

Katrin Eibl

Kritisch kranke PatientInnen

Besondere Herausforderungen für die SprachtherapeutIn auf der Intensivstation

Besonderheiten des Tätigkeitsbereichs Intensivstation (ITS)

Komplexität der Krankheitsbilder

PatientInnen auf einer ITS haben lebensbedrohliche Erkrankungen und befinden sich in einem fragilen physischen und psychischen Zustand. Die SprachtherapeutIn wird mit einer Vielzahl an intensivpflichtigen Erkrankungen konfrontiert (Abdulla & Vogt 2021):

- Sepsis/Multiorganversagen
- Schwere Traumata
- Schwere Lungenerkrankungen
- Schwere Herz-Kreislaufkrankungen
- Schwere gastroenterologische Erkrankungen
- Schwere neurologisch-neurochirurgische Erkrankungen
- Schwere neurologisch-progrediente Erkrankungen
- Schwere systemische Erkrankungen

Hierbei befinden sich die neurologischen PatientInnen meist auf der internistischen ITS, während die neurochirurgischen PatientInnen

auf der operativen ITS versorgt werden. Auf einer internistischen ITS begegnen sie u.a. PatientInnen mit Herzinfarkt, einer akut verschlimmerten COPD (chronic obstructive pulmonary disease), einem Lungenversagen im Rahmen eines ARDS (acute respiratory distress syndrome), Blutungen im Verdauungstrakt, Diabetes-Schock oder Intoxikationen neben denen mit Schlaganfall, fortgeschrittener ALS (amyotropher Lateralsklerose) und schwerem GBS (Guillain-Barré-Syndrom).

Auf den operativen ITS begegnen sie u.a. PatientInnen mit großen Bauch-OPs, Oberschenkelhalsbruch und Polytrauma neben denen mit Hirnblutung, Zungengrundkarzinom und Hirntumoren.

So verschieden die Erkrankungen auch sein mögen, bei all diesen PatientInnen kann eine logopädische Betreuung notwendig sein. Denn unabhängig von ihrer Grunderkrankung zeigen viele von ihnen Störungen der Sprache, des Sprechens, der Stimme und insbesondere des Schluckens allein aufgrund der Tatsache, dass sie intensivmedizinisch mit Maßnahmen wie Intubation, Sedierung und Beatmung behandelt werden.

Methoden der intensivmedizinischen Behandlung

Eine intensivmedizinische Behandlung umfasst in erster Linie die 24-stündige Überwachung und invasive Maßnahmen wie das Legen von Kathetern und Sonden, Drainagen und Zugängen, über die Körperflüssigkeiten zu- oder abgeführt werden, um Reinigungen und Spülungen zu ermöglichen, oder auch organersetzende Verfahren wie die Dialyse bei Niereninsuffizienz, die invasive Beatmung bei respiratorischer Insuffizienz oder die ECMO (extracorporale Membranoxygenierung) bei Lungenversagen. Letztgenannte Form eines organersetzenden Verfahrens kommt insbesondere seit der Pandemie bei schweren Verläufen einer Pneumonie infolge einer Covid-19-Infektion zum Einsatz. Der intensivmedizinische Patient ist also an verschiedenen Stellen des Körpers an Maschinen angeschlossen (Abb. 1).

Herausforderungen im Kontext der lebenserhaltenden Maßnahmen

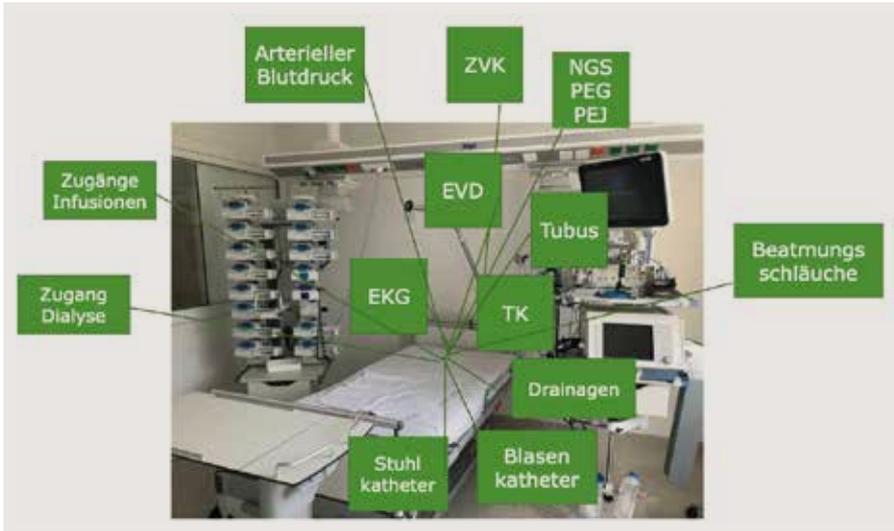
Die Vitalwerte Herzschlag, Sauerstoffsättigung und Blutdruck werden über ein EKG, einen Fingerclip und eine Sonde in der Arterie im Handgelenk abgeleitet. Fast alle PatientInnen haben einen Blasenkatheter, einige auch einen Stuhlkatheter, die meisten von ihnen werden enteral über eine nasogastrale Sonde (NGS) ernährt. Im Verlauf wird meist eine perkutan-endoskopische Gastroskopie-Sonde (PEG-Sonde) notwendig. Für Infusionen wird ein zentral-venöser Zugang gelegt, meist in die Halsvene, die Vena jugularis (ZVK), während bei neurochirurgischen PatientInnen dieser überwiegend in der Leiste liegt. Mehrere dünne Kabel führen vom Zugang zu den Infusionsständen mit den Spritzenpumpen (Perfusoren), die sich neben dem Bett befinden.

