch weitestgehend unerforscht und es gibt keinerlei Literatur, die diese „Problematik“ aufgreift. Da uns das Themengebiet der psychischen Erkrankungen sehr interessiert, gab dies uns den Anstoß, diese „Problematik“ weiter/genauer zu verfolgen und außerdem zu überprüfen, wie der Stand dies bezüglich in anderen psychiatrischen Einrichtungen ist. Ergänzend dazu stellte sich uns die Frage, in welchen Bereichen (außer der Dysphagie oder Dysarthrie) logopädische Intervention noch nötig sein könnte.

### **1.2 Zielstellung der Arbeit**

Mit unserer Arbeit wollen wir zum einen versuchen herauszufinden, ob die logopädische Arbeit in dem AMEOS-Klinikum sinnvoll ist und wie die dort tätigen Arbeitskräfte darüber denken. Zum anderen soll ein Vergleich zu anderen psychiatrischen Einrichtungen (anhand von Beispielen) geschaffen werden, mit der Frage ob und inwieweit Logopäden dort beschäftigt werden. Wir erhoffen uns durch diese Arbeit abschließend herausstellen zu können, welche psychiatrischen Störungsbilder logopädische Intervention erfordern können um in einem nächsten Schritt die psychiatrischen Einrichtungen (insbesondere das AMEOS-Klinikum) über unsere Ergebnisse aufzuklären. Ein weiteres Ziel dieser Arbeit besteht darin, unser Wissen über die Arbeit mit psychisch erkrankten Menschen, besonders in Bezug auf spezielle Störungsbilder, zu erweitern und an unsere Mitschüler weitergeben zu können.

---

<sup>1</sup> Beide Störungsbilder werden innerhalb der Studienarbeit genauer beschrieben.

### **1.3 Aufbau der Studienarbeit**

Die vorliegende Studienarbeit beginnt mit einer Vorstellung des AMEOS-Klinikums in Osnabrück und den (für die mögliche logopädische Arbeit) relevanten Stationen/Bereiche. Danach folgt der Hauptteil unserer wissenschaftlichen Arbeit. Zunächst werden der Inhalt und das Ziel der von uns erstellten Fragebögen genauer erläutert und ausgewertet. Einen weiteren Schwerpunkt des Hauptteils bilden die Darstellungen der ausgewählten Patienten. Diese beinhalten eine kurze Anamnese sowie einen Kurzbefund. Dieser Punkt wird durch eine Vorstellung und Auswertung der von uns eigens erstellten Diagnostik ergänzt. Ein letzter Aspekt des Hauptteils ist die Vorstellung der Vorgehensweise der Telefoninterviews und die daraus resultierenden Ergebnisse. Der abschließende Teil der Studienarbeit ergibt sich aus einer Diskussion des methodischen Vorgehens und der Ergebnisse, sowie dem Fazit und Ausblick.

### **1.4 Vorstellung des AMEOS-Klinikums Osnabrück**

Das AMEOS-Klinikum Osnabrück ist ein regionales Fachkrankenhaus für psychische Gesundheit, welches 1869 an der Stelle eines früheren Klosters auf dem Gertrudenberg erbaut wurde.<sup>2</sup> Bevor es 2007 durch den privaten Träger der AMEOS-Gruppe zur endgültigen Namensgebung gekommen ist, war das Klinikum unter vielen verschiedenen Namen bekannt, u.a. „provenzialstädtische Irrenanstalt zu Osnabrück“<sup>3</sup>.

Zum heutigen Zeitpunkt setzt sich die Krankenhausleitung des AMEOS-Klinikums aus drei Führungskräften zusammen, dem ärztlichen Direktor (Dr. med. Harald Scherk), dem Krankenhausdirektor (Prof. Dr. Jens Bothe) und dem Pflegedirektor (Manfred Timm)<sup>4</sup>. Neben den Führungskräften ist eine Vielzahl weiterer Berufsgruppen im AMEOS-Klinikum beschäftigt. Dazu zählen Ärzte, Psychologen, Gesundheits- und Krankenpfleger, Sozialpädagogen, Sozialarbeiter, Ergotherapeuten, Körper- und Physiotherapeuten, Kunsttherapeuten und Seelsorger.<sup>5</sup> Die Arbeitsbereiche dieser Berufsgruppen sind aufgeteilt in die vollständi-

---

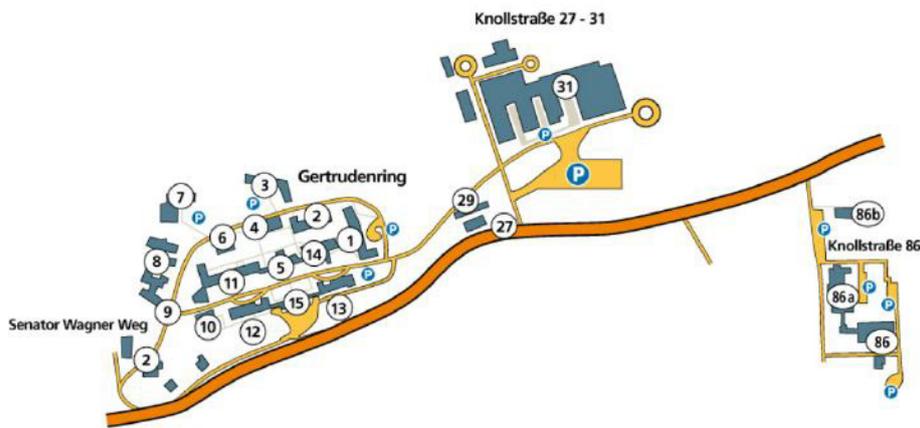
<sup>2</sup> vgl. AMEOS-Klinikum Osnabrück (2012): Geschichte des AMEOS Klinikum Osnabrück (<http://www.ameos.eu/klinikum-osnabrueck-geschichte.html>)

<sup>3</sup> vgl. AMEOS-Klinikum(2008): „Krankenhausbroschüre“, S. 3

<sup>4</sup> vgl. AMEOS-Klinikum Osnabrück (2012): Krankenhausleitung des AMEOS Klinikum Osnabrück (<http://www.ameos.eu/klinikum-osnabrueck-khl.html>)

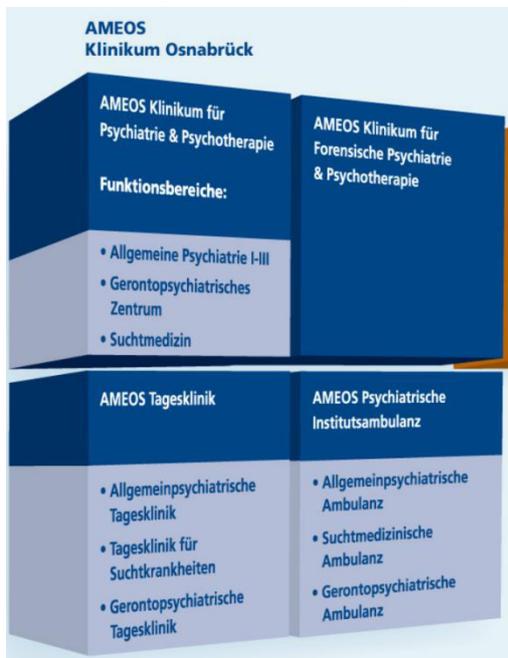
<sup>5</sup> vgl. AMEOS-Klinikum(2008): „Krankenhausbroschüre“, S. 6

ge und teilstationäre Behandlung der Patienten. Die vollständige Behandlung umfasst dabei die klassischen Krankenhausbereiche und die teilstationäre Behandlung die allgemeipsychiatrische-, die gerontopsychiatrische- und die Suchttagesklinik. Insgesamt verfügt das Haus über 430 Betten, welche alle (laut Aussage unseres Fachdozenten Herrn Brüggemann) belegt und auf insgesamt 21 Stationen aufgeteilt sind. Einen Überblick über das gesamte Gelände des AMEOS-Klinikums schafft diese Abbildung.



6

Auf der folgenden Abbildung sind die Therapieangebote des AMEOS-Klinikums Osnabrück dargestellt<sup>7</sup>.



Wie in der Grafik zu erkennen ist, unterteilt sich der Bereich „Psychiatrie und Psychotherapie“ in drei Funktionsbereiche (allgemeine Psychiatrie I-III, Gerontopsychiatrisches Zentrum und Suchtmedizin), welche sich auch in den Tageskliniken und den Institutsambulanzen wiederfinden. In der allgemeinen Psychiatrie I-III erfolgt vorwiegend die Behandlung von Patienten mit Psychosen, Depressionen, Angsterkrankungen, Konflikt- und Belastungsreaktionen,

Essstörungen, oder Persönlichkeitsstörungen (ADHS; Borderlinestörung

<sup>6</sup> aus: ebd. S. 23

<sup>7</sup> aus: ebd. S. 8

und posttraumatische Belastungsstörungen). Außerdem zählen zum Behandlungsfeld Personen mit körperlicher oder geistiger Behinderung, bei denen ebenfalls eine psychische Störung diagnostiziert wurde.

Zum Behandlungsfeld des Gerontopsychiatrischen Zentrums zählen psychische Erkrankungen bei Personen ab dem 65. Lebensjahr (z.B. Depressionen, dementielle Prozesse, organisch begründbare Psychosen, Schizophrenien, wahnhaftige Störungen, oder Abhängigkeitsstörungen).

Der letzte Funktionsbereich, die Suchtmedizin, beschäftigt sich mit der Behandlung von Patienten, die Abhängigkeitsstörungen aufweisen. Darunter zählt u.a. die Abhängigkeit von Alkohol, illegalen Drogen und Medikamenten<sup>8</sup>.

Außerdem gibt es im AMEOS-Klinikum Osnabrück eine Abteilung für Forensische Psychiatrie und Psychotherapie. Dort werden Patienten behandelt, „die vom Gericht §63 Strafgesetzbuch wegen einer Straftat verurteilt wurden, die sie im Zustand der Schuldunfähigkeit oder erheblich verminderten Schuldfähigkeit begangen haben.“<sup>9</sup>

### **Das Gerontopsychiatrische Zentrum**

Das Gerontopsychiatrische Zentrum hat in unserer Studienarbeit einen besonderen Stellenwert, da wir die Patientenbeispiele, welche im Verlauf unserer Arbeit noch genauer beschrieben werden, ausschließlich aus diesem Bereich gewählt haben.

Wie oben bereits beschrieben, ist das Gerontopsychiatrische Zentrum eine Anlaufstelle für Patienten ab dem 65. Lebensjahr, die unter einer psychischen Störung leiden). Zum Zentrum der Gerontopsychiatrie gehören drei Stationen, eine Tagesklinik und eine Ambulanz, wobei die Patienten der einzelnen Stationen für unsere Arbeit besonders relevant waren, da diese dort vollstationär betreut werden. Die ärztliche Leitung der Station und damit auch unsere Ansprechpartnerin in Bezug auf die Studienarbeit ist Frau Maria Elena Vera-Céspedes de Seegert. Die drei Stationen sind absteigend nach dem Schweregrad der psychischen Erkrankung der Patienten aufgeteilt. Daher handelt es sich bei der G1 und der G2 um geschützte (geschlossene) und bei der G3 um eine offene Station. Auf der

---

<sup>8</sup> vgl. AMEOS-Klinikum(2008): „Krankenhausbroschüre“, S. 9-10

<sup>9</sup> Zitat, AMEOS-Klinikum(2008): „Krankenhausbroschüre“, S. 12

G1 werden vorwiegend dementiell erkrankte Patienten behandelt, die sich in einer akuten Krisensituation<sup>10</sup> befinden. Die Schwere der Erkrankung der Patienten ist dadurch gekennzeichnet, dass gravierende Verhaltensauffälligkeiten<sup>11</sup> auftreten. Die Station G2 ist spezialisiert auf die Behandlung von Patienten mit Sucht- und Psychoseerkrankungen im Alter. Auf Station G3 werden an Depressionen erkrankte Personen behandelt, die außerdem Persönlichkeitsstörungen aufweisen. Die Patienten dieser Station zeigen ein deutlich geringeres Ausmaß an Schwere der Depression, im Vergleich zu den Patienten auf den Stationen G1 und G2.

Zur Beantwortung der Fragestellung unserer Studienarbeit, haben wir uns intensiv mit den gerontopsychiatrischen Stationen beschäftigt und viele der dort betreuten Patienten kennengelernt. Aufgrund der gewonnenen Erkenntnisse und den Informationen des dort tätigen Personals ist bei uns der Eindruck entstanden, dass viele Patienten Symptome zeigen, die einer logopädischen Befundung bedürfen. Dazu zählen vor allem die Störungsbereiche „Dysphagie“ und „Dysarthrie“, die (laut der Pflegekräfte und Ärzte) durch Medikamentennebenwirkungen, Begleiterkrankungen wie Morbus Parkinson und altersbedingter Faktoren auftreten würden. Aufgrund der beschriebenen Situation und hinsichtlich unserer Fragestellung haben wir uns dazu entschieden, die logopädische Diagnostik einiger Patienten auf den Stationen der Gerontopsychiatrie durchzuführen.

## **2. Material/Methoden**

### **2.1 Literaturrecherche**

Für den theoretischen, nicht an den Fallbeispielen gebundenen Teil der Arbeit, haben wir Informationen aus den Skripten des Unterrichts „Psychiatrie“, „Dysphagie“ und „Dysarthrie“ der Lehranstalt entnommen. Darüber hinaus recherchierten wir in entsprechender Fachliteratur. Dafür standen uns folgende Bücher zur Verfügung: „*Dysphagie – Diagnostik und Therapie*“ (S. Seidel, S. Stan-

---

<sup>10</sup> Eine akute Krisensituation ist dabei z.B. der plötzliche Wahrnehmungsverlust für Zeit, Ort und Raum, welcher u.a. durch einen Wohnungswechsel, oder den Verlust einer nahestehenden Person ausgelöst werden kann.

<sup>11</sup> Zu den Verhaltensauffälligkeiten zählen z.B. Warnvorstellungen und schwere Aggressionen gegenüber dem Pflegeperson und Ärzten.

schus), „Schluckstörungen – Diagnostik und Rehabilitation“ (G. Bartolome, H. Schröter-Morasch), „Neuropsychologie psychischer Störungen“ (Lautenbacher, Gauggel), „Psychiatrie: Lehrbuch für Studium und Weiterbildung“ (G. Huber), „Dysarthrie: verstehen, untersuchen, behandeln“ (Zieger et al), „Dysarthrie – Ein Ratgeber für Angehörige“ (Berndt et al.), und „Dysarthrie“ (A. Schubert). Für die anamnestischen Daten und den Befund der Fallbeispiele dienten uns Berichte des interdisziplinären Teams des AMEOS-Klinikums.

Aus einer Fortbildung zum Thema Dysphagie, an der eine der Autorinnen teilgenommen hat, liegen uns Skripte vor, die uns für die Erarbeitung des Themas hilfreich waren. Der Titel des Skripts lautet „Dysphagietherapie in der Frührehabilitation“ (S. Kubitzka).

