

Ambulante Dysphagietherapie im Hausbesuch

Besonderheiten und Möglichkeiten professioneller häuslicher Versorgung von Menschen mit Dysphagie

Melanie Weinert, Manuela Motzko

ZUSAMMENFASSUNG. Die klinischen Diagnostikverfahren und therapeutischen Maßnahmen bei dysphagischen Klienten, die im häuslichen Bereich betreut werden, unterscheiden sich inhaltlich nicht wesentlich von den therapeutischen Interventionen in der stationären Phase oder der ambulanten Praxis. Aber was macht diese Art der häuslichen Dysphagiebehandlung so besonders? Wo liegen mögliche Konfliktpotentiale mit dem Betroffenen, dem pflegenden Angehörigen und/oder dem betreuenden Pflegepersonal? Was ist anders, wenn der Therapeut als „Gast“ im privaten Umfeld des Patienten agiert? Welche rechtlichen Grenzsituationen können Bedenken verursachen? Der Artikel stellt die Besonderheiten der häuslichen Dysphagietherapie heraus und beschreibt Möglichkeiten für eine gute Optimierung des Versorgungskonzeptes und eine interdisziplinäre Betrachtung des individuellen Störungsbildes durch das Dysphagieteam.

Schlüsselwörter: Dysphagietherapie – ambulante Praxis – Hausbesuch – Dysphagieteam – Rechtslage

Einleitung

„Das Schwierigste beim Hausbesuch sind die Angehörigen!“, „Hausbesuche? – viel zu aufwendig mit der Fahrerei!“, „Tracheostomierter Patient zu Hause?! Und was mache ich, wenn...?“ – Gedanken, die Therapeuten in den Sinn kommen, wenn die Anmeldung eines Dysphagiepatienten zum Hausbesuch eingeht.

Dieser Fall wird nicht selten eintreten. Nach der Pflegestatistik 2007 werden insgesamt mehr als zwei Drittel aller pflegebedürftigen Menschen (68% bzw. 1,54 Mio.) zu Hause versorgt (Statistisches Bundesamt 2009), gut eine Million allein durch Angehörige. Die Zahl der Pflegebedürftigen mit Pflegestufe 2 (35%) und von Schwerstpflegebedürftigen mit Pflegestufe 3 (13%) von insgesamt 1 079 217 Betroffenen, lässt die hohe Anzahl an Menschen aus Pflegeeinrichtungen oder aus dem häuslichen Bereich erahnen, die für eine logopädische Dysphagiebehandlung infrage kommen.

Jährlich erleiden rund 160 000 Menschen erstmalig einen Schlaganfall (Kompetenznetz Schlaganfall 2010). Meist sind die Angehörigen sehr bemüht, die Betroffenen nach der Akutphase und der stationären Rehapphase nach Hause zu holen. Menschen, die an progressiven neurogenen Erkrankungen (Morbus Parkinson, ALS, MS etc.) leiden, erleben ihre Krankheit meist ebenfalls zu Hause,

zumindest so lange, wie es die pflegenden Angehörigen ohne oder mit pflegerischer Unterstützung organisieren können. Da neurologische Erkrankungen – übrigens nach Prosiel (2002) die größte Ursachengruppe für Dysphagie – nicht selten mit kognitiven Einbußen, Multimorbidität und vor allem mit Bewegungseinschränkungen gekoppelt sind, muss die therapeutische Versorgung häufig im häuslichen Umfeld stattfinden.

Dass die Dysphagietherapie im häuslichen Rahmen nicht nur Schwierigkeiten birgt, sondern auch jede Menge Chancen für die Behandlung eröffnet, soll der vorliegende Beitrag aufzeigen.

Anmeldung

Im Zuge der Erstanmeldung sollte der Therapeut bereits einen Blick auf die zugrunde liegende Erkrankung werfen und eine erste Einschätzung über den Grad der Dysphagie gewinnen. Um weitere Schritte sowie die Terminierung abzusprechen, sind Einzelheiten wie die Dringlichkeit der Behandlung etwa aufgrund von akutem Gewichtsverlust oder rezidivierenden Lungenerkrankungen, Motivation zur Therapie, psychogene Begleitkomponenten zu erfragen. Der Klient und/oder Angehörige sollte die Zeit bis zum persönlichen Erstkontakt nutzen, um die aussa-

Dr. rer. medic. Melanie

Weinert studierte in Köln Sonder- und Sprachheilpädagogik und promovierte nach langjähriger Beschäftigung an der neurologischen Klinik der Universität zu Köln an der medizinischen Fakultät. Ferner ist sie ausgebildet



in der psychoanalytisch-systemischen Einzel-, Paar- und Familienberatung. 2002 gründete sie und leitet seither mit Manuela Motzko das Kölner Dysphagiezentrum mit den Schwerpunkten der Patientenversorgung, Fortbildungen, Workshops und Vorträgen.

Manuela Motzko

beendete 1996 ihre Ausbildung zur Logopädin an der Universitätsklinik in Münster. Nach Tätigkeit in einem Institut für Stimm- und Sprachstörungen und langjähriger Beschäftigung als Klinische Logopädin an der HNO-Klinik der Universität zu Köln, ist sie seit der Gründung im Jahr 2002 im Kölner Dysphagiezentrum als Leitung aktiv und beschäftigt sich ausschließlich mit dem Symptom „Dysphagie“ im Bereich Diagnostik, Beratung und Fort- und Weiterbildung.



gekräftigsten Arztbriefe aus dem Akutkrankenhaus und Rehabilitationseinrichtungen zusammenzustellen und dem Therapeuten vorab zu senden. Sie bilden gemeinsam mit einem Fragebogen¹, der einen ersten Einblick in die Lebenssituation, die Erkrankungen, die Ernährungssituation, Ess- und Trinkgewohnheiten liefern kann, eine gute Grundlage für den Einstieg in die Behandlung. Die Informationen auf der Heilmittelverordnung sind leider oft nicht aussagekräftig und manchmal sogar irreführend, so dass sich der Therapeut auf keinen Fall allein darauf stützen sollte.

