

Inhalt

Einleitung	S.3
1. Anamnese	S.6
2. Deskriptive Beobachtungen	S.12
2.1 Kopf/Gesicht.....	S.12
2.2 Rumpf/Beine	S.13
2.3 Atmung	S.15
3. Orofaziale Beweglichkeit	S.16
4. Orofaziale Sensibilität	S.17
5. Mundinspektion.....	S.18
6. Reflexe	S.21
7. Beobachtung der Nahrungsaufnahme	S.25
7.1 Breiige Konsistenz	S.25
7.2 Nektarartige Konsistenz	S.34
7.3 Feste Konsistenz	S.36
7.4 Krümelige Konsistenz.....	S.38
Kau-Schluck-Status	S.40
Stufenweiser Kostaufbau.....	S.42
Literatur.....	S.47
Tipps und Tricks für Angehörige	S.48
Erste Hilfe beim Verschlucken	S.49

Einleitung

„Der neue Patient soll nach Aktenlage eine Schluckstörung haben, schau doch bitte mal drauf!“

Die Erwartungen an mich als Sprach- und Schlucktherapeuten sind nicht treffender zu formulieren als in dieser alltäglichen Aussage. Im alltäglichen Geschehen soll der behandelnde Therapeut mit den bescheidenen Mitteln, die ihm zur Verfügung stehen, für die Betroffenen lebenswichtige Entscheidungen treffen. Die Verantwortung, die er dabei trägt, ist augenscheinlich sehr hoch. Neben dem Pflegepersonal und den Angehörigen sind es die Schlucktherapeuten, die sich erstmals bewusst auf das Phänomen „Schluckakt“ konzentrieren. Jede Untersucherin¹ hat vermutlich ihr ganz eigenes System zur Ermittlung der Kau- und Schluckfähigkeit. Veröffentlicht sind einige Anregungen, die meines Erachtens für den täglichen Gebrauch zu ausführlich sind oder das Ausmaß einer Störung des Schluckablaufes zu ungenau beschreiben, also eher als ein Screening anzusehen sind.

Immer wieder stieß ich bei meiner Arbeit an rein logistische Grenzen. Die Zeit, die in der täglichen Praxis für einen verlässlichen Befund bleibt, liegt zwischen 30 und 45 Minuten. So erarbeitete ich das Rohmodell des „Kölner Befundsystems für Schluckstörungen“. Dieses Rohmodell, das ich vor gut 4 Jahren entwickelte, habe ich im Laufe der Zeit immer wieder optimiert, modifiziert und zeitlich begrenzt, bis ich die aktuelle Fassung für „reif“ hielt, sie zu veröffentlichen.

A. Welche Erwartungen sollte man an ein klinisches Befundsystem stellen?

Mit einem klinischen Befundsystem soll in möglichst kurzer Zeit direkt vor Ort ein nachprüfbarer Überblick über alle Modalitäten des Schluckvorgangs geschaffen werden. Daneben besteht die Möglichkeit, den klinischen Verdacht einer Störung der Kau- und Schluckfunktion zu ermitteln und eine potentielle Aspirationsgefahr durch erweiterte Diagnostik abklären zu lassen. Eine Aspiration (Einatmen von Fremdsubstanzen) ist vor Ort klinisch nicht feststellbar!

Bei genauer Betrachtung dieser Definition heißt das folgendes:

- | | |
|--|--|
| „...in möglichst kurzer Zeit...“ | = das sollte im Rahmen einer Therapieeinheit von max. 45 Minuten geschehen. |
| „...einen überschaubaren Überblick“ | = das, was ich sehen und fühlen kann, werde ich auch überprüfen. |
| „...alle Modalitäten...“ | = Kommunikation, Kognition, Haltung, Atmung, orofaziale Beweglichkeit und Sensibilität, Mundinspektion, Reflexe, Beobachtungen während der Nahrungsaufnahme (breiig, flüssig, fest und krümelig). |
| „...klinischer Verdacht...“ | = es gibt augenscheinlich Hinweise auf eine Störung der Kau- und Schluckfunktion, es fehlen wichtige Schutzmechanismen oder es kommt beim Verspeisen oder Trinken von Nahrung zu Abwehrmechanismen, die in ihrer Intensität vermindert sind. |

¹ Der Einfachheit halber wird für die Untersucherin die feminine, für den Betroffenen die maskuline Form verwendet; selbstverständlich sind jeweils beide Geschlechter gemeint.

