

# Zur fiberendoskopischen Evaluation des Schluckens auf der „stroke unit“

## Zum Beitrag

Dziewas R, Busse O, Glahn J et al (2013) FEES auf der Stroke-Unit – Empfehlungen zur Umsetzung im klinischen Alltag. Nervenarzt 84:705–708

## Leserbrief

C. Arens<sup>1</sup> · T. Deitmer<sup>2</sup> · R. Schönweiler<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Vorsitzender der AG Endoskopie der Deutschen Gesellschaft für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Kopf- und Hals-Chirurgie e. V.

<sup>2</sup>Präsident der Deutschen Gesellschaft für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Kopf- und Hals-Chirurgie e. V.

<sup>3</sup>Präsident der Deutschen Gesellschaft für Phoniatrie und Pädaudiologie

Mit Interesse, aber auch Befremden haben wir den Beitrag zur Kenntnis genommen. Stellvertretend für unsere Gesellschaften nehmen die Unterzeichner hier zu der Tatsache Stellung, dass die flexible Endoskopie des oberen Aerodigestivtrakts im Rahmen der Neudefinierung der Musterweiterbildungsordnung (MWBO) für Ärzte in das Curriculum der Neurologie implementiert werden und durch den Neurologen sowie den Logopäden durchgeführt werden soll. Begründung sei, dass die Untersuchung bereits auf 50% der „stroke units“ stattfindet, ohne jedoch darauf hinzuweisen, dass diese dort weitgehend von HNO-Ärzten und Phoniatern vorgenommen wird.

Die starre und die flexible Endoskopie des oberen Aerodigestivtrakts sind berufsrechtlich als Tätigkeiten von Fachärzten für HNO-Heilkunde und Phoniatrie/Pädaudiologie verankert. Die endoskopische Kompetenz wird in einer 5-jährigen Facharztausbildung erworben. Die erlangte Expertise (d. h. mit Richtzahlen)

bildet die Basis für diese Diagnostik und kann durch Fortbildungen (de facto Wochenendkurse) nicht adäquat erlernt werden.

Die Ätiologie von Dysphagien ist äußerst vielfältig und kann die fachmedizinischen Grenzen überschreiten. Es darf jedoch nicht ignoriert werden, dass Symptome, wie etwa „leaking“, „drooling“, laryngeale Penetrationen, Aspirationen und Retentionen, vornehmlich im HNO-Fachgebiet auftreten und zumeist durch strukturell morphologische Veränderungen ausgelöst werden. Die Vitalfunktionen der Patienten können teilweise lebensbedrohlich gestört sein, z. B. wegen Tumoren oder nach chirurgischer/radiologischer Tumorbehandlung, wegen Divertikeln, ventralen osteophytären Veränderungen der Halswirbelsäule usw.

Die flexible Endoskopie des Schluckakts durch HNO-Ärzte oder Phoniater stellt ein sicheres invasives, wiederholbares Verfahren ohne Strahlenbelastung dar. Die Belastung für den Patienten sinkt mit der Erfahrung der HNO-Ärzte oder Phoniater. Beurteilt werden Schluckakt, Anatomie, Motilität und zeitliche Koordination der beteiligten Strukturen im oropharyngealen Bereich, am äußeren Hals und am oberen Ösophagusphinkter, um die Ursache festzustellen und weitere Untersuchungen zu initiieren.

Gegen eine HNO-facharztferme starre und/oder flexible Endoskopie sprechen weitere Aspekte:

- die Fehleinschätzung der vielgestaltigen tumorösen Schleimhautveränderungen, die fälschlicherweise als diverse retinierte Speisereste angesehen werden können,
- Verletzungsgefahren mit Blutungen in Nase und Rachen, die angesichts der

zunehmend notwendigen Antikoagulation nicht negiert werden können, — vasovagale Reaktionen oder Laryngospasmen, die besonders gefährlich für die durch Pneumonien oder Exsikkose ohnehin schon geschwächten Patienten sind.