## **2.2 Das methodische Vorgehen**

Für den empirischen Teil unserer Arbeit haben wir Fragebögen auf verschiedensten Stationen des AMEOS-Klinikums verteilt. Dadurch sammelten wir viele relevante Informationen über die Patienten. Anhand von Telefoninterviews mit anderen psychiatrischen Einrichtungen holten wir den dortigen aktuellen Stand der Beschäftigung von Logopäden ein und werteten diesen aus. Die Fragebögen erstellten wir in Anlehnung an die Fachliteratur „Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler“ (Bortz, Döring). Um herauszufinden, welche psychiatrischen Störungsbilder welche logopädische Intervention benötigen, führten wir an einer Gruppe von unterschiedlichen Patienten Kurzdiagnostiken mit spezifischer Anamnese und Befund durch.

## **3. Ergebnisse**

### **3.1 Vorstellung und Auswertung der Telefoninterviews**

#### Vorstellung

Um einen allgemeinen Überblick darüber zu bekommen, ob bereits Logopäden in psychiatrischen Einrichtungen tätig sind, haben wir deutschlandweit kurze Telefoninterviews mit Angestellten der Einrichtungen geführt. Dabei stand für uns die Frage im Vordergrund, ob generell Logopädie in der Einrichtung angeboten wird und wenn ja, wie diese umgesetzt wird und welche Störungsbilder

behandelt werden. Wenn die Angestellten diese Frage verneinten, erkundigten wir uns darüber, ob es bestimmte Gründe gibt, warum keine logopädische Intervention stattfindet. Des Weiteren interessierte uns, ob das Angebot des Fachbereichs Logopädie in Planung sei.

### Auswertung

Deutschlandweit nahmen wir zu insgesamt 30 psychiatrischen Einrichtungen<sup>12</sup> Kontakt auf. Dabei kamen wir zu folgendem Ergebnis:



Es stellte sich heraus, dass viele der Interviewpartner erstaunt über die Frage nach logopädischen Angeboten innerhalb ihrer Einrichtungen waren. Unsere Interviewpartner waren überwiegend davon überzeugt, dass die Patienten nicht in der Lage seien, sich auf diese Art der Therapie einzulassen, oder dass kein Bedarf an logopädischer Intervention bestehe. Auch die Frage, ob Logopädie in den jeweiligen Einrichtungen in Planung sei oder bereits diskutiert werde, wurde verneint. Nur eine psychiatrische Einrichtung gab an, dass Logopäden dort im Kinder- und Jugendbereich beschäftigt seien, allerdings zur Therapie der „gewöhnlichen“ Sprach- und Sprechauffälligkeiten. Diese Behandlung stünde jedoch in keinem Zusammenhang zu den psychiatrischen Auffälligkeiten der Kinder und Jugendlichen.

<sup>12</sup> Eine Telefonliste der psychiatrischen Einrichtungen befindet sich im Anhang

Insgesamt wurde deutlich, dass der logopädische Bedarf in psychiatrischen Einrichtungen (nach Meinung der dort Angestellten) nicht gesehen wird und daher auch nicht in Planung ist. Da wir während der telefonischen Befragung auf Ablehnung und Unverständnis gestoßen sind bekamen wir außerdem den Eindruck, dass der Wille, sich mit dieser Thematik auseinander zu setzen, nicht vorhanden ist.

### **3.2 Vorstellung und Auswertung der Fragebögen**

Da wir uns in unserer Studienarbeit speziell auf das AMEOS-Klinikum beziehen, war es wichtig für uns, Fragebögen zum Thema der Relevanz logopädischer Interventionen in psychiatrischen Einrichtungen an verschiedene Berufsgruppen zu verteilen. Zu diesen Berufsgruppen zählten sowohl Ärzte, Therapeuten, als auch das Pflegepersonal. Wir erstellten deswegen einen Fragebogen<sup>13</sup>, der u.a. die Fragen beinhaltet, ob und in welchen Bereichen des AMEOS-Klinikums Logopädie sinnvoll sein könnte und welche Patientengruppen die logopädische Therapie ablehnen/annehmen würden. Insgesamt wurden 40 Bögen auf den verschiedenen Stationen des AMEOS-Klinikums verteilt, von denen wir lediglich 10 zurückbekamen, welches einer Rücklaufquote von 25% entspricht. Aufgrund der geringen Rücklaufquote haben wir uns dazu entschieden, diese Ergebnisse der acht Bögen genauer auszuformulieren, wobei wir diese in zwei Altersgruppen unterteilt haben. Da jede von uns einen eigenen Part schreiben wollte und die Fragebögen aufgrund dessen aufgeteilt wurden, schien uns die Einteilung in zwei Altersgruppen (zum einen von 20-40 Jahren, zum anderen ab 41 Jahren) sinnvoll.

#### 3.2.1 Auswertung der Fragebögen der Befragtengruppe im Alter von 20-40J.

Die Beispiele im folgenden Text sind unterteilt in Befragte/r A,B,C,D und E. Bei der ersten Gruppe von Befragten handelt es sich um drei Frauen (Befragte A: unter 25 Jahren und Befragte B und C zwischen 25-30 Jahren) und zwei Männer (Befragter D im Alter zwischen 25-30 und Befragter E zwischen 35-40 Jahren). Die Befragten sind momentan auf verschiedenen Stationen innerhalb des AMEOS-Klinikums tätig. Befragte A arbeitet seit September 2012 in dem

---

<sup>13</sup> s. Anhang

AMEOS-Klinikum auf der Station N1<sup>14</sup>, Befragte B auf Station A4<sup>15</sup> (seit 2009) und Befragte C im Bereich der Psychotherapie (seit Ende 2011). Der Befragte D arbeitet seit 1998 in der Gerontopsychiatrie<sup>16</sup>, „E“ auf der N1 im ärztlichen Dienst.

Die Befragten gaben eine Vielzahl von Patientengruppen, bzw. Krankheitsbildern an, die zum jetzigen Zeitpunkt auf den oben genannten Stationen in Behandlung sind. Darunter fielen u.a. Patienten mit Persönlichkeitsstörungen, Patienten mit dem Borderline-Syndrom<sup>17</sup>, an Demenz erkrankte Patienten, depressive und schizophrene<sup>18</sup> Patienten und ebenfalls eine Patientengruppe, die unter Zwang- und Angststörungen leide.

In Bezug auf die Frage, inwieweit Logopädie für die Befragten bekannt sei, gaben alle an, dass sie über das Fachgebiet Logopädie nur grobe Kenntnisse besäßen. Bei der Beschreibung der Inhalte der Logopädie in eigenen Worten kam heraus, dass das Fachgebiet Logopädie (nach Meinung der Befragten) Sprachtherapien, Stimmtraining, Schluck- und Sprachübungen, eine Reduzierung des Stotterns und eine Verbesserung der Aussprache beinhalte.

Auf die für uns zentrale Frage, ob die Befragten Logopädie in ihrer Einrichtung als sinnvoll erachten, gaben Befragte A und B an, dass Logopädie nicht sinnvoll sei. Dieses begründeten sie damit, dass die auftretenden Sprachfehler meist Nebenwirkungen von Medikamenten seien und eine Therapie deswegen nichts bringen würde. Zusätzlich seien die Patienten „zu krank“ für eine logopädische Intervention.

---

<sup>14</sup> Bei der „N1“ handelt es sich um eine geschlossene Station der Allgemeinen Psychiatrie im AMEOS-Klinikum Osnabrück, auf der Patientinnen und Patienten mit neuropsychiatrischen Erkrankungen behandelt werden (vgl. AMEOS-Klinikum Osnabrück: Allgemeine Psychiatrie I im AMEOS Klinikum Osnabrück [<http://www.ameos.eu/klinikum-osnabrueck-ap1.html>])

<sup>15</sup> Bei der „A4“ handelt es sich um eine offene Station, auf der Patientinnen und Patienten mit Störungen der Persönlichkeitsentwicklung (Schwerpunkt Borderline) behandelt werden (vgl. s. oben)

<sup>16</sup> In der Gerontopsychiatrie erfolgt eine Behandlung der Patienten ab 60 Jahren, die an psychischen Störungen erkranken (vgl. ebd. [<http://www.ameos.eu/klinikum-osnabrueck-geronto.htm>])

<sup>17</sup> Bei dem **Borderline-Syndrom** handelt es sich ebenfalls um eine Persönlichkeitsstörung, bei der sich bei den Betroffenen das Gefühl entwickelt, nicht mehr mit ihrer Umwelt und mit ihrer Identität zu Recht zu kommen. Sie leiden häufig unter Angst- und Hassgefühlen und können nur wenig Freude zeigen (vgl. C. Wiegmann: „Was ist das Borderline-Syndrom?“ [<http://www.borderline-borderliner.de/borderline/borderline-syndrom.htm>]) (10.12.2012)

<sup>18</sup> Bei der **Schizophrenie** handelt es sich um eine multiple Persönlichkeitsstörung, bei der die Patienten oft nicht dazu fähig sind, zwischen der Wirklichkeit und den eigenen Vorstellungen zu unterscheiden (vgl. <http://www.schizophrenie.org/>) (10.12.2012)

Die Befragten, die auf der Station A3, in der Gerontopsychiatrie und im ärztlichen Dienst beschäftigt sind beschrieben im Gegensatz zu den Kollegen aus der N1, dass Logopädie im AMEOS-Klinikum sinnvoll sei. Sie begründeten ihre Auffassung damit, dass durch Logopädie eine Verbesserung der Kommunikation, der Nahrungsaufnahme und der Atmung erzielt werden könne. Zudem könne es durch logopädische Behandlung zu einer Steigerung des Selbstwertgefühls und der Selbstbestimmung bei den betroffenen Patienten kommen. Zudem könne durch Logopädie die Teilhabe/Integration der jeweiligen Patienten gefördert werden. Die beiden männlichen Befragten, welche momentan auf der Gerontopsychiatrie und auf Station N1 tätig sind, beschrieben außerdem, dass bei verschiedenen Patientengruppen häufig Schluckbeschwerden auffallen würden und daraus folgend eine Aspirationsgefahr<sup>19</sup> bestehe. Ferner gäbe es im AMEOS-Klinikum viele Patienten, die Schlaganfälle gehabt hätten und dringend Logopädie für verschiedene Bereiche benötigen würden.

Eine weitere Frage unseres Befragungsbogens zielte auf die Meinung der Angestellten, in welchen Bereichen des AMEOS-Klinikums Logopädie sinnvoll sein könnte. Befragte A beschrieb, dass Logopädie in keinem Bereich sinnvoll sei, da momentan bei keiner Patientengruppe (bezogen auf das ganze AMEOS-Klinikum) Bedarf bestehe. Die anderen vier Angestellten gaben an, dass Logopädie auf der Station O2<sup>20</sup>, der Station R5<sup>21</sup> und in der Gerontopsychiatrie sinnvoll sein könnte. Sie begründeten ihre Meinung damit, dass die Patienten innerhalb dieser Stationen oft Einschränkungen bei der Nahrungsaufnahme zeigen und eine logopädische Intervention bei diesen Patientengruppen vor allem eine Verbesserung der Sprache und der Atmung hervorrufen könne. Außerdem könne die Logopädie in Hinblick auf eine Lebensqualitätssteigerung, die Ressourcen der Patienten erfassen und aufzeigen.

Zur Frage in welchen Bereichen Logopädie nicht sinnvoll sei, gab die Befragte A an, dass Logopädie in allen Bereichen nicht sinnvoll sei. Weitere Ergebnisse

---

<sup>19</sup> Aspirationsgefahr bedeutet die Gefahr des Verschluckens

<sup>20</sup> Die „O2“ ist eine geschlossene Station innerhalb des AMEOS-Klinikums, welche ein spezialisiertes Behandlungsangebot für akute und chronifizierte psychische Erkrankungen bei Menschen mit einer Intelligenzminderung (geistige Behinderung) bietet (vgl. AMEOS Klinikum Osnabrück: Allgemeine Psychiatrie II im AMEOS Klinikum Osnabrück [<http://www.ameos.eu/klinikum-osnabrueck-ap2.html>])

<sup>21</sup> Die offene Station „R5“ behandelt Patienten akuter Krankheitsphasen bei anhaltenden und chronifizierten Verläufen von organischen, schizophrenen oder affektiven Psychosen, Psychosyndromen mit schweren Verhaltens- und Persönlichkeitsstörungen (vgl. ebd.)

der anderen Befragten waren, dass eine logopädische Intervention bei Patienten mit geringen Einschränkungen, bei Patienten der Akutpsychiatrie und bei der Patientengruppe, die nur ambulant behandelt werde ebenfalls nicht sinnvoll sei. Als Erklärung wurde angegeben, dass die Patienten nur eine kurze Verweildauer haben und deshalb der Fokus auf die Kernsymptomatik und die daraus folgende Therapie gelegt werden solle.

Am Ende des Bogens gaben die fünf Befragten an, welche Patientengruppen, bzw. Krankheitsbilder, ihrer Meinung nach, eine logopädische Therapie eher akzeptieren/eher ablehnen würden. Heraus kam, dass, Patienten mit Borderline-Syndrom, Intelligenzgeminderte und Patienten, die einen eigenen Bedarf an Logopädie sehen, ihre Störung annehmen und Ziele in der logopädischen Therapie nachvollziehen können, eine logopädische Intervention eher akzeptieren würden. Eine weitere Patientengruppe, die die Therapie mitmachen würde, seien Patienten mit geistiger Behinderung. Das läge u.a. daran, dass diese Patienten durch Zuneigung und intensive Therapie gut zu erreichen seien. Der Befragte D gab an, dass es sehr individuell zu sehen sei und keine spezielle Patientengruppe genannt werden könne, da von Patient zu Patient die Bereitschaft sich auf eine Therapie einzulassen, variieren würde.

Die Patientengruppen/Krankheitsbilder, die eine logopädische Therapie eher ablehnen würden, seien Patienten, die unter einer Schizophrenie oder anderen Persönlichkeitsstörungen leiden, da diese eine andere Wahrnehmung haben und sich nicht auf die Therapie einlassen würden. Außerdem zeige diese Patientengruppe oft Aggressionen gegenüber dem Personal, welches eine logopädische Therapie erschweren/unmöglich mache. Eine weitere Patientengruppe, die der logopädischen Intervention eher mit Ablehnung entgegentreten würde seien Patienten, die unter Demenz oder psychotischen Störungen leiden. Auch bei dieser Frage war einer der Befragten der Ansicht, dass auch hier bei jedem Patienten individuell geschaut werden müsse und keine allgemeingültige Aussage getroffen werden könne. Dies begründete er damit, dass ein Patient auch eine nicht krankheitsbezogene Ablehnung äußern könne, d.h. es eine Vielzahl anderer Gründe für eine Ablehnung gäbe.

