



Katholische Fachhochschule Mainz

Hochschule für Soziale Arbeit, Praktische Theologie und Gesundheit & Pflege
Catholic University of Applied Sciences



Multiprofessionelle Arbeit im Gesundheitswesen am Beispiel der Diagnostik und Therapie der neurogenen Dysphagie

O. Glassl
© 2010

Übersicht

- Einführung

Inhaltliche und disziplinäre Aspekte:

- Diagnostik der Dysphagie
- Therapie der Dysphagie



Einführung: SVR-Gutachten

Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen Gutachten 2007:

- ärztliche Aufgabendelegation an andere Gesundheitsberufe
 - zur zielorientierten Arbeitsteilung
- Akademisierung der Gesundheitsberufe
 - für multiprofessionelle Arbeit

(Wolf 2008, Gutachten SVR 2007)

Einführung: Multiprofessionalität in der Literatur

- Wissenschaftlicher Nachweis der Effektivität multiprofessioneller Arbeitsteilung
 - Langhorne et. al 2001
 - weniger Todesfälle
 - besser Outcome gemessen an versch. ADL-Assesments
 - Lincoln et. al 2004
 - größere Patientenzufriedenheit
 - bessere Information für betreuende Angehörige
- Spezielle Forderung nach multiprofessioneller Arbeitsteilung im Bereich Dysphagie: Leitlinien DGNKN

Einführung:

Ansätze multiprofessioneller Arbeit

- **Multidisziplinäre Ansatz:**
 - Teammitglieder sind auf die eigene Fachqualifikation beschränkt
 - Koordination durch übergeordneten Hierarchieebene
- **Interdisziplinärer Ansatz:**
 - Arbeits*schwerpunkt* der Teammitglieder liegt im eigenen Fachgebiet
 - disziplinär übergreifende gemeinsame Arbeitsfelder in den jeweiligen Randgebieten
- **Transdisziplinären Ansatz:**
 - alle therapeutischen Aufgaben werden gleichrangig von allen Teammitgliedern übernommen.

(Latella 2000, Schupp 1996, Wood 2003)

Ansätze multiprofessioneller Arbeit:

Diagnostik der neurogenen Dysphagie*

*entsprechend der Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Neurotraumatologie und klinische Neurorehabilitation 2003 (Prosiegel et. al 2003)



Dysphagiediagnostik

Problemstellung

- Prävalenz Dysphagie bei Patienten mit zentral-neurologischen Erkrankungen: bis zu 60%
- Aspirationsrisiko als entscheidender Parameter
 - für die pulmonale Sicherheit
 - für die Lebensqualität des Patienten
 - für das gesamttherapeutische Konzept
- Patienten mit Dysphagie:
Aspiration bei 51–57%, **bis zu 67% davon „still“**
- Korrekte Einschätzung des Aspirationsrisikos über **klinische Diagnostik**: nur bis zu 70%

(Lundy et al. 1999, Garon et al. 1996, Daniels et al. 1998, Splaingard et al. 1988, Mari et al. 1997, Linden et al. 1993, Prosigel et al. 2002)

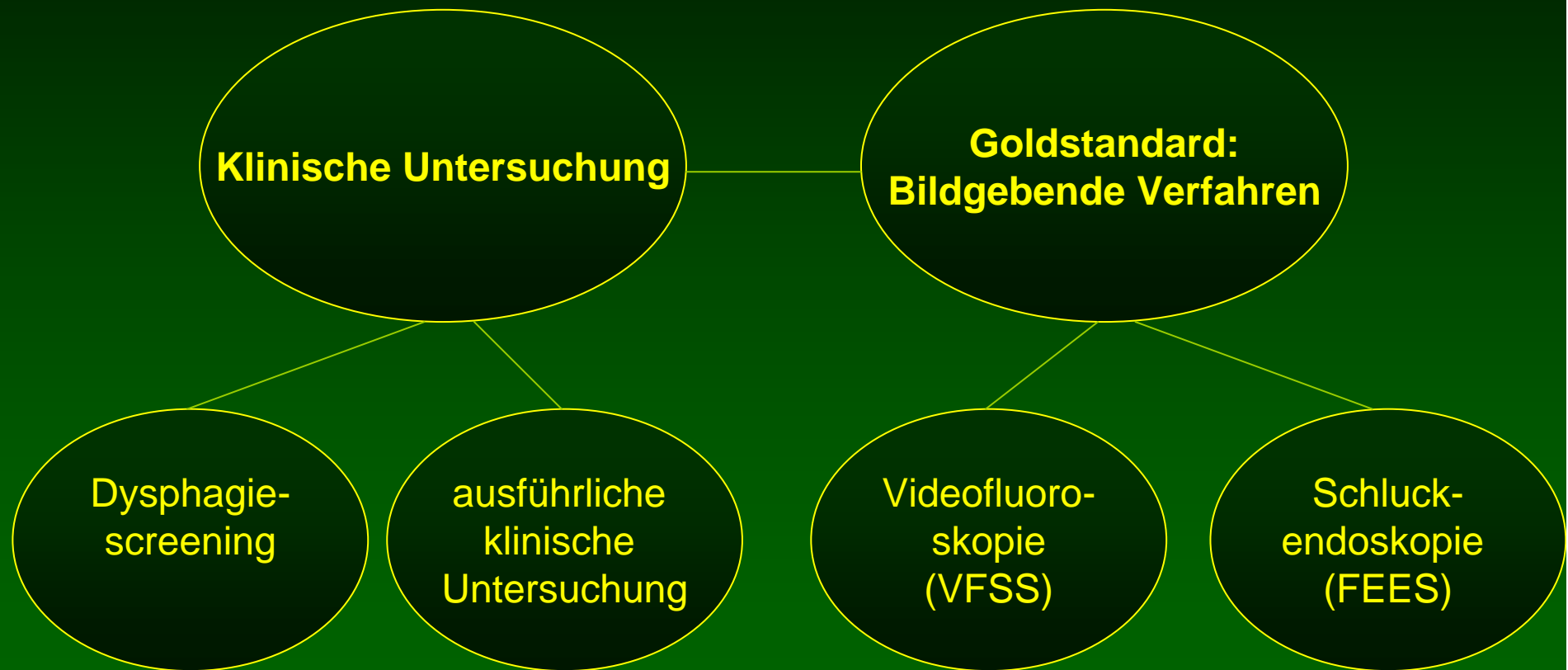
Dysphagiediagnostik

Problemstellung

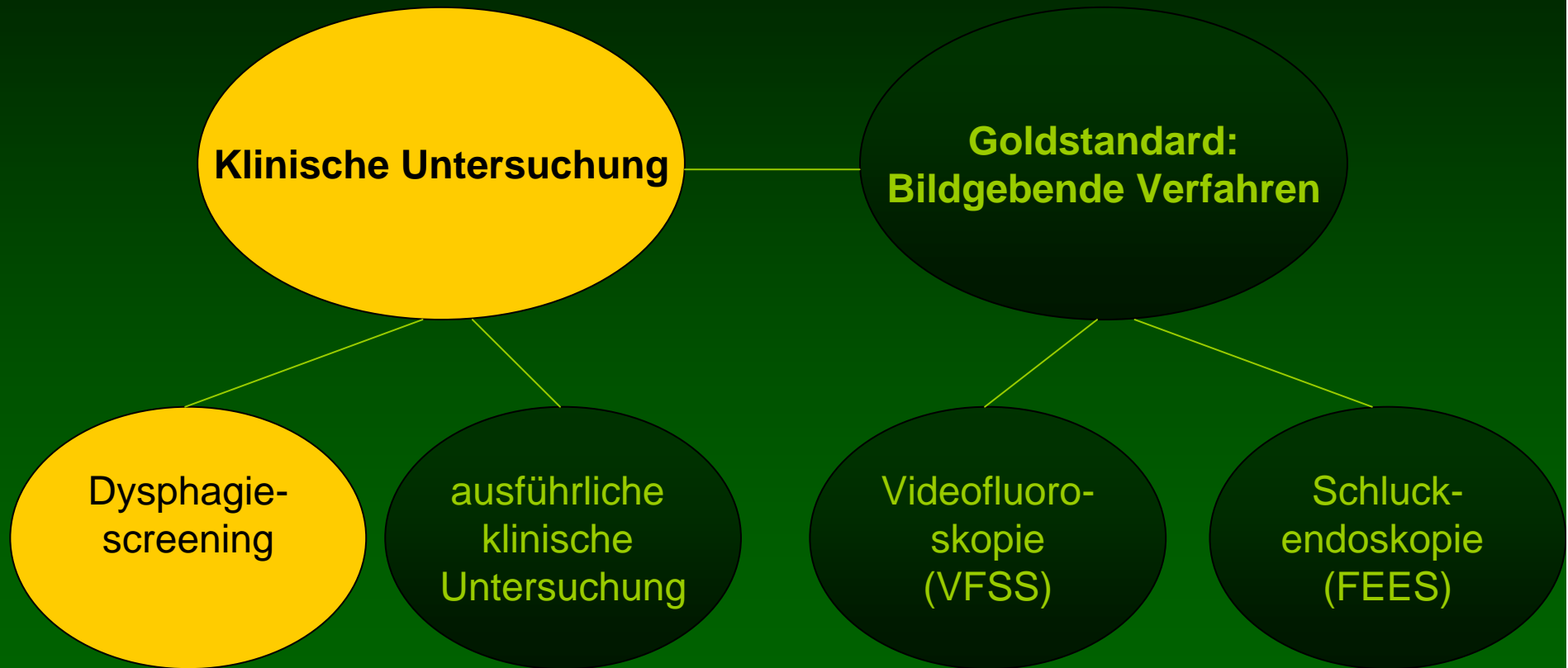
- Die genaue Diagnostik des Aspirationsrisikos sowie des Pathomechanismus:
nur über Goldstandard der apparativen Bildgebung
- DGNKN:
Bildgebung für alle Patienten mit V.a. Dysphagie
- Sozialgesetzgebung:
zum Ressourcenschutz im Gesundheitswesen
bedarfsgerechter Einsatz von apparativen Verfahren

*Wer soll also mit dem Goldstandard
untersucht werden?*

Einleitung: Diagnostische Verfahren



Diagnostische Verfahren



Screeningverfahren in der Dysphagiediagnostik:



Das Vorliegen bestimmter klinischer Dysphagiesymptome erlaubt die Identifikation von Patienten mit hohem Aspirationsrisiko (Sensitivität 92-100%, Spezifität 45-70%)

(Daniels 1997, Lim 2001, DePippo 1994)

Klinisches Dysphagiescreening

ausgewählte Verfahren:

- Burke Dysphagia Screening nach DePippo (1994)
- Aspirationsprediktoren nach Daniels et al. (1997)
- „Bedside Aspiration“ nach Lim et al. (2001)



Klinisches Dysphagiescreening

Möglichkeiten und Grenzen:



- erste Einschätzung des Aspirationsrisikos
- Indikationsstellung für weiterführende Untersuchungen
- Nur begrenzt Entscheidungshilfe für Sofortmaßnahmen (Oralisierung nur „ja“ oder „nein“, keine Diäteeinstellung)
- Pathomechanismus wird nicht beurteilt

Klinisches Dysphagiescreening

Möglichkeiten und Grenzen:



- Keine Therapieleitlinie
- vollständige schlucktherapeutische Ausbildung wird nicht benötigt
- Dauer: ca. 15 Minuten

