

Logopädie bei Parkinson

Sprach-, Sprech-, Stimm- und Schlucktherapie

Referentin: Alina Plogmann, akademische Sprechtherapeutin (M.A.)
Osnabrück, 09.09.2026

ALINA PLOGMANN

Logopädie im medicos.Osnabrück GmbH

- Bachelor Germanistik und Erziehungswissenschaften an der Christian-Albrechts-Universität zu Kiel
- Master Sonderpädagogik und Rehawissenschaften mit dem Schwerpunkt Sprachtherapie an der Leibniz Universität Hannover
- seit 01.09.2019 im medicos.Osnabrück GmbH als Therapeutin für logopädische Störungen im Erwachsenenalter



medicos.Osnabrück GmbH

- ambulantest Rehazentrum für die Bereiche Neurologie, Orthopädie, Kardiologie und Psychosomatik
- neben dem Rehabereich auch Heilmittelanwendungen: Logopädie, Ergotherapie und Physiotherapie
- Fitnessstudio/Rehasport, Wassergymnastik



Inhalt:

1. Logopädie – Was ist das?
2. Logopädie bei Parkinson
3. Dysphagie
4. Dysphonie
5. Dysarthrie
6. Hypomimie
7. Wortfindungsstörungen

Logopädie – Was ist das?

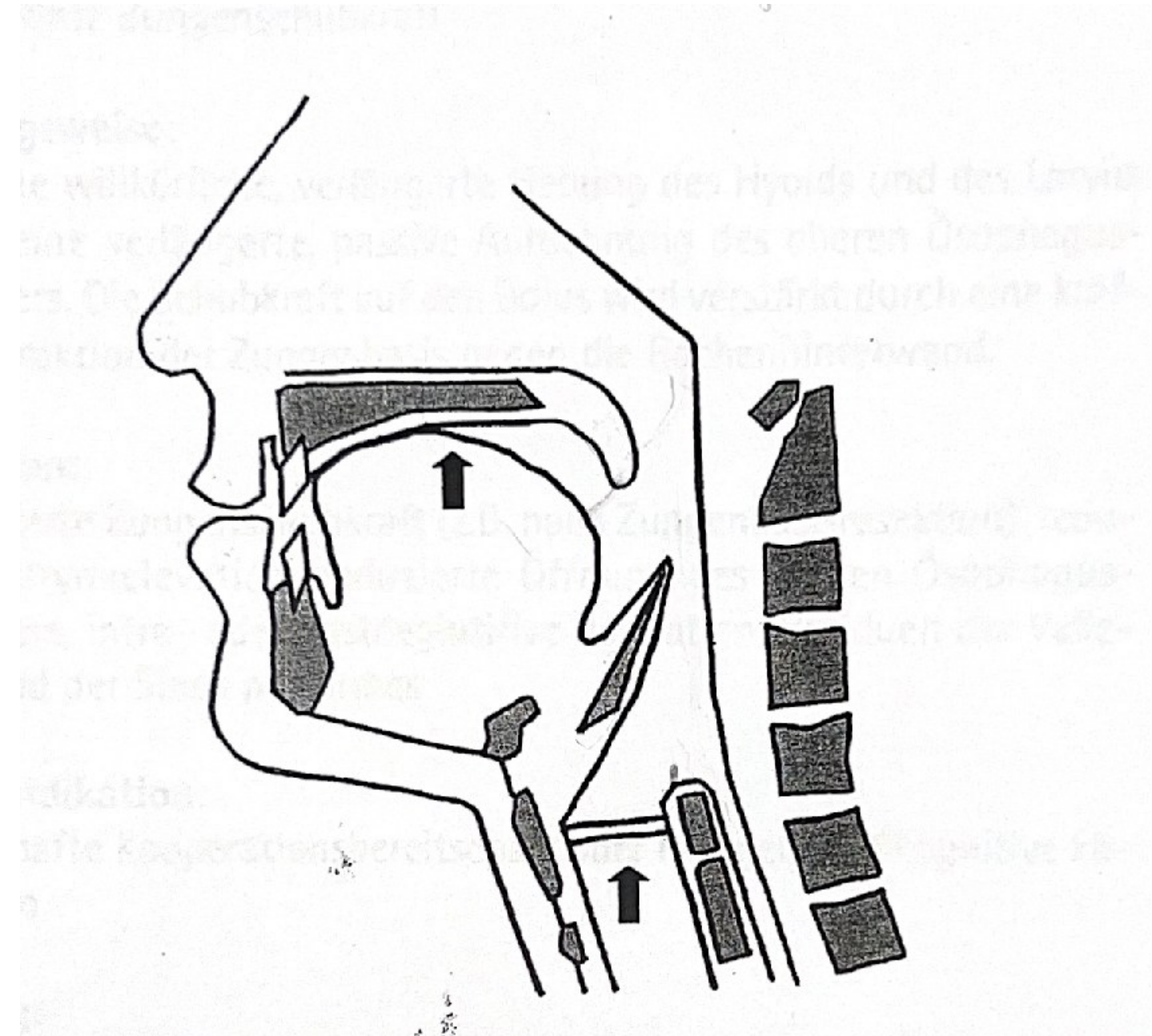
- behandelt alle Störungen der Sprache, des Sprechens, der Stimme und des Schluckens
- Störungen der Sprachentwicklung vs. Störungen nach Abschluss des Spracherwerbs



