



# Zur “Leitlinie Rehabilitation Neurogener Dysphagien 2003” der DGNKN

Von

Sönke Stanschus, M.A.  
Klinischer Linguist (BKL)  
Leiter Abteilung Logopädie  
und  
Organisatorischer Leiter  
Karlsbader Schluckzentrum  
am Klinikum Karlsbad-Langensteinbach



## Fallpauschalen-Vergütungssystem

- für DRG-Optionshäuser seit 01.01.2003
- ab 01.01.2004 für alle deutschen Krankenhäuser  
(vorr. auch für Frührehabilitation und Geriatrie)
- begleitende Strukturmaßnahme: **Qualitätssicherung**

Qualitätssicherung: Sozialgesetzbuch V

### **§ 135a Verpflichtung zur Qualitätssicherung**

(1) Die Leistungserbringer sind zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität der von ihnen erbrachten Leistungen verpflichtet. Die Leistungen müssen dem jeweiligen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse entsprechen und in der fachlich gebotenen Qualität erbracht werden.

Qualitätssicherung: Sozialgesetzbuch V

### **§ 137 Qualitätssicherung bei zugelassenen Krankenhäusern**

(1) Die Spitzenverbände der Krankenkassen und der Verband der privaten Krankenversicherung vereinbaren mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft unter Beteiligung der Bundesärztekammer sowie der Berufsorganisationen der Krankenpflegeberufe Maßnahmen der Qualitätssicherung für nach §108 zugelassene Krankenhäuser einheitlich für alle Patienten.

Qualitätssicherung: Sozialgesetzbuch V

### **§ 137 Qualitätssicherung bei zugelassenen Krankenhäusern**

Die Vereinbarungen nach Satz 1 regeln insbesondere

1. die verpflichtenden Maßnahmen der Qualitätssicherung nach §135a Abs. 2 sowie die grundsätzlichen Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement

Qualitätssicherung: Sozialgesetzbuch V

## **§ 137 Qualitätssicherung bei zugelassenen Krankenhäusern**

2. Kriterien für die indikationsbezogene Notwendigkeit und Qualität der im Rahmen der Krankenhausbehandlung durchgeführten diagnostischen und therapeutischen Leistungen, insbesondere aufwändiger medizintechnischer Leistungen einschließlich Mindestanforderungen an die Struktur- und Ergebnisqualität

## Qualitätssicherung im DRG-Vergütungssystem

bezieht sich auf

- Kodierqualität
- Qualität der Versorgung
- Aufbau einer integrierten Versorgung

Qualitätssicherung für Nebendiagnose Dysphagie R13  
bei Hauptdiagnose Schlaganfall B70

**Kodierqualität: Anreiz für alle Beteiligten**

- für das Krankenhaus: gute Kodierung gibt beste Gewähr auf Abdeckung der Fallkosten durch Fallpauschalen
- für das Gesundheitssystem: desto mehr Patienten mit Dysphagien frühzeitig identifiziert werden, desto geringer ist das Risiko für Sekundärkomplikationen
- für das Krankenhaus: Senkung der Auftretenshäufigkeit von Sekundärkomplikationen (z.B. Aspirationspneumonie) senkt Anzahl „teurer“ Fälle, deren Behandlungskosten durch Fallpauschale nicht gedeckt werden

Qualitätssicherung für Nebendiagnose Dysphagie R13  
bei Hauptdiagnose Schlaganfall B70

### Kodierqualität: Probleme

- aus Sicht des Gesundheitssystems: Missbrauch durch „Überkodierung“ muss vermieden werden; Strafen bei missbräuchlicher Überkodierung

- aus Sicht des Krankenhauses: Strafen vermeiden

Lösung: Einführung von Clinical Pathways, nach der eine Diagnose und deren Kodierung auf der Grundlage eines standardisierten und überprüfbaren Workflows erarbeitet und erstellt wird

Qualitätssicherung für Nebendiagnose Dysphagie R13  
bei Hauptdiagnose Schlaganfall B70

Kodierqualität: Sicherung wie ?

