

# Die Berliner Schlucksprechstunde

Ricki Nusser-Müller-Busch, Rainer O. Seidl

## Zusammenfassung

**Interdisziplinäre Diagnostik und Therapie sind heute als notwendiger Standard im Umgang mit Schluckstörungen anzusehen. Schnittpunkte sind dabei Therapie- und Rehabilitationseinrichtungen. In Berlin wurde eine interdisziplinäre Schlucksprechstunde für die Verzahnung von ambulanten und stationären Einrichtungen geschaffen. Die Strukturen dieses Kompetenzzentrums werden erläutert, Ergebnisse einer ersten wissenschaftlichen Aufarbeitung der erhobenen Daten vorgestellt. Besonderes Augenmerk wird auf die positiven gesundheitspolitischen Impulse durch ein Kompetenznetzwerk gerichtet.**

**Schlüsselwörter:** Dysphagie – Berliner Dysphagie Index – BDI – Interdisziplinär – Kompetenzzentrum – F.O.T.T.™

Noch immer gibt es zu wenige Kompetenzzentren, an die sich Patienten mit Schluckstörungen wenden können. Die Autoren stellen in diesem Beitrag ihr Vorgehen im Rahmen der Berliner Schlucksprechstunde, die Beurteilung der endoskopischen Schluckuntersuchung mit dem Berliner Dysphagie Index und erste Untersuchungsergebnisse vor.

## Die Schlucksprechstunde

Seit ihrer Einrichtung im Jahre 1999 wurden im Unfallkrankenhaus Berlin (ukb) ca. 600 Patienten (ambulant 61 %, stationär 39 %) in der wöchentlich stattfindenden Schlucksprechstunde untersucht und beraten. Die Sprechstunde wird interdisziplinär durch den leitenden Oberarzt der HNO-Klinik und eine Logopädin der Abteilung für physikalische Therapie und Rehabilitation

durchgeführt.

**Ambulante Patienten** werden durch niedergelassene HNO-Ärzte und die ukb-Rettungsstelle überwiesen oder konsiliarisch aus anderen Krankenhäusern, Reha-Kliniken und Langzeiteinrichtungen vorgestellt.

Die Patienten und ihre Begleitpersonen (Angehörige, Lebenspartner, Therapeuten, Pflegenden) füllen vor Beginn der Untersuchung einen Anamnesebogen aus, in dem u.a. bisherige Erkrankungen, Operationen, Medikamenteneinnahme, Beginn der Schluckstörung, Art und Lokalisation der Beschwerden, Art und Konsistenz der Ernährung und Dauer der Mahlzeiten erfragt werden. In einem Selbsteinschätzungsbogen sollen auf einer linearen Skala die Schwierigkeiten mit den verschiedenen Konsistenzen und eine Bewertung der Einschränkung der Lebensqualität durch die Schluckstörung angegeben werden. Diese Angaben und die vom Patienten



### Ricki Nusser-Müller-Busch

ist seit 1998 leitende Logopädin am Unfallkrankenhaus Berlin und hat dort die Abteilung und die interdisziplinäre Schlucksprechstunde mit Oberarzt Dr. Seidl mit aufgebaut. Die Instruktorin für Facio-Orale Trakt Therapie (F.O.T.T.™) und Mitinitiatorin der AG Schluckstörungen

Berlin-Brandenburg leistet umfangreiche Vortrags-, Dozententätigkeit im In- und Ausland. Derzeitige Forschungsschwerpunkte sind: Schluckstörungen, Trachealkanülenmanagement bei Patienten in der Intensiv-, neurologischen Frührehabilitationsphase und bei Patienten mit Verletzungen im Halsmarkbereich. Sie ist Herausgeberin und Co-Autorin des demnächst im Springer-Verlag erscheinenden Buchs „Die Therapie des Facio-Oralen Trakts“.



### Dr. med. Rainer O. Seidl

ist Stellvertretender Klinikdirektor der Klinik für Hals-Nasen-Ohrenkrankheiten an dem 1997 neu gegründeten Unfallkrankenhaus Berlin (Direktor: Prof. Dr. med. A. Ernst). Seine Arbeitsschwerpunkte sind die plastisch-rekonstruktive Chirurgie nach Unfällen und Tumoroperation sowie die ästhetische Chirurgie.