DYSPHAGIE

und Sialorrhoe

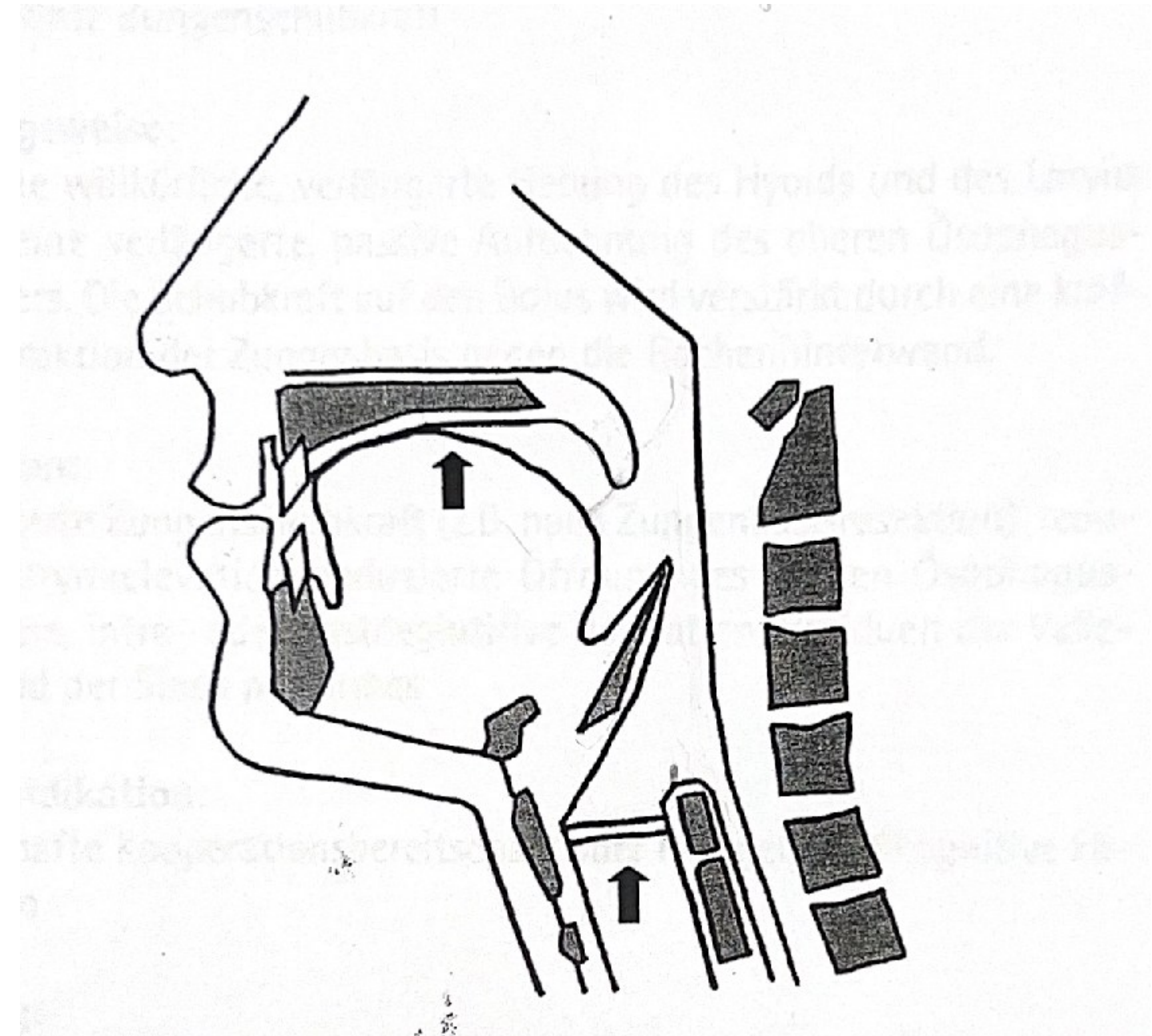
- Schlucken ist die Fähigkeit Speichel, Getränke und Speisen komplikationslos aus dem Mund in den Magen zu befördern
- ca. 1,5 ml Speichel produziert der Körper pro Minute, ca. 1-2 Schlucken pro Minute
- 5 Phasen des Schluckakts:
 - Präorale Phase,
 - orale Vorbereitungsphase,
 - orale Phase,
 - Pharyngeale Phase,
 - Ösophageale Phase



