



**THERAPIE
UNTERFÖHRING**

**Praxisgemeinschaft
Ergotherapie und
Logopädie**

**DINA ROOS
Logopädin**

**Kanalstr. 4a
85774 Unterföhring**

**T 0173 - 434 617 5
roos.logopaedie@yahoo.com**

**dbl - Deutscher Bundesverband für Logopädie e.V.
Augustinusstr. 11a**

50226 Frechen

19.05.2020

Umgang mit Teletherapie in Corona-Zeiten bei Indikationsschlüssel SC1 + SC2

Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen des dbl,

der deutsche Bundesverband für Logopädie e.V. (dbl) ist mit etwa 10.000 Mitgliedern die bundesweite berufsständische Vertretung fachschulisch wie auch hochschulisch ausgebildeter Logopäden und Logopädinnen. Als Berufs- und Fachverband vertritt der dbl die Interessen sowohl der in eigener Praxis niedergelassenen als auch der in Anstellungsverhältnissen tätigen Logopäden und Logopädinnen in klinisch-praktischer Tätigkeit, Lehre und Forschung.

Als maßgeblicher Verband in der Logopädie/Sprachtherapie nimmt er die Interessenvertretung der in der ambulanten Versorgung tätigen LogopädInnen wahr und ist Verhandlungspartner des GKV-Spitzenverbandes.

Im Rahmen dieser Verantwortung wurde ich über die aktuellen Regelungen im Rahmen der Leistungserbringung auch und besonders der starken Herausforderungen und Vielzahl an Sonderregelungen die in der durch das COVID-19-Virus ausgelösten epidemischen Notlage Geltung bekamen. Durch den GKV-Spitzenverband erhielt ich am 20.03.20 in einer Email die Information, dass und unter welchen Voraussetzungen Logopädinnen Videobehandlungen durchführen dürften, zum anderen, dass die Therapie von Schluckstörungen bei Indikationsschlüssel SC1 Und SC2 aus der Videobehandlung ausgeschlossen ist.

Diese Regelung war u.E. zunächst der Dringlichkeit der Freigabe der zu geltenden Neuregelungen geschuldet. Zudem hatte und hat sie die hohe Schutzbedürftigkeit der betroffenen Patientengruppen im Blick. Dennoch wurde dieser Ausschluss in der Versorgung der Betroffenen mehrfach seitens des dbl infrage gestellt und um Anpassung dieser Regelung gebeten. Als Therapeutin die v.a. in der Versorgung von Patienten mit Dysphagie tätig ist, möchte ich diese Forderungen vehement unterstützen. Die Gründe für Videobehandlung bei Schluckstörungen möchte ich im Folgenden noch einmal zusammenfassen:

Vielfach wird Dysphagie-Therapie gleichgesetzt mit Schluckversuchen oder Training von Schlucktechniken mit Bolus (zu schluckenden Konsistenzen). Ich teile die Einschätzung des GKV-Spitzenverbandes, dass diese Ansätze nicht im Setting der Videobehandlung durchgeführt werden dürfen.

Qualitativ hochwertige Dysphagie-Therapie bei kooperationsfähigen PatientInnen umfasst jedoch viel mehr als das und setzt beispielsweise auch Training entsprechender Muskelfunktionen ein.

Das Ziel einer Dysphagietherapie ist auch, Fehlfunktion von Muskelstrukturen, die ursächlich verantwortlich sind für die Schluckstörung in ihrer Funktion zu verbessern.

Hierfür erforderlich ist das Erreichen folgender Ziele:

- **Kräftigung der Muskulatur durch Krafttraining**
- **zeitliche Beschleunigung neuronaler Reaktionen**
- **Neuroplastizität entsprechender Hirnareale positiv zu beeinflussen durch hochfrequente Wiederholung entsprechender Übungen**

Dies ist bei fast allen kooperationsfähigen Patienten mit verbaler Anleitung und visuellem Vorbild möglich. Das heißt, diese Therapieform ist mittels Videobehandlung und zudem ohne Corona-Ansteckungsrisiko dieser meist zu Risikogruppen gehörenden PatientInnen und bei Verzicht auf Schluckversuche ohne zusätzliches Aspirationsrisiko möglich.

Gerade in der aktuellen Zeit bedeutet die Verbesserung der Schluckfunktion für die Betroffenen durch entsprechende therapeutische Intervention eine essentielle Pneumonie-Prophylaxe. Die Behandlung ist auch daher dringendst indiziert.

