

Inhalt

Einleitung	3
1. Anamnese	5
2. Deskriptive Beobachtungen	6
3. Orofaciale Beweglichkeit	7
4. Orale Reflexe	9
5. Orale Sensibilität	13
6. Mundinspektion	14
7. Hand-Mund-Koordination	14
8. Gesamtkörpertonus	18
9. Atem-Schluck-Koordination	19
10. Überprüfung der Nahrungsaufnahme	20
11. Abtasten des Schluckaktes und der Atembewegungen / Auskultation des Schluckaktes und der Lungenflügel mit dem Stethoskop	22
12. Anhang: Elternfragebogen	23
Literaturverzeichnis	24

Einleitung

Im Verlauf meiner logopädischen Arbeit häuften sich die Verordnungen mit schlucktherapeutischer Intervention. Im Praxisalltag erleben wir allzu häufig, dass Patienten mit unklaren Befunden aus der Klinik kommen. Dies trifft vor allem auf Kinder und Säuglinge mit Erkrankungen wie Syndromen und Herz-Kreislauf-Problematiken sowie Frühgeborene mit allen Schwierigkeiten der Atmung, der Nahrungsaufnahme und der Verdauung zu.

Die Behandlung dieser Patientengruppe stellt ganz andere Anforderungen an uns Therapeuten als der normale Praxisalltag. Dies beginnt beim Desiderat einer standardisierten Diagnostik, die aber gerade im Schluckbereich wenig für Kinder bietet. Auf Grund der im Vergleich zu Erwachsenen anderen anatomischen Verhältnisse, der unterschiedlich schnellen „Tätigkeiten“ von Herz und Lunge und der notwendigen Anpassung in der Durchführung (Säuglinge können nun einmal nicht auf Aufforderung die Stirn runzeln oder das bewusste Schlucken durchführen) habe ich, ursprünglich für unsere Praxis, einen angepassten Bogen entwickelt. Dieser lehnt sich an den Kölner Befundbogen für Schluckstörungen (Kö.Be.S.) von Ulrich Birkmann an.

Ermutigt durch Ulrich Birkmann, den ich bei Weiterbildungen und Fortbildungen kennen lernte, entwickelte ich den praxisinternen Fragebogen weiter, so dass letztendlich das folgende Befundsystem entstand.

In der Praxis hat sich gezeigt, dass ein Elternfragebogen noch zusätzliche Hilfen für eine sinnvolle und effektive Therapieplanung bietet. Dieser Fragebogen, ebenfalls ursprünglich für die Praxis entwickelt, befindet sich im Anhang als Kopiervorlage. Er sollte den Eltern mitgegeben bzw. überlassen werden, so dass diese in Ruhe die Fragen beantworten können. Wir geben immer den Hinweis mit, dass die Eltern so gut wie möglich, aber ohne Stress den Bogen ausfüllen sollen.

Zum einen dient uns der Bogen zur besseren Therapieplanung, zum anderen können sich die Eltern durch die Fragestellung auf die Therapie vorbereiten, sich sozusagen darauf einlassen. Ein konkreter Fragebogen bewirkt häufig, dass Eltern die Therapie besser akzeptieren und ernstnehmen. So entsteht von Anfang an eine bessere Zusammenarbeit.

Die Durchführung des Diagnostikbogens kann bei etwas Übung innerhalb einer Therapieeinheit gestaltet werden. Allerdings trifft dies auf die eher leichter betroffenen Kinder zu, deren Eltern eventuell schon Therapieerfahrung haben oder zumindest wissen, dass viele Fragen auf sie zukommen. Wird das Kind telefonisch angemeldet, bitten wir direkt um eine Zusammenstellung der Krankenhausberichte und anderer relevanter Unterlagen, vor allem das gelbe Untersuchungsheft.

Der Alltag hat gezeigt, dass vor allem bei Frühchen, bei Kindern mit Vollbeatmung und bei Kindern mit Mehrfachbehinderungen eine Einheit für die Durchführung der Diagnostik meist nicht reicht. Vor allem darf die Therapeutin nicht den Anspruch haben, alles in der ersten Einheit zu erfragen. Vor allem, wenn die Kinder gerade erst aus der Klinik zu Hause sind und ein routinierter Alltag noch meilenweit entfernt ist, sind die Eltern total überfordert. Alles in der Klinik erlernte medizinische und versorgungstechnische Wissen hat zu Hause ganz andere Dimensionen. Ansprechpartner fehlen, das Kind reagiert anders als erwartet, wichtige Dinge fehlen usw. Hat nun der Kinderarzt eine logopädische Verordnung ausgestellt, erwarten die Eltern von uns schnelle Hilfe. Dies ist schon der erste Punkt, an dem reale Vorstellungen geschaffen werden müssen. Das ist immens wichtig, da die Erwartungshaltung der Eltern eine tragende Rolle im Verlauf der Therapie spielt. Wir können bei der Neuaufnahme und auch nach der Diagnostik keine konkrete Prognose abgeben. Häufig ist es schwierig, das rechte Maß zu finden. Auf der einen Seite sollte man keine unrealistischen Hoffnungen der Eltern nähren, andererseits darf man aber auch keine Hoffnungen zerstören. Unter Umständen geben die Eltern auf und eine Zusammenarbeit gestaltet sich mühselig und schwierig.

