
Sönke Stanschus (Hg.)

Rehabilitation von Dysphagien

Reihe DysphagieForum
Band 2

Sönke Stanschus (Hg.)

Rehabilitation von Dysphagien



Das Gesundheitsforum

Schulz-
Kirchner
Verlag

Bibliografische Information Der Deutschen Bibliothek

Die Deutsche Bibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.ddb.de> abrufbar.

1. Auflage 2006

ISBN 978-3-8248-0351-4

Fachlektorat: Prof. Dr. Jürgen Tesak

Lektorat: Doris Zimmermann

Layout: Susanne Koch

Fotos: Archiv Schulz-Kirchner Verlag

Alle Rechte vorbehalten

© Schulz-Kirchner Verlag GmbH, Idstein 2006

Druck und Bindung: Rosch-Buch Druckerei GmbH, Scheßlitz

Printed in Germany

Die Informationen in diesem Buch sind von den VerfasserInnen und dem Verlag sorgfältig erwogen und geprüft, dennoch kann eine Garantie nicht übernommen werden. Eine Haftung der VerfasserInnen bzw. des Verlages und seiner Beauftragten für Personen-, Sach- und Vermögensschäden ist ausgeschlossen.

Besuchen Sie uns im Internet: www.schulz-kirchner.de

Inhalt

Vorwort	9
----------------	---

John C. Rosenbek · Neila J. Donovan

Assessment der Behandlungsqualität und der Lebensqualität als Teil eines Repertoires der Ergebnismessung bei Erwachsenen mit erworbenen Dysphagien	11
Vorwort	11
Einleitung	11
Editorial	22
Anhang 1 (Original)	23
Anhang 2 (Original)	24
Anhang 3 SWAL-CARE (dt. Fassung)	26
Anhang 4 SWAL-QOL (dt. Fassung)	29
Anhang 5 PEG-CARE (dt. Fassung)	37
Anhang 6 PEG-QOL (dt. Fassung)	40
Literatur	46

Hans Bogaardt

Entwicklung eines multidisziplinären Protokolls für das Management von Dysphagien bei chronisch kranken Patienten	49
Einleitung	49
Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit	49
Ein kritischer Blick auf die Dysphagieforschung und das ICF-Modell	53
Ein kritischer Blick auf die Schlucktherapie und das ICF-Modell	54
Dysphagie und Management in Pflegeheimen	55
Multidisziplinärer Ansatz zum Dysphagiemanagement	56
Multidisziplinäre Protokolle für das Management von Dysphagien	57
Literatur	60

Joseph Murray

Entscheidungsfindung im Dysphagiemanagement	61
Einleitung	61
Standards im Dysphagiemanagement	64
Ein Algorithmus für die klinische Entscheidungsfindung	66
Entgegennahme der Verordnung / Durchsicht der Krankengeschichte / Anamnesegespräch	67
Klinische Schluckuntersuchung	69
Instrumentelle Untersuchung	72
Empfehlungen	73
Behandlung	74
Schlussfolgerungen	75
Literatur	78

Petra Pluschinski

Die Videoendoskopie als Biofeedback-Verfahren in der Rehabilitation geriatrischer Dysphagiker	83
Die Videoendoskopie als Biofeedback-Verfahren	85
Ergebnisse	87
Schlussfolgerung	90
Literatur	91

Petra Dünger · Harald Masur

Dysphagie und Stimmqualität: Sind Aspirationen durch akustische und elektroglottographische Messungen nachweisbar?	93
Einleitung	93
Methode	94
Datenanalyse	94
Videofluoroskopie	96
Diskussion	98
Dank	98
Literatur	99

Nicole Büßelberg · Harma Witscher-Hoving · Sönke Stanschus

Dysphagietherapie mittels Oberflächen-EMG Biofeedback (sEMG) nach Dissektion eines Glomustumors anhand von zwei Falldarstellungen	101
Glomustumore im Bereich von Hals und Schädelbasis	102
Patienten	103
Methode	104
Therapieindikation	105
Ergebnisse der Untersuchungen	109
Beurteilung	112
Zusammenfassung	113
Literatur	116