Wenn die PatientInnen beatmet werden, geschieht dies entweder über einen oralen en-

ZUSAMMENFASSUNG. Die Arbeit auf einer Intensivstation (ITS) ist für SprachtherapeutInnen im Vergleich zur Tätigkeit in einer Rehabilitationsklinik, einer logopädischen Praxis oder auf der Normalstation eines Krankenhauses sehr herausfordernd. Dabei unterscheidet sich die Arbeit nicht inhaltlich, die SprachtherapeutIn ist auch hier zuständig für das Dysphagie- und das Kommunikationsmanagement. Doch die Arbeit mit Betroffenen auf einer ITS bedarf anderer Herangehensweisen und Kompetenzen, da die Diagnostik- und Therapiemaßnahmen an die fragilen, kritisch kranken PatientInnen anzupassen sind. Des Weiteren müssen Interventionen häufig variiert oder improvisiert werden und sind oftmals nicht wie geplant durchführbar. Die SprachtherapeutIn sollte belastbar, lösungsorientiert und entscheidungsfähig sein. Der Beitrag beleuchtet diese besonderen fachlichen und persönlichen Herausforderungen in Bezug auf die Patientenklintel, die Umgebung und die relevanten Störungsbilder auf einer Intensivstation.

SCHLÜSSELWÖRTER: Intensivstation – logopädische Diagnostik und Therapie – Kompetenzen – Herausforderungen

Abb. 1: Mögliche Zu- und Abgänge an kritisch kranken PatientInnen



dotrachealen Tubus oder eine Trachealkanüle. Diese sind über Beatmungsschläuche mit einem Respirator verbunden. Bei Betroffenen mit schweren Hirnblutungen ist zudem oft eine externe Ventrikel-Drainage (EVD) erforderlich, wobei die Hirnflüssigkeit (Liquor) über einen dünnen Schlauch aus dem Kopf abgeleitet wird. Operierte PatientInnen haben häufig Wunddrainagen an den entsprechenden Körperteilen (z.B. Bauch, Lunge, Oberschenkel).

Dialyse- und ECMO-pflichtige PatientInnen brauchen noch zusätzliche Katheter entweder am Hals und/oder in der Leiste. Für die sprachtherapeutischen Maßnahmen bedeutet dies, dass die TherapeutIn sämtliche Kabel, Katheter und Schläuche im Blick behalten muss, bevor sie z.B. eine PatientIn dabei unterstützt, sich im Bett aufrecht hinzusetzen, oder sie an die Bettkante mobilisiert (Abb. 1). Manche apparative Verbindungen wie

die EVD oder auch die Nahrung über die NGS sollten vor Beginn der therapeutischen Intervention deaktiviert werden. Dies ist in der Regel nur dem Pflegepersonal erlaubt, kann bei entsprechender Einweisung und je nach klinikinterner Regelung jedoch auch der TherapeutIn gestattet sein. Während der Therapie muss sie auch den Monitor, der die Vitalwerte anzeigt, immer im Blick behalten. Die SprachtherapeutIn, die auf einer Intensivstation arbeiten möchte, sollte vorab eine Einweisung in die Ausstattung eines Intensivzimmers, in die verschiedenen Alarme und vor allem auch in das Notfallmanagement erhalten. Für die Intubation und die invasive Beatmung ist zunächst eine tiefe Sedierung erforderlich. Diese geschieht mit Medikamenten, die Blutdruck und Herzschlag sowie die Wachheit (Vigilanz) beeinflussen. Im Verlauf wird die Sedierung dann zurückgenommen, um die PatientInnen wach werden zu lassen. Insbesondere nach invasiver Beatmung über 48 Stunden (Skoretz et al. 2010) und im prolongierten Weaning (bei mehr als drei gescheiterten Spontanatemversuchen oder einer verlängerten Entwöhnungsdauer von über sieben Tagen von der maschinellen Beatmung) mit Trachealkanüle (TK) weisen viele PatientInnen, gleich ob mit oder ohne neurologische Erkrankung, eine neurogene Symptomatik auf (Zuercher et

al. 2020). Je länger die Dauer des Intensivaufenthalts bzw. der invasiven Beatmung, desto schwerwiegender die Folgen für die Kognition, die Kommunikation und die Deglutition.