Die Durchsicht dieser Befunde ist bereits vor dem ersten Besuch angeraten. Damit zeigt der Therapeut auch sein Interesse an dem Pa-

¹ Vorschlag: www.dysphagiezentrum.de/service.html

tienten, der sich ernst genommen und beachtet fühlen wird. Dies fördert von Anfang an eine vertrauensvolle Basis für die anstehende Therapie. Die Erhebung der „Quality of life“ (QOL) mit dem Fragebogen (SWAL-QOL dt. Fassung *Prosiegel et al.*, zit. in *Rosenbek & Donovan* 2006) kann dies unterstützen. Der Therapeut gewinnt einen guten Überblick über die Bereiche, die dem Betroffenen am meisten zu schaffen machen.

Diese an der ICF (Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit) orientierte Sichtweise erweitert den funktionsorientierten therapeutischen Blick um eine Dimension, die für das Gelingen einer Behandlung und die Zufriedenheit mit der Betreuung wesentlich ist. Sie sollte selbstverständlicher Bestandteil des therapeutischen Vorgehens sein, denn der Therapeut zur Qualitätssicherung seiner Behandlung nutzen kann.

Als Messgröße für die Patientenzufriedenheit bzgl. der Versorgungsqualität kann zusätzlich der SWAL-CARE hinzugezogen werden, der Informationen bezüglich der Ernährungs- und Schlucksituation sowie allgemeine Hinweise zu deren Verbesserung und zur Zufriedenheit mit dem Schlucktherapeuten liefert (SWAL-CARE dt. Fassung *Prosiegel et al.* zit. in *Rosenbek & Donovan* 2006). Ein frühzeitige Berücksichtigung dieser Aspekte kann Kommunikationsproblemen mit dem Patienten oder seinen Angehörigen vorbeugen.

Auftragsklärung

Für den Therapieerfolg ist es unabdingbar, vor Beginn des Therapieprozesses zu klären, wer was von wem will. So gilt es hinsichtlich Motivation, Therapeut-Klienten-Bündnis und Prozessgestalt herauszufinden, wer die Idee zur Dysphagietherapie hatte. Wurde der Patient geschickt, wenn ja, von wem (Arzt, Angehörige, ambulanter Pflegedienst) oder hat er sich selbst auf den Weg gemacht? Welches Ziel verfolgt er mit der Aufnahme einer Dysphagietherapie? Welche Erwartungen und Wünsche hat er an den Therapeuten, das Setting, die strukturelle Gestaltung der Therapie etc.?

Da viele von Dysphagie betroffene Menschen zu Hause betreut werden, müssen viele Fragen zum Teil oder ausschließlich mit den Angehörigen geklärt werden. Schon hier zeigt sich eine Realität, die nicht unbedingt immer im Sinne des Betroffenen gestaltet wird, da sich dieser aufgrund seiner Erkrankung meist nicht mehr umfassend und präzise äußern kann. Beobachtet man die Interaktionen von Paaren/Familien und fragt gezielt nach, werden die Unterschiede in der Eigen- und

Fremdwahrnehmung hinsichtlich des Leidensdrucks und der Bedeutung des Verzichts auf Essen und Trinken sehr deutlich.

Erfolgt die Dysphagiebehandlung als Hausbesuch und damit in der Privatsphäre des Klienten, so ist das ein wesentlicher Aspekt, warum es einen klar definierten Auftrag für die Behandlung geben sollte. Dementsprechend werden diese „Basisdaten“ in die Anamnesedatenerhebung, die klinische Diagnostik und insbesondere in die Therapie einfließen, wenn es um die Zielfindung bzw. Zieldefinition geht.

Klinische Dysphagiediagnostik im Hausbesuch

Für jede erfolgreiche Datenerhebung und Beurteilung der klinischen Parameter in der Hausbesuchssituation sind die o.g. Vorinformationen erforderlich. Allein aus medizinischer Sicht sollte der Dysphagietherapeut ausreichende Kenntnis über den Erkrankungszustand und dessen Ausmaß haben, um sich und den Klienten nicht in Gefahr zu bringen. Ein Schlaganfall, ein operierter Hirntumor gepaart mit einem Frontalhirnsyndrom oder fortgeschrittener Demenz und infolgedessen enthemmtem und/oder aggressivem Verhalten stellt für den Dysphagietherapeuten im Hausbesuch z.B. eine besondere Situation dar, auf die er vorbereitet sein sollte. Ein Klient im Wachkoma, mit schwerem Schädel-Hirn-Trauma oder einem ausgeprägten Medaifarkt mit oder ohne Trachealkanüle zeigt oftmals Vigilanzschwankungen, ggf. vegetative Entgleisungen, und hat evtl. noch internistische oder kardiale Begleiterkrankungen (Schrittmacher, Herzrhythmusstörungen, art. Hypertonie, Diabetes etc.).