PatientInnen mit Dysphagien eine ohne Corona-Ansteckungsrisiko mögliche therapeutische Versorgung über Videobehandlungen vorzuenthalten, betrachte ich aus therapeutischer Sicht als fahrlässig. Wir haben einen Behandlungsauftrag, den wir auf diesem Weg frei von Ansteckungsrisiken der Betroffenen erfüllen können. Auch von anderen Kolleginnen, die in der Versorgung tätig sind, und die ihnen anvertrauten PatientInnen nicht weiter versorgen durften und können, sind Rückmeldungen bekannt, dass sie das Vorenthalten der Therapie als unterlassene Hilfeleistung empfinden. Von Verschlechterungen der Störung bis hin zu Versterben von PatientInnen an Aspirationspneumonie infolge von Nichtbehandlung durch die aktuellen Regelungen besteht Kenntnis.

Folgende Therapieinhalte sind meines Erachtens u.a. unter Videobehandlung sicher und sinnvoll durchzuführen, um die gesundheitliche Situation der PatientInnen nicht zu gefährden, sondern zu verbessern:

- Phonationstraining zur Kräftigung laryngealer Muskelsynergien mit dem Ziel einer intradeglutitiv verbesserten Adduktion des Aditus laryngis – dies reduziert das Aspirationsrisiko während der pharyngealen Phase und verbessert intradeglutitiv den subglottischen Druckaufbau und verbessert folglich die pharyngolaryngeale Sensibilität, was wiederum das Aspirationsrisiko reduziert
- Steigerung von Kraft und Funktion extralaryngealer und hyoidaler Muskelsynergien mittels Phonationstraining incl. Tonhöhenmodulationen / entsprechendes Krafttraining als Basis für eine gesteigerte Larynxexkursion. Mit der Qualität der laryngealen Bewegungsamplitude steht und fällt die Effizienz der Epiglottisabsenkung und Ösophagus sphincteröffnung – geringeres Risiko für intradeglutitive Penetration in den Aditus laryngis und geringeres Risiko für postdeglutitive Residuen
- Pharyngeale Aktivierung / Kräftigung zur Verbesserung von pharyngealer Sensibilität und Peristaltik
- Steigerung der Ventralbewegung der Pharynxhinterwand und Zungengrundretraktion für verbesserten pharyngealen Transport
- Steigerung der Velumfunktion mit dem Ziel einer Reduktion praedeglutitiven Leakings, sowie prae- und intradeglutitiv verbesserter intraoraler und pharyngealer Druckverhältnisse
- Steigerung von Kraft und Funktion der Buccinatorkette mit dem Ziel einer verbesserten Boluskontrolle und faziilitierten Auslösung von Schluckreaktionen

- Verbesserung von Kraft und Funktion intraoraler Muskelfunktionen mit dem Ziel verbesserter Boluskontrolle / Bolustransport / Auslösung von Schluckreaktionen
- Ein Großteil der Patienten könnte über Videotherapie sogar angeleitet werden für intraorale thermale Stimulation von Buccinatorkette und Zunge. Dies geht NICHT mit einem Aspirationsrisiko einher, verbessert jedoch die intraorale Sensibilität und beschleunigt die Auslösung von Schluckreaktionen (z.B. ist eines der häufigsten Symptome bei Dysphagien nach Apoplex die zeitlich verzögerte Auslösung von Schluckreaktionen!). Dies kann über videogestützte Anleitung verbessert werden!

Folgende Therapieinhalte sollten, um keinesfalls ein Aspirationsrisiko zu steigern, selbstverständlich nicht via Videobehandlung durchgeführt werden:

- Schluckversuche
- Training von Schlucktechniken mit Bolus

Wir alle müssen davon ausgehen, dass die Gefährdungslage durch CoViD 19 noch über einen längeren Zeitraum gegeben ist. PatientInnen mit Schluckstörungen gehören häufig zu Risikogruppen, gerade für sie gelten also die Gebote zur Kontaktminimierung. Schluckstörungen können lebensbedrohliche Auswirkungen haben insbesondere durch Verursachen von Aspirationspneumonien oder Ersticken. Aus dieser Gemengelage halte ich es für ein Versäumnis, mögliche, sichere und wirksame Versorgungswege weiterhin zu verbieten.

Herzliche Grüße,

Dina Roos - Logopädin