Der Einsatz von kreislaufregulierenden, schmerzstillenden und sedierenden Medikamenten, das Alter der PatientInnen und die Schwere der Erkrankung führen in bis zu 80 % der Fälle zu einem *Delir* (Abdulla & Vogt 2021). Das Delir kann stundenweise, gelegentlich nur nachts auftreten oder auch über Wochen bestehen. Dabei unterscheidet man zwischen einem hypoaktiven und hyperaktiven Delir. Ersteres äußert sich in Lethargie, Antriebslosigkeit und eingeschränkter Kommunikationsfähigkeit. Ein hyperaktives Delir zeigt sich in Unruhe, gestörter Aufmerksamkeit, Rededrang und teilweise in aggressivem Verhalten, wobei auch Mischformen nicht selten sind. Bei einem Delir handelt es sich um einen akuten Verwirrheitszustand (Boettger et al. 2019). Hier liegt eine wichtige Aufgabe der SprachtherapeutIn darin zu differenzieren, ob es sich um ein Delir, eine kognitive Einschränkung oder um eine neurogene Sprach- oder Sprechstörung handelt.

Viele PatientInnen sind über Tage und Wochen bettlägerig. Sie werden regelmäßig durch die Physiotherapie und Pflege passiv mobilisiert und gelagert. Dies kann aber einen Muskelabbau und den Abbau der motorischen und sensorischen Nervenleitungen nur bedingt verhindern und führt in den meisten Fällen zu einer „Critical Illness Polyneuropathie (CIP)“ oder „Critical Illness Myopathie (CIM)“ (Abdulla & Vogt 2021). Man spricht in diesem Zusammenhang von der ICUAW (intensive care unit-acquired weakness), welche die Mobilität massiv einschränkt (Scheffold et al. 2010).

Die PatientInnen verfügen häufig über keine Rumpfstabilität, keine Kopfkontrolle und können ihre Gliedmaßen nicht bewegen. So können sie z.B. keinen Becher oder keine Gabel zum Mund führen, selbst wenn sie schlucken können. Auch das Schreiben ist oftmals aufgrund dieser Schwäche beeinträchtigt, sodass keine schriftsprachliche Kommunikation möglich ist.

Da eine schwere Sepsis, Hirnblutung oder Herzoperation den Kreislauf stark belasten können, wird dieser mit Medikamenten reguliert. In der Folge können diese PatientInnen starke *Blutdruckschwankungen* zeigen, sie können sehr schnell einen erhöhten Blutdruck entwickeln oder aber auch einen Blutdruckabfall, insbesondere gerade dann, wenn sie mobilisiert werden. Logopädische Maßnahmen wie das Entlocken sowie Sprech- und Schlucktraining sind somit eine deutliche Belastung für diese PatientInnen, die nicht unterschätzt werden darf.

Herausforderungen im Kontext der relevanten Störungsbilder

Bei neurologischen Grunderkrankungen können Aphasien, Mutismus, Sprechapraxien, Dysarthrien und vor allem eine Dysphagie vorliegen. Da es sich aber um eine akute Erkrankung bzw. akute Verschlechterung einer bestehenden Erkrankung handelt, ist die Symptomatik dieser Störungsbilder oft nicht eindeutig erkennbar oder zuordenbar. Vielmehr überlappen die Symptome der Grunderkrankung mit den Begleiterscheinungen der intensivmedizinischen Behandlung.

So können z.B. auch delirante PatientInnen eine verwaschene Artikulation, einen verzögerten Wortabruf oder Probleme im Instruktionsverständnis zeigen (Boettger et al. 2019). Schmerzstillende Medikamente, die eine sedierende Wirkung haben, beeinträchtigen Aufmerksamkeit, Vigilanz, Kognition und Sprech- und Schluckfähigkeiten. Ein erhöhter Blutdruck, eine gesteigerte Atemfrequenz, schlechte Nierenwerte und eine Dehydratation wirken sich ebenfalls negativ auf die Schluckfähigkeit aus.

