

Der Olsberger Schluck-Beobachtungs-Bogen (O-SBB)

Ein Verfahren zur systematisierten Bewertung von Essensbegleitung bei Dysphagie

The Olsberger Schluck-Beobachtungs-Bogen (O-SBB)

An instrument for the systematic evaluation of eating in dysphagia

Schlüsselwörter: klinische Dysphagiediagnostik, Aspirationsrisiko, Kostformempfehlung, Dysphagiemanagement, Nahrungskonsistenz

Keywords: clinical swallowing assessment, aspiration risk, diet recommendation, dysphagia management, food consistency

Zusammenfassung: Hintergrund: Im Bereich der klinischen Dysphagiediagnostik steht inzwischen eine Reihe von Screeningverfahren zur Einschätzung des Aspirationsrisikos zur Verfügung. Auf der Grundlage der jeweiligen Testergebnisse erfolgt die Empfehlung einer geeigneten Koststufe. Darüber hinaus werden für gewöhnlich therapeutische Essensbegleitungen zur Absicherung der Kostformempfehlung durchgeführt, die jedoch einer hohen Variabilität und Subjektivität unterliegen.

Fragestellung/Ziel: In diesem Artikel möchten wir ein leicht anwendbares Verfahren vorstellen, das auf systematische und standardisierte Weise einen vergleichbaren Eindruck schlucktherapeutischer Essensbeobachtung ermöglicht.

Methode: Es wurde ein neuartiger Untersuchungsbogen konzipiert, mit dem auf der Grundlage klinisch beobachtbarer Parameter des Schluckvorgangs und in Abhängigkeit von der getesteten Nahrungskonsistenz das PatientInnenverhalten während einer Mahlzeit numerisch erfasst werden kann.

Ergebnisse: Mit dem Olsberger Schluck-Beobachtungs-Bogen kann eine alltagsbezogene, vergleich- und quantifizierbare Evaluation dysphagischer Symptome während der Einnahme einer vollständigen Mahlzeit erfolgen. Die Resultate liefern dem/der Therapeuten/in Anhaltspunkte für eine Kostformempfehlung.

Diskussion/Schlussfolgerungen: Ergänzend zu gängigen Bildgebungs- und Screeningassessments mit hoher Spezifität und Sensitivität sowie resultierender Kostformempfehlung im Dysphagiemanagement ist der vorgestellte Beobachtungsbogen ein praktikables Instrument zur Beurteilung der Schluckfunktion in einer Alltagssituation.

Abstract: Background: Several clinical bedside swallowing assessments have been introduced lately to rate the aspiration risk in dysphagic patients. Based on the results of such screenings a suitable diet is recommended. Furthermore, the patient's swallowing performance while eating a meal is usually observed by a therapist to ensure the diet recommendation. However, this procedure involves a great amount of variability and subjectivity.

Aim: In this paper we introduce an easy-to-use instrument that allows in a systematic and standardised manner a comparable assessment of the eating habits of dysphagic patients.

Methods: We developed a new questionnaire to record the swallowing ability of a patient while eating a meal – based on the clinical parameters and dependent upon the food consistency tested.

Results: The Olsberger Schluck-Beobachtungs-Bogen evaluates the presence of dysphagic symptoms in the setting of eating a meal. Furthermore, the results provide clues for diet recommendation in a comparable and quantifiable way.

Discussion/Conclusions: In addition to common highly specific and sensitive imaging and screening assessments which lead to diet recommendation, we introduce a practicable method to measure patients' swallowing ability in a real-life situation.

Einleitung

Bekanntlich gehören Essen und Trinken zu den selbstverständlichsten, zugleich komplexesten und genussvollsten Aktivitäten des täglichen Lebens. Dabei sind die physiologischen Strukturen und die Funktion der oralen Nahrungsaufnahme im eigentlichen Sinne durch Krankheiten vielfältig störfähig. Sie werden als *Dysphagien* bezeichnet (z. B. Bartolome & Schröter-Morasch, 2010).

Alle bisherigen Verfahren zur Untersuchung von Dysphagien konzentrieren sich folgerichtig auf die Beurteilung eben dieser Strukturen und der Funktion der oralen Nahrungsaufnahme. So werden zum Beispiel die orofaziale Inspektion, verschiedene Screeningverfahren (u. a. Daniels, McAdam, Brailey, & Foundas, 1997; DePippo, Holas, & Reding, 1992; Leder & Espinosa, 2002; Perry & Love, 2001; Tohara, Mays, Kuhlemeier, & Palmer, 2003) und instrumentelle Diagnostiken wie die *Fiberendoskopische Evaluation des Schluckaktes* (FEES) (z. B. Langmore, 2001) oder die *Videofluoroskopie des Schluckens* (VFS) (z. B. Logemann, 1998) angewandt.

