

Der Dysphagie-Pass

Ein patientenbezogenes, sektorenübergreifendes Kommunikationsmedium

Tanja Rittig

ZUSAMMENFASSUNG. In der bisher größten Prävalenzstudie zum Thema Dysphagie in geriatrischen Einrichtungen in Deutschland zeigte sich eine hohe Prävalenz klinischer Hinweise auf eine mittelschwere bis schwere Dysphagie (Rittig & Jäger 2009). Daher spielt bei der Prävention und Behandlung von Dysphagien die Schnittstellenversorgung eine zentrale Rolle. Zur Optimierung der multiprofessionellen Versorgungsqualität am Übergang zwischen verschiedenen Versorgungsebenen ist der „Dysphagie-Pass“ entwickelt worden. Er bildet ein Informations- und Dokumentationsmedium für die Berufsgruppen der Ärzte, Therapeuten, Pflegefachkräfte und Ernährungswissenschaftler in der Akut- und Rehabilitationsklinik, im ambulanten Bereich und in der stationären Pflege. Ebenso werden Patienten und Angehörige durch den Dysphagie-Pass im Problembewusstsein und ihrer Eigenverantwortung gestärkt sowie in die Diagnostik, Therapie und Behandlungsziele einbezogen. Ziele des Dysphagie-Passes sind die Vermeidung unnötiger Kosten und Komplikationen durch Mehrfachuntersuchungen und ungezielte Behandlungsansätze, die Optimierung von Prozess- und Ergebnisqualität sowie eine Verbesserung von Lebensqualität, Autonomie und Compliance der Betroffenen.

Schlüsselwörter: Dysphagie – Diagnostik – ambulante Versorgung – Schnittstellenversorgung – Dysphagie-Pass – Therapie – Schluckkostformen

Dr. rer. medic. Tanja Rittig

schloss 1999 das Studium an der Universität Dortmund als Diplom-Pädagogin der Fachrichtung Sondererziehung und Rehabilitation (Diplom-Sprachtherapeutin) ab. Danach war sie in einer Akutklinik in Castrop-Rauxel und im Karlsbader Dysphagie-Zentrum als Sprachtherapeutin tätig. Nach ihrer Elternzeit promovierte sie 2009 an der Universität Witten-Herdecke zur Versorgung von geriatrischen Patienten mit Schluckstörungen. Seit 2010 ist sie therapeutische Leiterin des Dinslakener Dysphagie-Zentrums (DDZ). Zusammen mit Dr. med. Martin Jäger (Dinslaken) ist Dr. Rittig Vorsitzende der AG Dysphagie der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie (DGG).



Einleitung

Die Dysphagie nimmt in der Medizin einen wachsenden Stellenwert ein (u.a. Jäger & Rittig 2002, AHCP 1999, Kahrilas 1989). Da die meisten Prävalenzdaten aus dem angloamerikanischen Bereich vorliegen, hat die Autorin in ihrer Dissertation eine Multicenter-Erhebung in Deutschland durchgeführt (Jäger & Rittig 2004, Rittig et al. 2009). Darin wird zudem auf die große Bedeutung der Schnittstellenversorgung von Patienten mit Hinweisen auf eine Dysphagie beim Übergang in die verschiedenen Versorgungsebenen hingewiesen. Um ein interdisziplinäres und sektorenübergreifendes Dysphagiemanagement zu ermöglichen, bedarf es eines entsprechenden Kommunikationsinstruments. Dieses stellt der Dysphagie-Pass dar, der von der Autorin in ihrer Dissertation entwickelt und am St.-Vinzenz-Hospital in Dinslaken zum ersten Mal in der Praxis eingeführt wurde (Rittig & Füsgen 2009).