Der Alltag bei Neuaufnahmen gestaltet sich in der ersten Einheit durch Kontaktaufnahme zu Eltern und Kind und durch Erlangung eines ersten Eindruckes. Gelegentlich muss auch sofort,

abhängig vom Zustand des Kindes, eine orale Nahrungskarenz ausgesprochen werden. Diese sollte dann ausgiebig begründet werden, um Verständnis zu wecken.

Insgesamt besteht also ein riesiger Gesprächsbedarf, der zunächst zielgerichtet befriedigt werden muss. Im Verlauf dieser Gespräche erhalten wir natürlich schon relevante Daten für die Anamnese und zum Teil auch schon für die weiterreichenden Diagnostikpunkte. In den meisten Fällen untersuchen wir den Säugling im Sinne der Befundung aber erst im Rahmen der zweiten Einheit. In der ersten Einheit nehmen wir das Kind zwar auf den Arm und stellen einen ersten Kontakt her, um die wichtigsten Dinge abzuklären und das Kind kennen zu lernen, aber wir untersuchen es nicht anhand des Diagnostikbogens.

Das konkrete Vorgehen ist aber abhängig von der Gesamtsituation. Ein schlafender oder schreiender Säugling kann nur bedingt konkret befundet werden. Hinzu kommt, wie bei jeder Befundung, dass letztendlich ein Querschnitt erhoben wird und in manchen Bereichen an verschiedenen Tagen unterschiedliche Werte vorherrschen.

Bettina Genz

1. Anamnese

In der Anamnese erhält die Therapeutin:

→ **Wichtige Daten über die Familiensituation:**

Vor allem muss die Therapeutin schnell einschätzen können, wieviel die Angehörigen in Bezug auf Therapieinhalte aufnehmen können und inwieweit die hygienischen Bedingungen verbessert werden müssen.

→ **Daten über Krankenhausaufenthalte:**

Solche Daten sind wichtig, da man auch in der Klinik nachfragen kann, wenn den Eltern der eine oder andere Zusammenhang nicht ganz klar ist.

→ **Weiterführende Informationen über Grunderkrankungen des Kindes:**

Hier sind vor allem Informationen zu benötigten Medikamenten wichtig. Im Grunde sollte ein Schlucktherapeut zumindest im groben Rahmen über Nebenwirkungen informiert sein. Schluckrelevante Nebenwirkungen sind neben direkten Einflüssen wie Mundtrockenheit oder erhöhtem Speichelfluss auch indirekte schluckrelevante Wirkungen wie zum Beispiel Einflüsse auf Herzfrequenz oder Atemfrequenz.

→ **Sammeln von Eindrücken über die Familie:**

Wir sind als Therapeutinnen sehr auf die Mitarbeit von Angehörigen angewiesen. Dies trifft in besonderem Maße auch auf Säuglinge und Kinder zu. Haben wir schon bei Sprachentwicklungsstörungen ohne Mitarbeit der Eltern kaum eine Chance auf einen zügigen Therapieerfolg, können wir im Schluckbereich praktisch nichts erreichen, wenn die Eltern die notwendigen Übungen und Handgriffe nicht durchführen.

→ **Informationen über begleitende Maßnahmen:**

In diesem Bereich fragen wir nach begleitenden Berufsgruppen. Gibt es eine Hebamme? Unterstützt die Familienhilfe? Wird das Kind physiotherapeutisch behandelt? Welche Personen könnten für einen Austausch kontaktiert werden?

Therapeutische Intervention

- Handgriffe in allen Bereichen oft im Beisein der Angehörigen wiederholen.
- Alle Handgriffe, die die Angehörigen im Alltag anwenden sollen, oft üben lassen, damit Sicherheit entsteht. Kurzes Zeigen erzeugt eher Unsicherheit, Übungen werden eher unterlassen. Die Eltern wollen nichts falsch machen.
- Eltern brauchen viel Lob und Ermutigung. In jeder Therapiestunde lässt sich etwas finden, um die Eltern zu loben.
- Kritik sehr vorsichtig und sachlich vorbringen. Nochmals erklären, warum dieses oder jenes nicht gut ist für die Entwicklung des Kindes. Nur Einsicht verändert Verhalten.

2. Deskriptive Beobachtungen

Dieser Bereich der Befundung zielt auf die genaue Beobachtung des Säuglings, am besten in verschiedenen Situationen, z. B. unruhig und hungrig oder satt und zufrieden, auf dem Arm oder im Bett liegend. Neben den Informationen, die wir durch Auskünfte der Eltern bekommen, geben uns die verschiedenen Bereiche Informationen, wie man mit dem Kind arbeiten kann. Während der Beobachtung beschäftigen wir uns möglichst mit dem Kind, bauen Kontakt auf und nehmen es auf den Arm oder auf den Schoß. Bei sehr jungen Babys lassen wir uns ein Tuch oder eine kleine Decke geben, um dem Kind einen vertrauten Geruch zu bieten.