Bei Intubationen, die länger als 48 Stunden andauern, kann nach der Extubation eine Post-Extubations-Dysphagie (PED) auftreten, die auch mit strukturellen Schädigungen wie Stimmbandlähmungen und linguale Paresen einhergehen kann. Zusätzlich besteht eine hohe Aspirationsgefahr bei stark geminderter pharyngealer und laryngealer Sensibilität (Wallace & McGrath 2021). Bei schweren viralen Pneumonien, einer COPD, die akut verschlimmert (exazerbiert) ist, oder bei Bronchialtumoren können sich in Bezug auf das Schlucken Störungen der Atem-Schluck-Koordination und in Bezug auf das Sprechen eine Dysphonie oder Problem der Atem-Sprech-Koordination zeigen.

Die SprachtherapeutIn muss also die genannten Störungsbilder und ihre Zusammenhänge bei kritisch kranken PatientInnen kennen und im Blick haben, um therapeutische Entscheidungen zu treffen und Empfehlungen im Hinblick auf die Ernährung und mögliche Kommunikationshilfen aussprechen zu können.

Konsequenzen für die sprachtherapeutische Arbeit

Die SprachtherapeutIn auf der ITS ist daher gefordert, ihre Expertise im Bereich Kommunikation und Deglutition auf die Patienten Klientel zugeschnitten einzusetzen. Dafür braucht sie Klarheit in ihrem Auftreten und Sicherheit in ihre Fähigkeiten. Zudem sollte sie schnell ent-

scheiden, lösungsorientiert handeln und improvisieren können (Brodsky 2017). Gleichzeitig muss sie in der herausfordernden Umgebung der Intensivstation mit den schwer kranken Menschen, den vielen Alarmen und nicht seltenen Notfällen zurechtkommen. Dabei wird sie auch erleben, dass Menschen sterben, wenn z.B. eine Reanimation nicht erfolgreich ist, oder wenn die Prognose bzw. der Wunsch der Betroffenen der Fortführung der intensivmedizinischen Maßnahmen entgegensteht. Die enge interdisziplinäre Zusammenarbeit aller Berufsgruppen im ITS-Team ist hier eine nicht zu unterschätzende Unterstützung.

Diagnostische Maßnahmen im Rahmen der Sprachtherapie

Das Dysphagiemanagement macht den größten Teil der therapeutischen Aufgaben im intensivmedizinischen Bereich aus. Es sollte ein Schluckscreening für extubierte PatientInnen, das die Pflege durchführt, umfassen, in Analogie zu einer Stroke Unit. Aktuell stehen im deutschsprachigen Raum für die heterogene Gruppe der kritisch kranken PatientInnen noch keine validierten Schluckscreenings zur Verfügung. Hier wird oftmals auf die für Stroke-PatientInnen normierten Screenings wie z.B. den „Gugging Swallowing Screen“ (GUSS, Trapl et al. 2007), das „Standardisierte Schluckassessment“ (SSA, Perry 2001) oder das „Yale Swallow Protocol“ (YSP, Suiter & Leder 2014) zurückgegriffen, um zumindest vulnerable PatientInnen rechtzeitig zu erkennen.

Der nächste Schritt ist die klinische Schluckuntersuchung (KSU) durch die SprachtherapeutIn bei extubierten und tracheotomierten PatientInnen, mithilfe derer Aspirationsgefahren erkannt und mögliche Ernährungsformen empfohlen werden können. Idealerweise stehen zusätzliche instrumentelle Verfahren wie die FEES (Flexible endoskopische Evaluation des Schluckens) oder die VFSS (Videofluoroskopische Schluckstudie) zur Verfügung.

Klinische Schluckuntersuchung (KSU)

Die KSU beinhaltet die Anamnese, die Prüfung von Motorik und Sensorik der Schluckmuskulatur und die Testung verschiedener Konsistenzen und Flüssigkeiten. Auf der ITS sind schnelle Entscheidungen und konkrete Vorgaben bezüglich der Ernährung gefordert. Gleichzeitig steht aufgrund der verminderten Belastbarkeit der PatientInnen wenig Zeit zur Verfügung.

Die Anamnese wird anhand des Arztbriefes, der Patientenkurve und in Absprache mit der zuständigen Pflegekraft ermittelt. In der Patientenkurve stehen die aktuellen Laborwerte, die Hinweise auf eine Entzündung, auf eine Niereninsuffizienz oder einen Harnwegsinfekt

und die aktuellen Blutgaswerte, die wiederum Hinweise auf mögliche respiratorische Probleme geben. Die SprachtherapeutIn auf einer ITS sollte sich mit diesen Werten vertraut machen und dahingehend geschult sein.