Die Einschätzung der Durchführbarkeit und des Gefahrenpotenzials obliegt natürlicherweise den HNO-Ärzten oder Phoniatern/Pädaudiologen. Mögliche Blutungen im Rahmen der Endoskopie können allein durch die HNO-Ärzte oder Phoniater/Pädaudiologen unverzüglich behandelt werden. Die fiberendoskopische Evaluation des Schluckens (FEES) und weitere, nichtfachgerecht durchgeführte Schluckversuche, können zu Aspirationen des applizierten Bolus und von älteren, z. T. größeren Nahrungsresten sowie eingetrocknetem Schleim (Borken) führen, die sofort HNO-ärztlich behandelt werden müssen, ggf. auch durch eine Tracheotomie. Speziell die endoskopisch kontrollierte Absaugung von Speichel, Schleim, Borken und retinierten Bolusanteilen sollte sicher beherrscht werden, um überhaupt ein verwertbares endoskopisches Bild erstellen zu können. Die Anwendung der FEES setzt zudem die Beherrschung des Umgangs mit Tracheotomien und Trachealkanülen voraus, v. a. hinsichtlich des Kanülenwechsels vor und nach der FEES, des Absaugens nach evtl. Entblockung und auch während der FEES, sowie ebenfalls die Indikation von Tracheostomaventilen („Sprechventilen“) einschließlich der im Ruhezustand geschlossenen Ventile (Typ „Passy Muir“).

Keinesfalls also kann die FEES mit einem „vertretbarem Aufwand erlernt und anschließend zuverlässig eingesetzt

werden“, wie die Autoren des genannten Beitrags schreiben. Die ungenügende technische Ausrüstung und auch die übliche Klientel einer neurologischen Praxis sprechen außerdem gegen die Übernahme dieser facharztfernen diagnostischen Leistung auf Wunsch einiger Kliniker in die MWBO.

Daran ändern auch der Hinweis auf die Trainingsrichtlinie der American Speech-Language-Hearing Association (ASHA) und ein Positionspapier nichts. Sprachtherapeuten absolvieren in den USA ein universitäres Studium, das z. T. zu solchen Tätigkeiten befähigt. Invasive Verfahren, wie die Endoskopie, liegen in Deutschland im Zuständigkeitsbereich der Fachärzte. Daher darf die Endoskopie von Fachärzten nicht an Logopäden delegiert werden.

Unseres Erachtens gewährleistet allein eine fachübergreifende Dysphagiediagnostik im interdisziplinären Team (HNO-Ärzte, Phoniater/Pädaudiologe, Neurologe, Radiologe, Schlucktherapeuten usw.) die hochqualitative und zielgerichtete Untersuchung aller wichtigen Aspekte und Phasen des Schluckens, die genaue Erfassung möglicher Erkrankungsursachen und prognostischer Aussagen.

### Korrespondenzadresse

**Prof. Dr. T. Deitmer**  
HNO-Klinik  
Klinikum Dortmund  
Beurhausstr. 40  
44137 Dortmund  
thomas.deitmer@KlinikumDO.de

### Einhaltung ethischer Richtlinien

**Interessenkonflikt.** C. Arens, T. Deitmer, R. Schönweiler geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

### Replik

#### R. Dziewas

Sprecher der FEES-AG der Deutschen Gesellschaft für Neurologie (DGN) und der Deutschen Schlaganfall-Gesellschaft (DSG), Klinik für Allgemeine Neurologie, Universitätsklinikum Münster

#### O. Busse

Generalsekretär der DSG, Geschäftsstelle der DSG und der DGN, Berlin

#### J. Glahn

Vorsitzender der DSG-Kommission Fortbildung für Pflegekräfte auf der Stroke Unit, Klinik für Neurologie, Johannes Wesling Klinikum Minden

#### M. Grond

Erster Vorsitzender der DGN, Klinik für Neurologie und Neurogeriatrie, Kreisklinikum Siegen

#### G.F. Hamann

Erster Vorsitzender der DSG, Klinik für Neurologie, Horst Schmidt-Kliniken, Wiesbaden

#### G.W. Ickenstein

Fachgruppenleiter Neuromedizin der HELIOS Kliniken, Klinik für Neurologie, HELIOS Klinikum Aue

#### D.G. Nabavi

Vorsitzender der Stroke-Unit-Kommission der DSG, Klinik für Neurologie, Vivantes Klinikum Neukölln, Berlin