Nach Mitbegründung der Berliner Schlucksprechstunde setzte er sich wissenschaftlich mit dem Thema Schluckstörungen auseinander und beteiligte sich an der Gründung der Arbeitsgemeinschaft Schluckstörungen Berlin-Brandenburg. Er ist Autor mehrerer Fachbücher sowie Veranstalter nationaler und internationaler Fortbildungsveranstaltungen.

mitgebrachten Vorbefunde ergeben in den meisten Fällen schon einen Hinweis auf die Art und Schwere der Schluckstörung.

**Stationäre Patienten** werden nach einer logopädischen Eingangsuntersuchung aus den verschiedenen Kliniken des Hauses konsiliarisch vorgestellt. Diese Vorstellung erfolgt nur bei Bedarf, z.B. wenn durch

die klinische Untersuchung der zugrunde liegende Pathomechanismus der Störung nicht ausreichend erklärt werden kann, eine mögliche Aspirationsgefährdung des Patienten oder – bei Vorliegen einer Trachealkanüle – das Management (Umstellung von geblockter auf ungeblockte oder Sprechkanüle, etc.) beurteilt werden müssen. Die Patienten kommen u.a. aus den Kliniken Neurologie mit Frührehabilitation und Stroke Unit, Neurochirurgie, der HNO-Heilkunde, der Unfall- und der Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie (MKG), der Inneren Medizin und den Zentren für Rückenmark- und Brandverletzte. Da das UKB ein Akutkrankenhaus ist, erfolgen auch Untersuchungen auf den Intensivstationen.

## Gemeinsame Untersuchung durch Arzt und Therapeuten

Nach Anamneseerhebung und klinischer Untersuchung folgt die endoskopische Schluckuntersuchung (Fiberoptic Endoscopic Evaluation of Swallowing FEES, *Langmore*, 2001). Die mit einem flexiblen Endoskop durchgeführte Schluckuntersuchung wird heute neben der Videofluoroskopie (VFC) als Standard in der Untersuchung von Schluckstörungen angesehen (*Kidder et al.*, 1994; *Langmore et al.*, 2001; *Logemann et al.*, 1999; *Murray*, 1999).

Die FEES hat den Vorteil, dass sie keine Strahlenbelastung für den Patienten bedeutet und sich daher zur Verlaufskontrolle einer Therapie eignet. Sie kann darüber hinaus auch bei Patienten, die in ihrer Vigilanz oder dem Allgemeinzustand schwer beeinträchtigt sind, durchgeführt werden. Dank einer mobilen Untersuchungseinheit kann die Untersuchung auch am Bett durchgeführt werden. Eine Videofluoroskopie wird am UKB aufgrund der Schwere der Verletzungsmuster und des Allgemeinzustandes der Patienten in frühen Stadien selten genutzt und im Therapieverlauf nur selten benötigt.

Die Untersuchung erfolgt immer gemeinsam durch den HNO-Arzt und eine Logopädin. Dadurch fließen mannigfaltige medizinische und therapeutische Aspekte und Erfahrungen in die Untersuchung und Beurteilung mit ein, die gemeinsam abzuwägen sind.

Patienten und Begleitpersonen können die Untersuchung an einem Bildschirm mitverfolgen. Die Strukturen, Bewegungen

und erkennbaren Abweichungen werden durch die Untersucher erläutert. In einem anschließenden Gespräch werden Fragen beantwortet, Therapieempfehlungen formuliert und mit den Anwesenden auf ihre Durchführbarkeit überprüft.

Immer wieder ist festzustellen, dass die Möglichkeit der Wiedervorstellung die Patienten, Angehörigen und TherapeutInnen gleichermaßen beruhigt. In der Regel veranlassen die behandelnden TherapeutInnen eine Wiedervorstellung, wenn Fragen im weiteren Therapieverlauf abzuklären sind. Der überweisende Arzt erhält im Anschluss einen Arztbrief. Mittlerweile besteht zusätzlich die Möglichkeit, dem Arzt und der Therapeutin die Videoaufnahme der Untersuchung auf einer CD-ROM mitzugeben.

