

	Häufige therapie-relevante Symptome	Pharmakologische Therapieempfehlungen
Orale Phase	Repetitive Pumpbewegungen der Zunge	<ul style="list-style-type: none"> • Erhöhung der L-Dopa-Dosis vor den Mahlzeiten*
	Orale Residuen	(pharmakologische Therapie nicht vorhanden; siehe logopädische Therapie)
	Fragmentiertes Abschlucken des Bolus	<ul style="list-style-type: none"> • Erhöhung der L-Dopa-Dosis vor den Mahlzeiten*
	Verlust der oralen Boluskontrolle	(pharmakologische Therapie nicht vorhanden; siehe logopädische Therapie)
Oropharyngeale Phase	Verlängertes Kauen und verzögerte Initiierung des Schluckens	<ul style="list-style-type: none"> • Erhöhung der L-Dopa-Dosis vor den Mahlzeiten* • Amantadin*
	Leaking mit Verschlucken (=vorschneller und unkontrollierter Bolusübertritt in den Pharynx)	(pharmakologische Therapie nicht vorhanden; siehe logopädische Therapie)
Pharyngeale Phase	Stille Penetration und Aspirationen (auch ohne Auslösung eines Hustenreflexes)	<ul style="list-style-type: none"> • Nichtorale Applikationen erwägen: Pflaster- oder Pumpentherapie
	Tablettenresiduen	<ul style="list-style-type: none"> • Klärung, ob Tabletten gemörsert werden können
	Pharyngeale Residuen ohne motorische Fluktuationen	<ul style="list-style-type: none"> • Bestimmung des individuellen Ansprechens auf L-Dopa (FEES-Levodopa-Test), falls positiv: Erhöhung der L-Dopa-Dosis vor den Mahlzeiten
	Pharyngeale Residuen mit motorischen Fluktuationen	<ul style="list-style-type: none"> • Bestimmung des individuellen Ansprechens auf L-Dopa (FEES-Levodopa-Test), falls positiv: <ul style="list-style-type: none"> ○ Optimierung der oralen Behandlung ○ Nichtorale Applikation: Pflaster- oder Pumpentherapie
	Verringerte Schluckfrequenz	<ul style="list-style-type: none"> • Erhöhung der L-Dopa-Dosis • Amantadin*
	Hyposensibilität des Pharynx	(pharmakologische Therapie nicht vorhanden; siehe logopädische Therapie)
Ösophageale Phase	Hypomotilität des Ösophagus	<ul style="list-style-type: none"> • Bei Refluxsymptomen: Protonenpumpenhemmer
	Ösophageale Spasmen	<ul style="list-style-type: none"> • Nichtorale Applikation: Pflaster- oder Pumpentherapie • Botulinumtoxin-Injektionen in die ösophageale Muskulatur in Einzelfällen*

* Evaluation des individuellen Ansprechens sowie des Effekts der Maßnahme / des Wirkstoffs, bei Wirksamkeitsnachweis Erwägung dauerhafte Therapie

Quellen:

1. ParkinsonNet/NPF. Guidelines for Speech-Language Therapy in Parkinson's Disease. 2011
2. Deutsche Gesellschaft für Neurologie (DGN). S3-Leitlinie Idiopathisches Parkinson-Syndrom.2016. AWMF-Register-Nummer: 030-010
3. Suttrup and Warnecke. Dysphagia in Parkinson's disease. Dysphagia 2016