Die meisten dieser Screeninginstrumente ermöglichen eine valide Einschätzung des Aspirationsrisikos bzw. eine Entscheidung darüber, ob eine Dysphagie vorliegt oder nicht. Da jedoch häufig nur eine Nahrungskonsistenz (flüssig) getestet wird, kann keine direkte Ableitung einer Kostformempfehlung aus den Ergebnissen erfolgen.

Trapl und Kollegen (2007) nahmen sich dieser Herausforderung an und entwickelten mit dem *Gugging Swallowing Screen* (GUSS) ein dreistufiges Verfahren, in dem die Schluckfunktion für breiige (bzw. angedickte), feste und flüssige Konsistenzen untersucht wird. Die Auswertung erfolgt in einem Punktesystem, mit dem das individuelle Aspirationsrisiko gemessen werden kann. Dem so ermittelten Score wird sowohl der Dysphagieschweregrad als auch eine Kostformempfehlung zugeordnet.

Es ist jedoch nicht ohne weiteres möglich, aufgrund solcher Befunde unmittelbar auf die Performanz im Alltag zu schließen. Strukturen und Funktion der oralen Nahrungsaufnahme müssen sich auch außerhalb der Screening- oder Testsitu-

ation real bewähren. Hinzu kommt, dass eine Mahlzeit einnehmen auch neuropsychologisch (emotional-motivational und kognitiv) wesentlich komplexer ist als Schlucken in einer Untersuchungssituation (zum Konzept der kognitiv bedingten Dysphagie vgl. z. B. Heidler, 2009).

Nach der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) der Weltgesundheitsorganisation (WHO) basiert die Möglichkeit zur Teilhabe unter anderem auch auf der Aktivität der Einnahme einer kulturell typischen Mahlzeit (vgl. hierzu Hofmayer, Burek, & Stanschus, 2009).

Um diesen Aspekten gerecht zu werden, finden in der schlucktherapeutischen Praxis routinemäßig Essensbegleitungen während einer Mahlzeit statt, bei denen Kostformempfehlungen überprüft werden. Die Durchführung und Auswertung eines solchen Beobachtungssettings unterliegt jedoch einer hohen Variabilität und Subjektivität.

Mit dem hier vorgeschlagenen Olsberger Schluck-Beobachtungs-Bogen (O-SBB) wurde versucht, ein Verfahren zu entwickeln, mit dessen Hilfe ein ökologisch valider Eindruck einer schlucktherapeutischen Essensbegleitung systematisiert und standardisiert werden kann. Dabei soll die Beobachtung klinisch praktikabel und beliebig wiederholbar sein, Hilfe für den/die Therapeuten/in bei der Auforalisierungsentscheidung bieten und eine alltagsbezogene Eintritts- und Verlaufsevaluation der Fähigkeit zur Einnahme einer Mahlzeit bei Dysphagie ermöglichen.

Entwicklung des O-SBB

Der Testbogen wurde in der sprachtherapeutischen Abteilung der Klinik am Stein in Olsberg entwickelt. Ein erster Entwurf entstand im Rahmen einer Abschlussarbeit des Postgraduiertenpraktikums (Linguistin im Praktikum) des Bundesverbandes für Klinische Linguistik (Zink, 2011). Die vorliegende Fassung ist Ergebnis einer Erprobung und Überarbeitung im Praxisalltag.

Eine zu Beginn des Projektes durchgeführte Recherche ergab, dass, neben den eingangs erwähnten Screeningverfahren, mit dem *Kölner Befundsystem für Schluckstörungen* (Kö.Be.S.) ein sehr ausführliches klinisches Assessment

veröffentlicht wurde (Birkmann, 2007). In diesem Verfahren werden sowohl die Anamnese, Angaben zur Haltung, Atmung, orofazialen Beweglichkeit und Sensibilität sowie zu Reflexen als auch Beobachtungen der Nahrungsaufnahme bei Menschen mit Dysphagie in einer Screeningsituation dokumentiert. Dabei werden vier Konsistenzen nacheinander getestet: Götterspeise, angedickter Obstsaft, ein Stück Apfel und ein trockener Keks. Für jede Testbedingung erfolgt eine qualitative Bewertung der Schluckfunktion des/der Patienten/in anhand festgelegter, konsistenzspezifischer Parameter. Zudem wird die Fähigkeit der Testperson zur Kompensation beurteilt. Der Aufbau der Bögen entspricht dabei dem chronologischen Ablauf des Schluckvorgangs. Mit dem Kö.Be.S. werden also klinisch relevante Teilprozesse der oralen Nahrungsaufnahme untersucht.