#### M. Prosiegel

Erster Vorsitzender der Deutschen Interdisziplinären Gesellschaft für Dysphagie (DGD), München

#### W.-R. Schäbitz

Klinik für Neurologie, Evangelisches Krankenhaus Bielefeld

#### P.D. Schellinger

Mitglied des Präsidiums der Deutschen Gesellschaft für Neurologische und Neurochirurgische Intensiv- und Notfallmedizin, Klinik für Neurologie, Johannes Wesling Klinikum Minden

#### S. Stanschus

Abt. Logopädie & Dysphagiezentrum, Kreiskliniken Reutlingen

Mit Interesse haben wir den Leserbrief der Kollegen Arens et al. gelesen, die stellvertretend für die Fachgesellschaften der Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde und Phoniatrie/Pädaudiologie zu unserem Positionspapier „FEES auf der Stroke-Unit – Empfehlungen zur Umsetzung im klinischen Alltag“ Stellung nehmen. Sie äußern Bedenken gegen das von uns vorgestellte Konzept der endoskopischen Dys-

phagiediagnostik auf der „stroke unit“. Wir begrüßen diesen Dialog und möchten im Folgenden auf die Schlüsselargumente der Autoren eingehen.

### 1. Die flexible endoskopische Evaluation des Schluckens (FEES) wird in Deutschland momentan fast ausschließlich von HNO-Ärzten/Phoniatern durchgeführt.

Wir stellen fest, dass die FEES in der klinischen Routine seit vielen Jahren in der Hand des Neurologen sicher und erfolgreich eingesetzt wird. In Zusammenarbeit mit Logopäden, Sprachtherapeuten und klinischen Linguisten (im Folgenden: Logopäden) betrifft dies ganz besonders die neurologische Rehabilitation und Frührehabilitation. Aus diesem Grund wird die FEES in den aktuellen Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Neurologie, neben der Videofluoroskopie des Schluckakts (VFSS), als wichtigstes apparatives Verfahren der Dysphagiediagnostik aufgeführt [6]. Zudem hat sich die FEES auch in der Akutneurologie, insbesondere der Schlaganfallmedizin als Instrument zur Aspirationsprävention sowie zur differenzierten Steuerung des Dysphagiemanagements fest etabliert [7] und wird zudem Eingang in die Zertifizierungskriterien deutscher Stroke units finden.

### 2. Die FEES ist technisch komplex, so dass sie außerhalb der Facharztweiterbildung zum HNO-Arzt/Phoniater nicht erlernt werden kann.

Die FEES wurde erstmalig von einer Sprachtherapeutin (Susan Langmore) in den USA beschrieben [4]. Das umfangreiche Standardwerk *Endoscopic evaluation and treatment of swallowing disorders* beschäftigt sich mit zahlreichen Aspekten der FEES [3]. An keiner Stelle findet sich ein Hinweis darauf, dass die FEES an eine bestimmte Berufsgruppe oder Fachrichtung zu binden ist. In diesem Sinne schrieb Langmore kürzlich in dem Geleitwort zu einem aktuellen Dysphagiebuch [8]: „Today, FEES is a well established procedure done throughout the world. It has been embraced by clinical specialists who evaluate this disorder, including speech pathologists, otolaryngologists, phoniatrists, and neurologists“. Entsprechend geht Joe Murray, ein ebenfalls US-amerikani-

scher FEES-Spezialist, der in Deutschland FEES-Kurse leitet, davon aus, dass der Umgang mit dem flexiblen Nasopharyngolaryngoskop in der Regel nach der Durchführung von 20 bis 30 Untersuchungen unter Supervision zuverlässig und sicher möglich ist [5]. Die Leitlinien des British Royal College of Speech and Language Therapists geben mit 25 supervidierten Untersuchungen eine vergleichbare Richtgröße vor. Um sowohl dem wachsenden FEES-Bedarf in der Neurologie als auch den notwendigen Qualitätsanforderungen Rechnung zu tragen, wurden feste Ausbildungsstandards und ein künftiges Zertifizierungsverfahren durch eine Arbeitsgruppe der Deutschen Gesellschaft für Neurologie (DGN) und der Deutschen Schlaganfall-Gesellschaft (DSG) entwickelt.