DYSPHAGIE

und Sialorrhoe

- mögliche Symptome: ungewollter Austritt aus Mund/Nase, Reste von Nahrung im Mundraum nach dem Schlucken, Aspiration und stille Aspiration
- Speziell bei Parkinson: Schluckreaktion wird oft erst nach einigen Versuchen ausgelöst, verzögerte Auslösung des Schluckens, Residuen im pharyngealen Bereich und dadurch bedingte Aspiration von Resten, die beim nächsten Atemzug miteingesogen werden



DYSPHAGIE

DIAGNOSTIK:

- Fiberendoskopische Evaluation des Schluckens (FEES)
 - über die Nase wird ein Endoskop eingeführt, um einen Blick auf die Kehlkopfebene zu erhalten
 - Schluckproben mit verschiedenen Konsistenzen werden auf Video festgehalten
 - je nach Art der Schluckstörung kann die Therapie individuell angepasst werden

THERAPIE

- Haltungsanpassung und Kostanpassung
- Buccinatorübung
- Valsalva-Manöver und Spatelübungen
- LSVT – LOUD Therapie

DYSPHAGIE

**Empfehlungen für Logopäden:
Dysphagie**



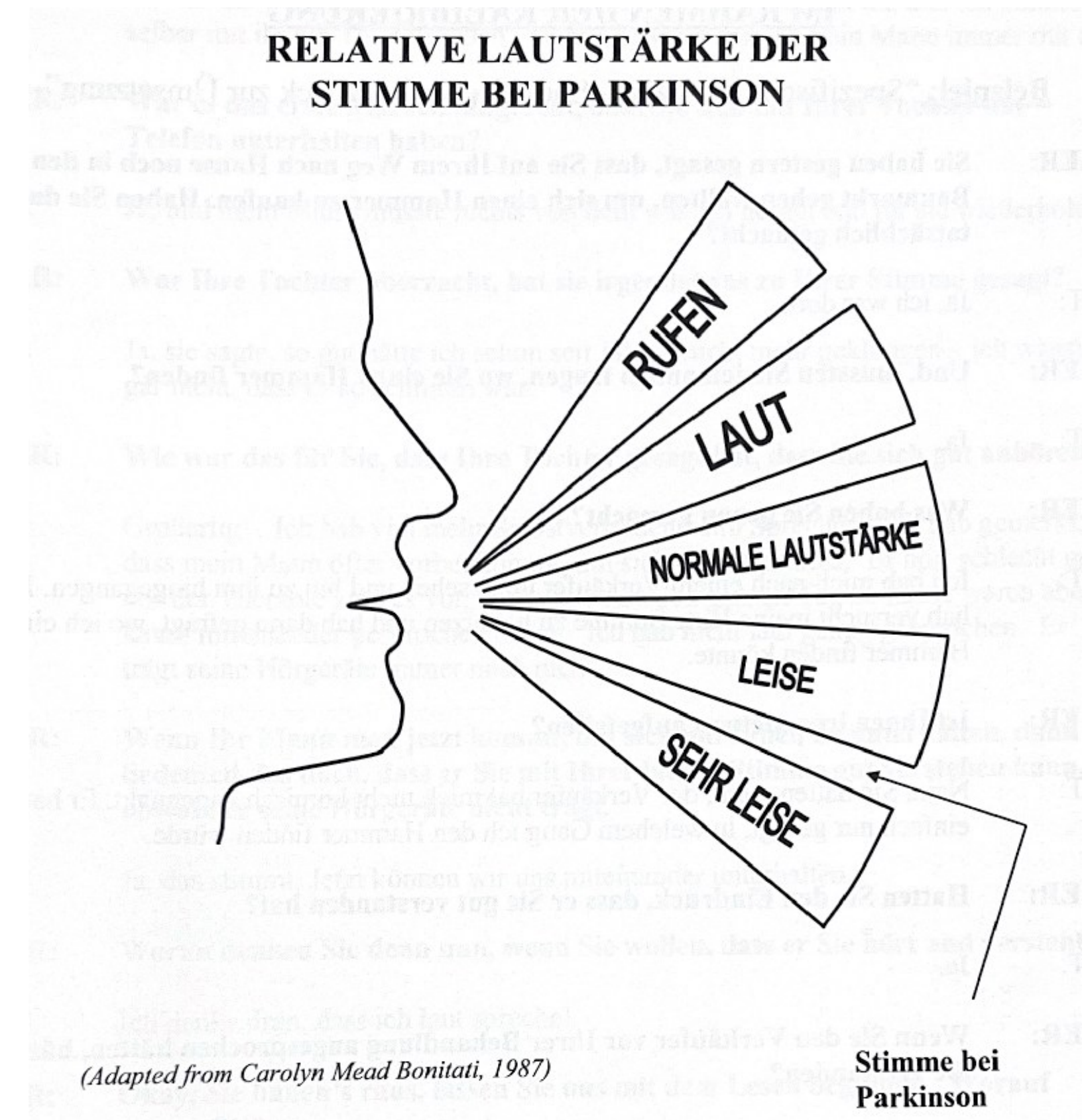
Häufige therapie-rel. Sympt Logopädische Therapieempfehlungen