Diese Herangehensweise erscheint grundsätzlich geeignet für eine systematische Beurteilung einer dysphagietherapeutischen Essensbegleitung, sodass bei der inhaltlichen Konzeption des O-SBB folgende Punkte Berücksichtigung finden:

- die angebotene Kostformstufe,
- die Betrachtung klinisch beobachtbarer Parameter in den Schluckphasen und
- die Evaluation von Kompensationsmaßnahmen.

Um darüber hinaus die im Schluck-Beobachtungs-Bogen erfassten Daten messbar zu machen, wurde ein numerisches Auswertungsprofil erstellt. Die Bewertung der Testparameter erfolgt durch ein mehrstufiges Punktesystem und orientiert sich konzeptionell am Barthel-Index (Mahoney & Barthel, 1965).

KURZBIOGRAFIE

Ines Hiddemann ist Diplom-Pathologin und schloss ihr Studium im Jahr 2000 an der Universität Potsdam ab. Seitdem ist sie als Sprachtherapeutin klinisch tätig, zunächst im Bereich der neurologischen Frührehabilitation in Bad Wildungen und seit Ende 2001 in der Klinik am Stein in Olsberg, einer neuro-geriatrischen Rehabilitationsklinik.

A Festkost	B Weichkost	C Flüssigkeit	D Mischkonsistenz
Mittagessen: Normalkost Homogene Kost Homogene Kost und passiertes Fleisch <u>Frühstück:</u> Brötchen Brot mit Rinde und homogener Auflage Brot ohne Rinde mit Streichauflage	warme passierte Kost kalte passierte Kost	dickflüssig/ angedickt dünnflüssig	Suppe mit Einlage Mischen von Boli aus A & C (z. B. Brot und Kaffee)

Tabelle 1a Zuordnung der Kostformen zu den Nahrungskonsistenzen

Anhand des Barthel-Index lässt sich die Pflegebedürftigkeit eines/r Patienten/in in Bezug auf verschiedene Alltagshandlungen numerisch beurteilen. Für das Einnehmen von Mahlzeiten wird beispielsweise eine dreistufige Einteilung vorgenommen: nimmt der/die PatientIn seine/ihre Mahlzeiten selbstständig ein bzw. beschickt/versorgt er/sie seine/ihre Perkutane Endoskopische Gastrostomie (PEG) selbst, so werden zehn Punkte vergeben. Ist Hilfe bei der mundgerechten Vorbereitung bzw. der PEG-Beschickung erforderlich, das Essen wird aber selbstständig eingenommen, ergeben sich fünf Punkte. Besteht komplette Hilfsbedürftigkeit bei der Nahrungsaufnahme, entspricht dies einem Punktwert von null. Im O-SBB ergibt sich die Punktwertverteilung in den Skalen aus einer Gewichtung der Schluckparameter hinsichtlich ihrer Relevanz für die Einschätzung des Aspirationsrisikos. Das heißt, je höher der im Test vergebene Punktwert, desto weniger ausgeprägt ist die Dysphagiesymptomatik. Dies gilt sowohl für die getestete Rubrik als auch in Bezug auf den Gesamtvorgang des Schluckens.

Aufbau

Der O-SBB ist in vier Abschnitte (A, B, C und D) unterteilt, welche sich auf die zur Auswahl stehenden Nahrungskonsistenzen Festkost, Weichkost, Flüssigkeit und Mischkonsistenz beziehen (Tab. 1a).

Aufbau der Abschnitte

Jeder der vier Testbögen ist untergliedert in die Rubriken präorale, orale und pharyngeale Phase. Desweiteren werden kompensatorische Verfahren evaluiert und Messwerte erhoben.

Für jede Rubrik sind Bewertungsskalen vorgegeben. Die zu erreichenden Maximalpunktwerte unterscheiden sich in Abhängigkeit von der getesteten Nahrungskonsistenz und den damit verbundenen Anforderungen an den/die Patienten/in (Tab. 1b).

Aufbau der Skalen

Im Folgenden soll die Struktur des Testbogens im Hinblick auf die oben genannten Rubriken/Skalen vorgestellt und jeweils anhand eines Fallbeispiels veranschaulicht werden. Um den Gesamtaufbau des Bogens zu verdeutlichen, befindet sich im Anhang exemplarisch der Protokollbogen für die Kategorie Festkost.

Skala „Präorale Phase“

In dieser Phase muss die Nahrung vor der oralen Aufnahme wahrgenommen, gegebenenfalls vorbereitet, zerkleinert und/oder zum Mund geführt werden. Dies erfordert die Koordination von Haltung und Bewegung und ist abhängig von subjektiver Wahrnehmung sowie psychosozialen Faktoren (vgl. Bartolome & Schröter-Morasch, 2010).