### 3.2.2 Auswertung der Fragebögen der Befragtengruppe ab 41 Jahren

#### 1. Fragebogen

Die Befragte ist seit 15 Jahren im psychiatrischen Bereich tätig und arbeitet derzeit auf der DBT-Station (Dialektisch-Behaviorale Therapie)<sup>22</sup>.

Sie habe dort hauptsächlich mit Patienten, die an Borderline Persönlichkeitsstörung und post-traumatischen Belastungsstörungen leiden, zu tun.

Über das Fachgebiet der Logopädie habe Sie bereits grobe Kenntnisse erlangt, da ihr eigenes Kind aufgrund von sprachlichen Auffälligkeiten dort in Behandlung gewesen sei. Die Befragte war sich unsicher, ob logopädische Therapie in psychiatrischen Einrichtungen generell sinnvoll sei. Sie bemerkte Einerseits, dass die oftmals mit den Patienten durchgeführte Verhaltenstherapie sehr intensiv und zu zeitaufwändig sei, um parallel Logopädie anzubieten. Außerdem erwähnte Sie, dass das Therapieziel eines Patienten der DBT-Station eher sei diesen dafür vorzubereiten, ambulant Logopädie in Anspruch zu nehmen und nicht während des stationären Aufenthalts dies zusätzlich zu durchlaufen.

Auf den Stationen O2, N1 und R5<sup>23</sup> könnte sich die Befragte logopädische Intervention durchaus vorstellen, da dort ihrer Meinung nach Verständigungsprobleme bei den Patientengruppen auftreten würden.

Auf der Station A4 würde die Befragte Logopädie nicht für sinnvoll erachten, da dort das allgemeine Therapieziel sei, die Patienten für das selbstständige Alltagsleben zu schulen. Logopädie wäre dann nur sinnvoll, wenn dies ambulant durchgeführt werden würde und nicht sinnvoll, wenn dies während des stationären Aufenthalts geschieht.

Die weiteren Fragen welche Patientengruppen/Krankheitsbilder die logopädische Therapie ablehnen bzw. akzeptieren würden hat die Befragte nicht mehr beantwortet.

---

<sup>22</sup> Die DBT ist eine Psychotherapieform, die zur Behandlung von Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörungen entwickelt wurde (vgl. [http://www.dachverband-dbt.de/index.php?option=com\\_content&view=article&id=2&Itemid=2](http://www.dachverband-dbt.de/index.php?option=com_content&view=article&id=2&Itemid=2)) (11.12.2012)

<sup>23</sup> Die aufgeführten Stationen wurden bereits auf S. 10-12 der Studienarbeit beschrieben

### 3.2.2 Auswertung der Fragebögen der Befragtengruppe ab 41 Jahren

#### 1. Fragebogen

Die Befragte ist seit 15 Jahren im psychiatrischen Bereich tätig und arbeitet derzeit auf der DBT-Station (Dialektisch-Behaviorale Therapie)<sup>22</sup>.

Sie habe dort hauptsächlich mit Patienten, die an Borderline Persönlichkeitsstörung und post-traumatischen Belastungsstörungen leiden, zu tun.

Über das Fachgebiet der Logopädie habe Sie bereits grobe Kenntnisse erlangt, da ihr eigenes Kind aufgrund von sprachlichen Auffälligkeiten dort in Behandlung gewesen sei. Die Befragte war sich unsicher, ob logopädische Therapie in psychiatrischen Einrichtungen generell sinnvoll sei. Sie bemerkte Einerseits, dass die oftmals mit den Patienten durchgeführte Verhaltenstherapie sehr intensiv und zu zeitaufwändig sei, um parallel Logopädie anzubieten. Außerdem erwähnte Sie, dass das Therapieziel eines Patienten der DBT-Station eher sei diesen dafür vorzubereiten, ambulant Logopädie in Anspruch zu nehmen und nicht während des stationären Aufenthalts dies zusätzlich zu durchlaufen.

Auf den Stationen O2, N1 und R5<sup>23</sup> könnte sich die Befragte logopädische Intervention durchaus vorstellen, da dort ihrer Meinung nach Verständigungsprobleme bei den Patientengruppen auftreten würden.

Auf der Station A4 würde die Befragte Logopädie nicht für sinnvoll erachten, da dort das allgemeine Therapieziel sei, die Patienten für das selbstständige Alltagsleben zu schulen. Logopädie wäre dann nur sinnvoll, wenn dies ambulant durchgeführt werden würde und nicht sinnvoll, wenn dies während des stationären Aufenthalts geschieht.

Die weiteren Fragen welche Patientengruppen/Krankheitsbilder die logopädische Therapie ablehnen bzw. akzeptieren würden hat die Befragte nicht mehr beantwortet.

---

<sup>22</sup> Die DBT ist eine Psychotherapieform, die zur Behandlung von Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörungen entwickelt wurde (vgl. [http://www.dachverband-dbt.de/index.php?option=com\\_content&view=article&id=2&Itemid=2](http://www.dachverband-dbt.de/index.php?option=com_content&view=article&id=2&Itemid=2)) (11.12.2012)

<sup>23</sup> Die aufgeführten Stationen wurden bereits auf S. 10-12 der Studienarbeit beschrieben

## **2. Fragebogen**

Die befragte Person ist seit 36 Jahren im psychiatrischen Bereich tätig und arbeitet derzeit auf der allgemein psychiatrischen Station des Klinikums. Der, bzw. die Befragte hat keine Angaben zum Geschlecht gemacht. Er/Sie habe dort hauptsächlich mit Personen mit Persönlichkeitsstörungen zu tun.

Über das Fachgebiet der Logopädie habe er/sie bereits grobe Kenntnisse erlangt. Logopädie bedeute für ihn/sie das richtige sprechen lernen.

Der/Die Befragte bejahte die Frage, ob logopädische Therapie in psychiatrischen Einrichtungen generell sinnvoll sei. Vor allem bei Störungsbildern, die Wortfindungsstörungen aufweisen, halte die Person Logopädie für wünschenswert. In den Bereichen in denen neurologische Ausfallerscheinungen behandelt werden, könne sich der/die Befragte logopädische Intervention durchaus vorstellen. Er/Sie bemerkte außerdem, dass dort wahrscheinlich die Erfolgsaussichten erheblich seien.

Auf den Akutaufnahmestationen würde der/die Befragte Logopädie nicht für sinnvoll erachten, da diese Patienten sich auf die Art der Therapie nicht einlassen könnten. Des Weiteren beschrieb die Person, dass generell neurologisch erkrankte Patienten die logopädische Therapie eher akzeptieren würden, da diese von der Wiederherstellung ihrer Kommunikationsfähigkeit profitieren würden.

Eher ablehnen würden die logopädische Therapie Patienten mit akuten endogenen Psychosen, da diese sich in ihrem Zustand nicht auf die Art der Therapie einlassen können würden.

## **3. Fragebogen**

Die befragte Person sei seit 25 Jahren im psychiatrischen Bereich tätig und arbeite derzeit auf der Akutstation der Allgemeinpsychiatrie. Er habe dort mit Personen mit Psychosen, Persönlichkeitsstörungen, Belastungsreaktionen und Depressionen zu tun.

Über das Fachgebiet der Logopädie habe er bereits grobe Kenntnisse erlangt. Logopädie bedeute für ihn Sprachschulung bzw. Sprachförderung. Der Befragte würde logopädische Therapie in psychiatrischen Einrichtungen generell für

sinnvoll halten. Allerdings gab er zu bedenken, dass dies seiner Meinung nach nur in wenigen Bereichen möglich sei, da die Patienten aufgrund der akuten Behandlung nicht genügend Aufmerksamkeit für die zusätzliche logopädische Therapie aufbringen können würden.

In den Tageskliniken könne sich der Befragte logopädische Intervention aber durchaus vorstellen, da die Patienten dort über ausreichend Compliance<sup>24</sup> verfügen würden, nur eine niedrige Dosierung an Medikamenten einnehmen würden und keine aufwendige Akutbehandlung nötig sei. Während der Akutbehandlung und auf den entsprechenden Stationen würde der Befragte Logopädie nicht für sinnvoll erachten, da diese Patienten sich auf die Art der Therapie nicht einlassen können würden. Geistig behinderte Patienten und/ oder Patienten, die die Akutphase der psychiatrischen Erkrankung schon überstanden haben, würden die logopädische Therapie eher akzeptieren. Eher ablehnen würden die logopädische Therapie Patienten mit akuten Psychosen und/oder Patienten, die sich im akuten Entgiftungsprozess befinden, da diese sich in ihrem Zustand nicht auf die Art der Therapie einlassen können würden.

#### **4. Fragebogen**

Die befragte Person sei seit 10 Jahren im psychiatrischen Bereich tätig und habe dort mit Personen mit Angststörungen, Zwangsneurosen, Burn-Out-Syndrom und Depressionen zu tun.

Über das Fachgebiet der Logopädie habe sie bereits grobe Kenntnisse erlangt. Logopädie beinhalte für sie die Behandlung von Stimmstörungen, Wahrnehmungsstörungen, Sprachentwicklungsstörungen, Stottern und Aphasie. Die Befragte würde logopädische Therapie in psychiatrischen Einrichtungen generell nicht für sinnvoll halten, da in ihrem Arbeitsbereich keine spezifischen Störungen oder Erkrankungen, die eine logopädische Therapie erforderlich machen, auftreten würden.

Nur Patienten, die Krankheitseinsicht haben und genügend motiviert sind, würden für die Logopädie in Frage kommen und die Art der Therapie akzeptieren.

---

<sup>24</sup> Compliance bedeutet in diesem Zusammenhang die Fähigkeit zur Umsetzung der logopädischen Therapie

## 5. Fragebogen

Der Befragte sei seit 17 Jahren im AMEOS Klinikum tätig und arbeite zurzeit im „Bildungszentrum“. Er habe daher nur noch gelegentlich mit psychisch Kranken Personen zu tun. Über das Fachgebiet der Logopädie habe er bereits grobe Kenntnisse erlangt. Logopädie bedeute für ihn die Therapie der Stimm-bildung und Sprachstörungen, sowie Diagnosestellung und Prävention in diesen Bereichen.

Der Befragte halte logopädische Therapie in psychiatrischen Einrichtungen generell für sinnvoll, da Menschen mit psychischen Störungen häufig Schwierigkeiten in der Artikulation hätten. Des Weiteren gab er an, dass ihm Sprachstörungen bei Patienten mit Schizophrenien, Demenz oder bei Intelligenz-minderung aufgefallen seien. Auch bei der Arbeit mit Patienten mit einer Depression könne er sich logopädische Intervention durchaus vorstellen, da die Therapie der Stimmbildung eine Steigerung des Selbstwertgefühls zur Folge haben könne. Er könne sich Logopädie generell in allen Bereichen einer psychiatrischen Einrichtung vorstellen, besonders aber im Bereich der Gerontopsychiatrie. Er vermute dort eine Vielzahl an Patienten, die an Schluckstörungen in Zusammenhang mit einer Demenz leiden.

Patienten mit subjektiven Leiden, wie eher leise sprechende, depressive Personen, zu schnell sprechende neurotisch Kranke Personen oder durch Medikamentennebenwirkungen in der Aussprache beeinträchtigte Personen, würden die logopädische Therapie eher akzeptieren. Eher ablehnen würden die logopädische Therapie akut psychisch Kranke, die zu dem Zeitpunkt nicht beziehungs-fähig sind.

### 3.2.3 Zusammengefasste Auswertung aller Fragebögen

Insgesamt halten sieben der zehn Befragten Logopädie innerhalb ihrer Einrichtungen in bestimmten Bereichen für sinnvoll. Die Befragten gaben einstimmig an, dass Logopädie in der Akutpsychiatrie, bzw. in der akuten Phase einer Erkrankung nicht sinnvoll sei. Außerdem herrschte Einstimmigkeit darüber, dass auf den Stationen O2, R5 und der Gerontopsychiatrie eine logopädische Intervention möglich sei.

Generell haben wir es, wie bei den Telefoninterviews, so empfunden, dass die Bereitschaft zum Auseinandersetzen mit dieser Thematik bei dem Großteil der Angestellten des AMEOS-Klinikums herabgesetzt ist. Dafür spricht, dass einerseits die Rücklaufquote der Fragebögen sehr gering war und andererseits die Fragebögen nicht vollständig ausgefüllt zurückgegeben wurden. Ein möglicher Grund dafür könnte sein, dass fast alle Befragten, wie den Bögen zu entnehmen ist, nur grobe Kenntnisse über das Fachgebiet Logopädie besitzen und nicht ausreichend darüber aufgeklärt sind, welche Behandlungsfelder die Logopädie abdecken kann.

### **3.3 Patientenbeispiele**

Um das Ergebnis unserer Studienarbeit und der von uns gewählten Fragestellung aussagekräftiger zu gestalten, haben wir uns dazu entschlossen, einige Patientenbeispiele (aus dem AMEOS-Klinikum in Osnabrück) darzustellen anhand derer die Relevanz logopädischer Interventionen innerhalb dieser Einrichtung aufgezeigt werden kann. Aus Gesprächen mit dem dort tätigen Pflegepersonal und der ärztlichen Leitung haben wir entnommen, dass eine große Patientengruppe (vor allem der Patienten in der Gerontopsychiatrie) unter Dysarthrien und Dysphagien leide. Das gab uns den Anlass, selbst eine eigene logopädische Kurzdiagnostik mit einigen Patienten der Gerontopsychiatrie durchzuführen, um zum einen die Vermutungen des Personals bestätigen und zum anderen die Relevanz logopädischer Interventionen innerhalb dieser Stationen belegen zu können. Wir erstellten (in Anlehnung an von uns bekannte Diagnostiken<sup>25</sup>) verschiedene Befundbögen<sup>26</sup>, welche speziell für die Bereiche Dysarthrie und Dysphagie aufgebaut waren. Um auch hier ein aussagekräftiges Ergebnis zu erlangen, führten wir mit insgesamt fünf Patienten die logopädische Diagnostik durch (bei einigen Patienten sowohl die Dysphagie-, als auch die Dysarthriediagnostik), sodass wir in beiden Bereichen zwei bis drei Patientenbeispiele darstellen können.

---

<sup>25</sup> Dabei handelt es sich im Fachbereich **Dysarthrie** um die Diagnostik „UNS-Untersuchungsbogen Neurogener Sprech- und Stimmstörungen“ (Breitbach-Snowdwon, Helga) und im Fachbereich **Dysphagie** um einen Aspirationsschnelltest, welcher im Rahmen einer Fortbildung vorgestellt wurde (Kubitza, S.).