Orale Phase	Repetitive Pumpbewegungen der Zunge	• Triggern des Schluckreflexes • Externe Trigger*
	Orale Residuen	• Konventionelle logopädische Schlucktherapie
	Fragmentiertes Ab-schlucken des Bolus	• Konventionelle logopädische Schlucktherapie
	Verlust der oralen Boluskontrolle	• Training der oralen Boluskontrolle • Vermeidung von Dual Task -Situationen • Interne/externe Trigger (z.B. Schluckwecker)
Oropharyngeale Phase	Verlängertes Kauen und verzögerte Initiierung des Schluckens	• 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 Kost-adaptation (leichtere Konsistenz) empfohlen
	Leaking mit Verschlucken (=vorschneller und unkontrollierter Bolusübertritt in den Pharynx)	• Bei anamnestischen Verschlucken, aber ohne Verschlucken während klinischer Schluck-untersuchungen: 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)	• Training von Schutzreflexen • Sensorische Stimulation • Intensives Ausatemtraining (EMST) über 4 Wochen zur Reduktion von Penetration • Supraglottische Schluckmanöver • Sichere Nahrungskonsistenzen* • PEG* • (modifiziertes) Shaker Manöver
	Tablettenresiduen	• Unter FEES-Kontrolle effektives Manöver zum Tablettenschlucken ermitteln
	Pharyngeale Residuen ohne motorische Fluktuationen	• 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	• Mahlzeiten in klinischen On-Phasen • Kräftiges Schlucken („effortful swallowing“) trainieren und insb. in Off-Phasen einsetzen • funktionelle Dysphagietherapie & Kompensation
Ösoph. Ph.	Verringerte Schluckfrequenz	• interne / externe Trigger wie Schluckwecker • Training von Spontanschlucken • Kausäckchen und Kauschlauch
	Hyposensibilität des Pharynx	• Konventionelle logopädische Schlucktherapie • Taktile sensorische Stimulation* • FEES-Biofeedback
	Hypomotilität bis amotile Ösophaguspassage	• Patientenedukation
	Ösophageale Spasmen	• Training von Schutzreflexen • Sichere Nahrungskonsistenzen* • Mendelson-Schluckmanöver • PEG*

DYSPHONIE

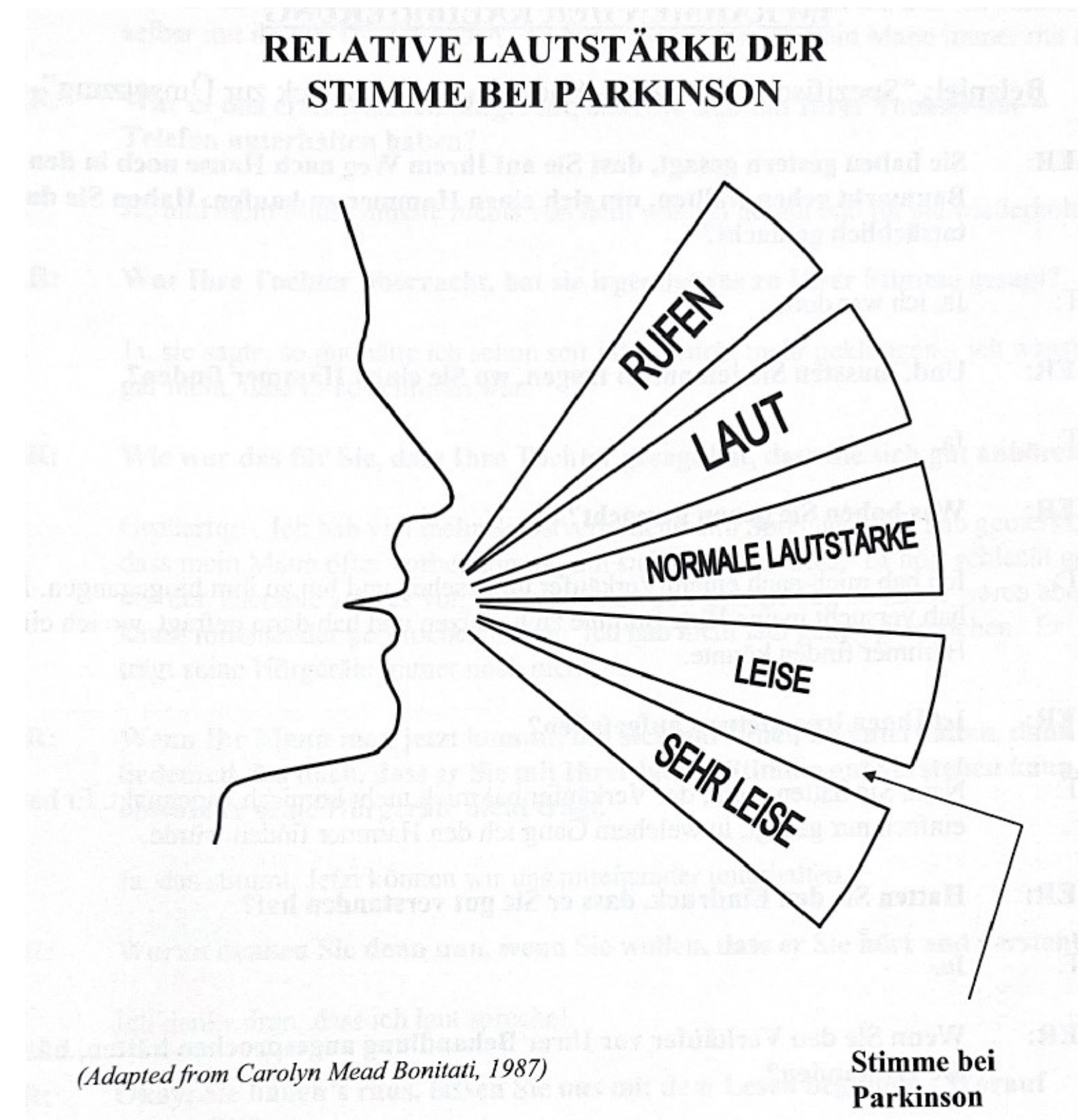
- größtes Problem bei Parkinson: Sprechlautstärke nimmt deutlich ab, Sprechlautstärke liegt zwischen 70-90 dB
- während Menschen mit Parkinson immer leiser werden und von ihrem Umfeld nur noch schlecht verstanden werden, nehmen sie sich selbst als normal laut wahr