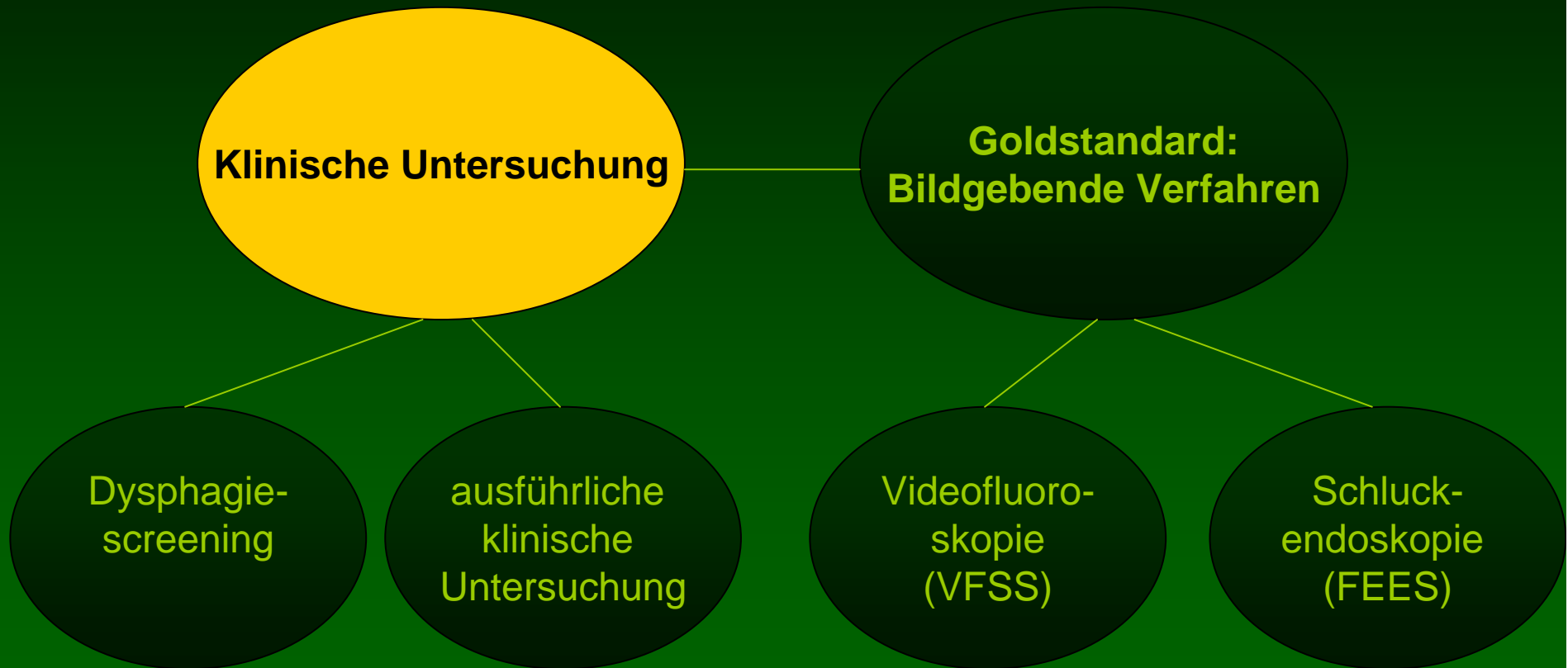
Klinisches Dysphagiescreening

Ausführende Disziplinen

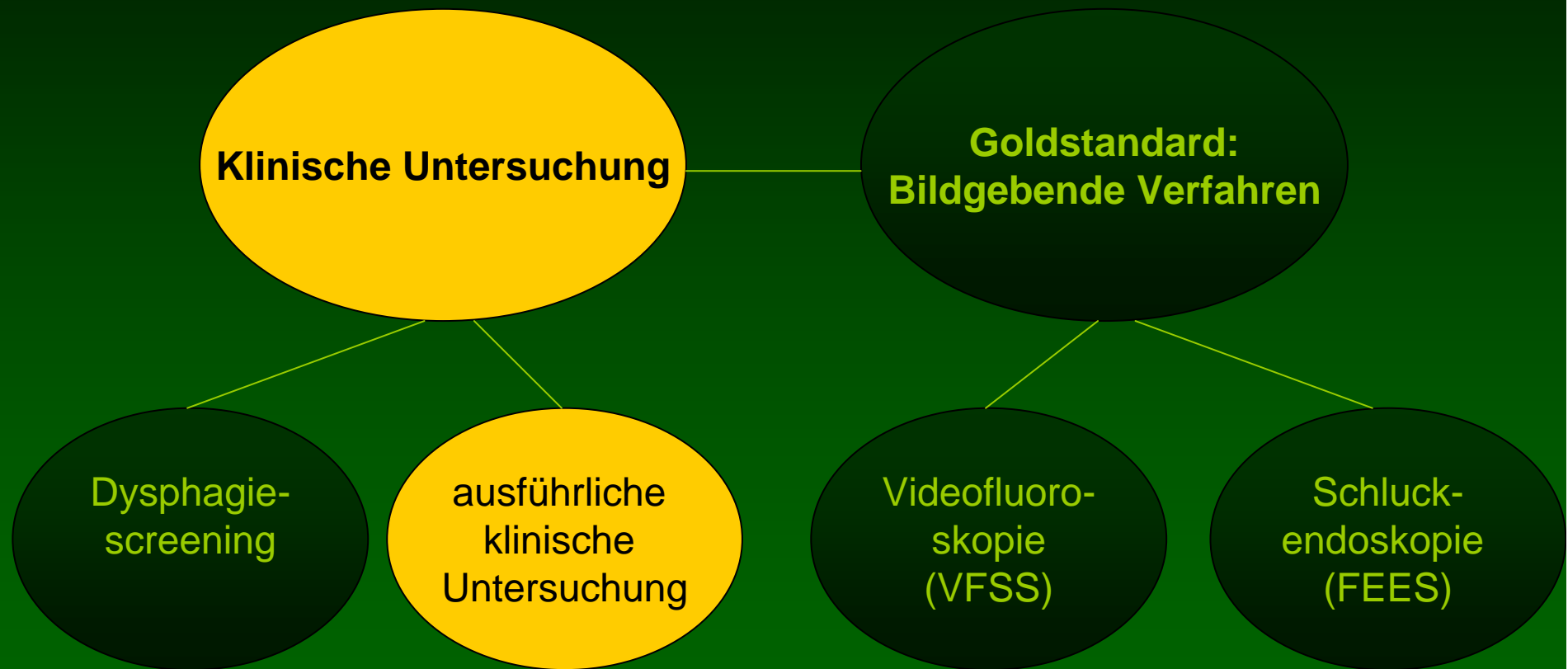


- **Schlucktherapie**
 - Logopädie
 - Ergotherapie
 - Physiotherapie
 - klin. Linguistik
 - Sprachheilpädagogik
 - u. a.
- **Pflege**
- **MTA/RTA**
- **Arzt**

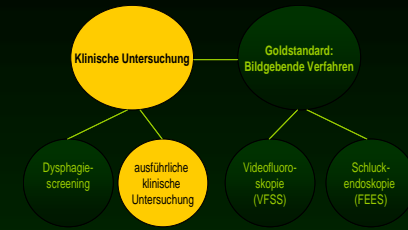
Einleitung: Diagnostische Verfahren



Diagnostische Verfahren



Ausführliche klinische Diagnostik der Dysphagie:

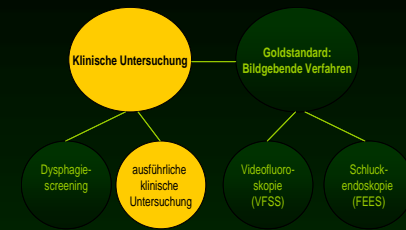


Ziele der klinischen Untersuchung (nach Bartolome 2006):

- **Weitere Einschätzung des Aspirationsrisikos**
- **Beschreibung des Pathomechanismus**
- **Indikationsstellung für weiterführende bildgebende Untersuchungen**
- **Beurteilung der Therapiefähigkeit unter neuropsychologischen Aspekten**
- **Erheben eines Störungsprofils für die Therapieplanung**
- **Entscheidungshilfe für Sofortmaßnahmen (Essenshilfe, Diätetik etc.)**

Klinische Diagnostik der Dysphagie:

Hauptbereiche der ausführlichen klinischen Untersuchung des Schluckaktes:



1. Anamnese

Schlucktherapie

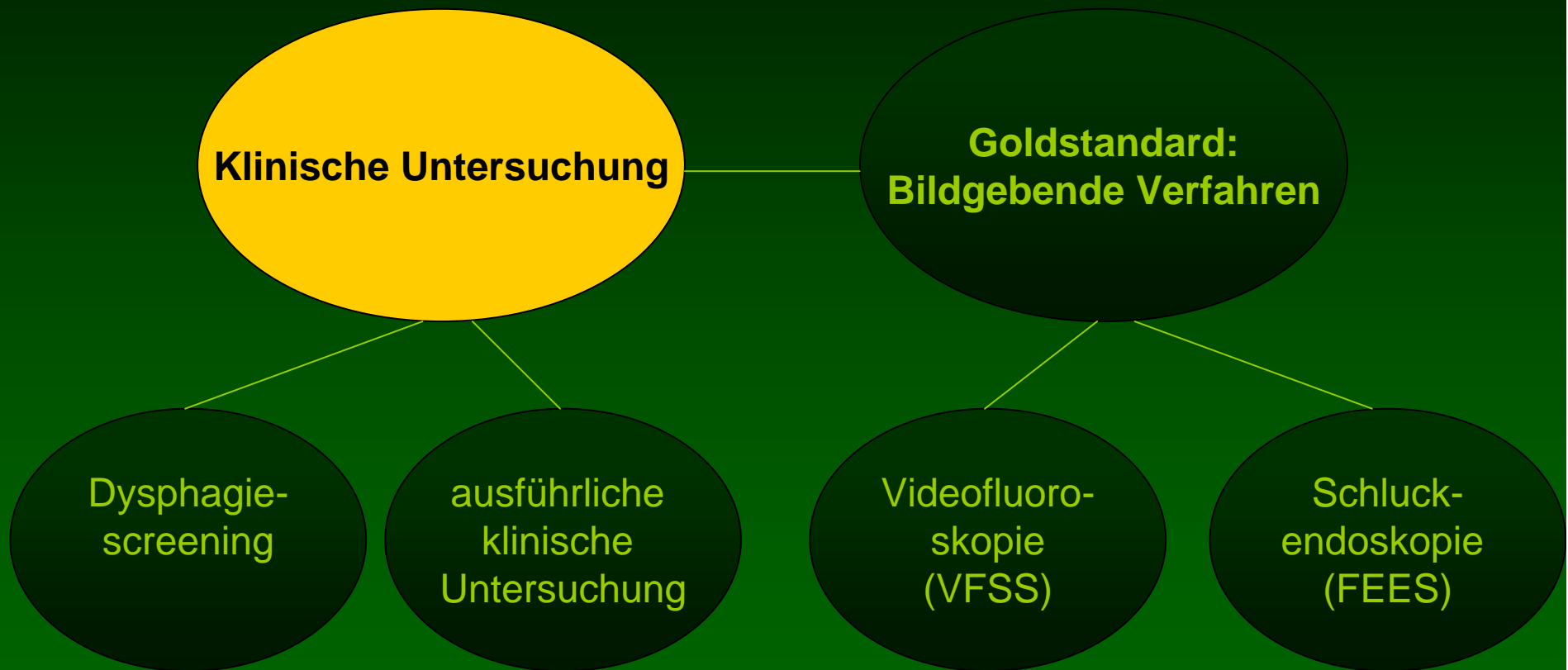
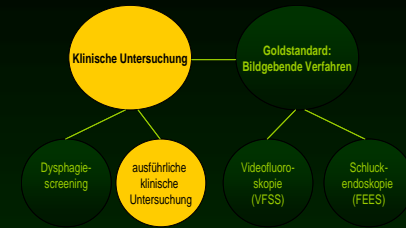
2.