<sup>26</sup> s. Anhang

### 3.3.1 Bereich Dysarthrie

Um der Diagnostik und den daraus resultierenden Ergebnissen folgen zu können, ist es wichtig, einen kurzen Überblick über den Fachbereich Dysarthrie zu bekommen. Bei der Dysarthrie handelt es sich um eine erworbene Sprechstörung. Sie tritt erst nach völligem Erwerb der Sprache auf und ist von der Sprachentwicklung abzugrenzen. Zudem handelt es sich bei der Dysarthrie um eine neurologische Störung, was bedeutet, dass sie auf einer Schädigung des peripheren oder zentralen Nervensystems beruht. Diese Schädigung kann z.B. durch einen Schlaganfall, Hirnblutungen, ein Schädel-Hirn-Trauma, oder auch durch andere Erkrankungen, wie z.B. Morbus Parkinson ausgelöst werden. In diesem Zusammenhang ist es wichtig anzumerken, dass diese Sprechstörung keine Störung der am Sprechvorgang beteiligten Organe (wie z.B. der Zunge, oder des Kehlkopfes) umfasst.

Es handelt sich bei der Dysarthrie um ein sprechmotorisches Problem. Die Sprachverarbeitung (z.B. das Verstehen) ist dabei also völlig intakt, jedoch ist die Sprachproduktion und damit die Bewegungsausführung der am Sprechvorgang beteiligten Organe beeinträchtigt<sup>27</sup>. Bei der Dysarthrie sind drei große Funktionsbereiche beeinträchtigt: die Atmung, die Phonation (Stimmgebung) und die Artikulation<sup>28</sup>. Wie bei anderen Störungen, gibt es im Bereich der Dysarthrie bestimmte Leitsymptome, die bei jedem Patienten unterschiedlich auftreten (da es verschiedene Formen der Dysarthrie gibt). In Bezug auf die Atmung ist z.B. auffällig, dass Patienten oft eine verkürzte Ausatmung aufweisen, oder dass sie während der Einatmung sprechen. Auch bei der Phonation gibt es typische Leitsymptome. Patienten zeigen häufig einen belegten und rauhen, gepressten oder auch behauchten Stimmklang. Die Lautstärke während des Sprechens ist oft vermindert; es kann sogar zu einem „Stimmschwund“ kommen. Des Weiteren ist das Sprechtempo der Betroffenen oft verringert und die Intonation, also die Melodie des Sprechens häufig monoton („eintönig“). In Bezug auf die Artikulation ist auffällig, dass die Artikulationsschärfe der Betroffenen oft reduziert ist, weswegen sie nicht selten „verwaschen“, oder „nuskelig“ spre-

---

<sup>27</sup> vgl. Zieger et al.(2010): „Dysarthrie: verstehen, untersuchen, behandeln“, Stuttgart: Thieme Verlag, S.1

<sup>28</sup> vgl. Schubert A. (2011): „Dysarthrie“, Idstein: Schulz-Kirchner-Verlag, 3. Auflage, S.11

chen. Darüber hinaus ist eine vermehrte Nasalität („durch die Nase sprechen“) zu vermerken<sup>29</sup>. Die verwaschene Artikulation kann damit begründet werden, dass die Betroffenen nicht mehr in der Lage dazu sind, eine ausreichende Muskelspannung aufzubauen, die für eine deutliche Artikulation notwendig ist. Das zeigt sich z.B. darin, dass die Lippen nicht mehr angemessen zusammen gepresst werden können<sup>30</sup>.

Aufgrund der Beeinträchtigung in diesen drei wesentlichen Funktionsbereichen, wird die Dysarthrie auch oft einer Kommunikationsstörung gleichgesetzt, welche für gewöhnlich psycho-soziale Folgen für den Patienten mit sich bringt. Ihnen ist es erschwert ein „normales“ Verhältnis zu Personen in ihrem Umkreis aufrecht zu erhalten. Oft ist zu erkennen, dass die Betroffenen sich zurückziehen, um dem Sprechen „aus dem Weg zu gehen“. Um diesen sozialen Rückzug zu vermeiden und die Kommunikationsfähigkeit des Patienten (für seine Verhältnisse) angemessen aufzubauen, bzw. zu stärken, wird mit den Betroffenen in unterschiedlichen Therapiebereichen gearbeitet. Dazu zählen die Haltung, der Tonus (die Körperspannung), die Atmung, die Phonation, die Resonanz, die Artikulation und verschiedene Kommunikationstechniken<sup>31</sup>.

### 3.3.1.1 Patientenbeispiel A (Herr K.; 73J. – Station G2)

#### Vorinformationen aus der Patientenakte

Der Patientenakte von Herrn K. konnten nur wenige Informationen entnommen werden, die ich im Folgenden kurz zusammenfasse: Herr K. ist zum Zeitpunkt der Diagnostik 73 Jahre alt. Momentan liegt er auf Station G2 der Gerontopsychiatrie, als Rückverlagerung nach erfolgter Harnsteinentfernung (vorher hat er im Klinikum Osnabrück gelegen). Sonst lebt er alleinstehend in einer Wohnung in Osnabrück. Herr K. ist russischer Herkunft und lebt seit 1989 in Deutschland. Er spricht daher nur gebrochen Deutsch und ist teilweise sehr schwer verständlich. Auf Ansprachen und Anweisungen des Pflegepersonals oder des Arztes

---

<sup>29</sup> vgl. Unterrichtsskript des Fachs „Dysarthrie“

<sup>30</sup> vgl. Berndt et al. (2002): „Dysarthrie – Ein Ratgeber für Angehörige, Idstein: Schulz-Kirchner-Verlag, S.12

<sup>31</sup> vgl. Unterrichtsskript des Fachs „Dysarthrie“

reagiere er zwar oft, antworte aber vorwiegend auf Russisch. Auffällig bei Herrn K. sei, dass er oft wirre Gedanken äußere.

In Bezug auf seine körperlichen Erkrankungen sei bekannt, dass 2007 bei Herrn K. Morbus Parkinson diagnostiziert worden sei. Dieser sei seit 2012 sehr stark ausgeprägt, was vor allem am starken Tremor<sup>32</sup> zu erkennen sei. Herr K. leide außerdem unter einer Hypothyreose<sup>33</sup> und Diabetes Mellitus. In Bezug auf seine psychische Erkrankung gab der für ihn zuständige Arzt an, dass Herr K. unter Wahnvorstellungen und Halluzinationen leide. Er habe die Vorstellung, dass Metalldrähte durch seinen ganzen Körper gezogen seien, weswegen er starke Schmerzen habe. Herr K. habe geglaubt, dass das Pflegepersonal des AMEOS-Klinikums Osnabrück ihm dabei helfe, diese Drähte zu entfernen. Als er bemerkt habe, dass das Pflegepersonal ihm dabei nicht helfen könne/wolle, habe er ihnen gegenüber aggressive Verhaltenszüge gezeigt. Herr K. vertraue keinem der Angestellten des Pflegepersonals mehr und verweigere deswegen oft Anweisungen, wie z.B. die Medikamenteneinnahme, oder die Nahrungsaufnahme. Die Ziele der Behandlung von Herrn K. lägen, laut dem Pflegepersonal zunächst erst einmal darin, einen geregelten Tagesablauf und Wochenplan mit ihm gemeinsam zu erstellen, Beziehungen zu ihm aufzubauen, ihn mit den Räumlichkeiten der Stationen vertraut zu machen, sein Bewusstsein für die Umgebung zu schärfen und ihm Anreize in der Umgebung zu bieten. Dies könnte dadurch erreicht werden, dass Gespräche zu ihm aufgebaut würden, oder dass er in gemeinsame Aktivitäten einbezogen wird.

Aus der Patientenakte ist zu entnehmen, dass Herr K. viele Medikamente zu sich nehmen müsse. Dieses seien u.a. Medikamente zur Hemmung der Blutgerinnung, Medikamente zur Behandlung der psychischen Erkrankung (besonders der Halluzinationen) und Medikamente zur Behandlung von Parkinson. Herr K. bekomme alle Medikamente in Tablettenform.

---

<sup>32</sup>**Tremor** („Zittern“): „Als Tremor wird eine Bewegungsstörung mit unwillkürlichen, streng rhythmischen und sich wiederholenden Kontraktionen antagonistischer Muskelgruppen bezeichnet.“

(Zitat aus <http://flexikon.doccheck.com/de/Tremor>) (20.12.2012)

<sup>33</sup>**Hyperthyreose**: Unterfunktion der Schilddrüse

## Ergebnisse der Dysarthriediagnostik

Den Erzählungen des Pflegepersonals und des zuständigen Arztes war zu entnehmen, dass bei Herrn K. möglicherweise sowohl eine Dysarthrie, als auch eine Dysphagie zu erkennen ist. Dies sei vor allem auf seine Erkrankung Morbus Parkinson zurückzuführen. Deswegen hat in beiden Bereichen eine Kurzdiagnostik stattgefunden. Begonnen haben wir zunächst mit einer Kurzbefundung, welche sowohl für den Bereich Dysarthrie, als auch für den Bereich Dysphagie gilt<sup>34</sup>. Im Anschluss erfolgte die Dysarthriediagnostik.

### **Kurzbefundung**

Herr K. sitzt im Rollstuhl. In Bezug auf seinen Tonus, also seine Körperspannung, ist aufgefallen, dass dieser sehr steif wirkt. Teilweise wirkte er (vor allem im Kopf- und Oberkörperbereich) verkrampft. Wie auch bereits vom Pflegepersonal bekannt, fiel ein deutlich ausgeprägter Ruhetremor („Zittern“) auf. Dieses äußerte sich darin, dass seine Hand extrem zitterte, wenn diese entspannt auf seinem Schoß lag. Die Auge-/Handkoordination des Patienten war unauffällig, da er ohne Probleme den Becher zum Mund führen konnte.

Das Kommunikationsverhalten von Herrn K. war ebenfalls weitestgehend unauffällig. Er nahm Blickkontakt auf und konnte diesen über einen längeren Zeitraum halten. Gestik und Mimik setzte er angemessen ein und auf Ansprachen und Anforderungen reagierte er adäquat. Teilweise fiel auf, dass er wirre Äußerungen von sich gab, die kaum verständlich und größtenteils auf Russisch waren. Auf die Bitte, seine Äußerungen erneut zu Wiederholung, reagierte er meist gar nicht. Kurze Gespräche über einfache und alltagsnahe Themen waren gut möglich. Insgesamt war der Patient aber aufgrund einer sehr undeutlichen Aussprache nur schwer zu verstehen. Bei starker sprachlicher Anstrengung zeigte Herr K. Erschöpfungsreaktionen, welche sich durch eine sehr schwache, flache Atmung und allgemeiner „Schwäche“ äußerte. In Bezug auf die Phonation („Stimmgebung“) fiel auf, dass Herr K. sehr leise und monoton spricht.

Bei der Mundinspektion war eine Xerostomie („Mundtrockenheit“), anhand der trockenen Schleimhaut und der Zunge, zu erkennen. Seine Zunge war auffällig

---

<sup>34</sup> im Anhang unter „Kurzbefundung Dysphagie/Dysarthrie“ zu finden

schlaff und dick. Die Lippen waren trocken und spröde, was unter anderem daran liegen könnte, dass der Mundschluss überwiegend nicht vorhanden ist.

Bezüglich der Schutzfunktionen und Schluckbeobachtungen fiel auf, dass Husten nach Aufforderung erst nach mehrmaliger Demonstration möglich war und sich lediglich durch einen schwachen Hustenstoß äußerte. Das Räuspern, Schlucken von Speichel und Schlucken nach Aufforderung war möglich.

### **Dysarthriediagnostik**

Begonnen wurde hierbei mit der Überprüfung der Artikulation. Beim *Nachsprechen von Wörtern, Sätzen* und in der *Spontansprache* fiel auf, dass Herr K. insgesamt bei vielen der überprüften Zielbewegungen<sup>35</sup> Schwierigkeiten zeigte. Zum einen war seine Zungenaktivität eingeschränkt, was sich darin äußerte, dass er z.B. „Atze“, statt „Achse“ produzierte. Ein schneller Wechsel der Hinterzungen- zur Vorderzungenaktivität war also nicht möglich. Er konnte seine Hinterzunge in diesem Fall nicht aktivieren. Aufgrund dessen kam es dazu, dass in vielen Wörtern ein Laut durch einen anderen ersetzt wurde.

Zum anderen war bei Herrn K. eine deutlich verminderte Lippenrundung, ein zu schwacher Lippenschluss und eine zu geringe Kieferöffnung zu erkennen. Die genannten Auffälligkeiten führten dazu, dass er nicht scharf artikulieren konnte und die Wörter in Folge dessen sehr unverständlich und verwaschen klangen.

Die *Überprüfung der Diadochokinese*<sup>36</sup> ergab, dass Herr K. bei allen überprüften Silbenwiederholungen eine stark verlangsamte (etwa fünf Wiederholungen innerhalb von fünf Sekunden) und undeutliche Sprechweise (wieder in Form einer geringen Lippenrundung, einem unvollständigen Lippenschluss und einer zu geringen Kieferöffnung) aufwies. Die ersten zwei bis drei Wiederholungen der jeweiligen Silbe(n) waren jedoch verständlich und erst dann setzte die Verlangsamung und Undeutlichkeit ein.

Bei der Überprüfung der *Prosodie* (Melodie/Intonation) fiel auf, dass Herr K. bezüglich der *Wortakzente* keine Schwierigkeiten hatte und alle überprüften Wörter korrekt realisieren konnte. Anders war es bei der *Satzintonation*. Herr K.

---

<sup>35</sup> Geforderte Zielbewegungen: Lippenschluss, Lippenrundung, Kieferöffnung, Zungenaktivität, Verformbarkeit der Vorderzunge

<sup>36</sup> Beschreibt die Fähigkeit der Ausführung rasch aufeinander folgende Bewegungen (hier: Artikulation von /pa/, /ta/, /ka/, /pataka/, /ui/, /tana/) auszuführen

setzte keine der vorgegeben Intonationen (innerhalb eines Satzes) korrekt um. Die *Textintonation* wurde mit Hilfe des Textes „Der Nordwind und die Sonne“ überprüft. Seine Lesegeschwindigkeit war insgesamt deutlich herabgesetzt, er zeigte Einschränkungen der Lautstärkevariationen und auch hier fiel die Monotonie und Verlangsamung auf.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die Vermutung der Dysarthrie bei Herrn K. anhand der Ergebnisse der Diagnostik meines Erachtens nach bestätigt werden kann. Eine ausführlichere logopädische Diagnostik wäre empfehlens- und auch wünschenswert, da bei Herrn K. eine logopädische Intervention (vor allem in Bezug auf die Artikulation) auf jeden Fall sinnvoll wäre.