Bedeutung und Häufigkeit der Dysphagie in der Geriatrie

In der bisher größten Prävalenzstudie zum Thema Dysphagie in geriatrischen Einrich-

tungen in Deutschland durch die Deutsche Geriatrie Gesellschaft (DGG) mit 1873 Patienten im Zeitraum zwischen 2002 und 2004 zeigte sich eine hohe Prävalenz klinischer Hinweise auf eine mittelschwere bis schwere Dysphagie (Rittig 2009):

- Etwa jeder zehnte Patient, der in einer geriatrischen Einrichtung aufgenommen wurde, zeigte klinische Hinweise auf eine mittelschwere bis schwere Dysphagie (positiver Danielstest);
- etwa jeder zweite geriatrische Patient mit einer studienrelevanten Erkrankung (Schlaganfall, Parkinson-Syndrom, demenzielle Erkrankung) wurde beim Danielstest positiv getestet;
- ca. 27% der Patienten mit positivem klinischen Testergebnis (Danielstest), zeigen kein Störungsbewusstsein bzw. keine Eigenwahrnehmung für vorliegende Schluckstörungen (krankheitsbedingte Unterschiede in der Eigenwahrnehmung);
- ca. 26% aller untersuchten Patienten in geriatrischen Einrichtungen hatten bei der Aufnahme positives klinisches Testergebnis und eine Diäteneinschränkung (15% bei Entlassung).

Dysphagiemanagement: interdisziplinär und sektorenübergreifend

Das Dysphagiemanagement muss den Zeitraum vom Tag des Symptombeginns bzw. der Identifizierung der Dysphagie bis zur Nachversorgung ggf. mit Kontrolluntersuchungen oder Therapiemodifikationen im Verlauf abdecken. Dies erfordert ein sektorenübergreifendes, praktikables Dysphagiemanagement (Abb. 1). Dazu gehört als Grundlage die Dokumentation von Befunden und therapeutischen Maßnahmen zur Sicherstellung des Informationsflusses im Behandlungsverlauf. Dokumentation und Kommunikation sind entscheidende Elemente für die Vermeidung von Komplikationen, den Erhalt von Lebensqualität, die Gewährleistung von Qualität und Transparenz in Bezug auf die Diagnostik, die therapeutischen und diätetischen Maßnahmen, die Symptomveränderungen im Verlauf und das weitere Vorgehen. Eine krankheitsspezifische Aufklärung der Patienten und ihrer Angehörigen zum Thema Dysphagie sollte nicht erst bei Auftreten von Symptomen erfolgen, sondern bei entsprechenden Risikokonsultationen auch präventiv. Diese Vorgehens-

weise ermöglicht die Förderung von Wissen, Störungsbewusstsein und Eigenaktivitäten der Patienten. Der Betroffene wird für sein Krankheitsbild und mögliche Dysphagiesymptome sensibilisiert. Mit der Eigenwahrnehmung erhöht sich die Chance von Therapieerfolgen durch eine gute Compliance.

Bedeutung der Schnittstellenversorgung in der Geriatrie

Im geriatrischen Bereich besteht eine hohe Prävalenz von Diäteeinschränkungen mit unterschiedlichster Ursache, z.B. schlechter Zahnstatus, Dysphagie, Appetitlosigkeit, mangelnde Ausdauer und Kraft. Geriatrische Patienten sind häufigen Wechseln zwischen Versorgungsebenen unterworfen. Die Patienten zeigen häufig eine atypische Symptomatik

der Dysphagie und haben für ihre Situation oft nur ein eingeschränktes Störungsbewusstsein (Multimorbidität). Diese Patientengruppe ist teilweise nur bedingt in der Lage, medizinische Diagnosen zu verstehen, in andere Lebenssituationen zu übertragen und Konsequenzen einzuhalten. Daher müssen in diesem Fall die Angehörigen und/oder die behandelnden Berufsgruppen auf verlässliche Informationen zurückgreifen können.

Das Medium Dysphagie-Pass dient dazu, sektorenübergreifend relevante Informationen aus den Bereichen klinischer/apparativer Diagnostik, Therapienachweise, Diätadaptationen im Verlauf sowie Ernährungsstatus und Funktionalität für alle Beteiligten transparent zu machen.