John C. Rosenbek · Harrison Jones

Sensorische Behandlung oro-pharyngealer Dysphagien bei Erwachsenen	121
Einleitung	121
Taktil-thermale Applikation	122
Boluscharakteristik	125
Elektrostimulation	128
Andere sensorische Behandlungen	131
Schlussfolgerungen	132
Literatur	133

Maggie Lee Huckabee · Bronwen Kelly

Rehabilitationsmodelle im Management von Dysphagien: Kasuistiken zur Schluckapraxie und zur Spastischen Dysphagie	137
Einleitung	137
Modelle der neuromuskulären Kontrolle: Anwendung auf die Rehabilitation von Dysphagien	139
Fangen wir mit einem Dreierpack an: Hypofunktion, Hyperfunktion und Dyskoordination	140
Hypofunktion oder „schlafte Dysphagie“	141
Fallbeschreibung	142
Diagnose	145
Dyskoordination oder „Schluckapraxie“	148
Fallbeschreibungen	150
Diagnose	153

Empfohlenes Vorgehen	154
Hyperfunktion oder „Spastische Dysphagie“	156
Fallbeschreibungen	158
Schlussbemerkung	168
Literatur	169

Die Autorinnen und Autoren	172
-----------------------------------	-----

Vorwort

Die Reihe „**DYSPHAGIEFORUM**“ beleuchtet in loser Folge Themen auf dem Gebiet der Klinischen Dysphagiologie.

Der zweite Band beschäftigt sich mit Aspekten zur Rehabilitation von Dysphagien. Die in diesem Band vorgestellten Texte basieren auf Vorträgen und Seminaren der Sprecher des 3. Karlsbader Dysphagie Forums, das vom 24.04. – 26.04.2003 vom Karlsbader Schluckzentrum am SRH Klinikum Karlsbad-Langensteinbach (KKL) veranstaltet wurde.

Die Rehabilitation von Schluckstörungen setzt den Einsatz ausgewählter Behandlungsverfahren voraus. Rehabilitationsprogramme sollten evidenzbasiert sein und damit die Wirkungsökonomie von Behandlungsverfahren beachten. Klinisch-wissenschaftliche Betrachtungen sollten Überlegungen über Nebenwirkungen, Patient compliance, Verfügbarkeit von Ressourcen, Kombinerbarkeit bzw. Kontraindikation von Verfahren, die Dauer und Dosis von Anwendungen und die Definition lebensqualitätsorientierter Therapieziele einschließen.

Um weitere Entwicklungen anzustoßen, ist es auch notwendig, einen freien Diskurs über Ziele, Strategien und mögliche Behandlungstaktiken zu pflegen, um so Wege für zukünftige Schritte auf dem Gebiet der klinischen Diagnostik- und Therapieforschung auszukundschaften, während man dabei das oberste Ziel, die Verbesserung der klinischen Versorgung unserer Patienten im Auge behält.

In diesem Geist haben sich die Redner des 3. Karlsbader Dysphagie Forums in diesem Band versammelt, um ihren Gedanken nun auch in geschriebener Form Ausdruck zu geben. Als Herausgeber der Reihe „**DYSPHAGIEFORUM**“ möchte ich mich dafür bei allen Autoren dieses Bandes sehr herzlich bedanken.

Die deutsche Übersetzung der englischsprachigen Originalmanuskripte verfolgt das Ziel, durch die Senkung der sprachlichen Hürde neugierig zu machen auf den weltweiten Fluss von Meinungen und Informationen und über die Freude daran, Berührungängste vor englischsprachig geführten Diskussionen überwinden zu lernen.

Die Produktion dieses Bandes sowie die Durchführung der Tagung wäre nicht ohne die erhebliche Unterstützung vieler Personen zustande gekommen.