Physiotherapie

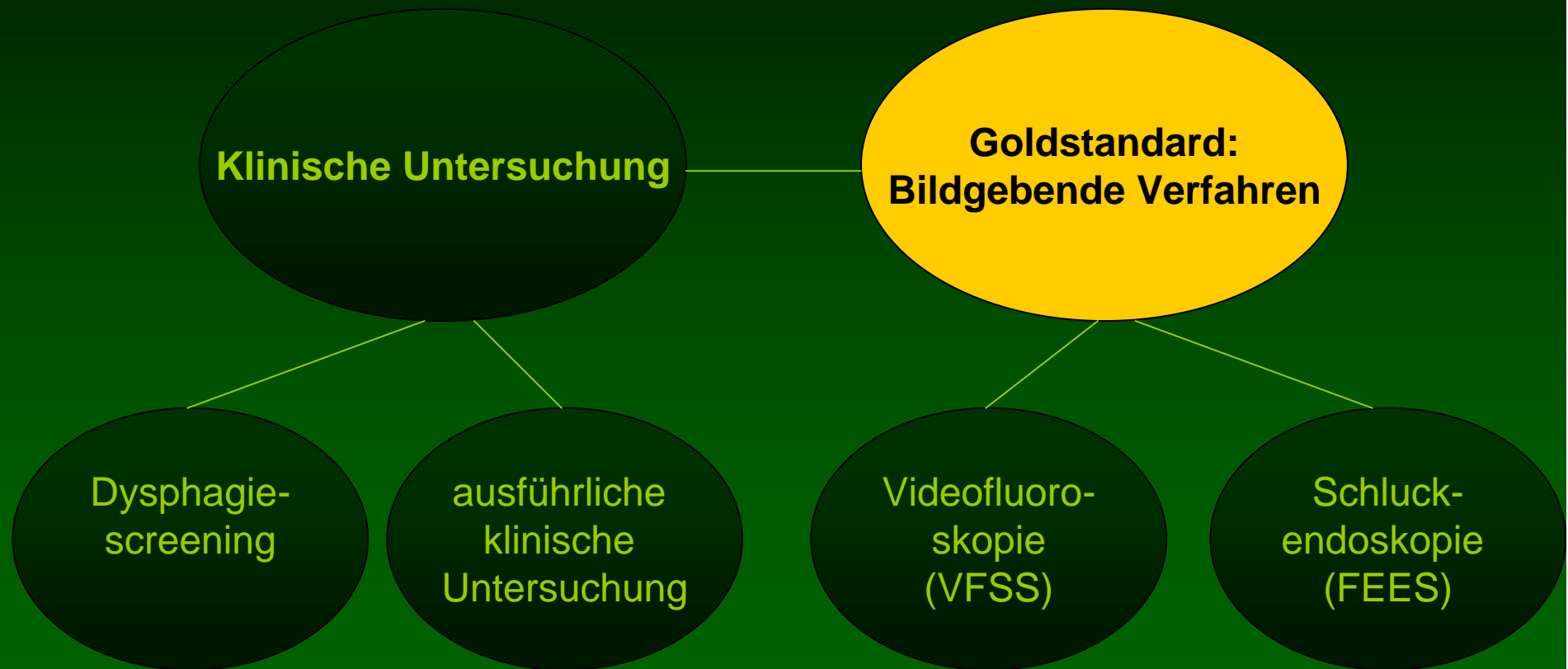
3.

4. Sch

Einleitung: Diagnostische Verfahren



Diagnostische Verfahren



Goldstandard

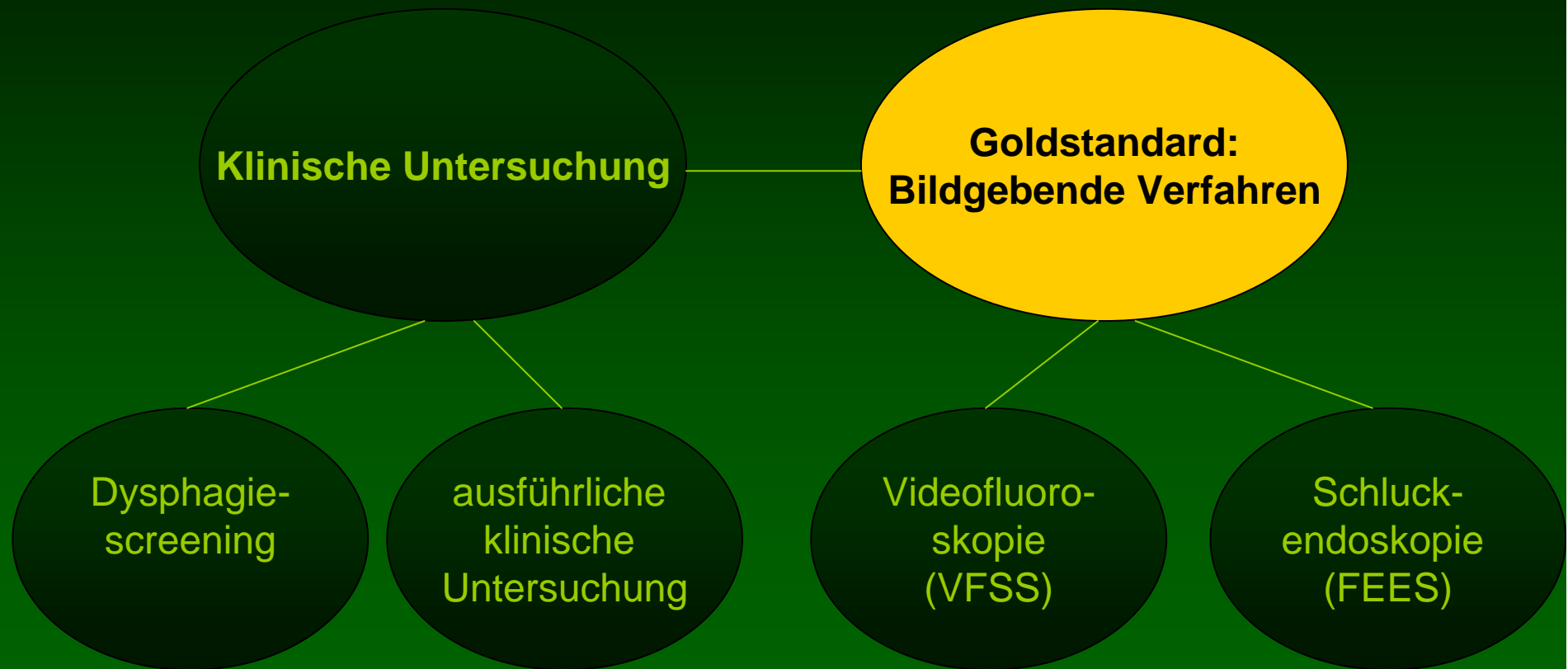
Goldstandard in der Diagnostik von Schluckstörungen:

1. *Videofluoroskopie (VFSS)*
2. *Fiberoptische endoskopische Evaluation des Schluckaktes (FEES)*

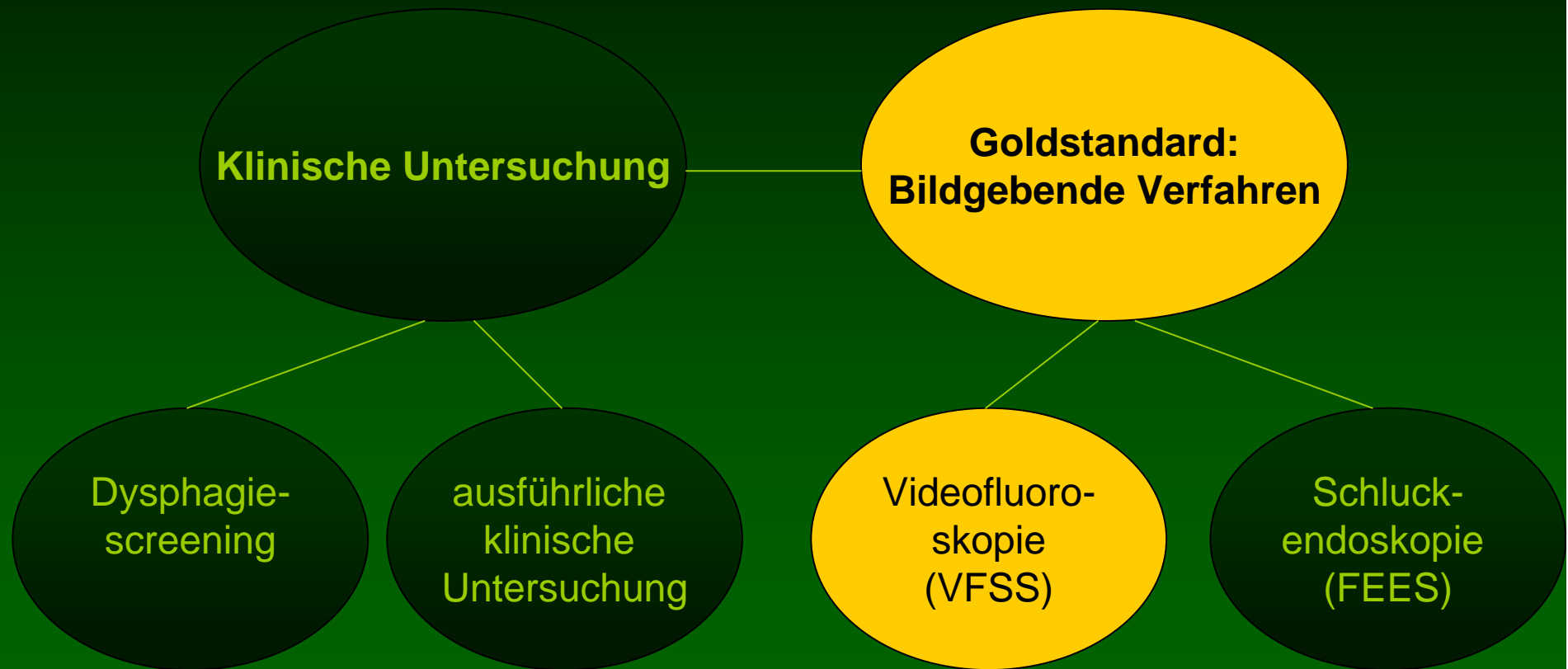
VFSS und FEES ergänzen sich in ihrer Aussage
Bezüglich einer Aspiration sind beide Verfahren
gleichermaßen sensitiv

(Schröter-Morasch et al. 2006, Daniels et al. 1997, Aviv 2000)