- setzt Sicherung der Versorgungsqualität voraus

Qualitätssicherung für Nebendiagnose Dysphagie R13  
bei Hauptdiagnose Schlaganfall B70

Versorgungsqualität: wird gesichert durch

- Implementierung von Clinical Pathways auf der Grundlage von
  - Leitlinien (hier: [LL ND](#))
  - EbM-Methodik
- Implementierung von Outcome-Messverfahren
- Aufbau integrierter Versorgung (Kooperationen und Versorgungsnetze mit ambulanten und stationären Versorgern sowie mit Selbsthilfegruppen)

Qualitätssicherung für Nebendiagnose Dysphagie R13  
bei Hauptdiagnose Schlaganfall B70

### **Integrierte Versorgung § 140 SGB V**

- Aufbau von Versorgungsnetzen und Kooperationen
  - ambulant wo möglich, stationär wo nötig
  - vom Nebeneinander zur Kooperation: wer kann was am Besten?
  - Festlegung von Standards und Konzepten:  
hier: **Leitlinien ND**

## Bedeutung von Leitlinien

Leitlinien kombinieren die beste Evidenz mit anderen Kenntnissen, die für die Entscheidungsfindung hinsichtlich eines bestimmten Gesundheitsproblem es erforderlich sind (Sackett et al. 1999)

## Definition

systematisch entwickelte Entscheidungshilfen über die angemessene ärztliche Vorgehensweise bei speziellen gesundheitlichen Problemen (BÄK, KBV)

## Definition

Geben den Stand des Wissens (Ergebnisse von Kontrollierten Klinischen Studien und Wissen von Experten) über effektive und zweckdienliche Krankenversorgung zum Zeitpunkt der „Drucklegung“ wieder (AWMF)

## Definition

Leitlinien sind Orientierungshilfen im Sinne von „Handlungs- und Entscheidungskorridoren“, von denen in begründeten Fällen abgewichen werden kann oder sogar muss (BÄK, KBV)

## Definition

Die Entscheidung darüber, ob einer bestimmten Empfehlung gefolgt werden soll, muss vom Arzt unter Berücksichtigung der beim individuellen Patienten vorliegenden Gegebenheiten und der verfügbaren Ressourcen getroffen werden (AWMF)

## Definition

LL Unterscheiden sich daher von Richtlinien:

Richtlinien sind Handlungsregeln einer gesetzlich, berufs-, standes- oder satzungsmäßig legitimierten Institution, die für den Rechtsraum dieser Institution verbindlich sind und deren Nichtbeachtung definierte Sanktionen nach sich ziehen kann.

# Leitlinie Rehabilitation Neurogener Dysphagien 2003



Ziel

Definition einer optimalen Qualität der  
Gesundheitsversorgung

## Relevante Zielgrößen

- Morbidität
- Mortalität
- Patientenzufriedenheit
- Lebensqualität

## Geltungsbereich des Begriffes Leitlinie

externe Empfehlung und/oder Stellungnahme  
autorisierter Repräsentanten

- medizinischer Fachgesellschaften
- ärztlicher Landesorganisationen
- staatlicher bzw. parastaatlicher Institutionen

oder

interne Empfehlung lokaler Anwender

Kennzeichnung der Strategie evidenzbasierter Leitlinien

Systematische Aufarbeitung und Zusammenstellung  
der besten verfügbaren Evidenz (systematische  
Reviews; evtl. Meta-Analysen)

Kennzeichnung der Strategie evidenzbasierter Leitlinien

Herleitung des in der Leitlinie empfohlenen Vorgehens  
aus der wissenschaftlichen Evidenz

## Kennzeichnung der Strategie evidenzbasierter Leitlinien

Exakte Dokumentation des Zusammenhangs  
zwischen der jeweiligen Empfehlung und der  
dazugehörigen Evidenzstufe

Wissenschaftliche Fundierung keine hinreichende  
Voraussetzung:

- klinisches Handeln ist selten ausschließlich  
evidenzgeleitet
  
- klinisches Handeln berücksichtigt auch Werte,  
Präferenzen und Interessen der beteiligten  
Personen

daher:

Voraussetzung für Leitlinienentwicklung:

unvermeidliche Interessenskonflikte und divergierende Wertvorstellungen unterschiedlicher Gruppen sollten von einer multidisziplinären Leitlinienkommission im Lichte der verfügbaren wissenschaftlichen Evidenz durch die Anwendung formaler Konsensusverfahren gelöst werden

## Formalisierte Verfahren zur Konsentierung von Leitlinien (ÄZQ)

- Nominaler Gruppenprozess
- Konsensuskonferenz
- Delphi-Technik (Delphi-Konferenz)

## Qualitätskriterien (AWMF)

- Validität
- Reliabilität
- Reproduzierbarkeit

## Qualitätskriterien (AWMF)

- Repräsentative Entwicklung
- Klinische Anwendbarkeit
- Klinische Flexibilität

## Qualitätskriterien (AWMF)

- Klarheit
- Dokumentation
- Planmäßige Überprüfung

## Qualitätskriterien (AWMF)

- Überprüfung der Anwendung
- Benefit (Kosten-Nutzen-Verhältnis)

Leitlinien sollten folgende Fragen beantworten: (AWMF)

- was ist notwendig?
- was ist in Einzelfällen nützlich?
- was ist überflüssig?
- was ist obsolet?
- was muss stationär behandelt werden?
- was kann ambulant behandelt werden?

## Entwicklungsstufen je nach Erfüllungsgrad von Qualitätskriterien (AWMF)

### 1. Stufe

#### Expertengruppe

Eine repräsentativ zusammengesetzte Expertengruppe der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaft erarbeitet im informellen Konsens eine Leitlinie, die vom Vorstand der Fachgesellschaft verabschiedet wird.

Entwicklungsstufen je nach Erfüllungsgrad von  
Qualitätskriterien (AWMF)

## 2. Stufe

### Formale Konsensfindung

Vorhandene **Leitlinien der Stufe 1** werden in einem der bewährten formalen Konsensusverfahren beraten und als **Leitlinien der Stufe 2** verabschiedet (Nominaler Gruppenprozess; Konsensuskonferenz; Delphi-Konferenz)

Entwicklungsstufen je nach Erfüllungsgrad von  
Qualitätskriterien (AWMF)

### 3. Stufe

Leitlinie mit allen Elementen systematischer  
Entwicklung

Die Leitlinienentwicklung der 2. Stufe wird auf  
folgende 5 Komponenten erweitert:

## Entwicklungsstufen je nach Erfüllungsgrad von Qualitätskriterien (AWMF)

### 5 Komponenten der 3.Stufe

- Logik (logische Schärfe von Algorithmen)
- Konsensus (Typus)
- Evidence based Medicine (Methodik vs. Klinische Relevanz)
- Entscheidungsanalyse (erwarteter Nutzen)
- Outcome-Analyse (True Endpoints)

Leitlinie der DGNKN: erfüllt Anforderung an  
Qualitätskriterien für eine Stufe 1 Leitlinie

- autorisierter Repräsentant einer Fachgesellschaft:  
Dr.med. M. Prosiegel auf Beschluss der  
Mitgliederversammlung der DGNKN
- Leitliniengremium: Leitlinienkommission und  
Expertengruppe
- Repräsentativität des Leitliniengremiums: bedingt,  
da zwar maßgeblichen Berufsgruppen; jedoch  
noch nicht repräsentativ für Vertreter aus den  
jeweiligen Berufsgruppen

Leitlinie der DGNKN: erfüllt Anforderung an  
Qualitätskriterien für eine Stufe 1 Leitlinie

- Evidenz-Synthese: Systematische Übersichtsarbeit, evidenzbasiert, EbM-Strategie jedoch noch nicht ausreichend dargelegt (z.B. für Auswahl der Stichworte Literaturrecherche)
- Formalisierte Konsensfindung: noch nicht erforderlich auf Stufe 1

**Rot** = Verb.vorschläge für Stufe 2 **Grün** = besondere Qualitätsanforderungen

## Leitlinie der DGNKN: ausgewählte Abschnitte für Sprachtherapeuten

### Kapitel Vorbemerkungen

- in Deutschland seien lange Zeit dogmatische „Schlucktherapie-Schulen“ bestimmend gewesen
- Öffnung der Therapeuten für EbM-Methodik ermögliche nun sinnvolle Implementierung von Leitlinien