DYSPHONIE

THERAPIE

- LSVT LOUD: intensives Lautstärketraining (4x pro Woche für 4 Wochen + Hausaufgaben)
- 60 Minuten Therapie:
 - erste Hälfte der Therapie: erarbeiten einer angemessenen Lautstärke bei möglichst gutem Stimmklang
 - zweite Hälfte der Therapie: Sprechtraining auf Wort-, Satz- und Textebene, um trainierte Lautstärke in der Spontansprache zu festigen



DYSPHONIE

THERAPIE

- EMST-Training: täglich 5x je 5 kräftige Ausatemzüge über 5 Wochen
 - verbessert nachweislich Atemmuskulatur und Schluckfunktion, kräftigt die Stimme und den Hustenstoß



DYSARTHRIE

SYMPTOME:

- Ursache: Abnehmende Kraft und Koordinationsfähigkeit der am Sprechen beteiligten Muskeln (Zunge, Lippen, Wange, Gaumensegel)
- reduzierte Artikulationsschärfe, das Gefühl Sprechen sei anstrengend, häufiger verhaspeln

THERAPIE

- Muskelkräftigung
- Sprechmotorische Übungen
 - *Der Kaplan klebt klappbare Pappplakate. Klappbare Pappplakate klebt der Kaplan.*
 - *Auf den sieben Robbenklippen sitzen sieben Robbensippen, die sich in die Rippen stippen, bis sie von den Klippen kippen.*
- LSVT – LOUD Therapie

HYPOMIMIE

SYMPTOME:

- erstarren der mimischen Muskulatur
- immer weniger Mimik bei Emotionen wie Freude, Trauer etc.