Diese Faktoren nehmen deutlichen Einfluss auf die körperliche Belastbarkeit des Betroffenen, seine Fähigkeit zur Wahrnehmung, Aufmerksamkeit und Kognition. Dies sollte dem behandelnden Therapeuten in den wesentlichen Bereichen zuvor bekannt sein, damit er weiß, wie er das Setting für die Anamnese und Diagnostik gestalten kann: Wer ist außer dem Klienten bei diesem Kontakt anwesend? Wieviel Zeit sollte sinnvollerweise eingeplant werden? Wie sind die Möglichkeiten zur Lagerung und Positionierung vor Ort?

Anamnesedatenerhebung

Zur Datenerhebung empfiehlt sich ein Anamnesebogen, dessen Fragen der individuellen Symptomatik und Erkrankung des Klienten angepasst werden müssen. Für die Gliederung der Eigenanamnese wird eine symptomorientierte Einteilung nach *sub-*

jektiven Beschwerden und geschilderten Symptomen bei der Nahrungsaufnahme, Verlaufssymptomatik und assoziierten Problemen empfohlen. Bei der Darstellung der subjektiven Beschwerden und der individuellen Symptomatik bei der Nahrungsaufnahme lohnt es sich, die Schluckphasen im Blick zu haben und diese als Struktur zu nutzen, um mit gezielten Fragen die Beschreibungen des Betroffenen zu ordnen.

Zeichen von Exsikkose/Dehydrierung aufgrund von verminderter Flüssigkeitszufuhr (*Kwetkat* 2002: normal 30 ml/kg Körpergewicht pro Tag) sowie Anzeichen einer Mangelernährung (BMI < 18,5 kg/m², < 90% des üblichen Körpergewichts, > 10% Gewichtsverlust in sechs Monaten, *Körner et al.* 2003) sind unbedingt zu erfragen und zu beobachten. Wenn ein Mensch krank ist oder operiert wurde, führt das oft zu einer Steigerung des Grundumsatzes und somit zu einem erhöhten Energiebedarf. Hier sei auch auf den erhöhten Bedarf bei muskulärem Hypertonus, Dystonien, Hyperkinesien u.ä. hingewiesen.

Zu den assoziierten Problemen, die in der Anamnese ebenfalls zu erfragen sind, gehören:

- zahnprothetische Versorgung/Zahnstatus des Betroffenen
- Xerostomie oder (Pseudo-)Hypersalivation
- gastroösophagealer oder gastro-laryngealer Reflux
- Erkrankungen der Atemwege (z.B. COPD), diverse andere Atemprobleme und Lungenvorschädigungen, Beatmung, auch Pneumonien
- Tracheostomaart, Trachealkanülen, ggf. auch tägliche Absaugfrequenz

Das Anamnesegespräch sollte ferner dazu genutzt werden, sich auf Daten aus den vorliegenden Berichten zu beziehen, d.h. Sachverhalte, die unklar oder unzureichend bekannt sind, beim Betroffenen oder Angehörigen zu erfragen bzw. sich aus seiner Perspektive erneut schildern zu lassen. Dieses Vorgehen dient im Wesentlichen dazu, einen Einblick in den Verlauf der Symptomatik und die Krankengeschichte zu bekommen.

Dazu gehört, sich die Medikamentenliste zeigen zu lassen. Wichtig ist, hier nicht nur die Indikation zu kennen, sondern auch den Wirkstoff mit der verordneten Dosierung. Einige Medikamente können die Dysphagie *verstärken* oder *primär Probleme* verursachen (*Töx* 2009). Ferner behindert die Dysphagie oft die *korrekte Einnahme der Medikamente* (zu wenig Flüssigkeit, Abschlucken von Tabletten/Kapseln erschwert etc.), so dass die optimale Wirkung nicht erreicht wird. Insbesondere die Einnahme von Tabletten wird von vielen Betroffenen oder

■ **Abb. 1: Utensilobox® KDZ – „Werkzeugkoffer“ für Diagnostik und Therapie**



Angehörigen als schwierig, bedrohlich oder gar unmöglich beschrieben.

Zudem sollten gezielte Fragen zur Ernährungssituation und zum Ernährungszustand des Betroffenen gestellt werden. Darauf können Angehörige und der Betroffene meist sehr genau antworten. Der Hausbesuch ist auch gut geeignet, um an Erfahrungen, Fähigkeiten und Erlebnisse vor der Erkrankung anzuknüpfen und diese abzurufen, da der Klient jetzt mit seiner Erkrankung in seiner gewohnten Umgebung lebt.

Im Anschluss an das Anamnesegespräch erfolgt die klinische Dysphagiediagnostik, die nach *Wagner-Sonntag* (2002) zum allgemeinen Dysphagieverdacht, zur daraus resultierenden vitalen Gefährdung, zur Notwendigkeit weiterer instrumenteller Untersuchungen und der aktuell sinnvollen Ernährungsform Stellung nehmen soll.

Aspekte der klinischen Befunderhebung – anders im Hausbesuch?

Die Parameter, die bei der klinischen Dysphagiediagnostik im Hausbesuch abgeprüft werden, unterscheiden sich nicht wesentlich von der klinischen Befunderhebung. Es gibt in der Literatur einige Befundbögen, auf die der Dysphagie-therapeut zurückgreifen kann. Im Rahmen der Weiterbildung zum „Fachtherapeuten Dysphagie^{KDZ}“ am Kölner Dysphagiezentrum wurden einige publizierte Befundbögen analysiert. Das Ergebnis war:

- Es gibt *keinen* optimalen, immer geeigneten Befundbogen.
- Jede Dysphagieursache benötigt wieder eigene Schwerpunktsetzungen.
- Jeder Therapeut sollte seine *individuellen Formulierungen* nutzen und auch nach seinem chronologischen Vorgehen in der Untersuchung einen Bogen zusammensetzen.
- In Abhängigkeit vom jeweiligen Wissensstand genügen Freitextzeilen oder

es müssen mehr Infos durch Felder zum Ankreuzen eingefügt sein, mit Items, an denen sich der Therapeut in der Durchführung „entlanghangeln“ kann.