## Die Beurteilung der endoskopischen Schluckuntersuchung: Der Berliner Dysphagie Index (BDI)

Die Durchführung der FEES ist hinreichend beschrieben (*Witte*, 1996; *Langmore*, 1988, 2001; *Murray* 1999). Die endoskopischen Untersuchungsergebnisse werden in einem standardisierten Protokoll festgehalten, in dem durch eine Indexierung der Befunde der Schweregrad ausgewiesen werden kann (*Seidl et al.*, 2002a). Dies ermöglicht einerseits eine Klassifikation des Schweregrades und bietet andererseits eine Vergleichs- und Dokumentationsmöglichkeit möglicher Fort- oder Rückschritte des Patienten im Rahmen von Verlaufskontrollen. Aus Teilergebnissen des Berliner Dysphagie

Indexes (BDI) können in Zusammenschau mit der klinischen Einschätzung vor Ort Therapieempfehlungen abgeleitet werden. Anhand der BDI-Therapieempfehlungen (siehe Tab. 1) kann ein individuell auf den Patienten abgestimmtes Trachealkanülenmanagement veranlasst werden, das bei diesen Patienten eine wichtige Säule im Rahmen der weiteren Therapie darstellt (*Seidl et al.* 2002b, 2003; *Sticher & Gratz*, 2003). Immer wieder werden auch Patienten überwiesen, bei denen nach längerer Kanülentragezeit Trachealstenosen aufgetreten sind, die operativ versorgt werden müssen.

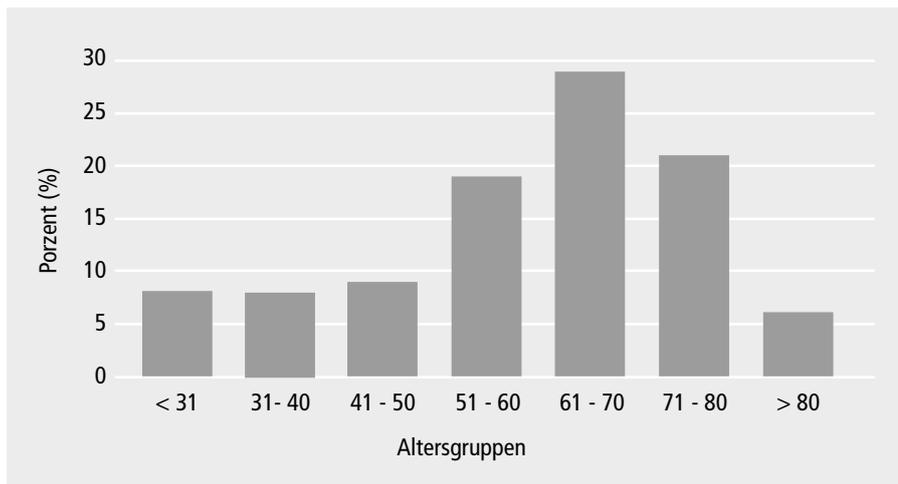
## Die Auswertung von Daten

Im Folgenden werden Ergebnisse aus einer Erhebung von 139 Patienten aus dem Zeitraum von 1999 -2002 vorgestellt, von denen 18 % mehrmals untersucht wurden. Der Altersdurchschnitt der Patienten lag bei 61 Jahren, 63 % der Untersuchten waren männlichen, 37 % weiblichen Geschlechts, 5 % Prozent der Untersuchten waren unter 10 Jahre alt ( Abb. 1, nächste Seite). Die Diagnosegruppen der Schluckstörungen finden sich in Abb. 2.

► **Neurogene Ursachen** für die Schluckstörung fanden sich mit 72 % der Fälle am häufigsten. Es handelte sich um Patienten, die sich entweder in der Akutphase ihrer Erkrankung befanden oder nach stattgehabtem Rehabilitationsaufenthalt vorgestellt wurden. Bei letzterer Patientengruppe ist immer wieder festzustellen, dass die – stetig kürzer werdenden – Rehabilitati-