THERAPIE:

- Muskelkräftigung durch gezieltes mimisches Training
- ggfs. auch Propriozeptive Neuromuskuläre Faszilitation (PNF)
- LSVT – LOUD Therapie



**Empfehlungen für Logopäden und Ärzte:
Dysarthrie**



	Häufige therapie-relevante Symptome	Logopädische Therapieempfehlungen	Hilfsmittel-Empfehlung
Hypokinetische Dysarthrie	Mit Indikation für intensive Therapie • suffiziente Stimulierbarkeit der Stimmqualität • ausreichende intrinsische Motivation • Kognition ausreichend, um Technik zu lernen • Ausdauer vorhanden	• LSVT LOUD, ggf. per Telemedizin • PLVT	nur wenn LSVT/PLVT unzureichend wirksam: • bei akzeleriertem Sprechtempo ◦ Pacing Board ◦ Metronom (), • bei reduziertem Stimmvolumen: portabler Stimmverstärker
	Ohne Indikation für intensive Therapie	• LSVT / PLVT-Techniken mit geringerer Intensität • Training der Caregiver (Cueing)	• (portabler) Stimmverstärker
Geringfügig ausgeprägte Dysphagie	„Minor“ Dysarthrie	• Einmalige Konsultation (Anweisung mit mehr Intensität zu sprechen)	
	Rigor der fazialen Muskulatur	• Faziale Massage • Training der mimischen Muskulatur	
	Kommunikationsprobleme	• Gruppentherapie	• wenn nicht aus einer Unverständlichkeit des Sprechens resultierend (kognitive Störungen): Erlernen von Kompensationsstrategien
Spätstadium	Schwere Dysarthrie (aber intakte Arm-/ Hand-Funktion)		• Augmentative und alternative Kommunikation (AAC)

**Empfehlungen für Logopäden und Ärzte:
Speichel**



	Häufige therapie-relevante Symptome	Logopädische Therapieempfehlungen	Pharmakologische Therapieempfehlung
Sialorrhoe / Hypersalivation	Verringerte Schluckfrequenz	• Schluckwecker, Metronom (4 Wochen, 30 Minuten pro Tag) • Kognitive Strategien = „Schlucken vor „tupfen“: vor dem Sprechen, Speichel sammeln und schlucken, vor dem Aufstehen, Mund schließen, Speichel sammeln und Schlucken • Caregiver: Anwendung von Cues zur Prävention der Sialorrhoe	Nur wenn logopädische Therapie insuffizient: • falls möglich, Absetzen von Clozapin • (Amitriptylin) • (transdermales Scopolamin) • Glycopyrroniumbromid • Botulinumtoxin-Injektion • (Externe Bestrahlung der Speicheldrüsen)
	Dysphagie	• Spezifische logopädische Schlucktherapie (siehe Quickcard Dysphagie)	
	Speichel Penetration/ Aspiration	• Training von Schutzreflexen • Sensorische Stimulation • Intensives Ausatemtraining (EMST) über 4 Wochen zur Reduktion von Penetration • Supraglottische Schluckmanöver • Schlucktherapeutische Maßnahmen sollten insbesondere forciert werden während einer Phase der reduzierten Speichelproduktion nach Botulinumtoxin-Injektionen	• Siehe oben • Zusätzlich Nichtorale Applikationen der dopaminergen Therapie erwägen: Pflaster- oder Pumpentherapie (Vermeidung nächtlicher Speichelaspirationen?)

WORTFINDUNGSSTÖRUNGEN

- häufig im Zusammenhang mit einer Parkinsondemenz
- äußert sich durch Wortfindungsstörungen, Benennstörungen, Störungen des Textverständnisses, verlieren des „roten Fadens“, häufige Floskeln
- logopädische Testungen (z.B. Bielefelder Wortfindungsscreening) aus deren Ergebnis sich dann Schwerpunkte für die Therapie ableiten lassen
- semantischer vs. lexikalischer Bereich
- Therapie: Übungen zur Verbesserung des Wortabrufs, des Lesesinnverständnisses und der Gesprächsführung

VIELEN DANK FÜR IHRE AUFMERKSAMKEIT

Alina Plogmann, akademische Sprachtherapeutin (M.A.)