Nach *Voigt* (2009) sollte die klinische Dysphagiediagnostik folgende Aspekte berücksichtigen:

- Anamnese
- Beurteilung der *Motorik* und *Sensibilität* von Lippen, Kiefer, Wangen, Zunge, Velum
- Beurteilung der *pharyngealen Sensibilität* (Würgreflex)
- Schluckversuche, ggf. Screeningverfahren (z.B. „Danielstest“)
- Beurteilung *auditiver schluckrelevanter Kriterien* (Dysarthrie, Dysphonie, Stimm lippenfunktion)

Für die Durchführung des Hausbesuchs sollte das Setting – wer ist anwesend? – gut abgestimmt werden. Die Lagerung des Betroffenen sollte zusammen mit einem Angehörigen oder einer Pflegekraft zu Beginn optimiert werden, da sie die Basis für diagnostische Beobachtungen darstellt. Da man nicht davon ausgehen kann, dass alle Materialien zur Funktionsüberprüfung (Einmalhandschuhe, Kompressen, Watteträger, Mundspatel, Taschenlampe etc.) vor Ort vorhanden sind, ist das Mitführen eines „Werkzeugkoffers“ (Abb. 1) zu empfehlen.

Besonderheiten im therapeutischen Vorgehen im häuslichen Umfeld

Wie die Instrumente der klinischen Befunderhebung unterscheiden sich auch die funktionell therapeutischen Vorgehensweisen im Hausbesuch nicht wesentlich vom klinischen Setting. So können Maßnahmen von verschiedensten therapeutischen Konzepten (z.B. Funktionale Dysphagie-therapie n. Bartolome, FOTT n. Coombes, ORT n. Castillo-Morales) zur Behandlung herangezogen

werden. Sicherlich wäre es gut, in erster Linie Behandlungsverfahren zu wählen, deren Evidenz nachgewiesen ist, doch steckt die Studienlage in der Dysphagiologie noch immer in den Kinderschuhen. Dies lässt viel persönlichen Spielraum für die Anwendung verschiedenster therapeutischer Methoden. Einen guten Überblick über die Übungsverfahren, die für Dysphagiepatienten hilfreich sind, bieten die DGNKN-Leitlinie (DGNKN 2003, 2008) und die Veröffentlichungen von *Prosiegel* und *Weber* (2010) sowie *Kartmann* (2009).

Aufbau der Schlucktherapie anhand der gestörten Schluckphasen

Der Dysphagie-therapeut sollte die verschiedensten Therapiemethoden kennen und anwenden können. Eine Strukturierung der therapeutischen Maßnahmen anhand der gestörten Schluckphasen hat sich als sinnvoll erwiesen. So sollte zunächst die Optimierung der präoralen Schluckphase (z.B. Lagerung/Positionierung und somit Optimierung des Gesamtkörpertonus, allgemeine Wahrnehmungsfunktionen, Auge-Hand-Koordination etc.) im Fokus der Behandlung stehen. Im Weiteren folgt das störungsspezifische Vorgehen in den weiteren Schluckphasen (orale Vorbereitungs- und Transportphase, pharyngeale Phase und ggf. Einflussnahme auf die ösophageale Phase).

Gerade die Optimierung der Ausgangslage ist bei schwerstbetroffenen Patienten der wichtigste Schritt zu Beginn einer jeden Sitzung und gehört bereits zur Dysphagie-therapie dazu. Der Hausbesuch bietet die Möglichkeit, die Angehörigen oder ggf. auch das Pflegepersonal in das therapeutische Geschehen zu integrieren und die dort vorhandenen Ressourcen zu nutzen. Durch verbale Begleitung der vollzogenen Transfers und Erläuterung der entsprechenden Maßnahmen erfolgt die Aufklärung über die Zusammenhänge zwischen Gesamtkörper und Schluckfunktion. Bei Bedarf ist es angeraten, den behandelnden Physiotherapeuten in der einen oder anderen Therapieeinheit hinzuzuziehen. Im Team können die Mitglieder beider Fachdisziplinen ihr Wissen zusammentragen und die Situation des Betroffenen optimieren.

Im Folgenden wird den Fähigkeiten des Klienten angepasst die Behandlung fortgeführt, wobei an dieser Stelle darauf hinzuweisen ist, dass *je schwerer ein Mensch betroffen ist* (z.B. im „Wachkoma“, im Locked-in-Syndrom, bei weit fortgeschrittener Demenz, bei schweren kognitiven Einschränkungen im Allgemeinen) *desto ferner vom orofazialen System* (Körperbereich, der zeitlebens eine

sehr intime Region des Menschen darstellt) sollte die Therapie einsetzen. Im Mittelpunkt der Dysphagietherapie steht dann die Verbesserung der allgemeinen Wahrnehmung, des Körperschemas und -empfindens, sowie die Schaffung von gesamtkörperlichen muskulären Voraussetzungen für die orale Nahrungsaufnahme. Auch die Aktivierung der Atmung, Atemvertiefung und Pneumonieprophylaxe sollten in die Behandlung integriert werden, da diese wesentlich zur Gesunderhaltung des Betroffenen besonders bei Aspirationsgefahr beiträgt.