Tab. 1: BDI-Therapieempfehlungen

Score	Bedeutung	Therapie
0	Normale Funktion	Keine Therapie notwendig, vorhandene Trachealkanüle kann entfernt werden
≤ 3	Mäßige eingeschränkte Funktion	Ggf. Therapie
4-5	Hustenreflex vollständig, Schluckpassage vollständig	Therapie notwendig, Sprechkanüle ohne Blockung möglich, Indikation für enterale Ernährung prüfen
6-7	Hustenreflex vollständig, Schluckpassage unvollständig	Therapie notwendig, Tracheotomie angedenkt, vorhandene Trachealkanüle kann ggf. zeitweilig entblockt werden, enterale Ernährung notwendig
≥ 8	Fehlender Hustenreflex, stark eingeschränkte Schluckpassage	Therapie notwendig, Tracheotomie notwendig, Kanüle muss entblockt werden, enterale Ernährung notwendig



onsaufenthalte oft nicht ausreichen, die Schluckstörung soweit zu bessern, dass eine befriedigende orale Ernährung möglich wird und eine Trachealkanüle entfernt werden kann.

► **Strukturelle und raumfordernde Ursachen im Schlucktrakt** traten bei 23 % der Patienten auf. Dabei handelte es sich in 19 % um stationäre oder ambulante HNO-/MKG-Patienten, bei denen eine Schluckbehinderung vorlag und in der Untersuchung ein Tumor o.Ä. diagnostiziert wurde oder die Indikationen für eine orale Ernährung bzw. für spezifische Therapieverfahren nach Tumorresektionen gestellt werden sollten. Nach Operationen an der HWS bei Rückenmarkverletzten (RMV, z.B. Stabilisierungen nach Frakturen) kam es trauma- oder operationsbedingt bei 4 % unserer Patienten zu Schluckstörungen.

► **Erkrankungen des gastro-ösophagealen Traktes** waren in vielen Fällen bereits anamnestisch durch ein Globusgefühl, Sodbrennen, Aufstoßen von Magensaft zu erkennen. Endoskopisch sind dabei häufig Entzündungen in der Postkrikoid-Region nachzuweisen. Zur Sicherung der Diagnose und vor einer medikamentösen Therapie werden die Patienten zum Gastro-Enterologen überwiesen. Weitere diagnostische Maßnahmen sind die 24-h-ph-Metrie, die Manometrie und Gastroskopie. Bei Verdacht auf Stenosen oder Aussackungen (Divertikel) im pharyngo-ösophagealen Raum oder nicht suffizienten Ösophagustransportbewegungen ist eine Videofluoroskopie notwendig.

► **Seltene Fälle von Schluckstörungen** fanden sich bei Schwellungen der Aryknorpel nach Intubationen einer Magensonde oder bei Patienten, bei denen der Verdacht

auf eine psychogene Schluckstörung geäußert werden musste. Oft kann dabei der ursächliche Charakter der Erkrankung (z.B. eine Angststörung) vom Patienten nicht erkannt werden und die Beschwerden werden von ihm in kausalen Zusammenhang mit einem Ereignis, wie z.B. eine schwere Laryngitis, gestellt. Diese Patienten werden nach der Untersuchung und einem Gespräch an einen Psychiater überwiesen.

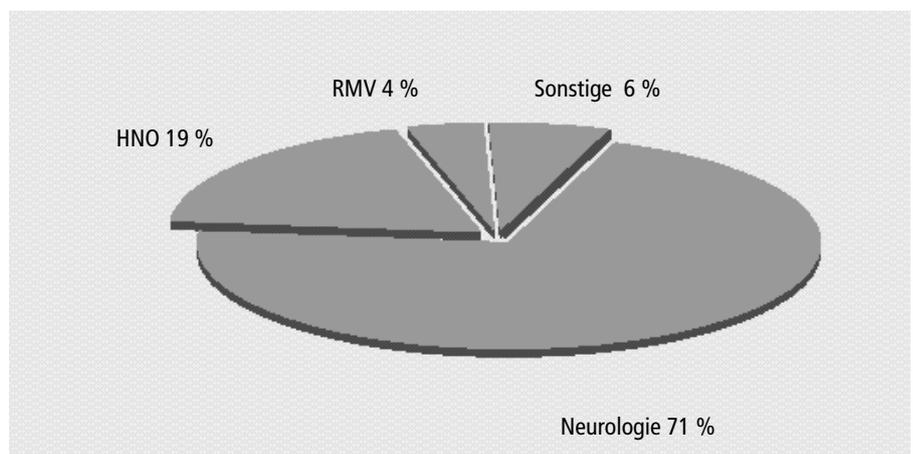
41 % der untersuchten Patienten ernährten sich oral. 53 % der Patienten wurden mit einer PEG (perkutane endoskopische Gastrostomie), 5 % mit einer nasogastralen Sonde und 1 % parenteral ernährt. Nahezu die Hälfte (45 %) aller Patienten im untersuchten Zeitraum stellten sich mit einer Trachealkanüle vor (27 % eine geblockte, 4 % eine ungeblockte Kanüle und 14 % eine Sprechkanüle mit Fensterung). 54 % der Patienten hatten bis zum Zeitpunkt der Untersuchung keine konservative Therapie erhalten, 34 % erhielten Facio-Orale Trakt Therapie (F.O.T.T.<sup>TM</sup>) und 12 % funktionelle Therapie.