Der wichtigste Schritt auf der Intensivstation ist immer, und zwar bevor die PatientIn gesehen wird, der Kontakt mit der zuständigen Pflegekraft. Sie ist die „allwissende“ Person in Bezug auf die PatientIn. Sie ist informiert über die Krankheiten, den Verlauf, die Medikamente und vor allem über die aktuelle Tagesform. Sie weiß, welche Termine anstehen und was es zu beachten gilt z.B. in Bezug auf die Vitalwerte (schnell sinkender oder steigender Blutdruck, Herzfrequenz, Atemfrequenz etc.). Und sie ist diejenige, mit der ein günstiger Zeitpunkt für die KSU abgesprochen werden muss.

Im Intensivzimmer sollte die SprachtherapeutIn zuallererst einen Blick auf die PatientIn werfen, dann auf den Monitor. Der klinische Eindruck ist ausschlaggebend, aber die objektiven Werte können diesen bestätigen. Ist die PatientIn blass oder rosig? Wirkt sie entspannt oder gestresst? Hält sie Blickkontakt oder wirkt sie abwesend? Zudem wird registriert, wie mobil die PatientIn ist, also ob sie aufrecht im Bett oder bereits im Mobi-Stuhl gelagert ist.

Falls die betroffene Person sprechen kann, z.B. weil sie extubiert wurde oder die Trachealka-

nüle bereits entblockt und mit einem Sprechaufsatz verschlossen ist, wird versucht, auch hier eine Anamnese in Bezug auf das Schlucken und die Besonderheiten beim Essen und Trinken zu erheben. Wichtig sind dabei einfache, kurze, konkrete Fragen, um die Aufmerksamkeitsspanne nicht zu belasten und auch die Dauer der Anstrengung möglichst kurz zu halten. Ist die PatientIn dazu nicht in der Lage oder antwortet nicht oder inadäquat, wird direkt zur Inspektion und Prüfung der schluckrelevanten Strukturen übergegangen.

Anhand der zuvor gesammelten Informationen wird nun gezielt die Inspektion der Mundhöhle, der Lippen und der Zunge vorgenommen. Dabei wird zudem auf Zeichen von Mundtrockenheit, Pilzbefall oder Verletzungen durch den Tubus geachtet. Die Beweglichkeit und Kraft von Lippen- und Zungenbewegungen geben Hinweise auf muskuläre Schwächen. Ein offener Mundhabitus nach langer Intubation ist nicht selten, ebenso wie Speichelfluss und eine eingeschränkte Zungenbeweglichkeit.

Im Weiteren wird die Stimmqualität beurteilt, ob sie heiser, behaucht oder rau klingt, der willkürliche und reflektorische Hustenstoß ausgelöst sowie die Kehlkopfelevation mittels Palpation geprüft. Kenntnisse über respiratorische Erkrankungen oder Symptome fließen

in die Beurteilung des Hustenstoßes und der Stimme mit ein. Letztlich ist die Kraft und Effektivität des Hustenstoßes ausschlaggebend für den nächsten Schritt der KSU.

Die Testung verschiedener Schluckproben muss dabei an den intensivmedizinischen Kontext angepasst werden. Da die PatientInnen eine geschwächte Immunabwehr haben, können Aspirationen schlechter kompensiert werden. Die Auswahl der Testboli sollte also möglichst wenig lungentoxische Substanzen umfassen. Man beginnt mit Wasser und variiert die Menge (Teelöffel vs. Esslöffel), die Darreichungsform (aus dem Becher, mit Strohhalm) und die Schluckanzahl (Einzelschlucke vs. konsekutive Schlucke). Zeigen sich hier effektive Reinigungsmechanismen (kräftiger Hustenstoß), werden weitere Schluckproben z.B. mit Gelee, Eis oder Fruchtkompott durchgeführt.

Nach Beurteilung der Schluckprüfung wird eine Entscheidung in Bezug auf die Oralisierung bzw. die Ernährung getroffen. Wenn die Aspirationsgefahr als sehr hoch eingeschätzt wird, sollte möglichst zeitnah eine instrumentelle Schluckuntersuchung folgen. Eine wiederholte KSU am gleichen Tag kann bei frisch extubierten PatientInnen sinnvoll sein, da sich diese manchmal in einigen Stunden deutlich erholen (Marvin et al. 2019).

Digitale Praxisorganisation mit THEORG

Grundlegende Funktionen und praktische Features der Software THEORG unterstützen Sie bei der Digitalisierung Ihrer Praxisverwaltung.