Diagnostische Verfahren

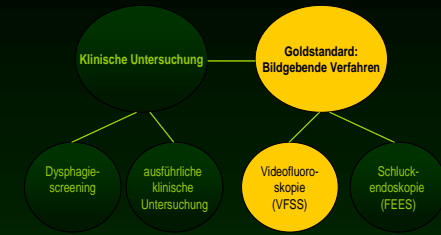


Diagnostische Verfahren



Videofluoroskopie (VFSS)

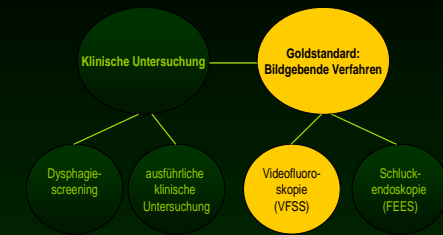
Technik



- **Röntgenkinematographie**
- **25–50 Bilder/s**
- **Dauer der Untersuchung inkl. Befund: ca. 60 Minuten**

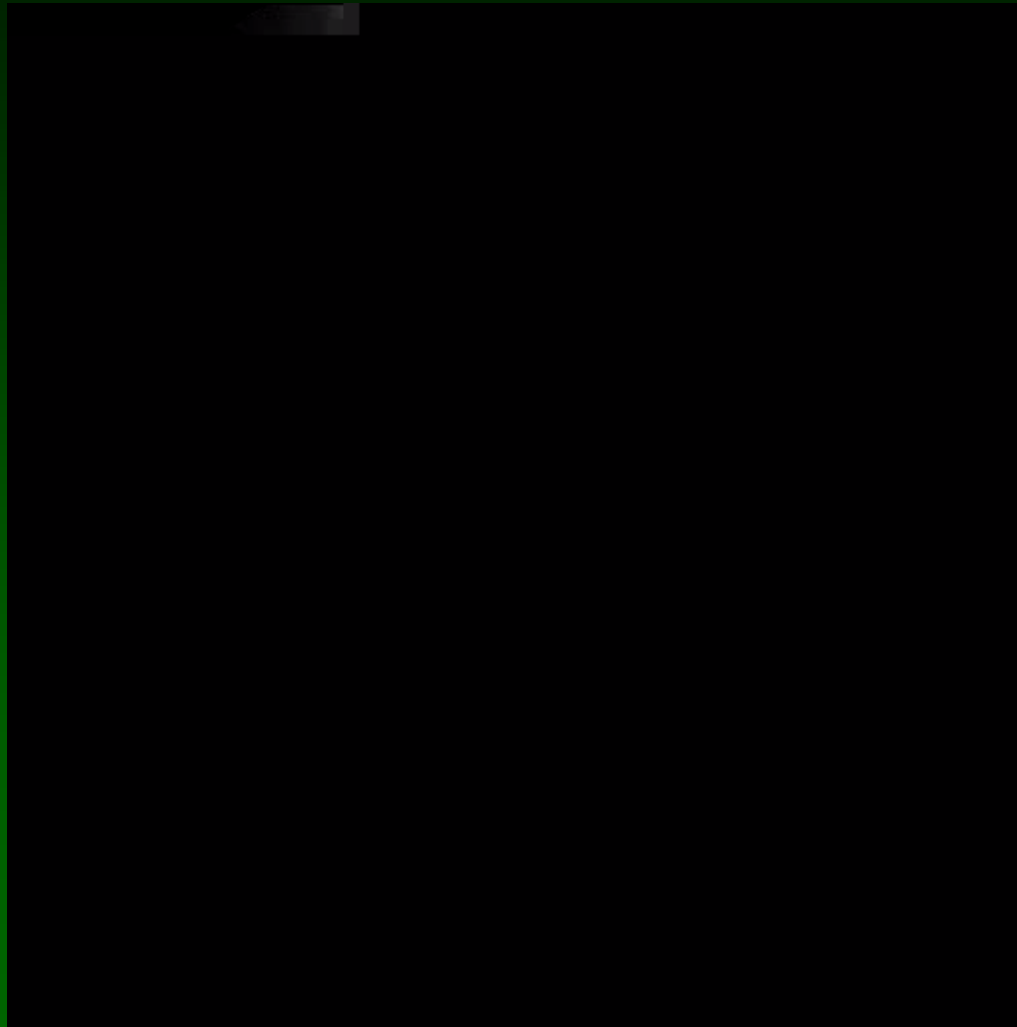
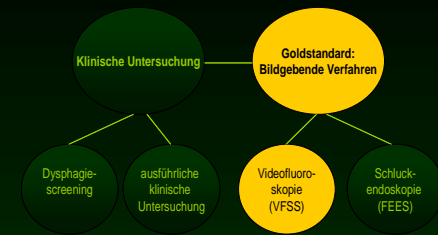
Videofluoroskopie (VFSS)

Möglichkeiten und Grenzen

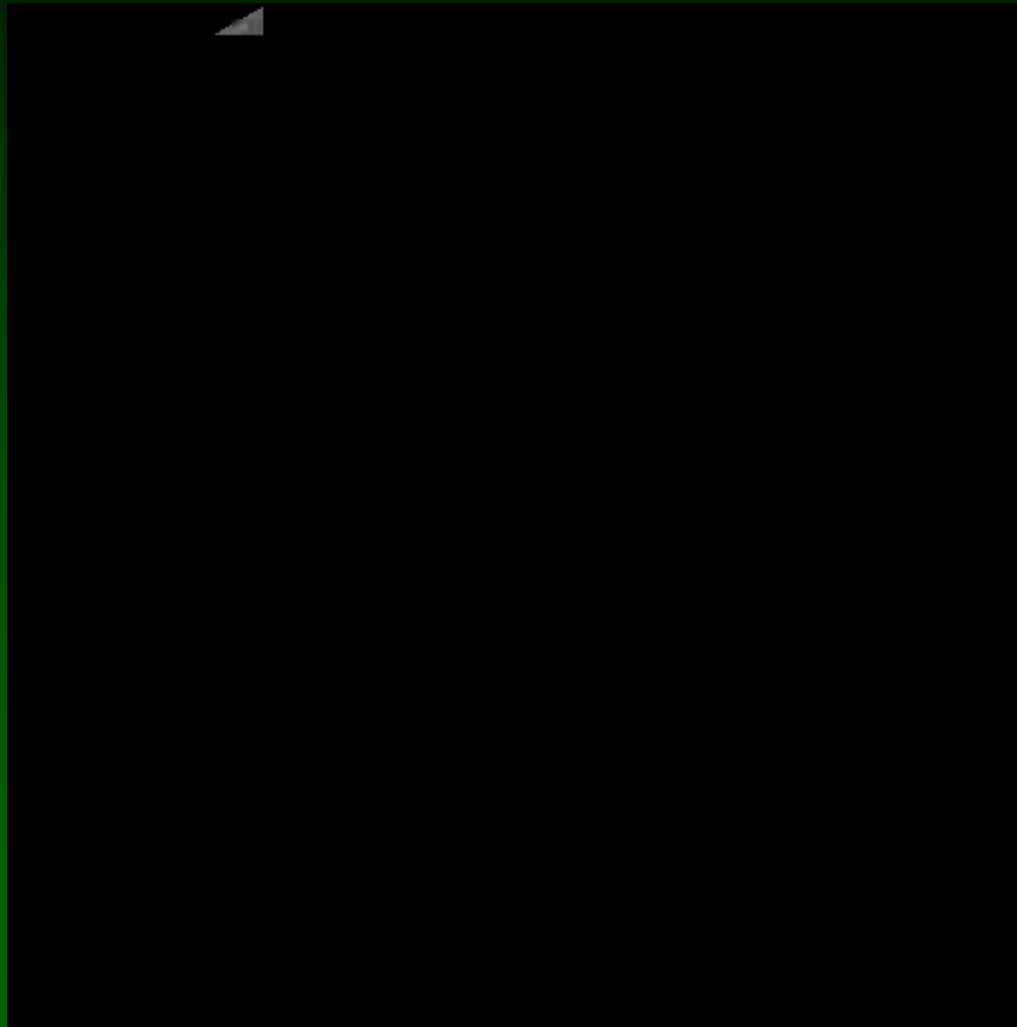
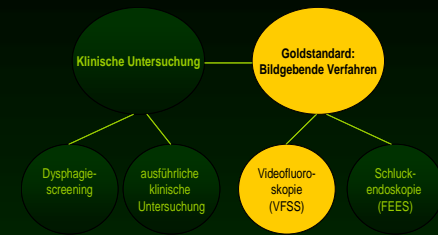


- **Der Schluckablauf ist vollständig beobachtbar**
- **Die Menge des aspirierten Materials kann semiquantitativ beurteilt werden**
- **Hohe Strahlenbelastung**
- **Bedside-Untersuchung nicht möglich**
- **Schleimhautbeurteilung nicht möglich**
- **Stimm lippenfunktion nicht beurteilbar**

Videofluoroskopie (VFSS)

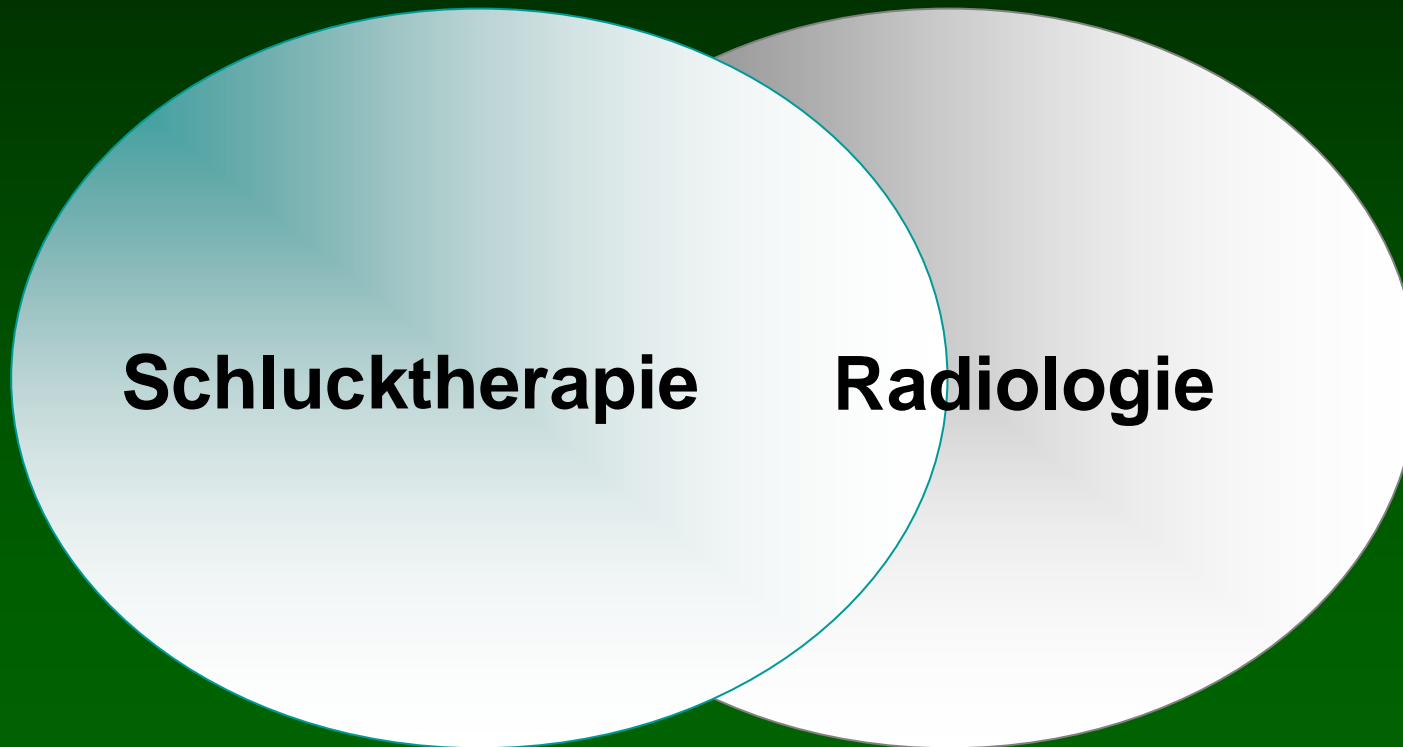
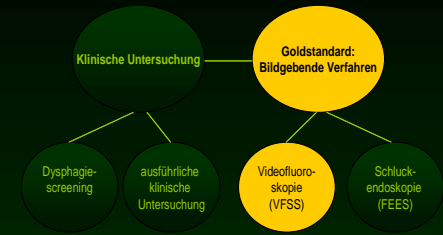