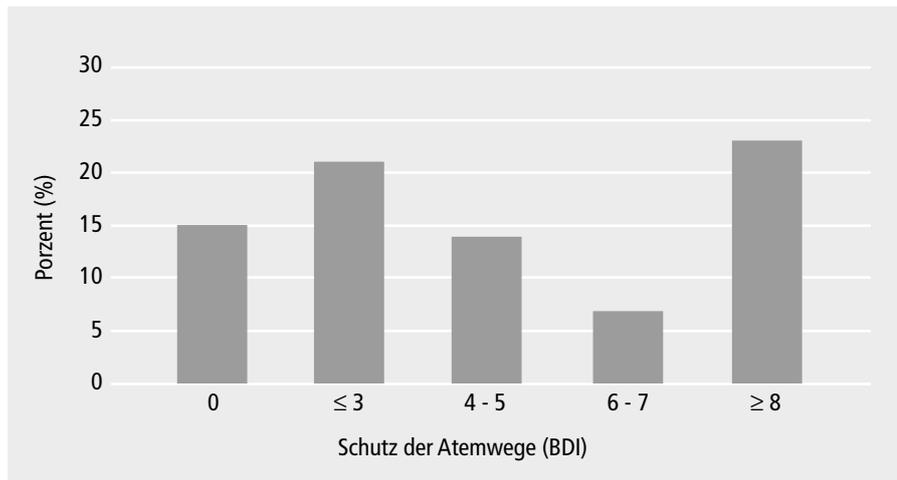
Die hohen Prozentsätze von künstlichen Ernährungsformen und Tracheostomie weisen darauf hin, dass in erster Linie schwer betroffene Patienten für eine Untersuchung vorgestellt werden. So ist aus der geplanten Schlucksprechstunde im Laufe der Zeit eine „Schluck- und Trachealkanülsprechstunde“ geworden (siehe Abb. 3).

## Qualitätssicherung in der Therapie

Neun Patienten eines Modellprojekts für Langzeitpatienten im Wachkoma wurden seit Mitte 2001 mit der Fragestellung „Veränderungen des Trachealkanülenstatus“ in der interdisziplinären Schlucksprechstunde von ihrem Team vorgestellt und werden seither konsiliarisch mitbetreut. Die behandelnden Ergotherapeutinnen begleiten und betreuen die Patienten während der endoskopischen Schluckuntersuchung und können anschließend ihre Fragen bezüglich Befund, Therapie und des weiteren Vorgehens mit dem Untersucherteam besprechen.

Im Zeitraum eines Jahres konnte durch das gemeinsam festgelegte Vorgehen bisher bei fünf dieser Patienten die Kanüle entfernt und das Tracheostoma verschlossen werden. Ein Patient erhielt auf dem Weg zur Dekanülierung eine gefensterete Sprechkanüle. Eine Patientin mit Trachealstenose ist derzeit mit einer speziellen Kanüle versorgt, in einigen Wochen wird die OP-Indikation erneut geprüft. Zwei Patienten müssen weiterhin wegen einer Aspiration mit einer geblockten Trachealkanüle versorgt bleiben. Die Kanülen werden in der Therapie entblockt und mit einem Sprechaufsatz versehen.