Stellvertretend für viele andere, die hier aus Platzgründen ungenannt bleiben müssen, möchte ich an dieser Stelle folgende Personen namentlich hervorheben und ihnen danken:

Alida Zuidhof, die wesentlich an der Organisation und Durchführung der Tagung beteiligt war.

Andreas Farr, der immer ein waches Auge auf das technische Equipment hatte.

Anne Awounou, Simone Streich und Tessy Kneifel, die als ehrenamtliches Assistententeam mit viel Einsatz und Können halfen, die Tagung auf Spur zu halten, und immer kompetente Ansprechpartnerinnen waren.

Dem Team meiner Abteilung für das große Engagement in allen Belangen und dem dazugehörigen „Spirit“ (in Reihenfolge der Zimmer in der Abteilung): Nicole Büßelberg, Judith Bledau-Greifendorf, Andreas Farr, Harma Witscher-Hoving, Corinna Ochmann, Susanne Hunke, Werner Kuhn, Anne Kohler, Christine Hagenbrock und Christina Aere.

Dr. med. Mario Prosiegel für das große Herz.

Doris Zimmermann, die als Lektorin des Schulz-Kirchner-Verlages über geheime Fähigkeiten verfügt, die es ihr erlauben, Fehlern die Tarnkappe wegzuzaubern.

Und meiner Frau Christine. Für so Vieles. Aber hierher gehört das nicht.

Assessment der Behandlungsqualität und der Lebensqualität als Teil eines Repertoires der Ergebnismessung bei Erwachsenen mit erworbenen Dysphagien*

John C. Rosenbek · Neila J. Donovan

Vorwort

Absicht dieses Kapitels ist es, zwei neue Messinstrumente für das Repertoire der Ergebnismessung bei Erwachsenen mit erworbenen Dysphagien vorzustellen: SWAL-CARE und SWAL-QOL. Bei SWAL-CARE und SWAL-QOL handelt es sich um die einzigen Messinstrumente, deren Reliabilität und Validität ausreichend robust ist, um sie als funktionelle Ergebnismessinstrumente bei Individuen mit Dysphagie empfehlen zu können. Ein zweites Ziel dieses Kapitels, das diskutiert werden soll, besteht darin, einen Überblick über Modelle der Ergebnisforschung zu vermitteln, um so den Kontext für unser Eintreten für ein Repertoire von Ergebnismessinstrumenten zu schaffen und unserer Forderung Nachdruck zu verleihen, den traditionell engen Blickwinkel auf eine Dysphagie als bloße Schädigung von Funktionen zu erweitern. Im Einzelnen werden wir darlegen, dass es sich bei Ergebnismessinstrumenten zur Behandlungsqualität und Lebensqualität einerseits um wichtige und notwendige Komponenten im Repertoire von Dysphagie-Assessment-Instrumenten handelt, und andererseits um wichtige therapeutische Ziele.

Einleitung

Die Vorteile eines Repertoires klinischer Messgrößen

In der klinischen Praxis beeinflussen die Qualifikation eines klinischen Sprachtherapeuten und dessen Untersuchungs- und Behandlungsphilosophie die Entscheidung, welche Assessment- und Behandlungsinstrumente er verwenden wird, und dies unabhängig von den Problemen, die sich ihm stellen werden. Im Rahmen der Dysphagierehabilitation werden klinische Sprach-