**Rot** = Verb.vorschläge für Stufe 2 **Grün** = besondere Qualitätsanforderungen

## Leitlinie der DGNKN: ausgewählte Abschnitte für Sprachtherapeuten

### Kapitel Vorbemerkungen

- Leitlinie beziehe sich nur auf „spezifische Schlucktherapie“ im Gegensatz zu Anbahnung von Schluckfunktionen bspw. bei Komapatienten
- LL solle Ärzten und Therapeuten als Entscheidungshilfe dienen

**Rot** = Verb.vorschläge für Stufe 2 **Grün** = besondere Qualitätsanforderungen

## Leitlinie der DGNKN: ausgewählte Abschnitte für Sprachtherapeuten

### Kapitel Vorbemerkungen

- LL basiere vorwiegend auf MEDLINE-Recherche und auf ausgesuchten deutschsprachigen Veröffentlichungen (**Suchstrategien z.B. für Suchzeitraum und Schlagwortmethodik noch nicht dargelegt**)
- Empfehlungsstärke richte sich nach „Levels of Evidence“ entsprechend ÄZQ (Ärztlicher Zentralstelle Qualitätssicherung)

**Rot** = Verb.vorschläge für Stufe 2 **Grün** = besondere Qualitätsanforderungen

## Leitlinie der DGNKN: ausgewählte Abschnitte für Sprachtherapeuten

### Kapitel 1.3.3 Screening-Instrumente in der Dysphagie- Diagnostik (DD)

Eigentliche Schwerpunkte der DD umfassten

- Anamnese
- klinische und schluckspezifische körperliche  
Untersuchung
- VFSS und FEES als apparative Verfahren

**Rot** = Verb.vorschläge für Stufe 2 **Grün** = besondere Qualitätsanforderungen

## Leitlinie der DGNKN: ausgewählte Abschnitte für Sprachtherapeuten

### Kapitel 1.3.3 Screening-Instrumente in der Dysphagie- Diagnostik

#### Screening Verfahren

- erwünscht für einfachen und raschen  
Ausschluss von Penetration/Aspiration vor  
allem in nicht-spezialisierten Institutionen
- beste Kandidaten zur Zeit sogenannte  
Wasser-Schlucktests (vgl. Martino et al., 2000)

**Rot** = Verb.vorschläge für Stufe 2 **Grün** = besondere Qualitätsanforderungen

## Leitlinie der DGNKN: ausgewählte Abschnitte für Sprachtherapeuten

### Kapitel 1.3.3 Screening-Instrumente in der Dysphagie- Diagnostik

#### Screening Verfahren nach akutem Schlaganfall

- Einführung frühzeitiger Assessments (<24h) durch Sprachtherapeuten (SLP) und entsprechender Vorsichtsmaßnahmen konnte nach Dogett et al. (2002) die Häufigkeit von Aspirationspneumonien von 6,4% auf 0% senken
- gleichzeitig konnte die Mortalitätsrate von 11% auf 4,6% gesenkt werden

**Rot** = Verb.vorschläge für Stufe 2 **Grün** = besondere Qualitätsanforderungen

## Leitlinie der DGNKN: ausgewählte Abschnitte für Sprachtherapeuten

Kapitel 1.3.3 Screening-Instrumente in der Dysphagie-  
Diagnostik -> Empfehlung

Screening Verfahren nach akutem Schlaganfall

- therapieorientiertes Screening durch gut trainiertes Personal (**bevorzugt Schlucktherapeuten**)
- validierte Wasserschluck-Screenings vorzugsweise von gut **trainiertem Personal**

**Unterschiede in der Indizierung von und Anforderungen an therapieor. Screen. vs. Wasserschluck-Screen. sollten noch explifiziert werden**

**Rot** = Verb.vorschläge für Stufe 2 **Grün** = besondere Qualitätsanforderungen

## Leitlinie der DGNKN: ausgewählte Abschnitte für Sprachtherapeuten

### Kapitel 2 Apparative Zusatzuntersuchungen

- wichtigste Verfahren sind Videofluoroskopie und Endoskopie
- zur Zeit noch kontroverse Diskussion bzgl. Sensitivität und Spezifität beider Verfahren (Dogett et al., 2002)