Im O-SBB wird die Fähigkeit des/der Patienten/in zur selbstständigen Nah-

rungsaufnahme berücksichtigt und einem Punktwert zugeordnet. In Verbindung mit Festkost werden Punktabzüge vorgenommen, wenn die Kost auf dem Teller nicht selbst mundgerecht vorbereitet werden kann (Tab. 2). Für die anderen Konsistenzen entfällt die Vorbereitung, sodass dort zehn Punkte (Essen selbstständig) oder null Punkte (Essen nicht selbstständig) vergeben werden können. Unter dem Punkt *präorale Auffälligkeiten* kann der/die UntersucherIn Beobachtungen zum Patientenverhalten (z. B. Haltungsauffälligkeiten, Apraxie, stigmaträchtige Handlungen, mangelnde Aufmerksamkeit) notieren.

Beispiel: Der/die PatientIn ist, aufgrund einer Hemiparese, nicht in der Lage sein/ihr Brot selbst zu schmieren, kann es aber in vorbereiteter Form und nach verbaler Aufforderung selbst zum Mund führen.

Skala „Orale Phase“

Im Testbogen werden Aspekte der „oralen Vorbereitungsphase“ und der eigentlichen „oralen Phase“ zusammengefasst (vgl. Bartolome & Schröter-Morasch, 2010).

Zum einen wird das Symptom des Drooling, also des Austritts von Nahrung aus dem Mund (vgl. Gröne, 2009), gegebenenfalls dessen Ausmaß und die Reaktion des/der Patienten/in beobachtet und bewertet. In den Untersuchungsbedingungen Festkost und Mischkonsistenz wird außerdem die Fähigkeit zur oralen Bolusvorbereitung und -formung im Testbereich „Zerkleinerung des Bolus“ beurteilt.

Bolusreste im Mundraum nach erfolgter Schluckreflexauslösung sowie das Management seitens des/der Patienten/in werden unter dem Punkt „Orale Residuen“ (vgl. Bartolome & Schröter-Morasch, 2010) bewertet (Tab. 3).

	A Festkost	B Weichkost	C Flüssigkeit	D Misch- konsistenz
Maximalwert	205	185	185	200
präorale Phase	15	10	10	10
orale Phase	65	45	45	65
pharyngeale Phase	100	100	100	100
kompensatorische Verfahren	30	30	30	30

Tabelle 1b Punktwertverteilung in den Nahrungskonsistenzen

Beispiel: Der/die PatientIn zeigt einen leichten oralen Nahrungsaustritt ohne Reaktion (d. h. ohne selbstständiges Entfernen durch Wegwischen o. ä.). Klinisch deutet diese Symptomatik auf eine reduzierte periorale Sensorik hin. In diesem Fall werden 15 von 25 Punkten vergeben.

Beispiel: Die Zerkleinerung eines festen Bolus gelingt dem/der Patienten/in nur unzureichend (Dieses Phänomen ist häufig assoziiert mit einer verlängerten oralen Transportphase und oralen Residuen nach dem Schluckvorgang und tritt beispielsweise bei Einschränkungen der Kaubewegungen und/oder der Zungenmotorik auf.).

Beispiel: Verbleiben nach abgeschlossenem Schluckvorgang Nahrungsreste im Mund, die aber vom/von der Patienten/in selbstständig entfernt werden, ergeben sich 15 Punkte.

Skala „Pharyngeale Phase“

Das Auftreten klinisch beobachtbarer Zeichen für Penetration bzw. Aspiration (z. B. Husten, Räuspern, belegte Stimme; vgl. hierzu Bartolome & Schröter-Morasch, 2010) wird vermerkt. Aufgrund der besonderen Relevanz dieses Parameters erfolgt im O-SBB eine Gewichtung in Form eines hohen Maximalpunktwertes. Die Auftretenshäufigkeit und Ausprägung der Hinweise auf Verschlucken führen zu entsprechenden Punktabzügen (Tab. 4).

Beispiel: Zeigt der/die PatientIn während einer Mahlzeit zweimal Anzeichen einer Aspiration, i. S. eines leicht ausgeprägten Hustenstoßes, so werden vom Gesamtscore 40 und 20 Punkte subtrahiert.