**3. Die FEES ist mit einem erheblichen Gefährdungspotenzial für die Patienten verbunden. Nur der HNO-Arzt/Phoniater ist in der Lage, eine sichere Untersuchung zu gewährleisten.** Um diese Sorge zu entkräften, möchten wir auf die einschlägige Literatur verweisen. In großen gemischten Patientenkollektiven (n=500–6000) wird die Rate an selbstlimitiertem Nasenbluten mit 0,3–1,2% angegeben; das Auftreten vasovagaler Synkopen und Laryngospasmus betrug  $\leq 0,03\%$  [1]. Bei Schlaganfallpatienten kam es während der FEES, auch kurz nach einer Thrombolysetherapie, zu keiner klinisch relevanten Verschlechterung kardiorespiratorischer Parameter oder zu Komplikationen wie vasovagalen Synkopen, Laryngospasmus oder einer interventionsbedürftigen Epistaxis. Die überwiegende Mehrzahl der Patienten fühlte sich zudem durch die FEES nicht signifikant beeinträchtigt [9]. In puncto Sicherheit ist die FEES an neurologischen Patienten als weniger risikobehaftet und belastend einzustufen als das Anlegen einer Magensonde oder das nasotracheale Absaugen. Letzteres sind im Übrigen beides Prozeduren, die typischerweise in den nichtärztlichen Kompetenzbereich fallen.

**4. Dysphagien finden sich v. a. im Klientel der HNO-Ärzte/Phoniaten.** Schluckstörungen können sich als Folge lokaler, struktureller Erkrankungen, wie Tumoren

im HNO-Bereich, manifestieren. Daneben gehen jedoch viele hochprävalente neurologische Erkrankungen, wie z. B. Schlaganfall, Parkinson-Syndrome, Demenzen und neuromuskuläre Erkrankungen, mit einer behandlungsbedürftigen Dysphagie einher. Neurogene Dysphagien gehören zu den häufigsten und wegen ihrer Komplikationen (Aspirationspneumonie, Dehydratation, Malnutrition) gleichsam zu den bedrohlichsten Befunden der Neuromedizin.

**5. Der Neurologe kann, im Unterschied zum HNO-Arzt/Phoniater, der diagnostischen Komplexität von Dysphagien nicht gerecht werden.** Tatsächlich gehört der Schluckakt zu den komplexesten Bewegungsmustern des Menschen überhaupt. Nur durch das bilaterale, fein abgestimmte Zusammenspiel von mehr als 20 Muskelpaaren in Mundhöhle, Rachen, Kehlkopf und Speiseröhre wird ein physiologischer Schluckvorgang erzeugt. Neben diesem motorischen Bewegungsablauf selbst ist auch die zugehörige neuronale Steuerung außerordentlich differenziert gestaltet. So involviert das kortikale Schlucknetzwerk vielfältige zerebrale Regionen, wie den primären und sekundären sensorischen Kortex, den primären motorischen und prämotorischen Kortex, die supplementärmotorischen Areale (SMA) und die Inselregion. Zusätzlich finden sich auf Höhe der Medulla oblongata die nach zentral und peripher umfangreich vernetzten Schluckzentren des Hirnstamms [8]. Für das Verständnis der Pathophysiologie der neurogenen Dysphagien, das ja das Fundament für weiterführende diagnostische und therapeutische Überlegungen darstellt, ist die Kenntnis dieser neurophysiologischen Zusammenhänge unerlässlich.

Auch muss an dieser Stelle betont werden, dass neben dem pathophysiologischen Hintergrund der verschiedenen Dysphagien Kenntnisse und klinische Erfahrungen mit den betreffenden neurologischen Krankheitsbildern für eine adäquate Therapieplanung unerlässlich sind. Zur vollständigen Dysphagiediagnostik gehört nach unserem Verständnis daher neben der Befunderhebung die Einordnung in den Kontext der jeweiligen neurologischen Grunderkrankung [8]. Erst da-

durch wird ein umfassendes Dysphagiemanagement möglich. Die Neurologie verfügt über die fachlichen Voraussetzungen, um sich zielgerichtet und differenziert mit den komplexen Herausforderungen der neurogenen Dysphagie zu befassen.