Videofluoroskopie (VFSS)

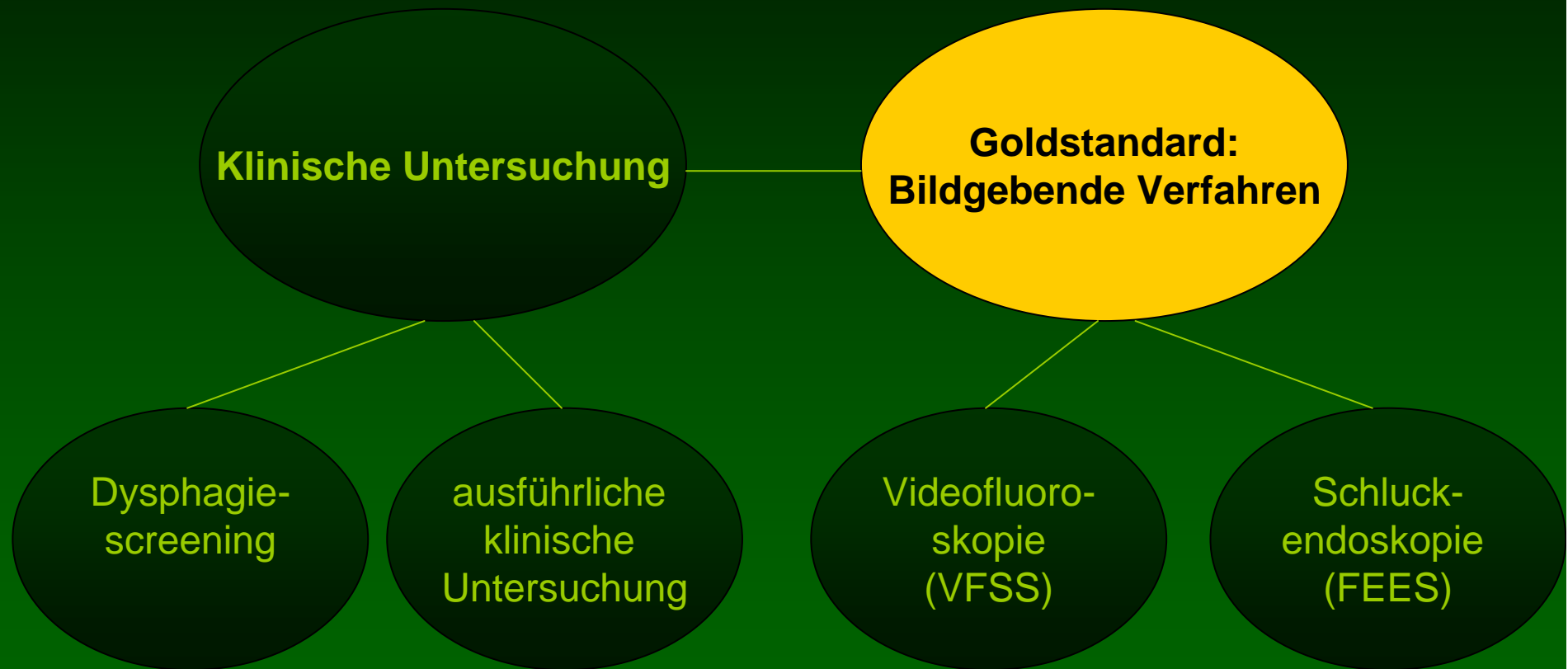
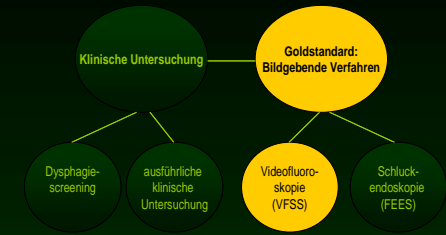


Videofluoroskopie (VFSS)

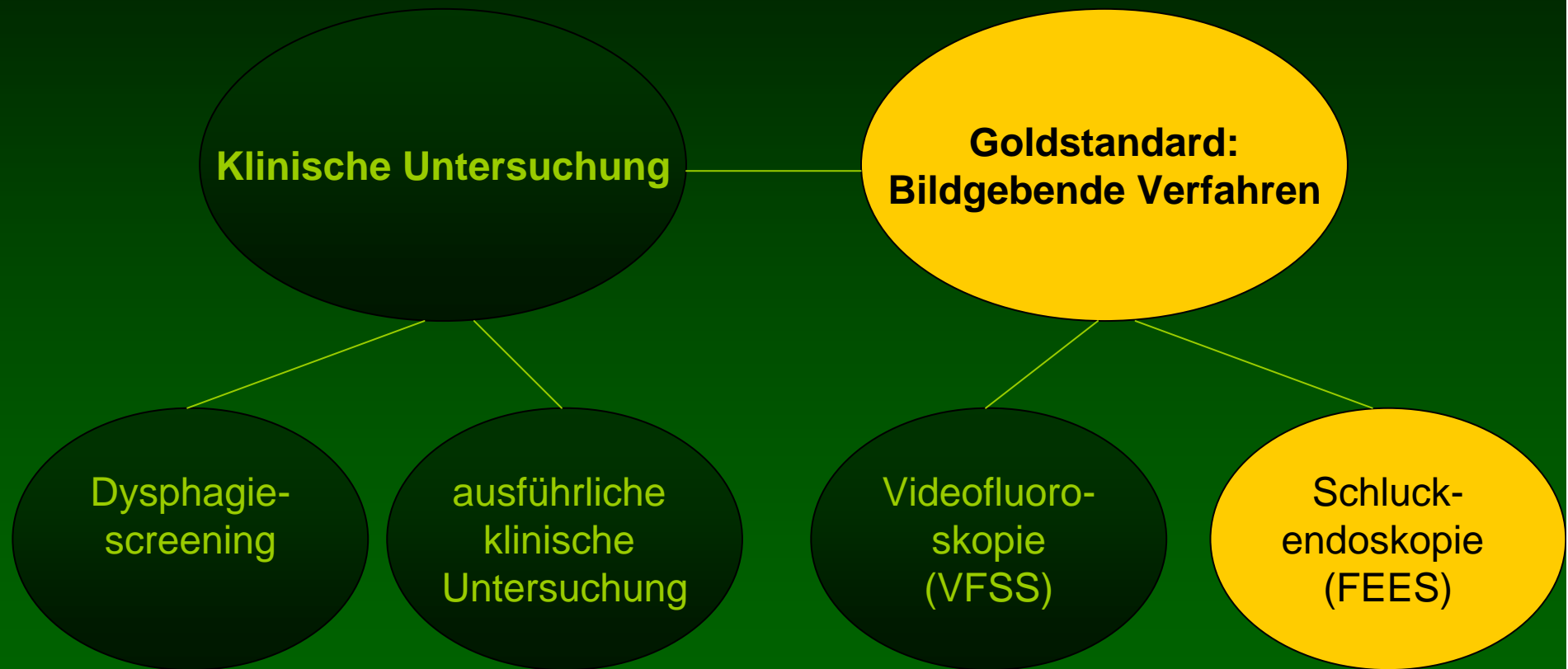
Ausführende Disziplinen



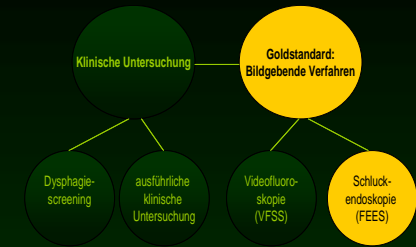
Diagnostische Verfahren



Diagnostische Verfahren



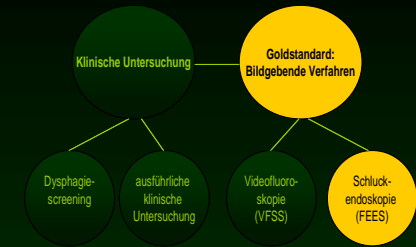
Videoendoskopie: FEES



- Endoskopische Untersuchung
- 25 Bilder/s
- Dauer der Untersuchung inkl. Befund: ca. 60 Minuten

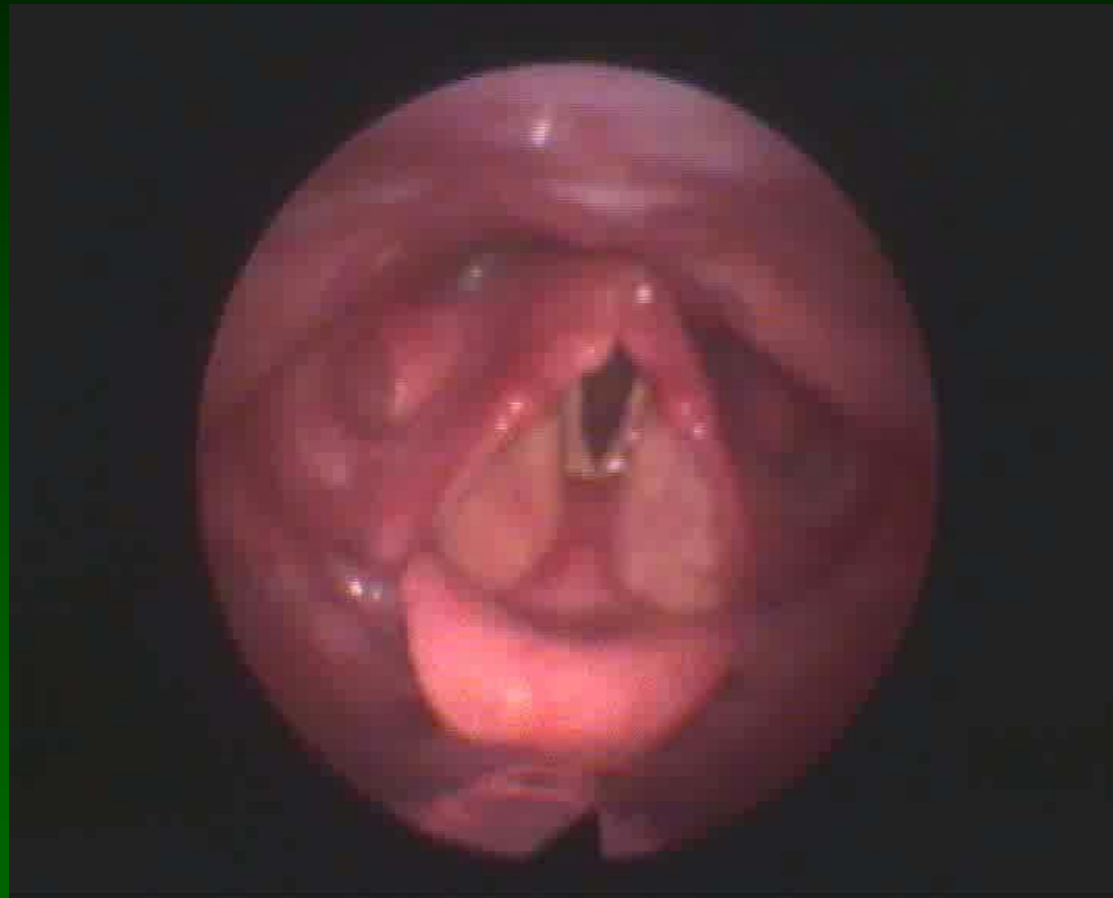
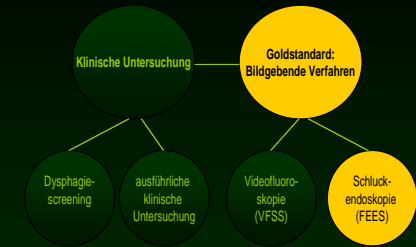