Skala „Kompensatorische Verfahren“

Therapeutisch angeleitete Haltungsänderungen oder Schluckmanöver sowie adaptive Verfahren sollen zu einer Modifikation des Schluckablaufs führen und das Aspirationsrisiko senken (detaillierte Übersicht bei Prosiegel & Weber, 2010). Die Anwendung von Schlucktechniken während einer Mahlzeit wird im O-SBB für jede Nahrungskonsistenz evaluiert. Der Maximalpunktwert in dieser Rubrik (30 Punkte) wird vergeben, wenn keine Kompensation erforderlich ist. Punktabzüge werden vorgenommen, sollte die Kompensation nicht oder nur teilweise

Selbstständiges Essen möglich?	ja	10	☐		
	ja, wenn vorbereitet	5	☐		
	nein	0	☐		
Präorale Auffälligkeiten: PatientIn muss zum Essen aufgefordert werden.					gesamt 5

Tabelle 2 Beispiel Präorale Phase „Festkost“

Drooling	nein	25	☐		
	ja	10	☐		
	wenn ja, leicht	5	☐		
	massiv	0	☐		
Reaktion?	ja	5	☐		
	nein	0	☐	gesamt	15

Zerkleinerung des Bolus	ausreichend	20	☐		
	nicht ausreichend	10	☐		
	wird ausgespuckt	0	☐	gesamt	10

Orale Residuen	nein	20	☐		
	ja	10	☐		
	wenn ja, selbstständ. entfernt	5	☐		
	werden ausgespuckt	0	☐	gesamt	15

Tabelle 3 Beispiel Orale Phase

Anzeichen für Penetration/Aspiration	keine		100	☐		
	wie oft?	1x	-20	☐		
		2x	-40	☐		
		3x	-60	☐		
	wie stark?	schwach	-20	☐		
		stark	-40	☐	gesamt	40

Tabelle 4 Beispiel Pharyngeale Phase

Schlucktechnik benötigt?	nein		30	☐		
	ja		15	☐		
	wenn ja, angewandt		10	☐		
	teilweise angewandt		5	☐		
	nicht angewandt		0			
	welche?	Mendelsohn-Manöver			gesamt	20

Tabelle 5 Beispiel Evaluation Schlucktechnik

vom/von der Patienten/in umgesetzt werden. In einer Textzeile wird festgehalten, welches Schluckmanöver Anwendung findet (Tab. 5).

Beispiel: Der/die PatientIn wendet die zuvor angebahnte Schlucktechnik des „Mendelsohn-Manövers“ nicht konsequent an. Es werden 20 von 30 Punkten vergeben.

Messwerte

Am Ende jedes Testabschnittes werden Messwerte erhoben, die nicht in die Gesamtpunktzahl einfließen. Die Werte beziehen sich auf die Dauer der Mahlzeit – gemessen in Minuten –, Angaben zur ungefähren Menge der zugeführten Nahrung (z. B. 4 Kartoffeln, 1 Wurst, 5 EL Gemüse) sowie auf die Dauer einer

oralen Vorbereitungsphase – gemessen in Sekunden – in Verbindung mit der getesteten Konsistenz in der jeweiligen Rubrik (Dabei wird zum Beispiel bei der Kostform „homogene Kost mit passierem Fleisch“ einmal exemplarisch die benötigte Zeit zwischen abgeschlossener präoraler Phase und Schluckreflextrigge- rung für Kartoffeln oder Gemüse erfasst.).

Benötigte Materialien

In Abhängigkeit von der zu prüfenden Kostform werden die entsprechenden Testbögen (A, B, C oder D) ausgewählt und während der Essensbegleitung mitgeführt. Hierbei sei angemerkt, dass die Testbögen in sich geschlossen sind und unabhängig voneinander eingesetzt werden können. Da sich eine Mahlzeit jedoch meist aus verschiedenen Konsistenzen zusammensetzt, werden sie oft in Kombination verwendet. Dies ermöglicht dem/der UntersucherIn zudem eine vergleichende Beurteilung verschiedener Bedingungen (Kostformen) innerhalb eines Settings.

Für den zu erhebenden Messwert der Dauer einer oralen Vorbereitungsphase ist eine Stoppuhr erforderlich.

Dauer der Durchführung

Die therapeutische Essensbegleitung, und damit auch die Beobachtung des/der Patienten/in mit Dysphagie unter Anwendung des O-SBB, sollte sich stets auf die gesamte Dauer der getesteten Mahlzeit beziehen. Anders als in einer klassischen Screeningsituation können somit eventuelle Fluktuationen der Symptomatik (beispielsweise bedingt durch

	Score
präorale Phase	5 / 15
orale Phase	35 / 65
pharyngeale Phase	40 / 100
kompensatorische Verfahren	20 / 30
Gesamtpunktwert	100 / 205

Tabelle 6 Beispiel Störungsprofil Festkost

Ermüdung oder schwankende Aufmerksamkeitsleistung) erfasst werden.