Zum jetzigen Zeitpunkt kann resümiert werden, dass der Pflegeaufwand bei den dekanülierten Patienten verringert werden konnte. Allein die Kosten für die Pflege- und Hilfsmittel zur Versorgung eines Patienten mit einer Trachealkanüle, die sich auf ca. 98 € pro Woche (392 € /Monat, 4 704 € /Jahr) belaufen, sind eingespart worden. Zusätzlich kann von einer Verbesserung der Lebensqualität für die fünf dekanülierten Patienten ausgegangen werden, da die Prozeduren des Absaugens und Trachealkanülenwechsels entfallen.

## Fazit und Ausblick

Der Mangel an Zentren zur Betreuung von schluckgestörten Patienten macht eine Intensivierung der Zusammenarbeit von verschiedenen Berufsgruppen und eine offene Zusammenarbeit zwischen klinischen und ambulanten Strukturen notwendig. Die geschilderten Erfahrungen in der Berliner Schlucksprechstunde sollen zur interdisziplinären Arbeit anregen und ermutigen! In einem Folgeartikel werden die Autoren anhand einer Patientenfalldarstellung das in diesem Artikel beschriebene Trachealkanülenmanagement vorstellen.

Kidder, T.; Langmore, S.E.; Martin, B.J. (1994). Indications and techniques of endoscopy in evaluation of cervical dysphagia: comparison with radiographic techniques. *Dysphagia* 9, 1256-261

Langmore, S.; Schatz, K.; Olson, N. (1988). Fiberoptic endoscopic evaluation of swallowing safety: a new procedure. *Dysphagia* 2,216-219

Langmore, S.E. (2001). *Endoscopic Evaluation and Treatment of Swallowing Disorders*. New York, Stuttgart: Thieme

Logemann, J.A.; Rademaker, A.W.; Pauloski, B.R.; Ohmae, Y.; Kahrilas, P.J. (1999). Interobserver agreement on normal swallowing physiology as viewed by video-endoscopy. *Folia Phoniatri Logop* 51, 91-98

Murray, J. (1999). The Laryngoscopic Evaluation of Swallowing or FEES. In: Murray, J. (Hrsg.). *Manual of Dysphagia Assessment in Adults* (153-190). San Diego, London: Singular Publishing Group

Seidl, R.O.; Nusser-Müller-Busch, R.; Ernst, A. (2002a). Evaluation eines Untersuchungsbogens zur endoskopischen Schluckuntersuchung. *Sprache Stimme Gehör* 26, 28-36

Seidl, R.O.; Nusser-Müller-Busch, R.; Ernst, A. (2002b). Der Einfluss von Trachealkanülen auf die Schluckfrequenz bei neurogenen Schluckstörungen. *Neurologie & Rehabilitation* 6,122-125

Seidl, R.O.; Nusser-Müller-Busch, R. (im Druck). Die Trachealkanüle: Segen und Fluch. In: Nusser-Müller-Busch, R. (Hrsg.). *Die Therapie des Facio-Oralen Trakts*. Heidelberg: Springer

Sticher, H.; Gratz, C. (im Druck). Trachealkanülen-

## Summary

Interdisciplinary diagnostics and therapy is standard in dysphagia. Intersection points are therapy and rehabilitation facilities in most cases. An interdisciplinary swallowing consultation was created for outpatients and stationary facilities in Berlin. We explain the structures of this competence center, and describe first scientific data. Special attention is turned towards the positive health political impulses by a competence network.

KEY WORDS: Dysphagia – Berlin Dysphagia Index – BDI – Interdisciplinary – Competence Center – F.O.T.T.™

Management in der F.O.T.T. - Der Weg zurück zur Physiologie. In: Nusser-Müller-Busch, R. (Hrsg.). *Die Therapie des Facio-Oralen Trakts*. Heidelberg: Springer.

Witte, U. (1996). Die fiberoptische endoskopische Untersuchung des Schluckens. *Forum Logopädie* 4,13-16

## Korrespondenzanschrift

Ricki Nusser-Müller-Busch  
Abt. für physikalische Therapie und Rehabilitation  
(Leitung Logopädie: R. Nusser-Müller-Busch)  
Unfallkrankenhaus Berlin  
Warener Straße 7  
12683 Berlin  
[Ricki.Mueller-Busch@ukb.de](mailto:Ricki.Mueller-Busch@ukb.de)