### 3.3.1.2 Patientenbeispiel B (Herr E.; 70J. - Station G2)

#### Vorinformationen aus der Patientenakte

Herr E. ist zum Zeitpunkt der Diagnostik 70 Jahre alt und liegt momentan auf der Station G2 der Gerontopsychiatrie. Der Patient ist dort aufgrund akuter Verwirrtheitszustände schon mehrmals vorstellig gewesen und somit dem Pflegepersonal und Ärzteteam bekannt. Herr E. lebe alleine in einer Wohnung in Bramsche, wo er von einem Pflegedienst bei Grundpflege und Medikamenteneinnahme unterstützt werde. Das Personal des ambulanten Pflegedienstes gab an, die Betreuung von Herrn E. nicht mehr ausreichend gewährleisten zu können. Der Patient habe eine gestörte Tagesstruktur und sei zudem seit Wochen zunehmend antriebsgesteigert, was medikamentös nicht mehr einstellbar sei. Herr E. habe außerdem einen gesteigerten und ständigen Bewegungsdrang und Unruhezustände, was zur erneuten Aufnahme in das AMEOS-Klinikum geführt habe. Herr E. sei zeitlich und örtlich teilweise nicht orientiert, antworte auf Ansprache und Anweisungen des Pflegepersonals oder der Ärzte jedoch stets freundlich und kooperativ. Der Krankenakte des Patienten konnte außerdem entnommen werden, dass er an Diabetes mellitus<sup>37</sup> leide und seine akuten Verwirrtheitszustände, die gestörte Tagesstruktur sowie die örtliche und zeitliche Desorientierung einer paranoiden Schizophrenie<sup>38</sup> geschuldet seien. Die Ziele

---

<sup>37</sup> Stoffwechselstörung, die eine Überzuckerung des Blutes zur Folge hat

<sup>38</sup> häufigste und bekannteste Form der Schizophrenie, die mit Wahnvorstellungen, Halluzinationen und Störungen des Ich-Bewusstseins einhergehen

der Behandlung von Herrn E. lägen, laut des Pflegepersonals, zunächst darin, einen geregelten Tagesablauf und Wochenplan gemeinsam mit Herrn E. zu erstellen, eine gute Beziehung zu ihm aufzubauen, ihn mit den Räumlichkeiten der Stationen vertraut zu machen, sein Bewusstsein für die Umgebung zu schärfen und ihm Anreize in der Umgebung zu bieten, z.B. in dem Gespräche zu ihm aufgebaut würden, oder durch das Einbeziehen in gemeinsame Aktivitäten.

Aus der Patientenakte war zu entnehmen, dass Herr E. Medikamente zu sich nehmen müsse, die unter anderem zur Hemmung der Blutgerinnung, für die Einstellung des Diabetes mellitus und für die psychischen Störungen (Verwirrtheit und Schizophrenie) eingesetzt werden.

#### Ergebnisse der Dysarthriediagnostik

Hinweise auf eventuelle neurologische Störungen, die eine Dysarthrie zur Folge haben könnten, konnten der Akte nicht entnommen werden. Eine ärztliche Abklärung, ob die Erkrankung Morbus Parkinson bei dem Patienten vorliege, sei jedoch innerhalb des stationären Aufenthalts von Herrn E. geplant. Da die Ärzte und das Pflegepersonal bei Herrn E. bereits dysarthrische Symptome<sup>39</sup> bemerkt hätten, führten wir bei ihm die Dysarthriediagnostik durch.

#### **Kurzbefundung**

Herr E. war zum Zeitpunkt der Überprüfung gang- und standsicher. Im Sitzen zeigte er eine nach vorne geneigte, hypertone Körperhaltung. Das Kommunikationsverhalten war angemessen, da Herr E. adäquat auf Fragen antwortete, freundlich und kooperativ wirkte. Es war zu bemerken, dass Herr E. kurzatmig war, was sich an sehr kurzen Sprechphrasen und danach deutlichem Lufteinziehen festmachen ließ. Im Bereich der Mundinspektion war festzustellen, dass bei Herrn E. lediglich die untere Zahnreihe mit wenigen eigenen Zähnen bestückt war. Der Patient berichtete, dass die Prothese der oberen Zahnreihe zurzeit neu angepasst werden würde, da diese nicht mehr richtig saß. Eine Hyperalivation oder Xerostomie war nicht zu erkennen. Es konnte jedoch eine Strukturveränderung der Zunge beobachtet werden. Diese war sehr dick, teilweise

---

<sup>39</sup> s. „Bereich Dysarthrie“ der Studienarbeit, S. 19-20

belegt und mittig war eine deutliche Furche zu erkennen. Es fiel Herrn E. außerdem sichtlich schwer, diese ohne zu zittern für einen kurzen Moment aus dem Mund herauszustrecken. Auch die Lippen waren sehr schmal und zeigten wenig Aktivität, was auf einen Hypotonus hindeutet.

### **Dysarthriediagnostik**

Im Bereich *Überprüfung der Artikulation* und dort speziell beim *Nachsprechen von Wörtern, Nachsprechen von Sätzen* und der *Spontansprache* fiel auf, dass Herr E. bei allen zu überprüfenden Zielbewegungen erhebliche Beeinträchtigungen zeigte. Zu bemerken war, dass Herr E. sehr leise sprach und aufgrund der Beeinträchtigungen der Zielbewegungen sehr verwaschen und folglich schwer verständlich war. Des Weiteren klang seine Stimme behaucht und kraftlos. Auch eine Hypernasalität<sup>40</sup> war festzustellen.

Bei der *Überprüfung der Diadochokinese* fiel auf, dass Herr E. bei den geforderten Silbenwiederholungen eine stark verlangsamte (< 3 Silben pro Sekunde) Sprechweise zeigte. Lediglich die erste der gesprochenen Silben von Herrn E. waren klar verständlich, alle folgenden Silben waren zunehmend schwer verständlich, verwaschen und die Lippenspannung nahm deutlich ab.

Die Überprüfung der *Prosodie* ergab kein einheitliches bzw. eindeutiges Ergebnis. Herr E. zeigte in dem Teil *Realisierung des Wortakzentes* bei fünf von sechs Akzenten die korrekte Umsetzung. Der Bereich *Satzintonation* fiel Herrn E. jedoch mit einer von fünf korrekten Realisierungen deutlich schwerer. Schließlich zeigte sich im Teil *Textintonation*, dass diese geprägt war durch Monotonie, ein verlangsamtes Lesetempo und eine eingeschränkte Lautstärkevariation.

Insgesamt kann anhand dieser Diagnostik festgestellt werden, dass bei Herrn E. die drei, bei einer Dysarthrie beeinträchtigten Funktionsbereiche Atmung, Phonation und Stimmgebung stark auffällig sind und somit eine logopädische Therapie bei dem Patienten von Relevanz wäre.

---

<sup>40</sup> s. „Bereich Dysarthrie“ der Studienarbeit, S. 19-20

### 3.3.2 Bereich Dysphagie

Auch der Fachbereich Dysphagie wird im Folgenden genauer beschrieben, um die Diagnostik und die daraus gewonnenen Ergebnisse nachvollziehen zu können. Als Dysphagie wird eine Störung des Schluckaktes beim Trinken, bei der Nahrungsaufnahme oder beim Schlucken des eigenen Speichels bezeichnet. Der physiologische Schluckakt wird in vier Phasen<sup>41</sup> unterteilt: die orale Vorbereitungsphase, die orale Phase, die pharyngeale Phase und die ösophageale Phase. In der oralen Vorbereitungsphase wird das zu Schluckende zunächst wahrgenommen, schließlich zum Mund geführt und dort im individuellen Rhythmus und Tempo im Mundraum zerkleinert, hin- und hergeschoben und so dort wahrgenommen. In der oralen Phase wird das zu Schluckende weiter zerkleinert, bis es Größe und Konsistenz erreicht hat, die für die Person angenehm zu schlucken ist. Dadurch, dass das zu Schluckende die vorderen Gaumenbögen<sup>42</sup> passiert, wird der Schluckreflex ausgelöst und das zu Schluckende mit Hilfe einer wellenförmigen Bewegung der Zunge in den Rachenraum befördert. Die nun anschließende pharyngeale Phase ist dadurch gekennzeichnet, dass keine willentliche Beeinflussung des Vorgangs mehr möglich ist. Das Gaumensegel bildet einen Verschluss des Nasen-Rachenraums, sodass keine Nahrung o.ä. dort hinein gelangen kann. Der Kehlkopf senkt sich ab, der Kehldeckel schließt sich, legt sich schützend über die Stimmritze und das zu Schluckende gelangt so in die Speiseröhre. Mit der abschließenden ösophagealen Phase setzen wellenförmige (peristaltische) Bewegungen der Muskulatur der Speiseröhre ein, die das Geschluckte in den Magen transportieren. Es ist zu beachten, dass in jeder der beschriebenen vier Phasen eine Störung vorliegen kann. Ursächlich für eine Dysphagie können Alterungsprozesse und alle Erkrankungen im Bereich der Mundhöhle, des Rachens, des Kehlkopfes und der Speiseröhre, vor allem aber auch neurologische Störungen sein.

Neurologische Störungen können dabei z.B. ein Schlaganfall, multiple Sklerose, oder Morbus Parkinson als Grunderkrankung sein. Außerdem können Probleme

---

<sup>41</sup> vgl. Grone, B.(2009): „Schlucken und Schluckstörungen: Eine Einführung“, 1. Auflage, München: Elsevier Verlag, S. 4-8

<sup>42</sup> Dies sind zwei Schleimhautfalten, die vom Gaumensegel ausgehen und wesentlich am Würgreflex beteiligt sind

mit dem Schlucken aufgrund von operativen Eingriffen im Kehlkopf – oder Mundbereich (z.B. durch Krebserkrankungen) auftreten<sup>43</sup>.

Eine Schluckstörung kann im Hinblick auf die Vielzahl der möglichen Ursachen in allen Altersklassen auftreten. Die durchgeführten Befunde<sup>44</sup> wurden jedoch ausschließlich im gerontopsychiatrischen Bereich des AMEOS-Klinikums, also mit Patienten ab einem Alter von 65 Jahren, erhoben.

Symptome, die Personen zeigen, die eine Schluckstörungen haben, können unter anderem ein Kloß- oder Fremdkörpergefühl, Vermeiden bestimmter Speisen und/oder bestimmter Konsistenzen, vermehrtes Husten und/oder Räuspern, Angst vor dem Schluckakt und Schmerzen beim Schluckakt sein<sup>45</sup>. Eine Dysphagie stellt daher für Betroffene und Angehörige eine große Belastung dar. Ess- und Trinkgewohnheiten werden verändert bis komplett verweigert, was zur Mangel- oder Unterernährung bis hin zum Tode führen kann. Eine weitere und häufig auftretende Folge einer Dysphagie ist die Aspiration („Verschlucken“) und als weitere Folge die Aspirationspneumonie<sup>46</sup>, die ebenfalls zum Tode führen kann. Um diesen Komplikationen vorzubeugen ist eine logopädische Therapie sinnvoll, die sich zunächst um Beratung und Aufklärung des Betroffenen und dessen Angehörigen bemüht und im Weiteren z.B. durch individuelle Ess- und Trinkbegleitung den Patienten unterstützt. Die Überprüfung der sogenannten Schutzreflexe<sup>47</sup> ist für die Diagnostik und weitere Therapieplanung der Logopädie unumgänglich. Es wird geprüft, ob der Patient in der Lage ist, willkürlich zu husten, sich zu räuspern, den eigenen Speichel und nach Aufforderung etwas Flüssigkeit zu schlucken. Außerdem wird die reflektorische Schluckreflextriggerung überprüft, bei der der Therapeut mit einem behutsamen Tastgriff am äußeren Halsbereich versucht, einen Schluckreflex bei dem Patienten auszulösen.

Liegt eine schwerwiegende Dysphagie vor, d.h. kann der Betroffene auch geringe Mengen an Flüssigkeit o.ä. nicht ohne folgenden Husten- oder Würgereiz

---

<sup>43</sup> vgl. Deutscher Band für Logopädie e.V.: „Schluckstörungen bei Erwachsenen“ (<http://www.dbl-ev.de/index.php?id=229>) (28.12.2012)

<sup>44</sup> Befundbögen der Diagnostik s. Anhang

<sup>45</sup> vgl. Seidel et al. (2009): „Dysphagie – Diagnostik und Therapie“, 1. Auflage, Schulz-Kirchner-Verlag, S. 43

<sup>46</sup> Dies ist der Fachbegriff für eine nach einer Aspiration auftretende Pneumonie (Lungenentzündung)

<sup>47</sup> vgl. Kubitzka, S. (2012): Skript „Dysphagietherapie in der Frührehabilitation“

und/oder Atemnot schlucken, ist eine Anordnung einer Ernährungssonde (nach ärztlicher Abklärung) unumgänglich. Die Patienten bekommen dann Flüssigkeit, Nahrung und ggf. Medikamente ausschließlich über eine Sonde verabreicht. Die logopädische Intervention kann auch in diesem Stadium Hilfestellungen bieten: umfassende Mundpflege sowie orale Stimulationen mit verschiedenen Temperaturen und Geschmacksrichtungen können dann für die Betroffenen eine Wohltat sein<sup>48</sup>.

### 3.3.2.1 Patientenbeispiel A (Herr B.; 71 Jahre – Station G1)

#### Vorinformationen aus der Patientenakte

Im Folgenden werden die Informationen aus der Krankenakte kurz zusammengefasst: Herr B. sei in seinem früheren Leben in der Landwirtschaft und in einer Zimmerei tätig. Er lebe momentan gemeinsam mit seiner Frau in Osnabrück in einer Wohnung und habe drei Kinder, die nicht in Osnabrück leben. Schon vor der Aufnahmesituation sei, laut der Ehefrau, bei Herrn K. schon lange eine Vergesslichkeit bekannt gewesen. Aus Informationen der Ehefrau ging hervor, dass sich Herr K. vor etwa 20 Jahren einer Frontalis-OP unterziehen musste. Aufgrund dessen sei er depressiv geworden und später dement. Seit vielen Jahren leide Herr K. nachts unter halluzinatorischem Erleben. Zum körperlichen Befund ließ sich aus der Patientenakte entnehmen, dass Herr B. einen guten Allgemein- und einen guten Ernährungszustand habe. Auch im Kopf- und Halsbereich gäbe es keine Auffälligkeiten und auch der Cortex (Brustkorb) und die Pulmo (Lunge) seien normal. In Bezug auf den neurologischen Befund sei auffällig, dass die Augenfolgebewegung von Herrn B. nicht mehr angemessen durchgeführt werde. Dieses könne darauf zurückgeführt werden, dass seine Konzentration und Auffassung eingeschränkt seien. Bezüglich des psychischen Befundes war der Patientenakte zu entnehmen, dass Herr B. wach und bewusstseinsklar, lediglich zur eigenen Person eingeschränkt orientiert sei. Zu Zeit, Ort und Situation sei Herr B. oft völlig desorientiert. Herr B. reagiere nur auf direkte Ansprachen mit seinem Namen und antworte dann mit verlängerter Antwortlatenz<sup>49</sup>. Auch Amnestische Defizite weise Herr B. auf, welches sich darin äußere, dass

---

<sup>48</sup> vgl. Unterrichtsskript des Fachs „Dysphagie“

<sup>49</sup> **Antwortlatenz:** Zeitraum zwischen Ansprache und der sprachlichen Reaktion des Patienten

er nach bereits ein bis zwei Minuten das Datum nicht mehr sagen, bzw. wiederholen könne. Insgesamt sei seine ganze Auffassungsgabe stark eingeschränkt und seine formalen Gedankengänge seien verlangsamt. Gegenüber dem Pflegepersonal zeige Herr B. oft aggressives Verhalten. Wie bereits durch die Ehefrau bekannt gewesen sei, leide Herr B. unter starken Schlafstörungen und Alpträumen. Nachts sehe er schwarze Männer, die ihn verfolgen würden. Die genaue Diagnose von Herrn B. sei eine Alzheimererkrankung mit frühem Beginn, eine Prostatahyperplasie<sup>50</sup> und chronische Gastritis<sup>51</sup>. Er nehme viele Medikamente zur Behandlung der Demenz (z.B. Memantin, Galantamin) und zur Behandlung von Psychosen (z.B. Zuclopenthixol). Fast alle Medikamente bekomme Herr B. in Form von Tabletten. Seit einigen Wochen klage die Tochter darüber, dass Herr B. sich auffällig oft verschlucke. Der behandelnde Arzt gab an, dass seit kurzem vorgeschrieben sei, dass Herrn B. aufgrund der Schluckproblematik vom zuständigen Pflegepersonal angedickte Flüssigkeit gereicht werden solle, dieses werde vom Pflegepersonal jedoch überwiegend ignoriert.