Ist das Kind wach und aufmerksam, kann man verschiedene Spiele, meist Fingerspiele und Sprüche oder Lieder anbieten, um es zu beschäftigen. Hier kann vor allem die Motorik überprüft werden. Die Bewegungen und die Mimik des Kindes geben uns alle Informationen.

Der Bereich *Atmung* kann durchgängig in allen Situationen beobachtet werden. Unterschiede, zum Beispiel beim Schlafen und beim Spielen, sind normal und werden nur bei Auffälligkeiten gesondert notiert.

Ein weiterer Beobachtungspunkt sind die „Saugpölsterchen“. Sie sind im Wangenbereich unter den Augen zu finden. Intraoral sorgen sie für eine Raumverkleinerung des oralen Raumes und eine Führung der Zunge, die sich bei Säuglingen während des Saugens nur vor und zurück bewegt.

Die Pölsterchen werden mit zunehmender Fähigkeit, auf Gegenständen zu kauen und die Zunge auch seitlich zu bewegen, abgebaut. Eigentlich ist es eine Bedingungsrechnung: je mehr Abbau, desto stärkere Zungenbewegungen, je stärker der Abbau, ...



Abb. 1 Ausgeprägte (altersgerechte) Saugpölsterchen, 5 Monate alter Säugling, voll gestillt

Therapeutische Intervention

- Das Sprechen, die Kommunikation mit dem Kind, sollte auf jeden Fall dem Entwicklungsalter des Kindes gerecht werden. Allerdings besteht bei manchen Kindern die Möglichkeit, die ständige Weiterentwicklung zu fördern und sein eigenes Kommunikationsverhalten ständig anzupassen.
- Ebenso kann man im Bereich Motorik das Kind ständig fördern, indem man beginnende Bewegungen unterstützt und das Kind ständig motiviert.
- Nicht mehr altersgerechte Saugpölsterchen können intraoral durch Stimulation des harten Gaumens und facial durch Massieren und Ausstreichen verringert werden. Unter anderem wird dadurch die Lymphe, die einen Teil der Saugpölsterchen ausmacht, dazu angeregt abzufließen.
- Ist die Atmung auffällig, kann durch gezielte Atemtherapie ein gleichmäßiger, tieferer Atemrhythmus hergestellt werden.

3. Orofaciale Beweglichkeit

Die orofaciale Beweglichkeit kann bei Säuglingen und Kleinkindern nicht zuverlässig abgefragt werden. Zwar verstehen Zweijährige, dass sie etwas machen sollen und können auch gut imitieren, aber wenn sie die Bewegung nicht durchführen, heißt das noch lange nicht, dass sie es nicht können. Auch taktile Auslöseversuche mit Holzspatel oder Watteträger führen nicht unbedingt zu Muskelkontraktionen, sind aber nützlich, um die Sensibilität zu testen. Besser testen kann man im Spiel, indem man spannende Sachen zeigt oder vormacht. Viele Kinder verfügen über ausgeprägte mimische Bewegungsmöglichkeiten, wenn sie Gefühle ausdrücken. Staunen, Begeisterung, Freude, aber auch Angst oder Schmerz lassen sich sowohl in den Augen als auch in der Mimik beobachten. Zeigen sich unklare Gesichtskonturen in einzelnen Bereichen, ist der entsprechende Muskel als auffällig einzustufen.



Abb. 2 Kind, 5 Jahre mit wenig Mimik:
orofacialer Hypotonus

Sehr zu empfehlen sind die folgenden Spiele und Lieder, um die Kinder zu mimischen Bewegungen zu animieren.

„Da hast du einen Taler“ (Blickrichtung, Lachen) und bei „kille, kille, kille“ kitzelt man Stirn, Lippen und Wangen und beobachtet die Aktivität der Muskeln.

„Wie das Fähnchen auf dem Turme“ führt oft zu aktivem „Staunen“. Der Augenringmuskel weitet sich, die Stirn wird gerunzelt und gerade bei jüngeren Kindern spitzen sich oft die Lippen.

Ansonsten kann man eher beruhigende Lieder singen, um den Ruhetonus zu überprüfen. Wenn das Kind schläft, lässt sich auch ganz gut der Tonus taktil überprüfen. Ich streiche mit klaren Strichen die Muskeln aus und spüre dabei die Tonusverhältnisse. Hier muss man übrigens unklare, diffuse Berührungen vermeiden. Sie sind für Kinder genau so unangenehm wie wir das von Demenzerkrankten kennen. Klare, nicht zu kräftige Berührungen wecken das Kind auch nicht auf. Mit dem Punkt „Bewegungsauslenkung“ ist nicht die Kraft der Bewegung gemeint, sondern tatsächlich in gewissem Sinne die zurückgelegte Strecke (zum Beispiel des Mundwinkels).

Der Beurteilungswert lässt sich nicht in Tabellen nachschauen, sondern muss vom Gesamteindruck abgeleitet werden. Es handelt sich also in hohem Maße um eine subjektive Einschätzung. Trotzdem ist es für die Therapieplanung hilfreich, wenn auch mimische Fähigkeiten bekannt sind.