Der Dysphagie-Pass bezieht die Patienten bzw. ihre Angehörigen eigenverantwortlich

■ **Abb. 1: Versorgungsaufgaben der einzelnen Institutionen**

Institution	Versorgungsaufgaben
Akutklinik	<ul style="list-style-type: none"> ● zielgerichtete, abgestufte klinische und ggf. apparative Diagnostik ● Einteilung der Dysphagie in Schweregrade ● Aufstellung eines individuellen Behandlungsplans ● Anpassung der Schluckkostform an die aktuellen Fähigkeiten ● ausführliche Berichterstattung für gezielte Weiterversorgung nach Entlassung (Befundbericht und Dysphagie-Pass)
Rehabilitationsklinik	<ul style="list-style-type: none"> ● enger gegenseitiger Informationsaustausch mit Akutklinik (Befundbericht und Dysphagie-Pass) ● intensive, zielgerichtete Schlucktherapie ● sichere diätetische Versorgung (angepasst an bestehende „Schluckfähigkeiten“) ● Verlaufskontrolle und Adaptation bei Veränderungen ● ausführliche Berichterstattung für gezielte Weiterversorgung nach Entlassung
Ambulante Schlucktherapie	<ul style="list-style-type: none"> ● Voraussetzung für eine Fortführung der Behandlung ist die Verordnung vom Hausarzt auf Grundlage erhobener aktueller Befunde ● adäquate zielorientierte Schlucktherapie ● enger gegenseitiger Informationsaustausch mit Akutklinik oder Rehabilitationsklinik (Befundbericht und Dysphagie-Pass) ● weitere enge Zusammenarbeit für bessere Verlaufsbeobachtung (Re-Check) und effektiven Therapieeinsatz
Häusliche Umgebung inkl. ambulantem Pflegedienst, Angehörige, Sozialdienst	<ul style="list-style-type: none"> ● Fortführung der kompensatorischen Maßnahmen (z.B. Chin Tuck) ● Einblick in den Dysphagie-Pass ● Essensanreicherung und -zubereitung (evtl. z.B. andicken oder passieren), evtl. Essen auf Rädern organisieren ● Beobachtung von Problemen oder Veränderungen (z.B. Verschlucken) ● Kommunikation z.B. mit Arzt oder Sprachtherapie/Logopädie ● Sicherstellung spezieller Nahrungsmittel, Konsistenzen
Seniorenheim	<ul style="list-style-type: none"> ● jederzeit Einblick in den Dysphagie-Pass zur Kontrolle und Anpassung (z.B. Gewichtsabnahme, Medikamentengabe) ● Einhaltung der individuell auf den Patienten abgestimmten Schluckkostform ● adäquater/gezielter Einsatz von zusätzlicher invasiver Nahrungsergänzung (z.B. ergänzende Flüssigkeitszufuhr über PEG) ● weitere Therapiemöglichkeiten und Kontrollmöglichkeiten in enger Absprache mit Hausarzt bzw. Therapeut

in die Therapie mit ein und verbessert damit deren Verständnis, Mitarbeit und Bewusstsein im Umgang mit dieser Symptomatik.

Der Dysphagie-Pass dient einer ausführlichen Berichterstattung an weiterversorgende Institutionen, Pflegende, Therapeuten, Ärzte im stationären und ambulanten Sektor (u.a. durch die Verwendung vergleichbarer Items wie Penetration-Aspirations-Skala und Schluck-Beeinträchtigungsskala; *Prosiegel 2003, Rosenbek et al. 1996*).

Er erleichtert die ggf. notwendige telefonische Kontaktaufnahme mit dem behandelnden Arzt und Absprachen für sinnvolle Verlaufskontrollen.

Wichtige Informationen von ggf. stattgefundenen Diätberatungen bzw. Konsistenzadaptionen (Zubereitung oder Bestellmöglichkeiten von Schluck-Diäten) werden somit festgehalten und können jederzeit eingesehen werden.

Aufklärung und Anleitung der Angehörigen bzw. pflegenden Personen des Betroffenen zur Gewährleistung der Umsetzung von Maßnahmen und Beobachtung des Krankheitsverlaufs finden im Dysphagie-Pass ihren Ausdruck.