* Übersetzung: Sönke Stanschus

therapeuten, die sich dem biomechanischen Ansatz verschrieben haben, mit einer hohen Wahrscheinlichkeit eine standardisierte videofluoroskopische Schluckuntersuchung (VFS) und ergänzend einige Skalierungen in der Bed-side-Schluckuntersuchung, bei der Verlaufskontrolle und für die Messung von Behandlungsergebnissen einsetzen. Die gleichen klinischen Sprachtherapeuten werden behaupten, dass sich eine Verbesserung der biomechanischen Dynamik (Reduktion der Schädigung) unter der klinischen Behandlung eingestellt habe, die nun zu funktionellen Veränderungen außerhalb der Klinik geführt hätten. Diese Sichtweise macht es unwahrscheinlich, dass von diesen Sprachtherapeuten Verlaufskontrollen zu anderen Parametern, oder in anderen Umgebungen außerhalb der Klinik vorgeschlagen werden. Klinische Sprachtherapeuten mit einer rehabilitativ-wissenschaftlichen Perspektive werden es nicht bei einer biomechanischen Messung schlucktechnischer Aspekte belassen, sondern solche Messgrößen in ihr Repertoire aufnehmen, die eine Stichprobe zur Beeinträchtigung der Aktivitäten und zur Beeinträchtigung der Teilhabe nehmen. Hierbei handelt es sich sämtlich um Komponenten der „Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit“ (ICF, deutschsprachige Fassung; DIMDI, 2004; d. Hrsrg.). Andere Qualitätsindikatoren wie Versorgungsqualität oder Patientenzufriedenheit können ebenso Berücksichtigung finden. Darüber hinaus führt der breitere Ansatz des rehabilitativ-wissenschaftlich orientiert arbeitenden klinischen Sprachtherapeuten insofern zu einer Erweiterung der Behandlungsansätze, als dass sich über diese Perspektive Behandlungsziele etablieren lassen, die über rein biomechanische Ziele hinaus alle Komponenten der Beeinträchtigung anvisieren. Wir beginnen mit einem Überblick zu zwei konzeptuellen Modellen, der uns die Struktur für die Einbindung dieser erweiterten Evaluations- und Behandlungsperspektive, so wie wir sie sehen, schafft. In einem zweiten Schritt stellen wir dann den SWAL-CARE und den SWAL-QOL vor.

Klassifikation der Weltgesundheitsorganisation (WHO)

Konzeptuelle Modelle dienen dazu, theoretische Elemente oder Bereiche der Auswirkungen eines Zustandes wie der einer Dysphagie zu ordnen und zu kategorisieren, und zu versuchen, eine Beziehung zwischen diesen Elementen oder Bereichen zu definieren. Die besten Modelle führen in der Betrachtung hochkomplexer Fragen wie die zur Entwicklung und Selektion geeigneter Messgrößen von Behandlungseffekten eine Ordnung herbei. Des Weiteren erlaubt ein gutes Modell dem Forscher, Kliniker oder politischen Entscheidungsträger Zusammenhänge zwischen konzeptuellen Elementen zu verstehen, oder sogar zuvor unbekannte Zusammenhänge zu entdecken. Bei genauerer Betrachtungsweise sind Modelle wichtig, weil sie uns erlauben,

in einem Bereich Verhalten zu untersuchen, dessen Auswirkungen auf das Verhalten in einem anderen Bereich nicht vorhersagbar sind. Sie ermöglichen es zu zeigen, dass die Funktionsstörung in einem Bereich Funktionsstörungen in einem anderen Bereich oder mehreren anderen Bereichen in einer charakteristischen Weise vergrößern kann (Brandt & Pope, 1997).

Wir präsentieren zwei konzeptuelle Modelle und die dazugehörige Terminologie, die uns in der nachfolgenden Diskussion begleiten werden. Auch wenn sich unser Fokus in diesem Kapitel auf die Versorgungsqualität und die Lebensqualität beschränkt, so sind wir doch der Meinung, dass wir dadurch beim Leser nicht nur ein besseres Verständnis für unsere Sichtweise wecken, sondern auch verständlich machen, inwiefern sich dieses Vorgehen in ein breiteres Schema aller möglichen Messgrößen und Behandlungsansätze einpassen lässt. Bei dem ersten Modell handelt es sich um das in der Literatur am häufigsten zitierte Modell, die „Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit“ der Weltgesundheitsorganisation (World Health Organisation, WHO, 2001; ICF, deutschsprachige Fassung; DIMDI, 2004; im weiteren Text werden immer die in der deutschsprachigen Version des ICF vergleichbaren Formulierungen zitiert, um eine Vergleichbarkeit mit hiesigen deutschsprachigen Veröffentlichungen zu ermöglichen; die Zustimmung der Autoren für dieses Verfahren liegt vor; d. Hrsg.), oder um eine ihrer Vorgängerversionen, die „International Classification of Impairment, Disability, and Handicap“ (ICIDH; WHO, 1980) bzw. die „International Classification of Impairment, Disability, and Handicap-Revised“ (ICIDH-2; WHO, 2000).