Häufige therapie-rel. Sympt. Logopädische Therapieempfehlungen		
Orale Phase	Repetitive Pumpbewegungen der Zunge	<ul style="list-style-type: none"> • Triggern des Schluckreflexes • Externe Trigger*
	Orale Residuen	<ul style="list-style-type: none"> • Konventionelle logopädische Schlucktherapie
	Fragmentiertes Ab-schlucken des Bolus	<ul style="list-style-type: none"> • Konventionelle logopädische Schlucktherapie
	Verlust der oralen Boluskontrolle	<ul style="list-style-type: none"> • Training der oralen Boluskontrolle • Vermeidung von Dual Task -Situationen • Interne/externe Trigger (z.B. Schluckwecker)
Oropharyngeale Phase	Verlängertes Kauen und verzögerte Initiierung des Schluckens	<ul style="list-style-type: none"> • Aktivierungsübungen der Kopf-/Nacken-Region vor jeder Mahlzeit können temporär die Initiierung des Schluckens normalisieren* • Kauen und Schluckreflexinitiierung bewusst in mehreren Schritten ausführen, ggf. Unterstützung durch visuelle oder verbale Cues • Bei schwieriger Besserung von verlängertem Kauen und verzögerter Initiierung des Schluckens mit den o.g. Methoden wird eine Kostadaptation (leichtere Konsistenz) empfohlen
	Leaking mit Verschlucken (=vorschneller und unkontrollierter Bolusübertritt in den Pharynx)	<ul style="list-style-type: none"> • Bei anamnestischen Verschlucken, aber ohne Verschlucken während klinischer Schluckuntersuchungen: Edukation des Patienten; Verschlucken als Ergebnis einer Dual-Task-Situation, Konzentration auf Schlucken ohne Ablenkung trainieren • Kinn-zur-Brust-Manöver („chin tuck“) kann Verschlucken bei Flüssigkeiten verhindern* • Kleinere Volumina und/oder angedickte Flüssigkeit zur Verhinderung von Verschlucken probieren*
Pharyngeale Phase	Stille Penetration und Aspirationen (auch ohne Auslösung eines Hustenreflexes)	<ul style="list-style-type: none"> • Training von Schutzreflexen • Sensorische Stimulation • Intensives Ausatemtraining (EMST) über 4 Wochen zur Reduktion von Penetration • Supraglottische Schluckmanöver • Sichere Nahrungskonsistenzen* • PEG* • (modifiziertes) Shaker Manöver
	Tablettenresiduen	<ul style="list-style-type: none"> • Unter FEES-Kontrolle effektives Manöver zum Tablettenschlucken ermitteln
	Pharyngeale Residuen ohne motorische Fluktuationen	<ul style="list-style-type: none"> • Kräftiges Schlucken („effortful swallowing“) trainieren • Wenn durch logopädische Schlucktherapie keine Besserung möglich, Kostadaptation empfehlen, Ernährungsmediziner hinzuziehen, um ausgewogene Kost aufrechtzuerhalten • funktionelle Dysphagietherapie & Kompensation
	Pharyngeale Residuen mit motorischen Fluktuationen	<ul style="list-style-type: none"> • Mahlzeiten in klinischen On-Phasen • Kräftiges Schlucken („effortful swallowing“) trainieren und insb. in Off-Phasen einsetzen • funktionelle Dysphagietherapie & Kompensation
	Verringerte Schluckfrequenz	<ul style="list-style-type: none"> • interne / externe Trigger wie Schluckwecker • Training von Spontanschlucken • Kausäckchen und Kauschlauch
	Hyposensibilität des Pharynx	<ul style="list-style-type: none"> • Konventionelle logopädische Schlucktherapie • Taktile sensorische Stimulation* • FEES-Biofeedback
	Hypomotilität bis amotile Ösophaguspassage	<ul style="list-style-type: none"> • Patientenedukation
Ösophageale Spasmen	<ul style="list-style-type: none"> • Training von Schutzreflexen • Sichere Nahrungskonsistenzen* • Mendelson-Schluckmanöver • PEG* 	

* Evaluation des individuellen Ansprechens sowie des Effekts der Maßnahme / des Wirkstoffs, bei Wirksamkeitsnachweis Erwägung dauerhafte Therapie

Quellen:

1. ParkinsonNet/NPF. Guidelines for Speech-Language Therapy in Parkinson's Disease. 2011
2. Deutsche Gesellschaft für Neurologie (DGN). S3-Leitlinie Idiopathisches Parkinson-Syndrom.2016. AWMF-Register-Nummer: 030-010
3. Suttrup und Warnecke. Dysphagia in Parkinson's disease. Dysphagia 2016