Nach Ausstellen des Dysphagie-Passes als Medium der Befund- und Verlaufsdocumen-

tation verbleibt dieser zur eigenverantwortlichen Verwendung wie z.B. ein Diabetiker- oder Schrittmacherausweis beim Patienten.

Der Dysphagie-Pass

Der Dysphagie-Pass ist im Format DIN A5 aus reißfestem, farbig bedrucktem Papier gestaltet und umfasst folgende Bestandteile:

- Deckblatt (Abb. 2)
- Gesundheitszustand des Patienten (Abb. 3)
- Erläuterungen (Abb. 4)
- Dokumentationsbogen – klinische Untersuchungen (Abb. 5)
- Dokumentationsbogen – apparative Untersuchungen (Abb. 6)
- Therapieprotokoll (Abb. 7)
- Schluck-Diätplan (Abb. 8)

Erläuterung der Items

- *PAS (Penetration-Aspirations-Skala, Rosenbek et al. 1996)*: leitlinienetablierte Skala zur vergleichbaren Messung der Penetration und Aspiration von Flüssigkeiten und/oder Speisen
- *SBS (Schluck-Beeinträchtigungs-Skala, Prosiegel 2003)*: leitlinienorientierte Skala zur vergleichbaren Bewertung der

Beeinträchtigung der Nahrungsaufnahme bezogen auf Konsistenzen, Hilfsmittel, Kompensation

- *BMI Body Mass Index (< 20) und WU Wadenumfang (< 31) (Bauer & Sieber 2005)*: Hinweise auf Malnutrition im Alter
- *HK Handkraft und GG Ganggeschwindigkeit (Cruz-Jentoft et al. 2010)*: diagnostische Kriterien für Frailty und Sarkopenie
- *BI Barthel-Index (Lübke et al. 2004)*: Selbsthilfefähigkeit einschließlich Mobilität

Komplexe Zusammenhänge zwischen Malnutrition und Dysphagie

Die Malnutrition wird besonders relevant, wenn eine Dysphagie nicht frühzeitig identifiziert wird. Bei neurologisch bedingten Schluckstörungen wird die genaue Ernährungsform in Abhängigkeit von Art und Ausprägung der Schluckstörung festgelegt (*DGN 2008*). Ernährungstherapie und Schlucktherapie müssen daher eng aufeinander abgestimmt sein (*Bauer et al. 2006*). Es ist bekannt, dass Ernährungsprobleme durch Dysphagie negativ beeinflusst werden. Aus den Schottischen Leitlinien (*SIGN 2010*) geht hervor, dass Schlaganfallpatienten mit Malnutrition eine signifikant verlängerte Rekonvaleszenz und höhere Mortalität im Vergleich zu solchen mit

■ Abb. 2: Deckblatt Dysphagie-Pass

■ Abb. 3: Gesundheitszustand des Patienten

normalem Ernährungsstatus haben. Aus diesen Gründen führt der Dysphagie-Pass wichtige vergleichbare Parameter auf (z.B. WU, BMI, GG, HK; *Bauer & Sieber 2005, Bauer et al. 2006*), um Ausmaß und Auswirkungen der Dysphagie zu beschreiben, festzuhalten und ggf. Sekundärkomplikationen (wie z.B. Malnutrition) entgegenzuwirken.

Ziele des Dysphagie-Passes

- Optimierung der Verlaufsdocumentation, gezielte Anpassung der Interventionen an aktuelle Fähigkeiten und Beeinträchtigungen
- Optimierung von Kommunikation, Kooperation und Transparenz
- Vermeidung von Informationsverlusten
- Verbesserung der medizinisch multidis-

ziplinären Versorgung (z.B. Institution, Klinikarzt, Niedergelassener Arzt, Therapeut, Pflegedienst)

- Verbesserung der Eigenverantwortlichkeit, Mitarbeit von Patient bzw. Angehörigen
- Vermeidung unnötiger Doppeluntersuchungen (Belastung für Patient und Gesundheitssystem)
- Beschreiben, Festhalten und ggf. Vermeidung von Sekundärkomplikationen wie z. B. Malnutrition
- Rückgang von Pneumonien (z.B. durch Einhaltung sicherer Diäten, Verbesserung des Störungsbewusstseins)
- Vermeidung unnötiger Diäteeinschränkungen und damit Einschränkung der Lebensqualität durch regelmäßige Kontrollmöglichkeiten und Anpassung an die aktuellen Fähigkeiten des Patienten