Videoesendoskopie: FEES



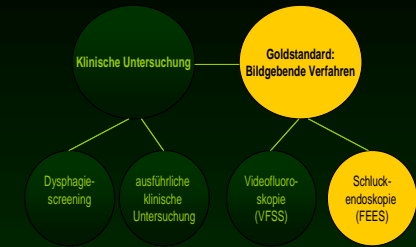
- **Keine Strahlenbelastung**
- **Bedside-Untersuchung möglich**
- **Schleimhautbeurteilung möglich**
- **Stimm lippenfunktion gut beurteilbar**
- **Der Schluckablauf ist nicht vollständig beobachtbar (nur begrenzt nachteilig)**
- **Die Menge des aspirierten Materials kann nicht beurteilt werden**
- **Meist nur unvollständige Tracheaeinsicht**

Videoendoskopie (FEES)



Videoesdoskopie: FEES

Ausführende Disziplinen

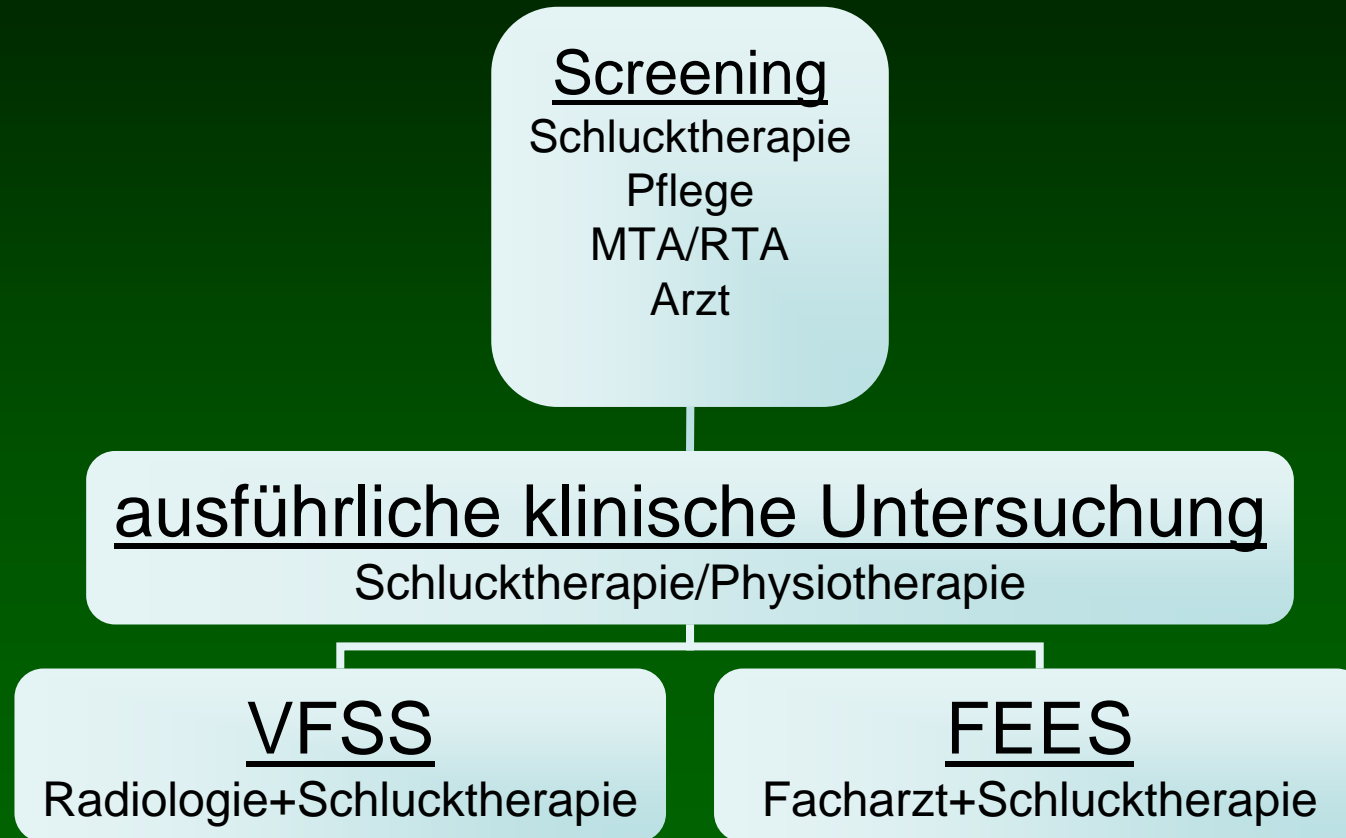


Schlucktherapie

**Phoniatrie
HNO
Neurologie
Internistik**



Zusammenfassung Diagnostik



Diagnostik im ambulanten Setting

-> keine Bildgebung unmittelbar verfügbar

was tun?

- Netzwerke mit niedergelassenen HNO-Ärzten/Phoniatern
- Klinik für Kommunikationsstörungen der Universitätsmedizin Mainz
- Dysphagiediagnostik bei Kindern: Darmstädter Kinderklinik Prinzessin Margaret
- Sonstige Spezialambulanzen (Frankfurt, Höchst)
- Arbeitskreis Dysphagie Rhein-Main e.V.
 - <http://www.dysphagie-rheinmain.de/>

Ansätze multiprofessioneller Arbeit:

Therapie der neurogenen Dysphagie*

*entsprechend der Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Neurotraumatologie und klinische Neurorehabilitation 2003 (Prosiegel et. al 2003)



Therapie der Dysphagie

Kapitelübersicht

Leitlinien DGNKN:

- Allgemeine Maßnahmen
- Rehabilitative Verfahren
- Kompensatorische Verfahren
- Adaptive Verfahren

(Prosiegel et al. 2003)



Therapie der Dysphagie

Kapitelübersicht

Leitlinien DGNKN:

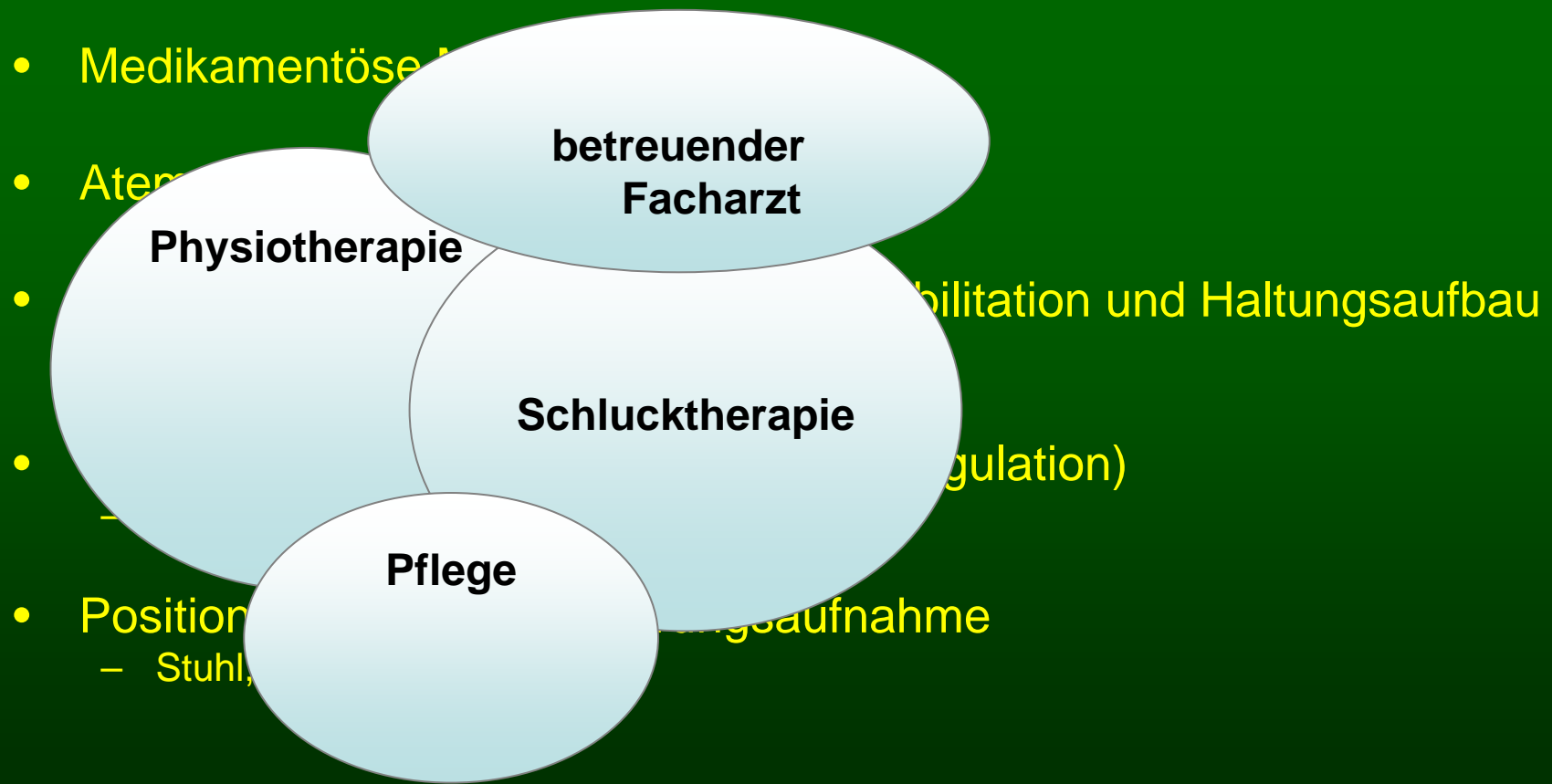
- **Allgemeine Maßnahmen**
- Rehabilitative Verfahren
- Kompensatorische Verfahren
- Adaptive Verfahren

(Prosiegel et al. 2003)



Therapie der Dysphagie

Allgemeine Maßnahmen



Therapie der Dysphagie

Kapitelübersicht

Leitlinien DGNKN:

- Allgemeine Maßnahmen
- ***Rehabilitative Verfahren***
- Kompensatorische Verfahren
- Adaptive Verfahren

(Prosiegel et al. 2003)

Therapie der Dysphagie

Rehabilitative Verfahren

Nach dauerhafter Anwendung einer
Maßnahme, kommt es zu bleibenden
funktionellen Veränderungen

Huckabee 2002



Therapie der Dysphagie

Kapitelübersicht

Leitlinien DGNKN:

- Allgemeine Maßnahmen
- Rehabilitative Verfahren
- ***Kompensatorische Verfahren***
- Adaptive Verfahren

(Prosiegel et al. 2003)



Therapie der Dysphagie

Kompensatorische Verfahren

Wirkung auf die Effizienz und Sicherheit des Schluckens **nur während** der Anwendung des Verfahrens (bzw. Manövers).