Nutzen Sie THEORG wie und wo Sie wollen: am **PC, Tablet oder Smartphone.**

Durch den flexiblen Aufbau der Software ist THEORG für große und kleine Praxen geeignet – **auch für Existenzgründer!**



SOVDWAER GmbH
 Franckstraße 5
 71636 Ludwigsburg
 Tel. 0 71 41 / 9 37 33-0
 info@sovdwaer.de
 www.sovdwaer.de

THEORG

Software für THErapieORGanisation

SGN 2.D68.1



S^{digital}

Als Praxis für Logopädie selbst abrechnen, aber günstiger?

MIT SEVERINS GEHT DAS!

Wir übernehmen das tägliche Kleinklein mit den Kassen und zahlen das Geld innerhalb von zehn Kalendertagen aus. Ohne Risiko, denn der Vertrag ist jederzeit kündbar.

SEVERINS GmbH | T. 0281 – 16394-50
 meinangebot@severins.de | www.severins.de/logo
 Ein Unternehmen der opta data Gruppe



Anzeigenschlusstermine forum:logopädie 2022/2023

September-Ausgabe: 1. August

November-Ausgabe: 1. Oktober

Januar-Ausgabe: 1. Dezember



Instrumentelle Schluckuntersuchung (FEES)

Das Mittel der Wahl auf einer ITS ist die flexible endoskopische Evaluation des Schluckens (FEES). Sie ist minimalinvasiv, wenig belastend, da bettseitig durchführbar und liefert innerhalb einer Viertelstunde aussagekräftige Ergebnisse, die Entscheidungen über das weitere Prozedere unterstützen können. Ihr Vorteil liegt vor allem auch in der Sichtbarmachung von Verletzungen, Schwellungen und Sekretverhalt im Hypopharynx und Larynx. Da die PatientInnen per Monitor überwacht werden, können Stresssymptome während der Untersuchung rechtzeitig erkannt werden.

Gegebenenfalls liefert eine Videofluoroskopie hervorragende Bilder des kompletten Schluckablaufs, erfordert aber einen Transport in die Radiologie und zumindest eine Grundbelastbarkeit der PatientIn. Für die akute Frage nach Oralisierung oder oraler Nahrungskarenz (nil per os, NPO) reicht die FEES in der Regel vollkommen aus.

Überprüfung der Kommunikationsfähigkeit

Im Bereich Kommunikation, also bei Sprech-, Stimm- und Sprachstörungen, liegt die oberste Priorität darin, die Kommunikation soweit zu unterstützen, dass die PatientInnen ihre Bedürfnisse, Schmerzen und Wünsche äußern können. Eine Sprech- oder Sprachdiagnostik ist auf der Intensivstation oft nur eingeschränkt möglich. Sie ist häufig auf den Höreindruck im Anamnesegespräch sowie Stimmprüfungen, einfachste Sprech- und Sprachaufgaben oder auf die verbale Begleitung beim Schlucktraining reduziert.

Bei Vorliegen einer Aphasie sollte mit einer standardisierten Testung gewartet werden, bis eine Belastbarkeit von mindestens 30 Minuten gewährleistet ist bzw. die frühe Akutphase (Tag 0 bis 4) vorbei ist. Bis dahin sind Zeitgetafeln, Piktogramme, Apps oder nonverbale Kommunikation sinnvolle Angebote (Freeman-Sanderson et al. 2016). Sehr häufig sind die diagnostischen Möglichkeiten durch ein vorhandenes Delir begrenzt. Des Weiteren sind die meisten Betroffenen tracheotomiert, sodass bei ihnen allein das Entblocken und die Verwendung von Sprechventilen einen Großteil der zur Verfügung stehenden Zeit in Anspruch nimmt.

Therapeutische Maßnahmen im Rahmen der Sprachtherapie

Logopädische Therapie auf der ITS bedeutet vor allem Management: Dysphagie- und Kommunikationsmanagement. Anhand der Diagnostikergebnisse gilt es nun, die vorliegenden Einschränkungen in einer möglichst reduzier-

ten, aber effektiven und effizienten Form zu behandeln.

Schlucktherapie

Schlucktherapeutische Maßnahmen bestehen auf der ITS vor allem aus adaptiven und kompensatorischen Methoden. Restituierende Methoden wie aktive Zungenkräftigungs- und Kehlkopfelevationsübungen lassen sich nur schwerlich mit den kritisch kranken PatientInnen umsetzen. Auch wenn Shaker- und Masako-Manöver gute Evidenzen zeigen, sind sie für die PatientInnen selten einsetzbar, anders als kompensatorische Maßnahmen wie chin tuck, Rachenreinigung oder die Kopfdrehung bei einer Stimmbandlähmung. In erster Linie sollte die SprachtherapeutIn einen modifizierbaren Plan für den Kostenaufbau nach Extubation und bei tracheotomierten PatientInnen haben. Des Weiteren müssen Parameter für die Entscheidungsfindung bzgl. einer zusätzlichen instrumentellen Untersuchung und für oder gegen eine dauerhafte enterale Ernährung z.B. über eine PEG-Sonde festgelegt werden. Beides sollte im ITS-Team kommuniziert werden und idealerweise auf den Ergebnissen der KSU und/oder der FEES beruhen.