■ Abb. 4: Erläuterungen

Erläuterungen	
Definition von Dysphagie: Dysphagie wird als eine Funktionsstörung des Schluckaktes definiert. Quelle: Kahrilas (1989)	
Penetrations-Aspirations-Skala (PAS): Quelle: Rosenbek JC, et al (1996)	
Grad 1	Material penetriert nicht
Grad 2	Material penetriert, liegt oberhalb der Glottis, wird aus dem Aditus laryngis entfernt (Räuspern / Husten)
Grad 3	Material penetriert, liegt oberhalb der Glottis, wird nicht aus dem Aditus laryngis entfernt
Grad 4	Material penetriert, liegt auf den Stimmlippen, wird aus dem Aditus laryngis entfernt
Grad 5	Material penetriert, liegt auf den Stimmlippen, wird nicht aus dem Aditus laryngis entfernt
Grad 6	Material wird aspiriert, wird in den Aditus laryngis oder weiter nach oben befördert
Grad 7	Material wird aspiriert, kann trotz Anstrengung nicht aus der Trachea herausbefördert werden
Grad 8	Material wird aspiriert, kein Versuch es aus der Trachea herauszubefördern
Schluck-Beeinträchtigungs-Skala (SBS): Quelle: Leitlinie 2003 (DGNKN)	
0	voll-orale Ernährung ohne Einschränkung
1	voll-orale Ernährung mit Kompensation*, aber ohne Konsistenzeneinschränkung
2	voll-orale Ernährung ohne Kompensation, aber mit Konsistenzeneinschränkung
3	voll-orale Ernährung mit Kompensation* und mit Konsistenzeneinschränkung
4	partiell-orale Ernährung
5	partiell-orale Ernährung mit Kompensation*
6	Ernährung ausschließlich über Sonde
* Mit „Kompensation“ sind Haltungsänderungen und Schlucktechniken gemeint.	
Wadenumfang (WU): Breiteste Stelle am Unterschenkel (pathologisch < 31 cm) Quelle: Bauer / Sieber; DMW 2006	Ganggeschwindigkeit über 4 Meter (GG): Pathologisch < 0,8 m/sec. Quelle: Europäischer Konsensus Sarkopenie; Age Ageing 2010
Body-Mass-Index (BMI): Quelle: Bauer / Sieber; DMW 2006 BMI = Körpergewicht (kg) / Körpergröße (m) ² Hinweis auf Mangelernährung im Alter < 20 kg / m ²	Handkraftmessung (HK): Pathologisch: Männer < 30 kg; Frauen < 20 kg Quelle: Europäischer Konsensus Sarkopenie; Age Ageing 2010
Barthel Index (BI): Quelle: Hamburger Einstufungsmanual zum Barthel Index; Ausschuss Qualitätssicherung II der BAG KGE e.V. 04. November 2002	

© Rittig · Klinik für Altersmedizin / Geriatrie St. Vinzenz-Hospital Dinslaken · Chefarzt Dr. M. Jäger

- Vermeidung unnötiger Therapien durch Effektivitätskontrollen (Re-Checks)
- durch genaue Diagnostik gezielter Therapieeinsatz – Vermeidung von Therapienebenwirkungen

Feedback nach Einführungsphase

Seit der Einführung des Dysphagie-Passes im März 2011 im Raum Dinslaken sind durchweg positive Rückmeldungen zu verzeichnen. Eine systematische Evaluation hat noch nicht stattgefunden.

Im ambulanten Bereich (Hausarzt, HNO) kam es zur Verbesserung des Bewusstseins für das Störungsbild Dysphagie und damit zu einer Zunahme der Identifikation von Schluckstörungen. Die Zusammenarbeit unter den Ärzten sowie zwischen Ärzten und Therapeuten (Initiierung von Dysphagie-Differentialdiagnostik) hat zugenommen. Zunehmend werden Re-Checks zur genaueren Beurteilung von Therapieeffektivität durchgeführt, um unnötige Therapiemaßnahmen zu vermeiden.