**Rot** = Verb.vorschläge für Stufe 2 **Grün** = besondere Qualitätsanforderungen

## Leitlinie der DGNKN: ausgewählte Abschnitte für Sprachtherapeuten

### Kapitel 2.1 Videofluoroskopie - Einleitung

- nach Ekberg & Olsson (1997) wird zwischen rein diagnostischer VFSS und therapeutischer VFSS unterschieden
- für die therapeutische VFSS wird auf besondere **Qualifikationsanforderungen für Schlucktherapeuten** hingewiesen (Stanschus, 2002)

**Rot** = Verb.vorschläge für Stufe 2 **Grün** = besondere Qualitätsanforderungen

## Leitlinie der DGNKN: ausgewählte Abschnitte für Sprachtherapeuten

### Kapitel 2.1 Videofluoroskopie - Reliabilität

- Interrater-Reliabilität wird zur Zeit allgemein als nicht ausreichend kritisiert
- die Reliabilität ist im besonderen Maße von der **Qualität des Trainings der Sprachtherapeuten** abhängig
- daher wird an dieser Stelle nochmals auf **besondere Qualifikationsvoraussetzungen** hingewiesen

**Rot** = Verb.vorschläge für Stufe 2 **Grün** = besondere Qualitätsanforderungen

## Leitlinie der DGNKN: ausgewählte Abschnitte für Sprachtherapeuten

Kapitel 2.1 Videofluoroskopie – rad. Unt.technik ->  
Empfehlung

- Es wird die gemeinsame VFSS-Untersuchung durch in einen **in der Methode erfahrenen Arzt** (mit Röntgenzulassung) zusammen mit einem – mit den speziellen Problemen des Patienten vertrauten – Schlucktherapeuten empfohlen

**Weitere Veröffentlichungen zur Methodik der VFSS sollten z.B. zu Fragen der Messmethodik und zur Trainingsmethodik sollten Eingang finden**

**Rot** = Verb.vorschläge für Stufe 2 **Grün** = besondere Qualitätsanforderungen

## Leitlinie der DGNKN: ausgewählte Abschnitte für Sprachtherapeuten

### Kapitel 2.1 Videofluoroskopie – Qualifikation

- **Arzt: mindestens ½ Jahr und an mindestens 300 Patienten unter Aufsicht eines erfahrenen Radiologen trainiert**
- **für die Durchführung des sprachtherapeutischen Aufgabenteiles in der VFSS: siehe Stanschus (2002), vgl. hierfür ASHA-Leitlinien**

**Rot** = Verb.vorschläge für Stufe 2 **Grün** = besondere Qualitätsanforderungen

## Leitlinie der DGNKN: ausgewählte Abschnitte für Sprachtherapeuten

### Kapitel 2.2 Endoskopie – Methodik und Unters.ablauf

- Flexibles, fiberoptisches Endoskop und Lichtquelle
- Bewährt hat sich der Anschluss einer Kamera
- S.E. Langmore prägte den Begriff **FEES**

Die in der LL vorgestellte Definition von FEES nach Langmore macht die methodischen Anforderungen an die Durchführung von FEES noch nicht im Vergleich zu anderen fiberendoskopischen Schluckuntersuchungsverfahren ausreichend kenntlich

**Rot** = Verb.vorschläge für Stufe 2 **Grün** = besondere Qualitätsanforderungen

## Leitlinie der DGNKN: ausgewählte Abschnitte für Sprachtherapeuten

### Kapitel 2.2 Endoskopie

- **Detalliert festgelegtes Protokoll von FEES**  
(Langmore, 2001)
- zur Einschätzung des Schweregrades wird ordinal-  
skalierte PA-Skala (Rosenbek et al., 1996)  
empfohlen
- Qualifikation: „...es (bleibt) der **selbstkritischen Ein-  
schätzung des untersuchenden Arztes** überlassen,  
die eigenen Fähigkeiten bzgl. einer aussagekräftigen  
endoskopischen Diagnostik zu beurteilen“