Bei tracheotomierten PatientInnen steht das Trachealkanülenmanagement (TKM) im Vordergrund, auf das in einem anderen Artikel näher eingegangen wird (s. S. 16-21 hier im Heft). Nur so viel: Es beinhaltet vor allem zeitnahe Entblocken (mit oder ohne Beatmung), zeitnahe Verschließen mit Sprechventil (mit oder ohne Beatmung) und zeitnahe FEES für die Einschätzung des Sekretmanagements und der Schluckfähigkeit. Hier gilt, wie überall in der Schlucktherapie: „use it or lose it“ und „learning by doing“, denn Schlucken wird nur mit Schlucken trainiert.

Sprach-, Sprech- und Stimmtherapie

Um das Sprechen und die Stimme behandeln zu können, muss Kommunikation möglich sein. Bei tracheotomierten PatientInnen ist der Einsatz von Maßnahmen wie ACV (above cuff vocalisation), Leckagebeatmung und Sprechventilen eine Voraussetzung dafür. Bei nicht-tracheotomierten PatientInnen können einfache Übungen (z.B. Lax Vox) oder Small Talk eingesetzt werden, um das Sprechen und die Stimme wieder zu aktivieren.

Eine Aphasiebehandlung auf der Intensivstation ist über basale kommunikative Grundbedürfnisse hinausgehend selten möglich, häufig stehen die Schluckfähigkeit, die Entwöhnung von der Beatmung und der Trachealkanüle im Vordergrund. So die Belastbarkeit der PatientIn gegeben ist, schließen sich natürlich sprachlich-stimulierende Übungen für die Akutphase nicht aus.

Zusammenfassung

Die Arbeit der SprachtherapeutIn auf der Intensivstation ist aus verschiedenen Gründen herausfordernd. Die SprachtherapeutIn ist erstens fachlich gefordert: Der Schwerpunkt der Tätigkeit auf der ITS ist der Umgang mit schweren und komplexen Dysphagien mit und ohne Trachealkanülenmanagement. Die PatientInnenklientel ist heterogen, was die Grunderkrankungen betrifft, aber in ihren Begleiterscheinungen von Delir, CIP/CIM und geringer Belastbarkeit wiederum ähnlich. Die Betroffenen sind fragil und bedürfen besonderer Vorsicht im Umgang. Hier ist die SprachtherapeutIn zweitens auch persönlich gefordert, denn die Arbeit setzt eine hohe Belastbarkeit, schnelle Entscheidungsfähigkeit, lösungsorientiertes Handeln und eine klare und sichere Kommunikation mit allen anderen Berufsgruppen voraus.

Das A und O der intensivmedizinischen Arbeit ist das enge interdisziplinäre Zusammenspiel verschiedenster Berufsgruppen mit ihrer jeweiligen Expertise. SprachtherapeutInnen sollten vor ihrem Einsatz auf der Intensivstation im grundlegenden Umgang mit den technischen Gerätschaften, im Notfallmanagement und im Monitoring der PatientInnen geschult werden und sie sollten teamfähig, tolerant und mutig sein. Dann besteht eine gute Basis, um die Herausforderung Intensivstation anzugehen.

: LITERATUR

- Abdulla, W. & Vogt, S. (2021). *Praxisbuch Interdisziplinäre Intensivmedizin*. München: Elsevier
- Boettger, S., Meyer, R., Richter, A., Fernandez, S., Rudiger, A., Schubert, M., ... & Nuñez, D. (2019). Screening for delirium with the Intensive Care Delirium Screening Checklist (ICDSC): symptom profile and utility of individual items in the identification of delirium dependent on the level of sedation. *Palliative and Supportive Care* 17 (1), 74-81
- Brodsky M. (2017). *Applying for a passport into the ICU*. <https://dysphagiacafe.com/2017/10/20/applying-passport-icu-part/> (20.03.2022)
- Freeman-Sanderson, A., Togher, L., Elkins, M.R. & Kenny, B. (2016). Quality of life improves for tracheostomy patients with return of voice: a mixed method evaluation of the patient experience across the care continuum. *Intensive and Critical Care Nursing* 46, 10-16
- Marvin, S., Thibeault, S. & Ehlenbach, W.J. (2019). Post-extubation dysphagia: does timing of evaluation matter? *Dysphagia* 34 (2), 210-219
- Perry, L. (2001). Screening swallowing function of patients with acute stroke. Part one: identification, implementation and initial evaluation of a screening tool for use by nurses. *Journal of Clinical Nursing* 10 (4), 463-473