Jeder Versuch, eine Aspiration vor Ort klinisch zu ermitteln, scheitert an mangelnder Einsicht in oropharyngeale Strukturen und Abläufe. Diese ist nur durch erweiterte apparative Diagnostik (z. B. durch Fieberoptische Endoskopische Evaluation des Schluckaktes – FEES oder durch Videofluoroskopie) möglich.

Von daher sind der klinischen Befundaufnahme scharfe Grenzen gesetzt, die auch bei großer praktischer Erfahrung existieren.

Zielgruppe des „Kölner Befundsystems für Schluckstörungen“ sind alle Berufsgruppen, die sich mit der Diagnose von neurogenen Schluckstörungen befassen: Sprach-, Sprech- und Schlucktherapeuten, Ergotherapeuten, Physiotherapeuten, Pflegepersonal und Ärzte.

B. Die Grenzen des „Kölner Befundsystems für Schluckstörungen“

Das „Kölner Befundsystem für Schluckstörungen“ (im Folgenden Kö.Be.S. geschrieben) stellt nur **eine** Möglichkeit der klinischen Befundaufnahme dar. Es ist geeignet für den täglichen klinischen Bedarf, für die ambulante Versorgung vor Ort oder im alltäglichen Praxisgeschehen. Patienten im Wachkoma und bewusstlose Patienten können zwar mit dem Kö.Be.S. erfasst werden, sind aber nicht dessen Ziel-Klientel.

Das Kö.Be.S. wurde konzipiert für Patienten mit neurogenen Erkrankungen (Apoplex, Idiopathisches Parkinson Syndrom, Amyotrophe Lateralsklerose, Multiple Sklerose, Myasthenia Gravis, Kau- und Schluckdyspraxie bei Demenz etc.).

Das Kö.Be.S. ist ein rein deskriptives Befundsystem. Festgestellte Defizite werden erfasst, führen jedoch am Ende zu einer Auflistung von Störungsmerkmalen, nicht aber zu einer einheitlichen Diagnose.

Patienten mit Trachealkanülen werden zwar erfasst, auf die genauen Modalitäten der Kanülenversorgung geht das Kö.Be.S. jedoch nicht ein.

Letztlich werden auch Patienten mit Tumorerkrankungen nur unzureichend bis gar nicht erfasst. Entsprechend angepasste Befundsysteme stellen noch ein Desiderat dar und sollen in Zukunft als Modifikationen des Kö.Be.S. erscheinen.

C. Zur Nutzung des Handbuches

Dieses Handbuch ist so konzipiert, dass sich die Untersucherin mit dem Kö.Be.S. durch die klinische Diagnostik bewegt.

Im ersten Teil des Handbuches werden die verschiedenen Untersuchungsmodalitäten erläutert. Die Untersucherin erfährt im Kö.Be.S., was sie untersuchen muss. Im Anschluss daran werden die Befundergebnisse interpretiert. Hierbei fließen immer wieder Erfahrungen aus der alltäglichen Praxis mit ein. Darauf aufbauend werden therapeutische Strategien vorgeschlagen, die zur Therapieplanung sinnvoll erscheinen, jedoch keinen Anspruch auf Vollständigkeit erheben.

Die Überprüfung der Nahrungsaufnahme ist so aufgebaut, dass die unerfahrene Untersucherin Schritt für Schritt vorgehen kann. Die im Kö.Be.S. angehängten Überprüfungsbögen helfen der Untersucherin, sich bei der Befundaufnahme zu orientieren, zeigen auf, was bei der Aufnahme der jeweiligen Konsistenzen besonders zu beachten ist.

Im Anhang befinden sich Kopiervorlagen für Therapeuten, Patienten und Angehörige. Darin wird noch einmal für Laien erörtert, wie man sich bei der Essensbegleitung verhält, welche Lebensmittel für die **5 Stufen** des Kostaufbaus geeignet und welche ungeeignet sind.

Zur Verlaufsdokumentation in der Dysphagietherapie hat sich in der Praxis der **KAU-SCHLUCK-STATUS**, eine zehnstufige Ratingskala, bewährt. Ein Exemplar für die Patientenakte und eine kommentierte Auflistung der verschiedenen Werte der Skala sind im Anhang zu finden.

Am Ende wird erläutert, wie man sich im **Notfall** (also bei einem verlegten Atemweg) zu verhalten hat.