### Ergebnisse der Dysphagiediagnostik

Da sowohl vom Pflegepersonal und vom zuständigen Arzt, als auch von der Tochter Schluckauffälligkeiten beschrieben wurden, war es wichtig, dieses mit einer logopädischen Kurzdiagnostik zu überprüfen. Auch hier wurde zunächst eine Kurzbefundung und im Anschluss daran der Aspirationsschnelltest durchgeführt.

### **Kurzbefundung**

Im Sitzen zeigte Herr B. eine stark hypertone („zu viel“) Körperspannung. Er wirkte sehr steif und verkrampft, was außerdem auch daran zu erkennen war, dass er seine Hand zur Faust ballte und deutlich anspannte. Herr B. war nicht in der Lage seinen Kopf (über den Zeitraum der Diagnostik) aufrecht zu halten, sondern überstreckte diesen, an den Stuhl gelehnt. Zur Allgemeinmotorik ist außerdem aufgefallen, dass die Auge-/Handkoordination deutlich eingeschränkt war, da er den Becher (während der Diagnostik) weder selbst zum Mund füh-

---

<sup>50</sup> **Prostatahyperplasie:** eine vergrößerte Prostata

<sup>51</sup> **Gastritis:** Magenschleimhautentzündung

ren, noch angemessen mit den Augen folgen konnte. Weitere Auffälligkeiten zeigte Herr B. im Bereich des Kommunikationsverhaltens. Blickkontakt konnte er nur nach mehrmaligem Auffordern und direkter Ansprache mit seinem Namen aufnehmen und dann auch nur sehr kurz halten. Die Mimik wirkte insgesamt sehr starr. Von selbst gab Herr B. keine Äußerungen von sich. Gelegentlich antwortete er auf direkte Ansprachen, jedoch auch nur in Ein- bis Zweiwortsätzen, weswegen es schwer war seine Phonation zu beurteilen. Während der kurzen Sprechphasen war auffällig, dass er sehr leise und monoton sprach. Der Patient schien eine schwache Atmung zu haben.

Bei der Mundinspektion war erkennbar, dass seine Schleimhaut innerhalb des Mundes sehr trocken und teilweise belegt war. Anzeichen von Hypersalivation gab es nicht, jedoch war eine Xerostomie („Mundtrockenheit“) zu beobachten. Des Weiteren fielen sowohl im Bereich der Zunge, als auch im Bereich der Lippen Strukturveränderungen auf. Die Zunge war deutlich verdickt und die Oberfläche der Zunge belegt. Herr B. war nicht in der Lage, seine Zunge nach Aufforderung herauszustrecken. Die Lippen waren sehr rissig und trocken, zudem auffällig schmal. Herr B. hatte durchgehend keinen Mundschluss.

Auch hier wurden wieder die Schutzfunktionen und Schluckbeobachtungen durchgeführt mit dem Ergebnis, dass das Husten nach Aufforderung nur sehr verzögert möglich war. Herr B. konnte nicht nach Aufforderung Schlucken und Räuspern. Das Schlucken von Speichel war zu beobachten.

### **Aspirationsschnelltest**

Der Aspirationsschnelltest musste nach vier Durchgängen abgebrochen werden, da Herr B. vermehrt zu Krämpfen anfang und eine Fortführung der Diagnostik in dieser Situation nicht mehr verantwortbar war. Aufgrund dieser Krampfanfälle war es ebenfalls nicht möglich, das Pulsoxymeter für den ganzen Zeitraum der Diagnostik am Finger zu befestigen und somit Aussagen über die Sauerstoffsättigung zu bekommen. Zu Beginn des Tests lag die Sauerstoffsättigung jedoch bei etwa 83% und ein Abfall war während der Diagnostik (insofern der Stand abgelesen werden konnte) nicht zu beobachten.

Der erste Durchgang des Aspirationsschnelltests war unauffällig. Zu bemerken war lediglich, dass Herr B. oft nachschlucken musste. Ab dem zweiten Durch-

gang zeigten sich Auffälligkeiten. Herr B. konnte seine Lippen während der Durchgänge nicht schließen, sodass viel Wasser daneben bzw. aufgrund des fehlenden Mundschlusses aus dem Mund gelaufen ist. Beim Schlucken des restlichen Wassers zeigte Herr B. deutliche Anzeichen von Husten, Atemnot und musste auffällig oft nachschlucken. Als Herr B. sich nach dem dritten Durchgang kurz äußerte, fiel eine belegte Stimme auf. Ebenfalls war zu beobachten, dass Herr B. im Verlauf der Durchgänge immer mehr Spannungen im Bereich des Gesichts, des Halses und des Oberkörpers (Arme) aufbaute, weswegen der Test nach dem 4. Durchgang abgebrochen wurde. Hinweise auf eine stille Aspiration<sup>52</sup> ca. 5 Minuten nach Beendigung des Aspirationsschnelltests lagen nicht vor.

Die Beobachtungen der vier Durchgänge reichen aus, um erste Ergebnisse darzustellen. Der vermehrte Spannungsaufbau, die Anzeichen von Husten und Atemnot und die belegte Stimme sind meines Erachtens deutliche Hinweise auf eine vorhandene Dysphagie. Meiner Meinung nach scheinen eine weitere, genauere logopädische Diagnostik und eine darauf aufbauende logopädische Intervention sinnvoll zu sein.

### 3.3.2.2 Patientenbeispiel B (Herr K.; 73 Jahre – Station G2)

Zum Patienten Herrn K. wurden bereits im Bereich Dysarthrie (innerhalb der Studienarbeit) genauere Informationen genannt, weswegen in diesem Teil lediglich die Darstellung der Ergebnisse des Aspirationsschnelltest erfolgt. Zu Beginn der Dypshagiediagnostik erzählte Herr K., dass er sich oft nach dem Aufwachen verschlucke. Während der gesamten Diagnostik fiel auf, dass Herr K. (ähnlich wie Herr B.) die Lippen nicht angemessen schließen konnte, weswegen ebenfalls viel Wasser daneben und aus dem Mund gelaufen ist. Auch bei Herrn K. konnten bzgl. der Sauerstoffsättigung keine genaueren Angaben gemacht werden, da das Pulsoxymeter (aufgrund des stark ausgeprägten Tremors) nicht richtig am Finger fixiert werden konnte. Zu Beginn wurde jedoch eine Sauerstoffsättigung von 87% angezeigt, die im Verlauf der Durchgänge nicht abgefallen ist.

---

<sup>52</sup> Das Eindringen von Nahrung/Getränken in die Luftwege oberhalb der Stimmritze, welches erst zeitlich verzögert (deswegen „still“) eintritt

Die ersten beiden Durchgänge des Aspirationsschnelltest waren unauffällig. Beim dritten Durchgang musste Herr K. mehrfach kräftig husten und es war eine veränderte Stimmqualität (in Form einer belegten Stimme) zu erkennen. Auch beim vierten Durchgang verschluckte Herr K. sich, musste mehrmals kräftig Husten und die Stimme klang ebenfalls wieder belegt. Ab dem fünften Durchgang gab es keine Auffälligkeiten mehr.

Da Herr K. von sich aus vom Verschlucken nach dem Aufwachen berichtete und er sich in der Diagnostik in zwei Durchgängen verschluckte, besteht meines Erachtens der Verdacht einer leichten Dysphagie. Aufgrund dessen sollte, meiner Meinung nach, eine genauere logopädische Diagnostik des Schluckens und im Anschluss daran ggf. eine logopädische Intervention erfolgen.

### 3.3.2.3 Patientenbeispiel C (Frau B.; 75 J. - Station G1)

#### Vorinformationen aus der Patientenakte

Im Folgenden werden die Informationen aus der Patientenakte von Frau B kurz zusammengefasst: Frau B. ist zum Zeitpunkt der Diagnostik 70 Jahre alt und läge momentan auf der Station G1 der Gerontopsychiatrie. Die Patientin sei verheiratet, lebe aber seit einigen Jahren in einem Pflegeheim in Osnabrück, da der Ehemann die Pflege seiner Frau (sie sei in die Pflegestufe 2 eingestuft worden) nicht mehr alleine gewährleisten könne. Zurzeit leide Frau B. an Schlafstörungen und habe nachts versucht, anderen Heimbewohnern Kissen oder Decken ins Gesicht zu drücken, woraufhin sie in das AMEOS-Klinikum eingewiesen wurde. Frau B. leide außerdem an starken Stimmungsschwankungen, sei meist ängstlich und ratlos, dabei zum Pflegepersonal und den Ärzten aber stets freundlich und kooperativ. Die Patientin habe gelegentlich Krampfanfälle, die einer fraglichen Epilepsie geschuldet seien. Dieses Krankheitsbild würde bei ihr zurzeit genauer untersucht werden. Frau B. könne keine Angaben zum eigenen Befinden und der eigenen Gesundheit machen, auch zeitlich und örtlich sei sie desorientiert. Lediglich die Angaben zur eigenen Person wie Name, Geburtsdatum und Wohnort kann Frau B. adäquat äußern. Die Äußerungen von ihr seien laut Pflegepersonal artikulatorisch gut verständlich.

Der Krankenakte der Patienten konnte außerdem entnommen werden, dass sie Harn- und Stuhlinkontinent sei, eine Demenz und gelegentlich Panikattacken habe. Zudem habe sie eine Störung des Kurzzeitgedächtnisses.

Zur allgemeinen Motorik wurde angegeben (und auch teilweise beobachtet), dass Frau B. Gang- und Standsicher sei und Kopf- und Hals frei beweglich seien. Sie bewege sich jedoch innerhalb des AMEOS-Klinikums aufgrund ihrer ängstlichen Grundhaltung meist mit dem Rollstuhl fort. Den Berichten des Pflegepersonals war zu entnehmen, dass Frau B. derzeit nicht in der Lage sei, sich alleine zu kleiden und die Grundpflege durchzuführen. Auch das Essen und Trinken gelinge nur mit Hilfe. Laut Krankenakte habe Frau B. eine Kau- und Schluckstörung. Welches Ausmaß diese habe und welche weiteren Schritte deswegen eingeleitet worden seien, war nicht notiert und es konnte kein Pfleger darüber Auskunft geben. Frau B. bekomme weiterhin Vollkost und Medikamente oral verabreicht. Zu lesen war außerdem, dass sie eine Zahnprothese trage.

Die Ziele der Behandlung von Frau B. lägen, laut dem Pflegepersonal, zunächst darin, einen geregelten Tagesablauf und Wochenplan für sie zu erstellen, eine gute Beziehung zu ihr aufzubauen, sie mit den Räumlichkeiten der Stationen vertraut zu machen, ihr Bewusstsein für die Umgebung zu schärfen und ihr Anreize in der Umgebung zu bieten, z.B. in dem Gespräche zu ihr aufgebaut würden, oder durch das Einbeziehen in gemeinsame Aktivitäten.

Aus der Patientenakte war zu entnehmen, dass Frau B. Medikamente wie z.B. Antiepileptika, spannungs- und angsthemmende Mittel und ein Medikament, das für die Behandlung von Morbus Parkinson eingesetzt wird (wobei dieses Krankheitsbild sonst nicht in der Krankenakte oder bei der Übergabe der Patientin erwähnt wurde) verabreicht bekommt.

### Ergebnisse der Dysphagiediagnostik

#### **Kurzbefundung**

Zunächst werden die zu beobachtenden Merkmale der Patientin beschrieben: im Sitzen zeigte Frau B. eine eutone Körperhaltung. Es zeigten sich gelegentliche Verkrampfungen der Hände. Das Kommunikationsverhalten war auffällig, da Frau B. nur zeitverzögert oder gar nicht auf Fragen antwortete. Sie wirkte

dabei jedoch stets freundlich und kooperativ. Die Atmung der Patientin schien unauffällig. Wenn Frau B. Kontakt zu uns aufnahm, sprach sie sehr leise, ruhig und langsam. Im Bereich der Mundinspektion war festzustellen, dass Frau B. eine Zahnprothese trägt. Die Schleimhautbeschaffenheit war unauffällig und es waren keine Anzeichen für eine Hypersalivation oder Xerostomie zu erkennen. Es konnte jedoch eine Strukturveränderung der Zunge beobachtet werden, diese war sehr klein und belegt. Es fiel Frau B. außerdem sichtlich schwer, diese ohne zu zittern für einen kurzen Moment aus dem Mund herauszustrecken, was auf einen Hypotonus hindeutet. Auch die Lippen zeigten diese Schwäche und waren demnach sehr schmal und wurden beim Sprechakt wenig verformt. Des Weiteren wurden die für das Schlucken relevanten Schutzreflexe<sup>53</sup> geprüft. Frau B. war es nicht möglich nach Aufforderung zu Husten, sich zu Räuspern oder willkürlich zu Schlucken. Lediglich das Schlucken von Speichel hat die Patientin nach Aufforderung spontan umgesetzt. Es konnte jedoch schon während des Gesprächs mit Frau B. ein kräftiger Hustenstoß bemerkt werden, so dass die Fähigkeit zum Husten gegeben schien. Eine reflektorische Schutzreflextrigge-  
rung<sup>54</sup> wurde bei der Patientin, aufgrund der akuten Angstzustände und da uns Frau B. zu diesem Zeitpunkt das erste Mal gesehen hat, nicht ausgeführt.

### **Aspirationsschnelltest**

Der daraufhin durchgeführte Aspirationsschnelltest musste frühzeitig abgebrochen werden, da die Patienten nach vier Schlucken angab, nun keinen Durst und keine Lust mehr zu haben, was von uns so akzeptiert wurde. Es konnten dennoch einige Erkenntnisse aus der Befundung gezogen werden. Ein Sauerstoffabfall war während des gesamten Tests nicht zu bemerken. Jedoch war stark auffällig, dass die Stimme von Frau B. nach jedem Wasserschluck belegt, kloßig und verändert klang, was auf einen Restverbleib der zugeführten Wassermenge auf Höhe der Stimmlippen und somit eine Dysphagie hindeutet. Hinweise auf eine stille Aspiration ca. 5 Minuten nach Beendigung des Aspirationsschnelltests lagen nicht vor.