Schefold, J.C., Bierbrauer, J. & Weber-Carstens, S. (2010). Intensive-care unit-acquired weakness (ICUAW) and muscle wasting in critically ill patients with severe sepsis and septic shock. *Journal of Cachexia, Sarcopenia and Muscle* 1(2), 47-157

Skoretz, S.A., Flowers, H.L. & Martino, R. (2010). The incidence of dysphagia following endotracheal intubation: a systematic review. *Chest* 137(3), 665-73

Leder, S.B. & Suiter, D.M. (2014). *The Yale Swallow Protocol: an evidence-based approach to decision making*. Cham (CH): Springer

Trapl, M., Enderle, P., Nowotny, N., Teuschl, Y., Matz, K., Dachenhausen, A. & Brainin, M. (2007). Dysphagia bedside screening for acute-stroke patients: the gugging swallowing screen. *Stroke* 38(11), 2948-2952

Wallace, S. & McGrath, B. (2021). Laryngeal complications after tracheal intubation and tracheostomy. *British Journal of Anaesthesia Education* 21(7), 210-219

Zuercher, P., Dziewas, R. & Schefold, J.C. (2020). Dysphagia in the intensive care unit: a (multidisciplinary) call to action. *Intensive Care Medicine* 46(3), 554-556



Katrin Eibl, Klinische Linguistin (BKL), Studium der Linguistik, Sprecherziehung und Sprachtherapie in Göttingen und Reading (GB). Postgraduiert als Klinische Linguistin (BKL). Seit über 20 Jahren Behandlung von neurologischen Störungsbildern im Akuthaus, Rehabilitation, Geriatrie und Ambulanz. Derzeit im Akuthaus tätig mit den Schwerpunkten: Diagnostik und Therapie von Patienten mit Schlaganfall und neurologischen Erkrankungen in der Neurologie und Geriatrischen Rehabilitation, instrumentelle Diagnostik (FEES) von Dysphagien.

SUMMARY. The critically ill patient – Special challenges for speech and language therapist in the intensive care unit

Working in an intensive care unit (ICU) is very challenging for speech and language therapists (SLT), compared to working in a rehabilitation clinic, a speech therapy practice or even in regular wards. In all cases SLTs are responsible for dysphagia and communication management. However, working with patients on an ICU requires different approaches and competencies because diagnostic procedures and therapeutic interventions must be adapted to fragile, critically ill patients. Furthermore, interventions often need to be varied, improvised, and cannot be applied as planned. SLT should be resilient, solution-oriented and able to make decisions quickly. This article highlights these particular professional and personal challenges with regard to patients, environmental factors and the relevant disorders in an intensive care unit.

KEYWORDS: intensive care unit – speech and language therapy – challenges – competencies

DOI 10.2443/skv-s-2022-53020220402

KONTAKT

Katrin Eibl

Abteilung Sprachtherapie
Klinik für Neurologie
Krankenhaus Barmherzige Brüder
Prüfeneringer Str. 86
93049 Regensburg
katrin.eibl@barmherzige-regensburg.de



das Downloadportal des Schulz-Kirchner Verlages

Dort können Sie die Fachzeitschrift *forum:logopädie* auch **online lesen** und als dbl-Mitglied bis zurück ins Jahr 2000 **recherchieren**. Die Suche nach Artikeln und Themen ist ganz einfach: Nutzen Sie am besten die Volltextsuche und Sie finden die entsprechenden Ausgaben und Fachartikel anhand von Schlagworten oder Autorennamen. SKVdirect ist **mobile optimiert**, das heißt, Sie können die PDF-Dateien ganz bequem auf Ihrem Tablet oder Smartphone öffnen.

Und so funktioniert's: Loggen Sie sich unter www.dbl-ev.de im Mitgliederbereich ein und rufen Sie unter **Service** die Seite > **Zeitschrift forum:logopädie** auf. Folgen Sie dem Link zu SKVdirect – Sie werden automatisch freigeschaltet und benötigen keine Zugangsdaten.



Übrigens: Digital erscheint *forum:logopädie* bereits zwei Wochen vor der Printausgabe. Einloggen lohnt sich also doppelt!

Wenn Sie Hilfe benötigen, melden Sie sich beim Schulz-Kirchner Verlag per E-Mail info@schulz-kirchner.de oder telefonisch unter der Tel. +49 6126 9320-0.