Durchführung

Die Zielgruppe des Verfahrens sind PatientInnen mit neurogenen und/oder funktionellen oropharyngealen Dysphagien unterschiedlichen Schweregrades. Voraussetzung für die Anwendung des O-SBB ist ein Oralisierungsniveau, das die Aufnahme einer vollständigen Mahlzeit erlaubt (mindestens Score 5 im Bogenhausener Dysphagiescore BODS-2; vgl. Bartolome & Schröter-Morasch, 2010). Zudem müssen eine ausreichende Wachheit und Prothesenversorgung sowie der aufrechte Sitz des Menschen mit Dysphagie gegeben sein.

Da eine schlucktherapeutische Essensbegleitung spezielle Kenntnisse in der Beurteilung dysphagischer Symptome erfordert, sollte der O-SBB nur von ausgebildeten SchlucktherapeutInnen durchgeführt werden.

Im Klinikalltag findet die therapeutische Essensbegleitung meist im PatientInnenzimmer statt. Der/Die UntersucherIn sitzt neben dem/der Patienten/in. Im Kopf des Bogens wird der Name des/der Patienten/in, die getestete Mahlzeit (Frühstück oder Mittagessen) und die Kostform vermerkt. Die einzelnen Testparameter werden direkt während der Nahrungsaufnahme beobachtet und erfasst bzw. bewertet. Die Messwerte zur Dauer der Mahlzeit und der Menge der aufgenommenen Nahrung werden am Ende der Sitzung im Bogen festgehalten.

Auswertung

Im Anschluss an die Untersuchung werden die vergebenen Punktwerte zu einer Summe addiert. Dieser Gesamtwert kann zur Verlaufsdokumentation in der PatientInnenakte festgehalten werden.

Für eine Kostformempfehlung sind vor allem die Zwischenergebnisse in den einzelnen Rubriken relevant. Durch die vorgegebene Einteilung in die angenommenen Schluckphasen und anhand der Punktwertgewichtung kann ein Störungsprofil abgelesen und einzelfallabhängig das Aspirationsrisiko beurteilt werden.

In Bezug auf das in den Tabellen 2-5 erläuterte Fallbeispiel ergibt sich das in Tabelle 6 dargestellte Störungsprofil für die Aufnahme einer festen Nahrungskonsistenz.

Aus dem Profil wird ersichtlich, dass bei dem/der untersuchten Patienten/in ein übergreifendes Dysphagiestörungsbild vorliegt, das heißt, in allen Teilprozessen des Schluckvorgangs zeigen sich dysphagische Symptome, die zu Punktabzügen geführt haben. Das Aspirationsrisiko ist in Verbindung mit der getesteten Nahrungskonsistenz als hoch einzustufen, da mehrfach Hinweise auf Verschlucken zu beobachten waren und auch kompensatorische Techniken nicht konsequent angewendet wurden.

Wie bereits oben erwähnt, kann ein Vergleich der Performanz in den unterschiedlichen Nahrungskonsistenzen, aus denen sich die Mahlzeit zusammensetzt, ein Indikator für die passende Koststufe sein. Hierfür werden die Ergebnisprofile der jeweiligen Konsistenzen gegenübergestellt und miteinander verglichen. Ergeben sich dabei Differenzen, insbesondere im aspirationsrelevanten Bereich der pharyngealen Phase, so ist die Koststufe mit dem höheren Gesamtpunktwert und dem somit geringeren Aspirationsrisiko für den/die Patienten/in zu empfehlen.

Die ermittelten Messwerte können ebenfalls in den Entscheidungsprozess für eine Kostformempfehlung einbezogen werden. Benötigt der/die PatientIn beispielsweise unverhältnismäßig viel Zeit für Festkost bzw. unterscheidet sich die Dauer einer oralen Vorbereitungsphase extrem von der einer weicherer Konsistenz und führt dies zu einer geringen Menge der aufgenommenen Nahrung, so müsste eine geplante Auforalisierung überdacht werden.

Zusammenfassend erfolgt eine Kostformempfehlung unter Anwendung des O-SBB aufgrund einer objektiven Betrachtung

KURZBIOGRAFIE

Matthias Moriz ist Klinischer Linguist (BKL) und Supervisor (BKL). Er schloss 1992 sein Studium in Freiburg ab und promovierte 1997. Es folgten klinische Tätigkeiten unter anderem in Elzach, Bayreuth und Olsberg (2000-2012), parallel hierzu Lehrtätigkeit u. a. in Idstein (2006-2010). Seit April 2012 ist er in der Rheinfelden AG in der Schweiz tätig.