---

<sup>53</sup> s. „Bereich Dysphagie“ der Studienarbeit, S. 27-29

<sup>54</sup> s. ebd.

Eine logopädische Therapie scheint unserer Meinung nach, aufgrund der stimmlichen Veränderungen nach dem Schlucken von Wasser, bei der Patientin sinnvoll, da dies, wie bereits erwähnt, ein Hinweis auf eine Dysphagie ist.

#### 3.3.2.4 Patientenbeispiel D (Frau N.; 83 J. - Station G1)

##### Vorinformationen aus der Patientenakte

Frau N. ist zum Zeitpunkt der Diagnostik 83 Jahre alt und liegt momentan auf der Station G1 der Gerontopsychiatrie. Die Patientin sei verheiratet und lebe gemeinsam mit ihrem Ehemann in einer Wohnung in Osnabrück. Da Frau N. zurzeit an akuten Verwirrheitszuständen leide, wurde sie in das AMEOS-Klinikum aufgenommen. Aus der Patientenakte war zu entnehmen, dass Frau N. dement sei und an Morbus Parkinson leide. Aufgrund der Demenz sei Frau N. zeitlich und örtlich nicht orientiert, könne keine Angaben zur eigenen Person machen und ist ferner nicht in der Lage adäquat auf Ansprache zu reagieren. Die Körperpflege und Nahrungsaufnahme könne die Patienten jedoch alleine bewältigen. Frau N. war zum Zeitpunkt der Überprüfung Gang- und Standsicher und fände sich auf ihrem Zimmer und der Station G1 zurecht. Laut der Akte nehme sie Medikamente für die Behandlung des Parkinson und der Demenz.

##### Ergebnisse der Dysphagiediagnostik

###### **Kurzbefundung**

Frau N. zeigte eine eutone Körperhaltung im Sitzen, Stehen und Gehen. Das Kommunikationsverhalten war aufgrund der Demenz stark auffällig, da Frau N. nur zeitverzögert oder gar nicht auf Fragen antwortete. Die Atmung und Phonation der Patientin schien unauffällig. Eine Mundinspektion und auch die Überprüfung der Schutzreflexe konnten nicht durchgeführt werden, da Frau N. den Anweisungen nicht Folge leisten konnte.

###### **Aspirationsschnelltest**

Der daraufhin durchgeführte Aspirationsschnelltest musste frühzeitig abgebrochen werden, da die Patientin nach drei Schlucken des Tests aufstand und auf ihr Zimmer ging, was von uns so akzeptiert wurde. Es konnten dennoch einige

Erkenntnisse aus der Befundung gezogen werden. Ein Sauerstoffabfall war während des gesamten Tests nicht zu bemerken. Jedoch war auffällig, dass Frau N. nach jedem Wasserschluck hustete, was auf ein Leaking<sup>55</sup> der Wassermenge und somit eine Dysphagie hindeutet. Hinweise auf eine stille Aspiration ca. 5 Minuten nach Beendigung des Aspirationsschnelltests lagen nicht vor.

Insgesamt lässt sich sagen, dass aufgrund der gewonnenen Erkenntnis, dass wenige Schlucke Wasser für die Patientin ausreichen und diese zu Husten beginnt, ein Hinweis auf eine Dysphagie darstellt und somit die weitere logopädische Therapie mit Frau N. anzuraten wäre. Es ist jedoch fraglich, ob bei der Patientin generell eine Therapie möglich ist, da sie aufgrund ihrer dementiellen Erkrankung kognitiv so eingeschränkt ist, dass sie einfachen Anweisungen nicht Folge leisten kann.

### 3.3.3 Zusammengefasste Auswertung aller Diagnostiken

Insgesamt sind wir mit der Durchführung und dem Ergebnis der Diagnostik zufrieden, da sich bei allen überprüften Patienten gezeigt hat, dass eine genauere logopädische Überprüfung, bzw. logopädische Intervention auf jeden Fall sinnvoll wäre. Jedoch war der Weg bis zur eigentlichen Durchführung der Diagnostik sehr schwierig für uns. Wir haben eine Vielzahl von Kliniken im Umkreis angerufen, angeschrieben und persönlich besucht, von denen sich fast keine kooperativ gezeigt haben. Der Großteil der Angestellten innerhalb der jeweiligen Kliniken (z.B. Ärzte, Pflegepersonal, Therapeuten und Verwaltungsfachangestellten) fühlte sich nicht zuständig und verantwortlich für unser Anliegen, so dass wir ständig an andere Fachkräfte verwiesen wurden. Als letzte Anlaufstelle wählten wir das Gerontopsychiatrische Zentrum des AMEOS-Klinikums, in welchem wir auf die zuständige Ärztin Frau V. C trafen, die unserer Idee spontan mit Interesse und Zustimmung entgegengekommen ist. Sie stellte uns eine Auswahl möglicher Patienten für die entsprechenden Diagnostiken vor und ermöglichte uns damit, die fünf Diagnostiken innerhalb eines Vormittages durchzuführen. Die vorgeschlagene Auswahl an Patienten erwies sich für unsere Zwecke

---

<sup>55</sup> Vorzeitiges, unkontrolliertes Abfließen z.B. von Flüssigkeit aus dem Mundraum in den Rachen und damit meist Auslösen eines Hustenstoßes

als sehr geeignet, da dadurch ein aussagekräftiges Ergebnis ermittelt werden konnte.

## **4. Schlussteil**

### **4.1 Diskussion des methodischen Vorgehens**

Unserem methodischen Vorgehen ist anzumerken, dass sich unsere Studienarbeit weitestgehend auf eigens erstellte Materialien und Erkenntnisse bezieht, da das Thema der logopädischen Relevanz in psychiatrischen Einrichtungen bislang unerforscht zu sein scheint und daher keine Fachliteratur (sowohl im Internet, als auch in Büchern) zu dieser Thematik gefunden werden konnte.

Die von uns gewählten und ausgearbeiteten Methoden (Telefoninterviews, Fragebögen und Diagnostiken) stellten sich insofern als zielführend dar, dass dadurch erste aussagekräftige Ergebnisse hinsichtlich unserer Fragestellung erzielt werden konnten. Mit unseren Methoden und unserer Forschung konnte eine erste Annäherung an den Forschungsgegenstand erreicht werden. Für eine valide Aussage über den Bedarf an Logopädie in psychiatrischen Einrichtungen bedarf es einer größer angelegten Studie, in der mehrere Kliniken und weiteres Personal, sowie Patienten berücksichtigt werden.

### **4.2 Diskussion der Ergebnisse**

Wir konnten mit unseren gesammelten Ergebnissen erste Grundlagen für die weitere Erforschung dieser Thematik schaffen.

Aus den von uns erstellten Fragebögen bezüglich der Fragestellung ob logopädische Intervention in psychiatrischen Einrichtungen, speziell des AMEOS-Klinikums Osnabrück sinnvoll scheint (und auch aus den weiterführenden Fragen) lässt sich ableiten, dass die Mehrzahl der von uns befragten Mitarbeiter dies befürworten würde. Obwohl meist nur grobe Kenntnisse über die Logopädie bei den Befragten vorhanden waren, konnte sich die Mehrzahl eine Form der Therapie für eine Auswahl von Patienten gut vorstellen.

Des Weiteren führten wir Kurzinterviews (am Telefon) mit verschiedensten psychiatrischen Einrichtungen in Niedersachsen und Nordrhein-Westfalen durch, was uns die Erkenntnis brachte, dass bisher kaum Logopäden in diesen Institutionen tätig sind und dies auch nicht in Planung sei.

Abschließend lässt sich auch aus den von uns ausgewerteten Diagnostiken und Gesprächen mit Ärzten und Pflegepersonal bezüglich der logopädischen Störungsbilder der Dysphagie bzw. Dysarthrie bei Patienten, die in einer psychiatrischen Einrichtung (hier: AMEOS-Klinikum Osnabrück, gerontopsychiatrische Station) behandelt werden, ableiten, dass alle von uns überprüften Patienten Auffälligkeiten zeigten. Hinsichtlich der Schwere und Dringlichkeit der logopädischen Behandlung sind Unterschiede zu erkennen und müssten innerhalb der logopädischen Intervention berücksichtigt werden. Jedoch kann man klar sagen, dass der Bedarf der logopädischen Intervention am AMEOS-Klinikum Osnabrück, vor allem im geriatrischen Bereich, vorhanden ist.

### **4.3 Fazit und Ausblick**

Die Auseinandersetzung mit dem, unserer Meinung nach, sehr aktuellem Thema der möglichen logopädischen Intervention in psychiatrischen Einrichtungen war für uns sehr interessant. Ein Ziel dieser Arbeit war es, dass wir als Schülerinnen unser Wissen über die Arbeit mit psychisch erkrankten Menschen, besonders in Bezug auf spezielle Störungsbilder, erweitern. Dieses Ziel konnten wir durch die vorliegende Arbeit erreichen. Das neu gewonnene Wissen können wir zum einen an unsere Mitschüler weitergeben und diese bzgl. der Thematik aufklären. Zum anderen ist dieses Wissen hilfreich für uns und unsere spätere Arbeit als examinierte Logopädinnen.

Uns ist aufgefallen, dass bezüglich der interdisziplinären Zusammenarbeit in Bezug auf Logopäden, Ärzte und Pflegepersonal eine aktivere Zusammenarbeit und Kenntnis über das jeweils andere Berufsfeld wünschenswert wäre. Da wir mit unserer Studienarbeit aufzeigen konnten, dass logopädische Intervention durchaus auch in psychiatrischen Einrichtungen (wie dem AMEOS-Klinikum in Osnabrück) sinnvoll wäre, sehen wir dort einen weiteren dringenden Forschungs- bzw. Aufklärungsbedarf bei Logopäden selbst, dem interdisziplinären Team psychiatrischer Einrichtungen und auch den Patienten und deren Angehörigen. Einige der Pflegerinnen und Pfleger und auch die Ärztinnen und Ärzte, die im Vorfeld Skepsis geäußert und nur eine geringe Kooperationsbereitschaft gezeigt haben, sind nach der Beendigung unserer Diagnostik auf uns zugekom-

men und haben uns für unser Engagement und die Arbeit mit den Patienten gelobt, was uns sehr gefreut hat. Diese Personen äußerten ebenfalls, dass es wünschenswert wäre, dass wir dort zukünftig regelmäßig logopädische Therapie mit den Patienten durchführen. Deswegen erhoffen wir uns, dass Kontakt zwischen den leitenden Ärzten der gerontopsychiatrischen Station und der Lehranstalt für Logopädie hergestellt wird, sodass demnächst für Schülerinnen und Schüler der Lehranstalt die Möglichkeit besteht, Therapien mit Patienten mit neurologischen Störungen (vor allem in Bezug auf dysarthrische Symptome) auf den Stationen der Gerontopsychiatrie zu übernehmen. Dies ist, wie wir finden, ein guter Anfang der logopädischen Intervention in einer psychiatrischen Einrichtung, der sicherlich noch ausbaufähig ist.

## **Literaturverzeichnis**

AMEOS-Klinikum(2008): „Krankenhausbroschüre“

Zieger et al. (2010): „Dysarthrie: verstehen, untersuchen, behandeln“, Stuttgart: Thieme Verlag, S. 1

Schubert A. (2011): „Dysarthrie“, Idstein: Schulz-Kirchner-Verlag, 3. Auflage, S. 11

Berndt et al. (2002): „Dysarthrie – Ein Ratgeber für Angehörige, Idstein: Schulz-Kirchner-Verlag, S.12

Grone, B.(2009): „Schlucken und Schluckstörungen: Eine Einführung“, 1. Auflage, München: Elsevier Verlag, S. 4-8

Seidel et al. (2009): „Dysphagie – Diagnostik und Therapie“, 1. Auflage, Schulz-Kirchner-Verlag, S. 43

Unterrichtsskript des Fachs „Dysarthrie“

Unterrichtsskript des Fachs „Dysphagie“

Kubitza, S. (2012): Fortbildungsskript „Dysphagietherapie in der Frührehabilitation“

## **Internetquellen**

AMEOS-Klinikum Osnabrück

(<http://www.ameos.eu/klinikum-osnabrueck-geschichte.html>) (Zugriff: 12/2012)

C. Wiegmann: „Was ist das Borderline-Syndrom?“

[<http://www.borderline-borderliner.de/borderline/borderline-syndrom.htm>]

(Zugriff am: 10.12.2012)

<http://www.schizophrenie.org/> (Zugriff am: 10.12.2012)

<http://www.dachverband->

[dbt.de/index.php?option=com\\_content&view=article&id=2&Itemid=2](http://www.dachverband-dbt.de/index.php?option=com_content&view=article&id=2&Itemid=2)

(Zugriff am: 11.12.2012)

<http://flexikon.doccheck.com/de/Tremor> (Zugriff am: 20.12.2012)

Deutscher Band für Logopädie e.V.: „Schluckstörungen bei Erwachsenen“  
(<http://www.dbl-ev.de/index.php?id=229>) (Zugriff am: 28.12.2012)

## **Anhang**

## **Telefonliste**

- Dynamisch Psychiatrische Klinik, Mengerschwaike
- Tagesklinik für psychisch Kranke
- Psychiatrische Klinik, Kieler Fenster
- Psychiatrische Tagesklinik, Kaltenkirchen
- Psychiatrische Tagesklinik, Rendsburg
- Psychiatrisches Krankenhaus, Rickling
- Fachkrankenhaus für Psychiatrie und Psychotherapie, Kropp
- Klinik für Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, Berlin
- Privatklinik für Psychogene Störungen, Berlin
- AMEOS Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Neustadt
- Psychiatrische Tagesklinik, Düsseldorf
- Allgemeinpsychiatrische Tagesklinik, Hilden
- LVR Klinik, Köln
- Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie (des Uniklinikums), Hamburg
- Psychiatrische Klinik, Frankfurt
- Tagesklinik St. Rochus, Telgte
- Asklepios Fachklinik, Göttingen
- Clemens-August-Stiftung, Neuenkirchen-Vörden
- Psychiatrische Klinik St. Nikolaus, Rheinberg
- LWL Klinik, Münster
- EOS-Klinik, Münster
- St. Alexiuskrankenhaus, Neuss
- Psychiatrische Tagesklinik, Siegburg
- LVR-Klinik, Essen
- Jugendpsychiatrie, Marl-Sinsen
- Psychiatrische Klinik, Wuppertal
- Kinder- und Jugendklinik, Bedburg-Hau
- LVR Klinik, Bonn

- LVR Klinik, Düsseldorf
- Uniklinik/ Psychiatrie, Aachen



Deutsche Angestellten - Akademie  
Lehranstalt für Logopädie  
Pferdestraße 38  
49084 Osnabrück

## **Fragebogen für die Erfassung der Relevanz logopädischer Therapie in psychiatrischen Einrichtungen**

Sehr geehrte Damen und Herren,  
wir (Kristina Schneider und Rabea Brüwer) sind Schülerinnen im dritten Ausbildungsjahr der Lehranstalt für Logopädie in Osnabrück. Im Rahmen der Ausbildung ist es unsere Aufgabe eine Studienarbeit zu verfassen. Unsere Idee dabei ist, die Relevanz logopädischer Therapie innerhalb psychiatrischer Einrichtungen zu überprüfen. Die Meinung von Ihnen, als Angestellte/r einer solchen Einrichtung, ist daher von wesentlicher Bedeutung. Wir würden uns freuen, wenn Sie sich kurz Zeit nehmen können, um die folgenden Fragen zu beantworten. Wir sichern Ihnen ausdrücklich die Anonymisierung der Angaben und die Beachtung des Datenschutzes zu.