Die Behandlung von dementen schluckgestörten Menschen verdient besondere Betrachtung, da hier sehr stark biografische Aspekte mit einbezogen werden müssen und die Therapie weniger störungsspezifisch und kausal anhand der gestörten Schluckphasen ablaufen kann, sondern vielmehr multimodal zu gestalten ist. Diese Aspekte der Dysphagiebehandlung sind vielen Angehörigen und auch Pflegekräften nicht klar und müssen dementsprechend in Gesprächen bearbeitet werden. Sonst können sich Unmut und Unzufriedenheit einstellen und sogar zum Abbruch der Therapie führen.

Viele gerade neurologische Patienten sind aufgrund ihrer körperlichen Konstitution nicht belastbar. Wichtig ist daher die genaue Terminierung der Behandlungseinheiten und deren sinnvolle Integration in den Tagesablauf. Die Angehörigen haben meist einen guten Überblick über die Tagesgestaltung und sollten in die Wahl der optimalen Therapiezeit einbezogen werden.

Patienten mit multiresistenten Keimen

Es ist gut zu überlegen, wann der Therapeut welchen Klienten in seinem Tagesplan „unterbringt“. Dies ist umso wichtiger, wenn der Betroffene zusätzlich zu seiner Erkrankung noch Träger eines multiresistenten Keims ist (z.B. Methicillin resistenter Staphylococcus aureus/MRSA). Dem gesunden Therapeuten wird dieser Keim nichts anhaben, doch die Übertragung auf einen anderen multimorbiden Patienten kann diesen in Gefahr bringen. So sollte die Therapieeinheit bei einem derart betroffenen Patienten stets am Ende eines Arbeitstages geplant werden.

Neben der Beachtung allgemeiner Hygienestandards (z.B. Tragen von Einmalhandschuhen, ggf. Mundschutz und Kopphaube, vgl. Empfehlungen des Landesinstituts für den öffentlichen Gesundheitsdienst NRW, *Neuhaus et al.* 2001) sollte der Therapeut nur ein Minimum an therapeutischem Material zum Patienten mitnehmen und dies im Haus

belassen, sowie einen Kittel beim Patienten deponieren. Empfehlenswert wäre es, wenn dieser auch dort gewaschen wird. Angehörige (und ggf. auch Pflegekräfte) werden für dieses Vorgehen ggf. kein Verständnis haben, da sie selbst ständig in Kontakt mit dem Keim kommen, entsprechende Hygienemaßnahmen meist nicht einhalten und den Keim weiter verbreiten. Jedoch sollte der Behandler über sein Vorgehen aufklären und erläutern, dass die Maßnahmen dem Schutz anderer Menschen dienen, die er betreut.

Der tracheostomierte Patient im häuslichen Versorgungsbereich

Ein Tracheostoma oder eine Beatmung stellt eine weitere Herausforderung an den Therapeuten dar. Daher sollte er sich mit Grundzügen des Kanülenmanagements auskennen und über Fähigkeit zum trachealen Absaugen verfügen. Wer keine oder wenig Erfahrung damit hat, sollte die Behandlung lieber an einen Kollegen abgeben oder sich von einem erfahrenen Kollegen begleiten/supervidieren lassen. Zwar sind die pflegenden Angehörigen meist bestens mit der Tracheostomapflege vertraut, dennoch sollte der Therapeut auch aus rechtlichen Gründen über entsprechende fachliche Kompetenz verfügen.

Weniger erfahrene Therapeuten können auch die pflegenden Angehörigen oder das Pflegepersonal in den ersten Sitzungen zu Rate ziehen und das Kanülenhandling und tracheale Absaugen beobachten. So bekommen sie einen guten Einblick in die Fertigkeiten der häuslichen Versorger und in die Reaktionen des Betroffenen, ohne selbst aktiv zu werden, und können daraus weitere Ideen zur Optimierung der Situation des Betroffenen ableiten.

Anders als in der Klinik verfügen häuslich betreute Dysphagiepatienten seltener über Ärzte, die sich mit dem Tracheostoma und/oder dem Kanülenwechsel auskennen. Niedergelassene Fachärzte (HNO oder Neurologie etc.), die Hausbesuche anbieten, sind selten. Meist betreut ein Hausarzt den Betroffenen zu Hause oder im Pflegeheim, doch nicht alle sind sicher im Durchführen eines Kanülenwechsels, der unter hygienischen und medizinischen Gesichtspunkten aber regelmäßig erfolgen sollte. Die Aufgabe des Dysphagieherapeuten sollte es sein, gerade bei Betroffenen mit geblockten Kanülen auf deren Funktionsfähigkeit zu achten und ggf. einen Wechsel anzuregen oder zu organisieren. Leider haben das Pflegepersonal und die Angehörigen diesen Aspekt nicht immer gut im Blick.