Huckabee 2002



Therapie der Dysphagie

Rehabilitative und kompensatorische Verfahren

Schlucktherapie

Logopädie

Physiotherapie

u. a.

Ergotherapie

Sprachheil-
pädagogik

klin. Linguistik/
Patholinguistik



Therapie der Dysphagie

Kapitelübersicht

Leitlinien DGNKN:

- Allgemeine Maßnahmen
- Rehabilitative Verfahren
- Kompensatorische Verfahren
- ***Adaptive Verfahren***

(Prosiegel et al. 2003)

Therapie der Dysphagie

Adaptive Verfahren

- Diätetische Maßnahmen
- Maßnahmen zur Sicherung des Atemweges



Therapie der Dysphagie

Adaptive Verfahren:

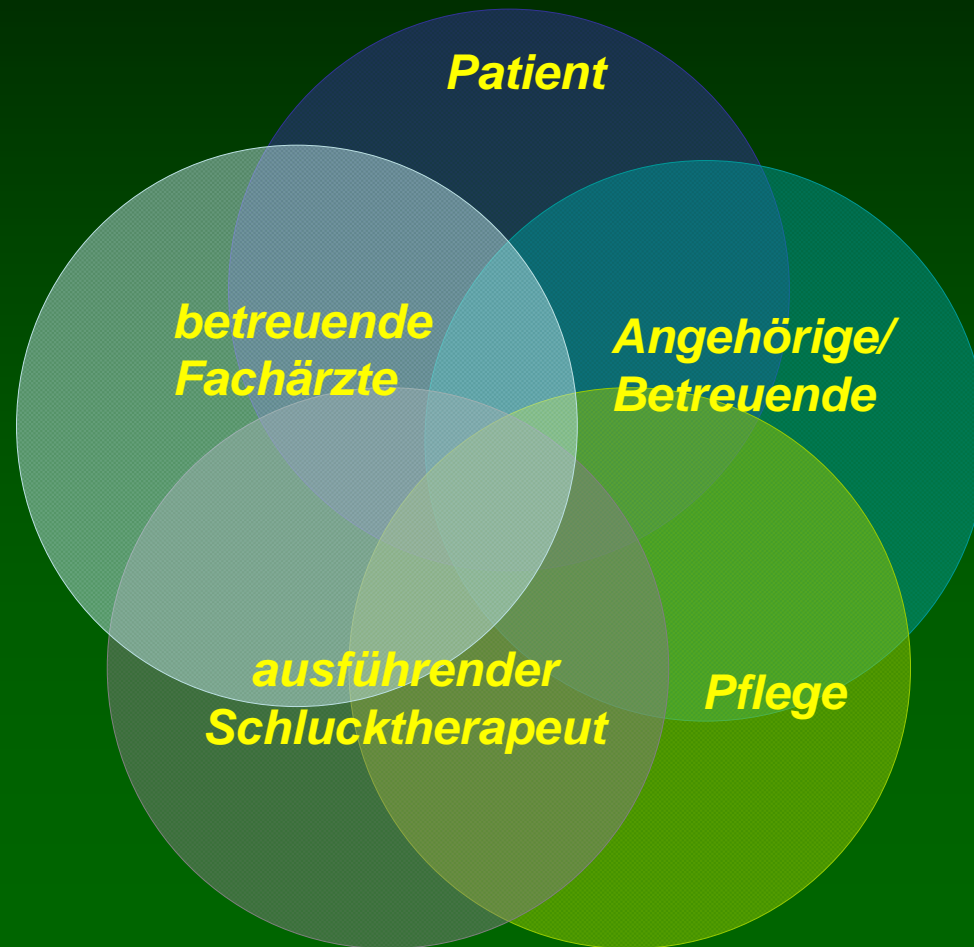
Diätetische Maßnahmen:

- **Konsistenzanpassung**
 - rheologische und chemische Eigenschaften
 - pulmonale Sicherheit
 - Leistungsstand des Patienten
 - **klare Dokumentation**
- **orale Nahrungskarenz**

Therapie der Dysphagie

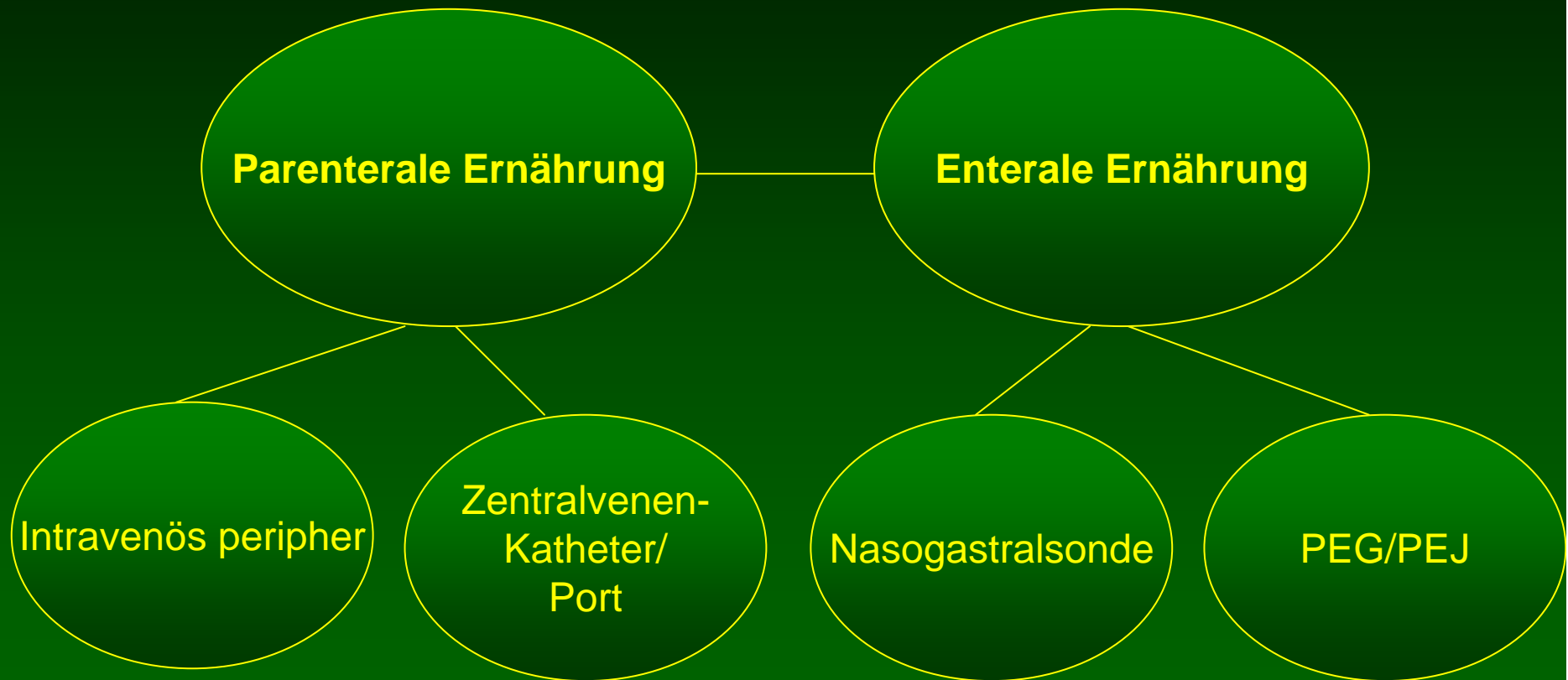
Adaptive Verfahren: Diätetische Maßnahmen