Modelle der funktionalen Gesundheit und Modelle für die Ermittlung von Gesundheitsergebnissen

Die „Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit“ (ICF) der Weltgesundheitsorganisation ist die Vorgängerversion der „International Classification of Impairment, Disability, and Handicap“ (ICIDH) von 1980. Sie wurde von der 54. Vollversammlung der WHO im Mai 2001 verabschiedet. Die Verbesserung des bio-psycho-sozialen Designs ist einer der herausragenden Gründe, warum in den Rehabilitationswissenschaften das neue ICF-Modell seinen Vorgängern vorzuziehen ist. Die ICF berücksichtigt nun den gesamten Lebenshintergrund der Betroffenen und wurde so der Lebenswirklichkeit der Betroffenen besser angepasst. Die ICF integriert im Weiteren Aspekte des traditionellen medizinischen Modells wie auch Aspekte des neueren sozialen Modells der funktionalen Gesundheit und schafft so ein dynamisches und interaktives Bild einer „Person in ihrer Umwelt“ (DIMDI,

2004). Das ICF-Modell ist so ausgelegt, dass Gesundheitszustände mehr dynamisch und interaktiv, und weniger linear betrachtet werden (National Committee on Vital and Health Statistics Subcommittee on Populations (NCVHS), 2001). Ein weiterer Grund, die ICF zu übernehmen, hat mit der Terminologie zu tun. Einer der Einwände gegen das frühere ICIDH-Modell bestand in dem Vorwurf, dass Begriffe wie „gehandicapped“ oder „behindert“ eher zu einer Stigmatisierung von Menschen führe, die gerade dabei waren, ihre Selbstständigkeit nach einer Verletzung oder Erkrankung wiederzuerlangen, oder die sich mit dem Umgang mit chronischen Gesundheitsproblemen auseinander zu setzen hatten. In Anerkennung der negativen Konnotationen, die von dieser Terminologie ausgingen, wurde in der ICF die Begriffskombination „impairment“, „handicap“ und „disability“ durch die Begriffskombination „impairment“ (Schädigung), „activity limitation“ (Beeinträchtigung der Aktivität) und „participation restriction“ (Beeinträchtigung der Teilhabe) ersetzt. „Schädigung“ ist definiert als Auswirkung einer Krankheit oder Verletzung auf Köpersysteme oder Körperstrukturen. „Beeinträchtigung der Aktivität“ ist definiert als Schwierigkeit einer Person, eine Aktivität auszuführen, und als Folge der Schädigung zu verstehen. Mit „Beeinträchtigung der Teilhabe“ beschreibt man diejenigen Schwierigkeiten einer Person, die die Ausführung von Aktivitäten in realen Lebenssituationen einschränken. Die neue Berücksichtigung von Umweltfaktoren und personenbezogenen Faktoren im ICF-Modell trägt der Einsicht Rechnung, dass kontextuelle Faktoren den Gesundheitszustand einer Person positiv oder negativ beeinflussen können. Damit geht die ICF weit über eine bloße Kosmetik von Terminologie hinaus. Das ICF-Modell betont den Einfluss funktionaler Komponenten und deren komplexen bi-direktionalen Zusammenhänge, die gemeinsam mit einer Reihe ebenso komplexer extrinsischer und intrinsischer Faktoren das menschliche Verhalten beeinflussen. Die Rehabilitationsindustrie sieht sich nun in der Pflicht, operationale Kriterien und Messgrößen zu entwickeln, damit sich diese extrem komplexen Konzepte auch in Untersuchungen manifestieren. Der Diskussion, wie wir uns dieser Verantwortung mittels des Assessments der Versorgungsqualität und der Lebensqualität von Menschen mit Dysphagien stellen, schicken wir zunächst eine kurze Darstellung eines weiteren konzeptuellen Modells voraus, das uns für die Entwicklung eines Repertoires der Ergebnisforschung wichtig erscheint.