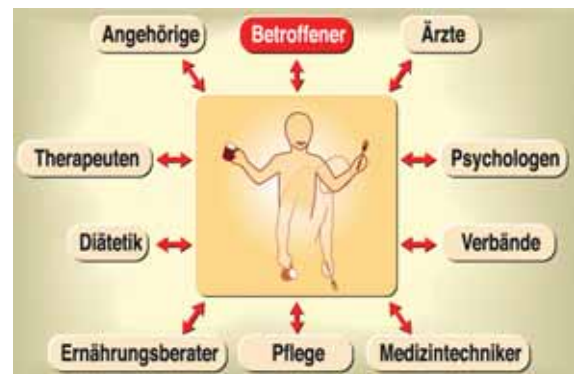
Der Schlucktherapeut sollte ferner Kenntnis über die Art des Tracheostomas und verschiedene auf dem Markt erhältliche Kanülen besitzen. Ersteres ist besonders wichtig zur Einschätzung der Stabilität des Tracheostomas/der Tracheotomie bei gezogener Kanüle (z.B. im Rahmen eines Kanülenwechsels oder bei Schluckversuchen ohne Kanüle). Letzteres ist wichtig für die Begleitung auf dem therapeutischen Weg von einer dauerhaft geblockten Kanüle bis hin zur Dekanülierung bzw. zum Tracheostomaverschluss bei ausreichend rehabilitierter Schluckfunktion (Fahrplan zur Kanülenentwöhnung: *Schröter-Morasch* 2006, *Prosiegel & Weber* 2010).

Weitere Versorger im interdisziplinären häuslichen Dysphagieteam

Auch ein erfahrener Behandler kann nicht in allen angrenzenden Bereichen (z.B. Trachealkanüle, Sondenkost) alles wissen. Hilfreich ist gerade für die Betreuung zu Hause ein Netzwerk mit anderen Fachleuten, um sich Rat für eine bestimmte Fragestellung zu holen (Abb. 2). Bei Fragen rund um die Kanülenversorgung kann dies z.B. ein Mitarbeiter von Medizintechnikfirmen sein, die Hilfsmittel für tracheo(s)tomiierte Patienten vertreiben. Hier sind meist fachkundige examinierte Pflegekräfte beratend tätig, die zusätzlich noch über Produktinformationen verfügen.

Ein Dysphagiepatient hat in einem Akutkrankenhaus oder einer Rehaeinrichtung meist ein ganzes Team von Fachleuten verschiedenster Disziplinen um sich. Zuhause wird er zumeist „nur“ von den Angehörigen und ggf. einem Pflegedienst betreut. So kann es z.B. wichtig sein, die Art und Quantität der Kost an den Gesundheitszustand anzupassen. Viele Klienten erhalten auch nach Jahren immer noch die gleiche Menge an Sondenkost oder Flüssigkeit, die sie zu Beginn ihrer Erkrankung erhalten haben, obwohl sie ggf. viel aktiver

■ **Abb. 2: Interdisziplinäres Behandlungsteam bei Dysphagie**



und mobiler geworden sind und nun mehr Energie benötigen würden.

Für ein gutes Gelingen der funktionsorientierten Dysphagietherapie ist demnach ein Überblick über alle auf die Schluckfähigkeit Einfluss nehmenden Faktoren wichtig, um bei Bedarf die über die Logopädie hinaus nötigen Schritte einleiten zu können.

Angehörigenberatung und -begleitung

Ein wesentlicher Aspekt der ambulanten Dysphagietherapie ist die Anwesenheit der Angehörigen, die unterstützend auf den Rehabprozess wirken können. Nach *Herbst-Rietschel* (2002) beeinflusst der Zusammenhalt in der Familie stark die Motivation des Betroffenen, wieder gesund werden zu wollen. Auch bieten Angehörige für den Klienten Anknüpfungspunkte an das Leben vor der Erkrankung. Sie können „entängstigend“ und vertrauensbildend auf die betroffene Person einwirken. Dadurch, dass die Angehörigen eine bekannte Konstante im Leben des Betroffenen darstellen, haben sie die Chance, Orientierung zu geben, Sicherheit zu vermitteln und die neue Therapiesituation in einer möglichen Verunsicherung abzuschwächen (*Gadomski* 1999).

Warum kommt es immer wieder zu Konflikten zwischen Angehörigen und Therapeuten? Was kann dazu führen, dass sich Therapeuten in ihrer Arbeit mit dem Betroffenen so gestört fühlen, dass es ihnen schwer fällt, die Behandlung weiterzuführen? Warum werden Angehörige oder Patienten häufig als „schwierig“ beschrieben?

Angehörige beschreiben Therapeuten oft als ignorant oder überheblich. Sie fühlen sich nicht ausreichend informiert oder auch „belehrt“. Dysphagietherapeuten klagen hingegen, dass Angehörige immer alles besser wüssten und letztendlich doch täten, was sie richtig finden. Auch seien Angehörige chronisch unzufrieden, weil z.B. zu wenig Therapie erfolgt, weil immer noch Schlucktherapie ohne Nahrungsgabe stattfindet oder weil sie den Eindruck haben, dass sich über Wochen und Monate nichts an der Schluckfähigkeit tut.

Welche Möglichkeiten hat der Dysphagie-therapeut, sich in einer bestimmten Art und Weise zu verhalten oder eine spezielle Haltung einzunehmen, damit es nicht zu einer extrem angespannten, hemmenden oder konfliktbeladenden Beziehung kommt?

Als wichtige Basis für einen positiven Kontakt, wird eine wertschätzende und wohlwollende Haltung gegenüber dem Angehörigen/der Familie gesehen. Angehörige

können hilfreich sein, wenn es darum geht, Informationen zum und vom Patienten zu bekommen. Je schwerer ein Mensch betroffen ist und somit kaum die Chance besteht, dass der Therapeut über die verbale Kommunikation Informationen von seinem Klienten bekommt, desto wichtiger ist es, die Fähigkeiten der Angehörigen zu nutzen.