Beteiligte Personen/Disziplinen



Therapie der Dysphagie

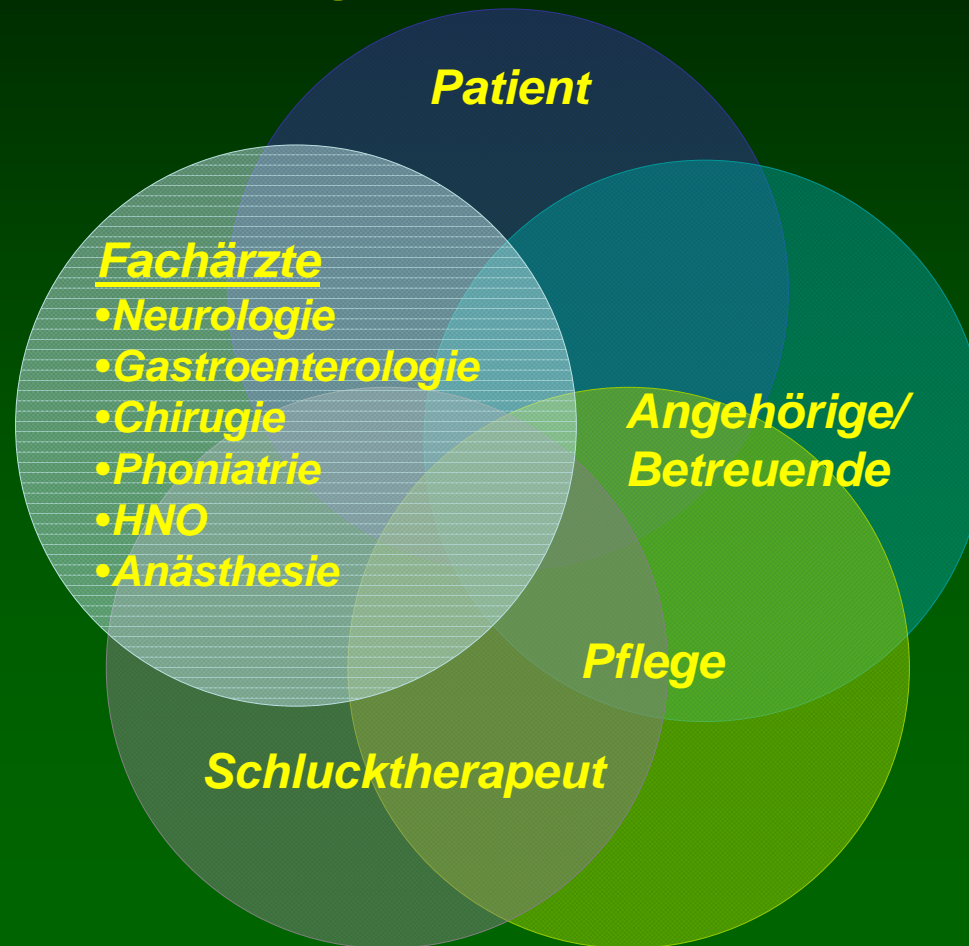
Adaptive Verfahren: orale Karenz



Therapie der Dysphagie

Adaptive Verfahren: orale Karenz

Beteiligte Personen/Disziplinen

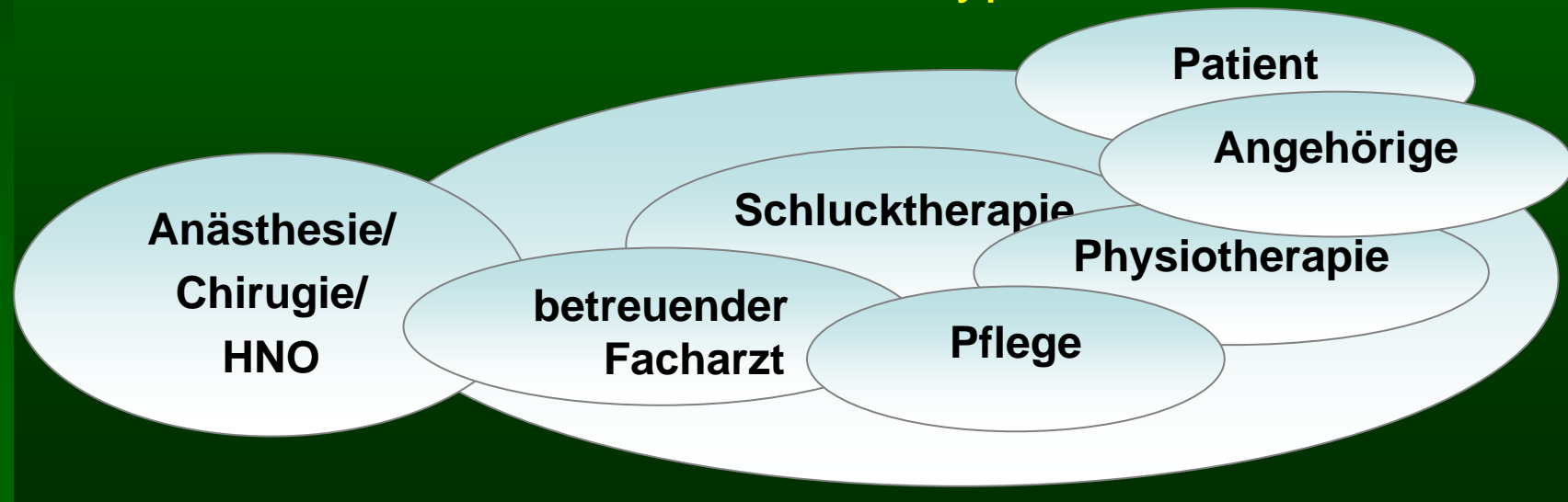


Therapie der Dysphagie

Adaptive Verfahren

Maßnahmen zur Sicherung des Atemweges:

- Intubation/Tracheotomie zum Aspirationsschutz
 - verschiedene Verfahren
 - verschiedene Tubus/Kanülentypen



Zusammenfassung

- Multiprofessionelles Arbeiten wird von mehreren Expertenkommissionen allgemein und speziell gefordert
- Positive Effekte multiprofessionellen Arbeitens sind mehrfach wissenschaftlich belegt
- Am Beispiel der Dysphagiebehandlung zeigt sich:
 - die Qualifikation einer Disziplin reicht für eine fachgerechte Behandlung nicht aus

***Vielen Dank
für die Aufmerksamkeit
und das Interesse!***



Literatur

- Aviv JE. Prospective, randomized outcome study of endoscopy versus modified barium swallow in patients with dysphagia. *The Laryngoscope*. 2000 Apr; 110(4): 563-574
- Barer DH. The natural history and functional consequences of dysphagia after hemispheric stroke. *Journal of neurology, neurosurgery, and psychiatry*. 1989 Feb; 52(2): 236-41.
- Bartolome G, Prosiegel M, Yassouridis A. Long-term functional outcome in patients with neurogenic dysphagia. 1997 *NeuroRehabil* 9: 195 - 204
- Bartolome G. Klinische Eingangsuntersuchung bei Schluckstörungen, in: Bartolome G, Schröter-Morasch H (Hrsg.). *Schluckstörungen, Diagnostik und Rehabilitation*. 3. Auflage, Urban & Fischer Verlag München 2006, S. 156 – 172
- Bartolome G. Grundlagen der funktionellen Dysphagietherapie (FDT), in: Bartolome G, Schröter-Morasch H (Hrsg.). *Schluckstörungen, Diagnostik und Rehabilitation*. 3. Auflage, Urban & Fischer Verlag München 2006a, S. 247 – 360
- Daniels SK, McAdam CP, Brailey K, Foundas AL. Clinical Assessment of Swallowing and Prediction of Dysphagia Severity. *American Journal of Speech-Language Pathology* 1997; 6 (4): 17-24
- Daniels SK, Brailey K, Priestly DH, Herrington LR, Weisberg LA, Foundas AL. Aspiration in Patients With Acute Stroke. *Arch Phys Med Rehabil* 1998 Jan; 79: 14-19
- Daniels SK, Ballo LA, Mahoney MC, Foundas AL. Clinical Predictors of Dysphagia and Aspiration Risk: Outcome Measures in Acute Stroke Patients. *Arch Phys Med Rehabil* 2000 Aug; 81(8): 1030-1033
- Garon RG, Engle M, Ormiston C. Silent Aspiration: Results of 1000 Videofluoroscopic Swallow Evaluations. *Neurorehabilitation and Neural Repair*, 1996 Vol. 10, No. 2, 121-126
- Hannig C. *Radiologische Funktionsdiagnostik des Pharynx und des Ösophagus*. 1995 Berlin, Springer
- Holas MA, DePippo KL, Reding MJ. Aspiration and Relative Risk of Medical Complications Following Stroke. *Archives of Neurology*, October 1994, Vol 51: 1051 – 1053
- Langhorne P, Duncan P. Does the organisation of post acute stroke care really matter? *Stroke* 2001; 32: 268 - 274
- Langmore SE. Evaluation of oropharyngeal dysphagia: which diagnostic tool is superior? *Current opinion in otolaryngology & head and neck surgery*. 2003 Dec; 11(6):485-489
- Latella D. Teamwork in rehabilitation. In: Kumar S, ed. *Multidisciplinary approach to rehabilitation*. Boston: Butterworth-Heinemann, 2000: 27-42
- Leder SB, Espinosa JF. Aspiration Risk After Acute Stroke: Comparison of Clinical Examination and Fiberoptic Endoscopic Evaluation of Swallowing. *Dysphagia* 2002; 17: 214-218
- Lim SHB et al. Accuracy of Bedside Clinical Methods Compared with Fiberoptic Endoscopic Examination of Swallowing (FEES) in Determining the Risk of Aspiration in Acute Stroke Patients. *Dysphagia* 2001; 16: 1-6

...und noch mehr Literatur

- Lincoln B, Walker MF, Dixon A, Knights P. Evaluation of a multiprofessional community stroke team: a randomized controlled trial. *Clinical Rehabilitation* 2004 18: 40 - 47
- Linden P, Kuhlemeier KV, Patterson C. The Probability of Correctly Predicting Subglottic Penetration from Clinical Observations. *Dysphagia* 1993; 8: 170-179
- Logemann JA. *Manual for the Videofluorographic Study of Swallowing*. Austin 1993
- Logemann J.A.: *Dysphagia: Evaluation and Treatment*. *Folia Phoniatica et Logopaedica*. 1995; 47:140 – 164
- Lundy DS, Smith C, Colangelo L, Sullivan PA, Logemann JA, Lazarus CL, Newman LA, Murry T, Lombard L, Gaziano J. Aspiration: Cause and implications. *Otolaryngology-Head and Neck Surgery* 1999 Apr;120 (4): 474-478
- Mari F, Matei M, Ceravolo MG, Pisani A, Montesi A, Provinciali L. Predictive value of clinical indices in detecting aspiration in patients with neurological disorders. *Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry* 1997; 63: 456-460
- Martino R, Pron G, Diamant N. Screening for Oropharyngeal Dysphagia in Stroke: Insufficient Evidence for Guidelines. *Dysphagia* 2000; 15(1): 19-30
- McCullough GH, Wertz RT, Rosenbek JC. Sensitivity and specificity of clinical/bedside examination signs for detecting aspiration in adults subsequent to stroke. *Journal of Communication Disorders* Jan-Apr 2001; 34 (1-2): 55-72
- Pikus L, Levine MS, Yang YX, Rubesin SE, Katzka DA, Laufer I, Gefter WB. Videofluoroscopic studies of swallowing dysfunction and the relative risk of pneumonia. *American Journal of Roentgenology* Jun 2003; 180(6):1613 – 1616
- Pluschinski P, Blonder M. Die fiberendoskopische Evaluation des Schluckens, in Seidel S, Stanschus S (Hrsg.): *Dysphagie – Diagnostik und Therapie, Ein Kompendium*. Schulz Kirchner Verlag 2009, S. 111 - 126
- Prosiegel M. Neurologie von Schluckstörungen, in Prosiegel M. *Praxisleitfaden Dysphagie*. 1. Auflage Verlag Hygieneplan Bad Homburg 2002, S. 9 – 46
- Schröter-Morasch H, Bartolome G, Troppmann N, Ziegler W. Values and Limitations of Pharyngolaryngoscopy (Transnasal, Transoral) in Patients with Dysphagia. *Folia Phoniatica et Logopaedica* 1999; 51: 172-182
- Schröter-Morasch H. Medizinische Basisversorgung von Patienten mit Schluckstörungen-Trachealkanülen-Sondenernährung, in: Bartolome G, Schröter-Morasch H (Hrsg.). *Schluckstörungen, Diagnostik und Rehabilitation*. 3. Auflage, Urban & Fischer Verlag München 2006a, S. 211 – 244
- Schröter-Morasch H. Schluckstörungen bei Erkrankungen der oropharyngealen und laryngealen Strukturen, in: Bartolome G, Schröter-Morasch H (Hrsg.). *Schluckstörungen, Diagnostik und Rehabilitation*. 3. Auflage, Urban & Fischer Verlag München 2006b, S. 75 ff
- Schröter-Morasch H. Klinische Untersuchung des Oropharynx und Videoendoskopische Untersuchung der Schluckfunktion. in: Bartolome G, Schröter-Morasch H (Hrsg.). *Schluckstörungen, Diagnostik und Rehabilitation*. 3. Auflage, Urban & Fischer Verlag München 2006c, S. 173-208
- Splaingard ML, Hutchins B, Sulston LD, Chaudhuri G. Aspiration in rehabilitation patients: videofluoroscopy vs bedside clinical assesment. *Archives of physical medicine and rehabilitation*. 1988 Aug; 69(8): 637-640
- Wolf U. Sachverständigenrat fordert neue Rolle für Gesundheitsberufe. *Physioscience* 2008. Georg Thieme Verlag KG. Stuttgart. 2008; 4: 1-2
- Wood RL. The rehabilitation team. In: Greenwood RJ, Barnes MP, McMillan TM, Ward CD, eds. *Handbook of neurological rehabilitation*, 2nd ed. Howe: Psychology Press, 2003:41-50.

Internet:

- Prosiegel M. et al. Deutsche Gesellschaft für Neurotraumatologie und Klinische Neuropsychologie e.V.(DGNKN): Qualitätskriterien und Standards für die Diagnostik und Therapie von Patienten mit neurologischen Schluckstörungen/Neurogene Dysphagien – Leitlinien 2003 der DGNKN; [URL:http://www.dgnkn.de/](http://www.dgnkn.de/), zugegriffen 08/2008

....noch Fragen?

oliver.glassl@unimedizin-mainz.de