OLSBERGER SCHLUCK-BEOBACHTUNGS-BOGEN PROTOKOLL

(Voraussetzung: Wachheit, ausreichende Prothesenversorgung und aufrechter Sitz)

Patient:			Therapeut:			Datum:		
Mahlzeit:	Frühstück	☐	Mittagessen	☐				

A. Festkost

Normalkost	☐	Brötchen	☐
Homogene Kost	☐	Brot mit Rinde, homogener Aufstrich	☐
Homogene Kost + passiertes Fleisch	☐	Brot ohne Rinde, mit Streichaufstrich	☐

1. Präorale Phase:

Selbstständiges Essen möglich	ja	10	☐	
	ja, wenn vorbereitet	5	☐	
	nein	0	☐	
Präorale Auffälligkeiten: _____				gesamt _____

2. Orale Phase:

Drooling	nein	25	☐	
	ja	10	☐	
	wenn ja, leicht	5	☐	
	massiv	0	☐	
Reaktion?	ja	5	☐	
	nein	0	☐	
				gesamt _____

Zerkleinerung des Bolus gelingt	ausreichend	20	☐	
	nicht ausreichend	10	☐	
	wird ausgespuckt	0	☐	
				gesamt _____

Retentionen	nein	20	☐	
	ja	10	☐	
	wenn ja, selbstständig entfernt	5	☐	
	nicht entfernt	0	☐	
				gesamt _____

Schlucktechnik benötigt?	nein	30	☐	
	ja	15	☐	
	wenn ja, angewandt	10	☐	
	teilweise angewandt	5	☐	
welche?	nicht angewandt	0	☐	
				gesamt _____

3. Pharyngeale Phase:

Anzeichen für Penetration/Aspiration	nichts	100	☐		
	wie oft?	1x	-20		☐
		2x	-40		☐
		3x	-60		☐
	wie stark?	schwach	-20		☐
		stark	-40		☐
				gesamt _____	

Zeit für Festkost: _____ Min.

Gesamtpunkte Festkost: _____

Ungefähre Menge: _____

(max. 205)

Orale Phase (festeste Kost): _____ Sek.

des individuellen Störungsprofils, der Kompensationsfähigkeit des/der Patienten/in und des daraus resultierenden Aspirationsrisikos in Verbindung mit der getesteten Nahrungskonsistenz.

Diskussion

Mit dem O-SBB wird für die schlucktherapeutische Praxis ein neuartiges Verfahren zur systematischen Beurteilung einer gängigen therapeutischen Essensbegleitung vorgestellt.

Anhand der Ergebnisse erhält der/die erfahrene SchlucktherapeutIn vergleich- und quantifizierbare Anhaltspunkte für eine Kostformempfehlung (bzw. zur Auforalisierung) anhand eines Störungsprofils und Hinweise auf zugrundeliegende Pathomechanismen.

Für das Dysphagiemanagement ist der O-SBB somit eine praktikable Ergänzung zu eingangs erwähnten Bildgebungs- und Screeningverfahren, die zwar eine hohe Spezifität und Sensitivität aufweisen und teilweise auch zu Kostformempfehlungen führen, jedoch nicht die Performanz des Menschen mit Dysphagie in einer Alltagssituation abbilden.

Neben dem zentralen Ziel der Aspirationsvermeidung in der Schlucktherapie ist jene Alltagskompetenz jedoch entscheidend für die Frage der Teilhabe des/der Dysphagiepatienten/in an einer sozialen Verzehrsituation durch die akzeptable, also unauffällige und relativ flüssige Aufnahme einer Mahlzeit, ganz im Sinne des ICF-Partizipationsbegriffs.

Noch ausstehende psychometrische Analysen hinsichtlich einer Beobachterübereinstimmung bei der Beurteilung der Testparameter sollen die Objektivität des O-SBB gewährleisten. Methodisch denkbar wäre dabei eine Videoaufnahme der Testsituation mit nachfolgender unabhängiger Beurteilung durch mehrere UntersucherInnen.

Während der Testentwicklung wurde die Möglichkeit einer direkten Ableitung einer Kostformempfehlung aus den Punktwerten diskutiert. Unserer klinischen Erfahrung nach ist eine solche Entscheidung jedoch Ergebnis einer Abwägung verschiedener Faktoren und somit nicht auf einen Score reduzierbar (vgl. hierzu auch den Textabschnitt Auswertung).

Mit unserem Entschluss, dieses im

KURZBIOGRAFIE

Judith Zink ist Klinische Linguistin (BKL). Sie schloss 2010 ihr Studium der Linguistik an der Universität Freiburg ab und beendete 2011 ihr LiP in der Klinik am Stein in Olsberg. Zurzeit arbeitet sie in der BDH-Klinik Elzach in der Frührehabilitation mit den Schwerpunkten Dysphagie und Trachealkanülen-Management.