Gadomski (1999) schildert wichtige Aspekte, die ein Dysphagietherapeut beachten kann, um Angehörige in den Rehabprozess einzubinden. Wenn körperliche und psychische Grenzen der Angehörigen beachtet werden, kommt es nicht so schnell zu Überforderungssituationen. Wenn mit viel Transparenz und Beratung von Seiten des Therapeuten gearbeitet wird, kann ein Angehöriger auch als „Helfer“ in die Therapie integriert werden. Ihren Fähigkeiten, Möglichkeiten und Wünschen entsprechend können sie kleine Übungseinheiten, gezielte Mundpflege übernehmen oder Lagerungstechniken erlernen und anwenden.

Ganz wichtig ist, dass Angehörige unterschiedlich schnell psychisch belastet sein können. Verunsicherungen, Ängste (Zukunft-, Berührungsängste), Trauer (aufgrund von Verlustgefühlen) und Wut (bzgl. der veränderten Situation) können auch zur Überlastung führen und sich negativ auf den Rehabilitationsprozess auswirken. *Gadomski* (ebd.) ist der Meinung, dass aufgrund dessen Angehörige die Möglichkeit haben sollten, zu jeder Zeit professionelle Hilfe und Unterstützung in Anspruch zu nehmen.

Wichtig ist hier zu erkennen, dass die Ursache primär nicht in der Person des Therapeuten begründet ist, sondern eher ein Übertragungsphänomen vorliegt. So zeigt sich, dass der Schlüssel der Prävention für den Therapeuten darin liegt, die Ursache des Konfliktes zu analysieren und zu erkennen, welchen Anteil er als Person in seiner Funktion bei diesem Klienten hat. Für den Umgang mit dieser Erkenntnis ist die Kompetenz eines jeden einzelnen Therapeuten gefragt.

Um Verunsicherungen und Ängsten entgegenwirken zu können und Hilfen im Umgang mit der individuellen Schluckstörung des Betroffenen vermitteln zu können, nennt *Strassmann* (2007) die gezielte Beratung von Angehörigen während des Rehabprozesses. Sie sollte Informationen über Dysphagien, ihre Folgen, therapeutische Möglichkeiten etc. bieten und ein Forum eröffnen, um persönliche Fragen zu erörtern.

In welcher Form und mit welchen Medien (Broschüren, Merkzettel, etc.) die Informationsvermittlung durchgeführt wird und in welchem Umfang, hängt von dem Angehörigen und seiner Bedürfnislage ab.

An dieser Stelle soll noch einmal Bezug genommen werden zum Abschnitt „Auftragsklärung“. Der Therapeut kann sich einen Auftrag zur Beratung vom Angehörigen erteilen lassen oder kann direkt danach fragen. Wenn er einen Beratungsbedarf eines Angehörigen sieht, heißt das noch lange nicht, dass dieser diese Notwendigkeit teilt. Wird diese „Schief-lage“ missachtet, kann das dazu führen, dass der Angehörige sich z.B. „belehrt“ fühlt.

Es gibt natürlich in der Dysphagiebehandlung auch medizinische Aspekte, die beachtet werden müssen, um die Gesundheit des Betroffenen nicht weiter zu gefährden. Wenn der Befund zeigt, dass eine Aspirationsgefahr bei bestimmten Nahrungskonsistenzen besteht, dürfen diese nicht verabreicht werden, oder wenn eine Deoralisierung empfohlen ist und die Ernährung aktuell ausschließlich über die PEG-Sonde erfolgen sollte, müssen sich alle versorgenden Personen daran halten.

Angehörige können das anders sehen und sich auch den Auffassungen des Therapeuten widersetzen. Falls es trotz Aufklärung, Beratung und fachlicher Transparenz von Seiten des behandelnden Dysphagietherapeuten nicht zu einem einheitlichen Vorgehen kommt, ist es wichtig, dass ein Therapeut Kenntnis über die rechtliche Situation hat.

Rechtliche Betrachtungsweisen in der Dysphagietherapie

Verschiedentlich wurde bereits auf die Wichtigkeit bestimmter Verhaltensweisen oder die Beachtung bestimmter Aspekte zur Wahrung des verantwortlichen Umgangs mit dysphagischen Patienten hingewiesen. Gerade ambulant tätige Schlucktherapeuten, die im Alltag primär auf sich allein gestellt sind und viele Entscheidungen bezüglich des therapeutischen Vorgehens eigenständig tragen müssen, berichten, dass sie nicht wissen, ob sie mit einzelnen therapeutischen Handgriffen und Vorgehensweisen nicht ihre Kompetenzen überschreiten und bei Fehlbehandlungen rechtlich zur Verantwortung gezogen werden könnten. Einzelheiten zu diesem wichtigen Thema finden sich auf der Website der Autoren (*Motzko & Weinert* 2004).

Fazit ist, dass ein verantwortungsbewusstes und kompetentes Vorgehen von einem Dysphagietherapeuten im Umgang mit schwerstbetroffenen Patienten bedingungslos einzufordern ist und bei Beachtung dieser Grundzüge der Behandler sicherlich seiner therapeutischen Sorgfaltspflicht nachkommen wird.