Im therapeutischen Bereich (Logopädie/ Sprachtherapie) zeigt sich eine positive Resonanz hinsichtlich einer ausführlichen Berichterstattung für eine zielgerichtete Behandlungsplanung. Außerdem können Therapienebenwirkungen durch genaue Diagnostik (z.B. Videofluoroskopie) und die Weitergabe der Informationen/Befunde vermindert werden. Auch hier wird das Angebot der Effektivitätsüberprüfung durch Re-Checks und die Möglichkeit der Anpassung des Behandlungsplanes gern angenommen.

Im Bereich der Pflegeeinrichtungen/ambulanter „Pflegedienste“ stellt sich die Transparenz der Schluckdiät, d.h. welche Konsistenzen/Lebensmittel sicher ggf. mit welcher Hilfe geschluckt werden können, als sehr hilfreich dar. Der Dysphagie-Pass reduziert in diesem Bereich auch ein wenig die Hürde, Therapeuten bzw. behandelnde Ärzte anzusprechen, was die Therapiesicherheit verbessert.

Er sensibilisiert alle Beteiligten für das Störungsbild Dysphagie und erleichtert wesentlich die Zusammenarbeit.

Der Dysphagie-Pass hat das Format DIN A5, reißfestes Papier, Farbdruck. Er kann gegen 2,00 € Schutzgebühr über folgende Adresse bestellt werden:

Klinik für Altersmedizin und Geriatrie
 Chefarzt Dr. Martin Jäger (Sekretariat)
 Otto-Seibel-Str. 31-33
 46535 Dinslaken
 andrea.brinker@st-vinzenz-hospital.de

■ Abb. 5: Dokumentationsbogen – Klinische Untersuchungen

Dokumentationsbogen · Klinische Untersuchungen			
Datum	durchgeführte Untersuchung	Untersucher / Institution	Diagnose

BMI	WU	GG	HK	BI	Diät Empfehlung	Therapieempfehlung

■ Abb. 6: Dokumentationsbogen – Apparative Untersuchungen

Dokumentationsbogen · Apparative Untersuchungen				
Datum	durchgeführte Untersuchung	Untersucher / Institution	Diagnose	PAS

BMI	WU	GG	HK	BI	Diät Empfehlung	Therapieempfehlung

■ Abb. 7: Therapieprotokoll

Therapieprotokoll		
Datum / Zeitraum	Therapieinhalte und Ziele	Therapeut (Tel. / Institution)

Eintrag erfolgt von dem behandelnden Therapeuten und wird spätestens alle 4 Wochen aktualisiert!

Bemerkung / Verlauf

■ Abb. 8: Schluck-Diätplan

Schluck-Diätplan	
Datum	angepasste und sichere Nahrungsmittel / Konsistenzen

Ggf. Einschränkungen in der Nahrungsaufnahme sollten hier vermerkt und immer aktualisiert werden!

Kompensationsstrategien / Hilfsmittel / ggf. zusätzl. Kalorien- bzw. Flüssigkeitszufuhr	SBS	festgelegt durch (Name bitte lesbar)