Praxisalltag entwickelte Verfahren zu veröffentlichen, verfolgen wir das Ziel, möglichst viele praktisch arbeitende KollegInnen zu erreichen und würden uns deshalb insbesondere über Rückmeldungen aus der therapeutischen Praxis freuen.

Danksagung

Wir danken unseren Teamkolleginnen Petra Lübbers, Anna Laumanns und Gaby Kreutzmann für ihre Mitarbeit bei der Entwicklung des Testbogens und einem/r anonymen Gutachter/in für konstruktive Änderungsvorschläge an einer früheren Version des Artikels.

Literatur

- Bartolome, G., & Schröter-Morasch, H. (2010). *Schluckstörungen: Diagnostik und Rehabilitation*. München: Elsevier.
- Birkmann, U. (2007). *Kö.Be.S.: Kölner Befundsystem für Schluckstörungen*. Köln: ProLog.
- Daniels, S. K., McAdam, C. P., Brailey, K., & Foundas, A. L. (1997). Clinical assessment of swallowing and prediction of dysphagia severity. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 6, 17-24.
- DePippo, K. L., Holas, M. A., & Reding, M. J. (1992). Validation of the 3-oz water swallow test for aspiration following stroke. *Archives of Neurology*, 49, 1259-1261.
- Gröne, B. (2009). *Schlucken und Schluckstörungen: Eine Einführung*. München: Urban & Fischer.
- Heidler, M.-D. (2009). Kognitiv bedingte Dysphagien in der Geriatrie: Ein Fall für die Sprachtherapie? *L.O.G.O.S. INTERDISZIPLINÄR*, 1, 36-44.
- Hofmayer A., Burek, A., & Stanschus, S. (2009). ICF in der Dysphagietherapie. In H. Grötzbach, & C. Iven (Hrsg.), *ICF in der Sprachtherapie: Umsetzung und Anwendung in der logopädischen Praxis* (S. 103-118). Idstein: Schulz-Kirchner.
- Langmore, S. E. (2001). *Endoscopic evaluation and treatment of swallowing disorders*. New York: Thieme Med Pub.
- Leder, S. B., & Espinosa, J. F. (2002). Aspiration

risk after acute stroke: Comparison of clinical examination and fiberoptic endoscopic evaluation of swallowing. *Dysphagia*, 17, 214-218.

Logemann, J. A. (1998). *Evaluation and treatment of swallowing disorders*. Austin: Pro-Ed Publishers.

Mahoney, F., & Barthel, D. (1965). Functional evaluation: The Barthel Index. *Maryland State Medical Journal*, 14, 56-61.

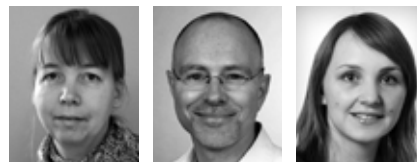
Perry, L., & Love, C. P. (2001). Screening for dysphagia and aspiration in acute stroke: A systematic review. *Dysphagia*, 16, 7-18.

Prosiegel, M., & Weber, S. (2010). *Dysphagie: Diagnostik und Therapie: Ein Wegweiser für kompetentes Handeln*. Berlin: Springer.

Tohara, H., Mays, K. A., Kuhlemeier, K., & Palmer, J. B. (2003). Three tests for predicting aspiration without videofluorography. *Dysphagia*, 18, 126-134.

Trapl, M., Enderle, P., Nowotny, M., Teuschl, Y., Matz, K., Dachenhausen, A., & Brainin, M. (2007). Dysphagia bedside screening for acute-stroke patients: The Gugging Swallowing Screen. *Stroke*, 38, 2948-2952.

Zink, J. (2011). *Schluckbeobachtungsbogen: Entwicklung eines Verlaufsbogens zur therapeutischen Essensbegleitung*. Unveröffentlichte Abschlussarbeit im Rahmen des Postgraduiertenpraktikums LiP des BKL, Klinik am Stein, Olsberg.



AutorInnen

Ines Hiddemann (Diplom-Pathologinlinguistin)
Abteilung Sprachtherapie, Klinik am Stein
Wattmecke 1-7, D-59939 Olsberg
i.hiddemann@klinik-am-stein.de

Dr. phil. Matthias Moriz
Klinischer Linguist (BKL)
Abteilung Logopädie, Reha Rheinfelden
Salinenstr. 98, CH-4310 Rheinfelden
m.moriz@reha-rhf.ch

Judith Zink (M.A.), Klinische Linguistin (BKL)
BDH Klinik Elzach, Sprachtherapie
D-79214 Elzach/Schwarzwald
jzink@neuroklinik-elzach.de



DOI dieses Beitrags
(www.doi.org)
10.7345/prolog-1303190