**Rot** = Verb.vorschläge für Stufe 2 **Grün** = besondere Qualitätsanforderungen

## Leitlinie der DGNKN: ausgewählte Abschnitte für Sprachtherapeuten

### Kapitel 3 Schlucktherapie – Funktionelle Schlucktherapie

- restituierende Verfahren
- kompensatorische Verfahren
- adaptive Verfahren

**Rot** = Verb.vorschläge für Stufe 2 **Grün** = besondere Qualitätsanforderungen

## Leitlinie der DGNKN: ausgewählte Abschnitte für Sprachtherapeuten

### Kapitel 3 Schlucktherapie – Funktionelle Schlucktherapie

- Indikation: wenn Diagnostik erwarten lässt, dass Patient ND nicht ausreichend oder sicher kompensieren kann
- Therapieende:
  - Therapieziel erreicht
  - keine funktionellen Veränderungen nachweisbar
  - dokumentierte Fortschritte nicht alltagsrelevant
  - Compliance Patient, Therapeut und Angehörige = 0

# Leitlinie Rehabilitation Neurogener Dysphagien 2003



**Rot** = Verb.vorschläge für Stufe 2 **Grün** = besondere Qualitätsanforderungen

## Leitlinie der DGNKN: ausgewählte Abschnitte für Sprachtherapeuten

### Kapitel 3 Schlucktherapie – Funktionelle Schlucktherapie

#### Interdisziplinäre Zusammenarbeit:

- mit involvierten Berufsgruppen
- therapeutische Überschneidungspunkte

**Rot** = Verb.vorschläge für Stufe 2 **Grün** = besondere Qualitätsanforderungen

## Leitlinie der DGNKN: ausgewählte Abschnitte für Sprachtherapeuten

### Kapitel 3 Schlucktherapie – Funktionelle Schlucktherapie

#### Diätetische Anpassung

„In Kliniken und Pflegeheimen, in denen Patienten mit ND versorgt werden, sollten **adäquate Schluckdiät-Stufen angeboten werden**. Dabei ist eine enge Abstimmung zwischen Arzt, Diät-Assistenten, Pflegepersonal und Schlucktherapeuten und ggf. anderen Fachtherapeuten notwendig“

**Rot** = Verb.vorschläge für Stufe 2 **Grün** = besondere Qualitätsanforderungen

## Leitlinie der DGNKN: ausgewählte Abschnitte für Sprachtherapeuten

### Kapitel 3 Schlucktherapie – Funktionelle Schlucktherapie

#### Qualifikation

- „Die funktionelle Therapie von ND sollte SprachtherapeutInnen bzw. LogopädInnen vorbehalten sein.“
- spezialisierte Ausbildung durch Curricula zu gewährleisten
  - Auf wissenschaftlichem Stand durch gezielte, EbM-basierte Fort- und Weiterbildung

**Rot** = Verb.vorschläge für Stufe 2 **Grün** = besondere Qualitätsanforderungen

## Leitlinie der DGNKN: ausgewählte Abschnitte für Sprachtherapeuten

### Kapitel 3 Schlucktherapie – Funktionelle Schlucktherapie spezielle Probleme

„Die richtige Diagnostik bzw. Therapie einer ND in der akuten Schlaganfall-Phase ist – etwa im Gegensatz zu einer Aphasie – von vitaler Bedeutung für den Patienten; deshalb empfehlen wir – gerade in Zeiten abnehmender finanzieller Ressourcen im deutschen Gesundheitssystem – Sprachtherapeuten auf Stroke Units **unter der Voraussetzung einer entsprechenden Qualifikation** ganz überwiegend im Bereich „Schlucktherapie“ einzusetzen.“

Problem in der akuten und postakuten (frührehabilitativen) stationären Schlaganfallversorgung durch Sprachtherapeuten im Fallpauschalsystem (18 Tage Liegedauer bei Vorliegen der Nebendiagnosen Aphasie R47.0 und/oder Dysphagie R13 für Phase A **und** Phase B incl.):

**Dysphagia eats up Aphasia ?**