LITERATUR

- DGNKN – Deutsche Gesellschaft für Neurotraumatologie und Klinische Neuropsychologie e.V. (2003). *Qualitätskriterien und Standards für die Diagnostik und Therapie von Patienten mit neurologischen Schluckstörungen. Neurogene Dysphagien – Leitlinien 2003 der DGNKN*. <http://www.dgnkn.de/Dokumente/Leitfaden.pdf> (16.08.2010)
- Gadomski, M. (1999). Die Rolle der Angehörigen in der Rehabilitation von Patienten mit erworbenem Hirnschaden unter besonderer Berücksichtigung der Schluckstörung. *Sprache – Stimme – Gehör* 23, 61-62
- Herbst-Rietschel, W. (2002). *Dysphagie – Schluckstörungen nach Schlaganfall und Schädel-Hirn-Trauma (SHT). Ein Ratgeber für Betroffene und Angehörige*. Idstein: Schulz-Kirchner
- Kartmann, A. (2009). *Funktionelle Therapieverfahren bei oropharyngealen Dysphagien*. In: Stanschus, S. (Hrsg.), *Dysphagie – Diagnostik und Therapie – Ein Kompendium. Band 3* (129-168). Idstein: Schulz-Kirchner
- Körner, U., Biermann, E., Bühler, E., Oehmichen, F., Rothärmel, S., Schneider, G. & Schweidtmann, W. (2003). DGEM-Leitlinie Enterale Ernährung: Ethische und rechtliche Gesichtspunkte. *Aktuelle Ernährungsmedizin* 28, Supplement 1, 36-S41. <http://www.dgem.de/leitlinien/I.C.pdf> (16.08.2010)
- Kompetenznetz Schlaganfall: Erlanger Schlaganfall Register. <http://www.kompetenznetz-schlaganfall.de/176.0.html> (11.08.2010)
- Kwetkat, A. (2002). Geriatrische Aspekte von Schluckstörungen. In: Prosiegel, M. (Hrsg.), *Praxisleitfaden Dysphagie*. Bad Homburg: Hygieneplan
- Motzko, M. & Weinert, M. (2004). Haftungsrecht in der Dysphagietherapie. *Forum Logopädie – Beruf & Verband* Oktober 2004, 11-14
- Neuhaus, B., Bocter, N., Braulke, Ch., Heuck, C. & Witte, W. (2001). *Methicillin-resistente Staphylococcus aureus (MRSA) in Alten- und Altenpflegeheimen – Informationen und Empfehlungen zur Verhütung der Weiterverbreitung*. Münster: Landesinstitut für den Öffentlichen Gesundheitsdienst NRW. <http://www.mrsa-net.nl/de/files/file-bron-ant-65-3-Heuck.pdf> (16.08.2010)
- Prosiegel, M. & Weber, S. (2010). *Dysphagie – Diagnostik und Therapie*. Berlin: Springer
- Prosiegel, M. (2002). *Paxisleitfaden Dysphagie – Diagnostik und Therapie von Schluckstörungen*. Bad Homburg: Hygieneplan
- Rosenbek, J.C. & Donovan, N.J. (2006). Assessment der Behandlungsqualität und der Lebensqualität als Teil eines Repertoires der Ergebnismessung bei Erwachsenen mit erworbenen Dysphagien. In: Stanschus, S. (Hrsg.), *Rehabilitation von Dysphagien* (11-47) Idstein: Schulz-Kirchner
- Schröter-Morasch, H. (2006). Medizinische Basisversorgung von Patienten mit Schluckstörungen – Trachealkanülen – Sondenernährung. In: Bartolome, G. & Schröter-Morasch, H. (Hrsg.), *Schluckstörungen. Diagnostik und Rehabilitation*. München: Elsevier
- Statistisches Bundesamt (2009). *Pflegestatistik 2007 – Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. 2. Bericht: Ländervergleich – Pflegebedürftigkeit*
- Strassmann, T. (2007). *Der Patient als Ko-Therapeut. Patientenedukation als Element rehabilitativer Interventionsangebote für Menschen mit Schluckstörungen*. Saarbrücken: VDM
- Töx, U. (2009). *Medikamente und ihre Auswirkungen auf den Schluckablauf*. Vortrag im Rahmen des 9. Symposiums der Interdisziplinären Arbeitsgruppe für Dysphagie der Universität zu Köln am 18.11.2009 http://www.dysphagiezentrum.de/content/archiv/symposium09/Toex_Medikamente.pdf (16.08.2010)
- Voigt, N. (2009). Klinische Schluckuntersuchung. In: Seidel, S. & Stanschus, S. (Hrsg.), *Dysphagie – Diagnostik und Therapie. Ein Kompendium. Band 3* (37-64). Idstein: Schulz-Kirchner
- Wagner-Sonntag, E. (2002). Klinische Untersuchung. In: Prosiegel, M. (Hrsg.), *Praxisleitfaden Dysphagie*. Bad Homburg: Hygieneplan

DOI dieses Beitrags

10.2443/skv-s-2010-53020100604

Autoren

Dr. rer. medic. Melanie Weinert
Manuela Motzko
Kölner Dysphagiezentrum
Venloer Str. 389 · 50825 Köln
info@dysphagiezentrum.de
www.dysphagiezentrum.de
www.fachtherapeut-dysphagie.de

SUMMARY. Ambulant dysphagia therapy in home visits – characteristics and chances of professional ambulant treatment of patients with dysphagia

Clinical diagnostic methods and therapy interventions for patients with dysphagia who receive an ambulant treatment in home visits do not significantly differ from those for patients who receive an ambulant or clinical treatment. But of course there are some characteristics and particularly there is some conflict potential with regard to the patient, the patient's family and the medical team. So what is different, when a therapist acts as a "guest" in the patient's private environment? What is the regulatory framework that should be considered? This contribution points out characteristics of ambulant dysphagia therapy in home visits and describes chances how to improve concepts of care and an interdisciplinary approach to individual disorders.

KEY WORDS: Dysphagia therapy – ambulant treatment – home visits – dysphagia team – regulatory framework