Als Ansprechpartner steht uns (und Ihnen) unsere Lehrlogopädin Frau J. Weiter innerhalb der Lehranstalt zur Verfügung. Es wäre sehr nett, wenn Sie die Bögen an verschiedenste Mitarbeiter verteilen könnten. Diese erklären sich mit dem Beantworten der Fragen damit einverstanden, dass wir die Ergebnisse der Fragebögen nur für die Studienarbeit verwenden.

Vielen Dank für Ihre Unterstützung!

Mit freundlichen Grüßen,  
Kristina Schneider & Rabea Brüwer

- 1) **Geschlecht**       männlich                       weiblich
- Alter**                       < 25 J.       25-30 J.       31-40 J.       41-50 J.       > 50 J.

- 2) **In welchem Bereich sind Sie z.Zt. in Ihrer Klinik tätig?**

---

- 3) **Seit wann üben Sie diese Tätigkeit aus?**

---

- 4) **Mit welchen Patientengruppen/ Krankheitsbildern haben Sie häufig zu tun?**

---



**Warum gerade in diesen Bereichen nicht?**

---

---

---

---

**9) Was glauben Sie, welche Patientengruppen/Krankheitsbilder würden die logopädische Therapie eher akzeptieren?**

---

---

**Warum gerade diese Patientengruppen/Krankheitsbilder?**

---

---

---

---

**10) Was glauben Sie, welche Patientengruppen/Krankheitsbilder würden die Therapie eher ablehnen?**

---

---

**Warum gerade diese Patientengruppen/Krankheitsbilder nicht?**

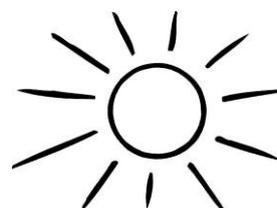
---

---

---

---

***VIELEN DANK  
FÜR IHRE UNTERSTÜTZUNG!***



## Kurzbefundung Dysarthrie/Dysphagie

Name:

Geb.- Datum:

Medizinische Diagnose:

Untersucherin:

Datum:

### **1. Beobachtungen:**

- Haltung

nicht auffällig

auffällig: \_\_\_\_\_

- Tonus

nicht auffällig

auffällig: \_\_\_\_\_

- Motorik

nicht auffällig

auffällig: \_\_\_\_\_

- Kommunikation(-sverhalten)<sup>3</sup>

nicht auffällig

auffällig: \_\_\_\_\_

- Atmung

nicht auffällig

auffällig: \_\_\_\_\_

- Phonation

nicht auffällig

auffällig: \_\_\_\_\_

## **2. Mundinspektion**

- Zahnstatus: \_\_\_\_\_
- Schleimhautbeschaffenheit
  - auffällig
  - Beläge  Entzündungen  Trockenheit
- Hypersalivation
  - vorhanden  nicht vorhanden
- Xerostomie
  - vorhanden  nicht vorhanden
- Strukturveränderungen der Zunge
  - vorhanden  nicht vorhanden
- Strukturveränderungen der Lippen
  - vorhanden  nicht vorhanden

## **3. Schutzfunktionen und Schluckbeobachtungen**

- Husten
  - möglich  nicht möglich
- Räuspern
  - möglich  nicht möglich
- Schlucken von Speichel
  - möglich  nicht möglich
- Schlucken nach Aufforderung
  - möglich  nicht möglich

## Diagnostik zur Überprüfung von Schluckstörungen

Name:

Geb.- Datum:

Medizinische Diagnose:

Untersucherin:

Datum:

### **Aspirationsschnelltest**

Sauerstoffsättigung zu Beginn:

#### 1. Durchgang

nicht auffällig

auffällig:

- Husten
- Atemnot
- veränderte Stimmqualität
- Abfall der Sauerstoffsättigung (> 2%): \_\_\_\_\_

#### 2. Durchgang

nicht auffällig

auffällig:

- Husten
- Atemnot
- veränderte Stimmqualität
- Abfall der Sauerstoffsättigung (> 2%): \_\_\_\_\_

#### 3. Durchgang

nicht auffällig

auffällig:

- Husten
- Atemnot
- veränderte Stimmqualität

### 8. Durchgang

nicht auffällig

auffällig:

- Husten
- Atemnot
- veränderte Stimmqualität
- Abfall der Sauerstoffsättigung (> 2%): \_\_\_\_\_

### 9. Durchgang

nicht auffällig

auffällig:

- Husten
- Atemnot
- veränderte Stimmqualität
- Abfall der Sauerstoffsättigung (> 2%): \_\_\_\_\_

### 10. Durchgang

nicht auffällig

auffällig:

- Husten
- Atemnot
- veränderte Stimmqualität
- Abfall der Sauerstoffsättigung (> 2%): \_\_\_\_\_

### Patientenbefinden fünf Minuten nach Durchführung:

nicht auffällig

auffällig:

- Husten
- Atemnot
- veränderte Stimmqualität
- Abfall der Sauerstoffsättigung (> 2%): \_\_\_\_\_

## Durchführungsanleitung zum Aspirationsschnelltest

### Material:

- Pulsoxymeter
- Spritze zum Abmessen der Wassermenge
- Becher mit 50ml kaltem Wasser
- Becher oder Esslöffel für den Patienten
- Protokollbogen

### Vorbereitung:

- Patienten in Sitzposition bringen
- Pulsoxymeter an den Finger des Patienten anlegen
  - Gerät einschalten
  - nach 2 Minuten Baseline bestimmen (Mittelwert zwischen dem höchsten und dem niedrigsten Wert)
- 50 ml kaltes Wasser in einem Becher bereit stellen

### Durchführung:

- mit einer Spritze 5ml Wasser entnehmen und in einen separaten Becher geben (oder ggf. auf einen Esslöffel)
- dem Patienten den Becher, bzw. den Esslöffel reichen und ihn auffordern, das Wasser zu trinken
- dem Patienten insgesamt 10x 5ml Wasser reichen
- Beobachtung des Patienten während der Durchgänge und gleichzeitiges Notieren
- nach den 10 Durchgängen noch fünf Minuten lang auf Aspirationshinweise achten
  - **Aspirationshinweis:** Sauerstoffabfall > 2% (Schwankungen von +2% sind messbedingt)

### Abbruchkriterium:

- Bei Sauerstoffabfall > 5%
  - **Sauerstoffabfall:** Differenz zwischen Baseline und niedrigstem Wert

## Kurzdiagnostik zur Dysarthrie – angelehnt an den „UNS“<sup>1</sup>

Name:

Geb.- Datum:

Medizinische Diagnose:

Untersucherin:

Datum:

### Durchführungsablauf:

1. Überprüfung der Artikulation
  - 1.1 Nachsprechen von Wörtern
  - 1.2 Nachsprechen von Sätzen
  - 1.3 Spontansprache
  
2. Überprüfung Diadochokinese
  
3. Überprüfung der Prosodie
  - 3.1 Wortakzent
  - 3.2 Satzintonation
  - 3.3 Textintonation

---

<sup>1</sup> UNS: Untersuchungsbogen Neurogener Sprech- und Stimmstörungen (Breitbach-Snowdown, Helga)

**1. Überprüfung der Artikulation**

1.1 Nachsprechen von Wörtern

1.2 Nachsprechen von Sätzen

Modalität	Testwort	Ziellaut	Ziellbewegung	übersteigert/fortisiert normal	vermindert/lenisiert Lautauslassung (starker Diak.)	Lautersetzung (schwach)	zurückverlagert normal	vorverlagert lateralisiert	nasalisiert Stimmhaftigkeit (Veränderungen)	Anmerkung
NS W Nachsprechen wörter	Kiefer	-f-	LS							
	Ober	-b-	LS							
	Lippe	-p-	LS							
	Hose	-o-	LR							
	Tücher	-ü-	LR							
	Pute	-u-	LR							
	Kater	-a-	KÖ							
	Wagen	-a-	KÖ							
	Hase	-a-	KÖ							
	Achse	-s-	ZP							
NS S Nachsprechen sätze	lackieren	-i-	ZP							
	aktiv	-t-	ZP							
	Tafel	-u-	ZR							
	Liedchen	-ch-	ZR							
	Stiefkind	-k-	ZR							
	Gaststätte	-stj-	VZ							
	schließen	-l-	VZ							
	Tasche	-f-	VZ							
	Uwe	-w-	LS							
	Möbel	-b-	LS							
Lupe	-p-	LS								
Woche	-o-	LR								
Süden	-ü-	LR								
schön	-ö-	LR								
Jäger	-ä-	KÖ								
Nadel	-a-	KÖ								
Faden	-a-	KÖ								
Amseln	-s-	ZP								
nachts	-ts-	ZP								
Ruine	-i-	ZP								
Glück	-k-	ZR								
Lieschen	-ch-	ZR								
Prüfung	-u-	ZR								
rutscht	-fj-	VZ								
fällt	-th-	VZ								
Nase	-s-	VZ								

LS -> Lippenscheuss  
 LR -> Lippenrundung  
 KÖ -> Kieferöffnung  
 ZP -> Zungenprotrusion (Zungenaktivität erst hinten dann vorne)  
 ZR -> Zungenretraktion (" erst vorne, dann hinten)  
 VZ -> selektive Verformbarkeit des Vorderzungen

<sup>2</sup> Alle eingefügten Grafiken sind Teile des Untersuchungsbogen Neurogener Sprech- und Stimmstörungen (Breitbach-Snowdown, Helga)

1.2 Spontansprache

Modalität			Ziellaut	Zielbewegung	übersteigert / forsiert	normal	vermindert / lenisiert	Lautauslassung	Lautersetzung	zurückverlagert	normal	vorverlagert	lateralisiert	nasalisiert	Stimmhaltigkeit	Anmerkung
LE	aber	-b-	LS													
	fester	-f-	LS													
	wohl	-o-	LR													
	zugeben	-u-	LR													
	wäre	-ä-	KÖ													
	Strahlen	-a-	KÖ													
	Macht	-t-	ZP													
	Luft	-t-	ZP													
	Stärkeren	-k-	ZR													
	Augenblicken	-k-	ZR													
	sollte	-lt-	VZ													
	freundlichen	-ndl-	VZ													
	SP			LS												
			LS													
			LS													
			LR													
			LR													
			LR													
			KÖ													
			KÖ													
			KÖ													
			ZP													
			ZP													
			ZP													
			ZR													
		ZR														
		ZR														
		VZ														
		VZ														
		VZ														

Spontan-  
sprache

Anzeichen für Sprechapraxie:  ja  nein

Symptome: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## 2. Überprüfung Diadochokinese

	Silbenwiederholung		Anzahl/sec.		normal		verlangsamt		stark verlangsamt		unregelmäßiger Rhythmus		Auftreten v. Pausen		langsamer werden		schneller werden		Fortisierung		Lenisierung		Veränderung der Vokalkategorie		Abnahme der Artikulationsschärfe		Nasalisierung		normal		Entstimmung		durchgängige Stimmhaftigkeit	
/pa/		8	<6	<3																														
/ta/		7,5	<5	<2,5																														
/ka/		7	<4,5	<2																														
/pataka/																																		
/ui/																																		
/tana/																																		

↳ wegen des Volumes

## 3. Überprüfung der Prosodie

### 3.1 Wortakzent

**Wortakzent realisiert**

um <u>f</u> ahren	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
um <u>h</u> ahren	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
ü <u>b</u> ersetzen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
ü <u>h</u> ersetzen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Man <u>d</u> arf dabei sitzen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Man darf <u>d</u> abei sitzen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

### 3.2 Satzintonation

**Satzintonation realisiert**

Wie du <u>mir</u> , so ich <u>dir</u> .	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Ist <u>das</u> der <u>Bahn</u> hof?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Ja, <u>das</u> ist er.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Ist <u>das</u> der Zug nach München?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Nein, <u>das</u> ist Ihr Zug.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

### 3.3 Textintonation

**Textintonation gekennzeichnet durch**

Monotonie	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Verlangsamung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Beschleunigung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Einschränkung der Lautstärkevariation	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
normal	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Lesegeschwindigkeit des Patienten:  sec./Text  Silben/sec.

**Richtwert für Lesegeschwindigkeit: 43 sec./Text, 4 Silben /sec.**

### **Nachsprechen Sätze**

- 1) Uwe nimmt die Möbel unter die Lupe.
- 2) Eine Woche im Süden, das wäre schön.
- 3) Ein Jäger braucht Nadel und Faden nicht.
- 4) Die Amseln fliegen nachts zur Ruine.
- 5) Mit Glück schafft Lieschen die Prüfung.
- 6) Er rutscht und fällt auf die Nase.

## Überprüfung der Textintonation

### Der Nordwind und die Sonne<sup>1</sup>

Einst stritten sich Nordwind und Sonne, wer von ihnen beiden der stärkere wäre. Sie sahen da einen Wanderer in einem warmen Mantel auf einem Weg. Sie einigten sich dann, dass derjenige als der stärkere gelten sollte, der den Wanderer zwingen würde, seinen Mantel auszuziehen. Der Nordwind blies mit aller Macht, aber je mehr er blies, desto fester hüllte sich der Wanderer in seinen Mantel ein. Schließlich gab der Nordwind den Kampf auf. Nun erwärmte die Sonne die Luft und es wurde warm. Da zog der Wanderer seinen Mantel aus. So musste der Nordwind zugeben, dass die Sonne von ihnen beiden der stärkere war.

---

<sup>1</sup> Abgewandelt nach J. G. Herder für das "Handbook of the International Phonetic Association: A guide to the use of the International Phonetic Alphabet", Cambridge University Press (1999)

### **Eidesstaatliche Erklärung**

„Hiermit erklären wir, die vorliegende Arbeit ohne unzulässige Hilfe Dritter und ohne Benutzung anderer als angegebener Hilfsmittel angefertigt zu haben.“

Osnabrück, den 09.01.2013

---

Unterschriften der Verfasserinnen