LITERATUR

- Agency for Health Care Policy and Research (AHCPR) (1999). *Diagnosis and treatment of swallowing disorders (dysphagia) in acute-care stroke patients*. Evidence report/technology assessment: number 8. AHCPR Publication Number 99-E023. Rockville, MD: AHCPR
- Bauer, J.M. & Sieber, C. (2005): Pathophysiologie und Diagnostik der Malnutrition im Alter. *Geriatric Journal* 7, 12-16
- Bauer, J., Volkert, D., Wirth, R., Vellas, B., Thomas, D., Kondrup, J., Pirlich, M., Werner, H. & Sieber, C.C. (2006). Diagnostik der Mangelernährung des älteren Menschen. *Deutsche Medizinische Wochenschrift* 5 (131), 223-227
- Cruz-Jentoft, A.J., Baeyens, J.P., Bauer, J.M., Boirie, Y., Cederholm, T., Landi, F., Martin, F.C., Michel, J.P., Rolland, Y., Schneider, S.M., Topinková, E., Vandewoude, M. & Zamboni, M. (2010). Sarcopenia: European consensus on definition and diagnosis. Report of European Working Group on Sarcopenia in Older People. *Age and Ageing* 4 (39), 412-423
- DGN (2008). *Leitlinien für Diagnostik und Therapie in der Neurologie*. <http://www.dgn.org/-leitlinien-online.html> (27.03.2012)
- Jäger, M. & Rittig, T. (2002). Strukturen und Methoden des Dysphagiemanagements. *Ernährung und Medizin* 17, 180-186
- Jäger, M. & Rittig, T. (2004). Einführung und Vorstellung eines Erfassungsprogramms von Schluckstörungen in der Geriatrie. *European Journal of Geriatrics* 6 (1), 37-42
- Kahrilas, P.J. (1989). The anatomy and physiology of dysphagia. In: Gelfand, D.W. & Richter, J.E. (Hrsg.), *Dysphagia: diagnosis and treatment* (11-28). New York: Jgaku-Shoin
- Lübke, N., Meinck, M. & Renteln-Kruse, W. (2004). Der Barthel-Index in der Geriatrie. Eine Kontextanalyse zum Hamburger Einstufungsmanual. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 4 (73), 316-326
- Prosiegel, M. et al. (2003). *Qualitätskriterien und Standards für die Diagnostik und Therapie von Patienten mit neurologischen Schluckstörungen*. *Neurogene Dysphagien – Leitlinien 2003 der DGNKN*
- Rittig, T. (2009). *Die Bedeutung von Schluckstörungen bei geriatrischen Patienten im stationären Bereich und Konsequenzen für die weitere Versorgung*, Dissertation zur Erlangung des Doktorgrades der Medizin an der Universität Witten/Herdecke
- Rittig, T., Jäger, M. & Füsgen, I. (2009). Prävalenz und Bedeutung von Schluckstörungen bei Patienten in geriatrischen Einrichtungen – eine biometrische Multicenter-Erhebung (Teil I und II). *European Journal of Geriatrics* 11 (2) 69-85
- Rosenbek, J.C., Robbins, J., Roecker, E.B., Coyle, J.L. & Wood, J.L. (1996). Penetration-aspiration scale. *Dysphagia* 11, 93-98
- Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN) (2010). *Management of patients with stroke: identification and management of dysphagia*. Guideline SIGN 119. Edinburgh: SIGN

Aufruf zur Mitarbeit in DGG

Geriatrisch arbeitende Teams sind aufgerufen, in der AG Dysphagie der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie (DGG) mitzuwirken. Interessierte wenden sich an: martin.jaeger@st-vinzenz-hospital.de oder tanja.rittig@st-vinzenz-hospital.de

DOI dieses Beitrags (www.doi.org)

10.2443/skv-s-2012-53020120303

Autorin

Dr. rer. medic. Tanja Rittig
St. Vinzenz-Hospital Dinslaken
Otto-Seidel-Str. 31-33
46535 Dinslaken
t.rittig@gmx.de

SUMMARY. The Dysphagia-Passport. A patientoriented trans-sectoral means of communication

The fullest prevalence study on dysphagia in geriatric institutions in Germany shows high prevalence of severe and moderately severe dysphagia (Rittig & Jäger 2009). The Dysphagia-Passport has been developed in order to improve multiprofessional treatment. It can be an effective means of communication for all medical professions and therapists involved, equally in acute treatment and rehabilitation clinics. The Dysphagia-Passport also provides support to patients and their families. It increases awareness and compliance as a part of diagnostics, therapy intervention and goals that are to be reached. It also helps to reduce costs and complications caused by multiple medical examinations and misleading therapy approaches according to process optimisation and improved living quality, autonomy and compliance.

KEY WORDS: dysphagia – diagnostics – ambulant treatment – multiprofessional treatment – Dysphagia-Passport