Relevante Ergebnismessgrößen außerhalb des ICF-Modells

Der Health Services Value Compass (HSVC; Batalden et al., 1994) ermöglicht eine andere Konzeptualisierung des Repertoires möglicher Ergebnisbereiche. Der „Value Compass“ (s. Abb.1) weist vier Ergebnisbereiche auf, nämlich Klinischer Status, Kosten und Nutzen, Patientenzufriedenheit und Lebensqualität.

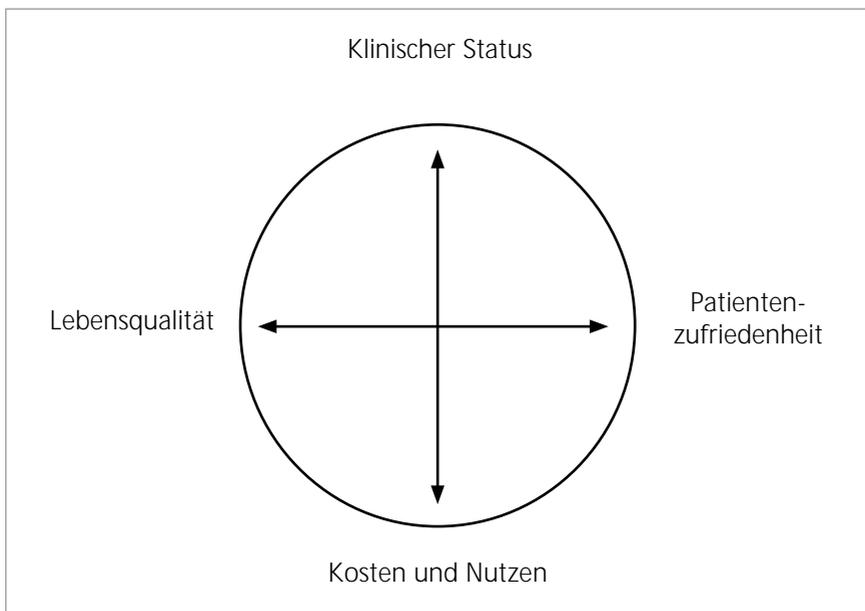


Abb.1: Health Services Value Compass (Batalden, Nelson & Roberts, 1994)

Das Schema erkennt an, dass jeder Ergebnisbereich für sich stehen könnte, dass aber Informationen aus allen vier Bereichen zu einem kompletten Bild beitragen, in unserem Fall alle Ergebnisse der Dysphagiebehandlung. Der Kompass wurde von uns in diesem Kapitel berücksichtigt, weil drei von vier seiner Ergebnisbereiche, nämlich Klinischer Status, Kosten und Nutzen und Patientenzufriedenheit, nicht explizit im ICF-Modell berücksichtigt sind. Der vierte Ergebnisbereich deckt den auch vom ICF-Modell berücksichtigten Bereich für das Leben mit und ohne Krankheit ab, die im ICF-Modell mit den Begriffen „Beeinträchtigung der Aktivität“ bzw. „Beeinträchtigung der Teilhabe“ bezeichnet werden. Wir ziehen jedoch an dieser Stelle den Begriff „Lebensqualität“ vor, da er populärer und bekannter, und damit leichter verständlich ist. Alle genannten Ergebnisbereiche werden in die Messung der „Versorgungsqualität“ und der „Lebensqualität“ integriert.