**6. Im Unterschied zur Situation in den USA sind Logopäden in Deutschland nicht in der Lage, die FEES durchzuführen.** Wir begrüßen die Einschätzung der Autoren, dass nichtärztliche Berufsgruppen im Ausland (z. B. USA, Großbritannien) unter definierten Voraussetzungen zur FEES befähigt werden können. Auch teilen wir die Ansicht, dass nicht jeder Logopäde per se FEES-Kompetenz besitzt. Gerade das verdeutlicht die Notwendigkeit zur Etablierung fester Ausbildungs- und Qualitätsstandards in Deutschland, um diese Lücke zu schließen. Für die Neurologie sind Logopäden und verwandte Berufsgruppen entscheidende klinische Kooperationspartner, ohne die eine qualitativ hochwertige Dysphagiediagnostik und -therapie nicht denkbar wäre.

**7. Die Dysphagiediagnostik sollte interdisziplinär angelegt werden.** Auch in diesem Punkt gehen wir konform mit den Autoren. Die Kooperation zwischen Neurologen und HNO-Ärzten beim Dysphagiemanagement wird von uns ausdrücklich gewünscht und ist in vielen Einrichtungen seit Jahren sehr gut etabliert. Dabei ist ein interdisziplinär abgestimmtes Vorgehen von entscheidender Bedeutung. Wie in unserem Positionspapier dargelegt, liegt das Management neurologischer Patienten mit Dysphagie zunächst in der Hand des Neurologen. Die FEES im Team aus Neurologen und Logopäden stellt dabei ein fest etabliertes Element dar, das weiterentwickelt werden muss [2]. Selbstverständlich wird in Abhängigkeit von der konkreten Befundkonstellation ggf. auch eine Miturteilung durch andere Fachdisziplinen notwendig. Eine HNO-ärztliche Untersuchung ist insbesondere dann indiziert, wenn sich Anhaltspunkte für strukturelle Veränderungen im Mund, Pharynx oder Larynx finden. Umgekehrt stellt der HNO-Arzt Patienten neurologisch vor, sofern die Dysphagie nicht lokal-struk-

turell zu erklären ist. Gerade in der komplementären Ausrichtung der Fachdisziplinen sehen wir eine große Chance. So können die Qualität des Dysphagie-managements weiterverbessert und Forschungsinitiativen beflügelt werden. Zur Festigung der Zusammenarbeit erscheint die Etablierung interdisziplinärer Qualitätselemente (z. B. gemeinsame Standards, Fallkonferenzen) sinnvoll. Dies sollte in einem nächsten Schritt, gemeinsam mit zertifizierten FEES-Logopäden, angegangen werden.

---

### Korrespondenzadresse

---

**Prof. Dr. R. Dziewas**  
Klinik für Allgemeine Neurologie  
Universitätsklinikum Münster  
Albert-Schweitzer-Campus 1  
48129 Münster  
dziewas@uni-muenster.de

---

### Einhaltung ethischer Richtlinien

**Interessenkonflikt.** R. Dziewas, O. Busse, J. Glahn, M. Grond, G.F. Hamann, G. Ickenstein, D.G. Nabavi, M. Pro-siegel, W.-R. Schäbitz, P.D. Schellinger, S. Stanschus geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

### Literatur

1. Aviv JE, Kaplan ST, Langmore SE (2001) The safety of endoscopic swallowing evaluations. In: Langmore SE (Hrsg) Endoscopic evaluation and treatment of swallowing disorders. Thieme, New York, S 235–242
2. Dziewas R, Busse O, Glahn J et al (2013) FEES auf der Stroke-Unit. *Nervenarzt* 84:705–708
3. Langmore SE (2001) Endoscopic evaluation and treatment of swallowing disorders. Thieme, New York
4. Langmore SE, Schatz K, Olsen N (1988) Fiberoptic endoscopic examination of swallowing safety: a new procedure. *Dysphagia* 2:216–219
5. Murray J (2001) Endoscopic mechanics and technique. In: Langmore SE (Hrsg) Endoscopic evaluation and treatment of swallowing disorders. Thieme, New York, S 61–72
6. Prosigel M, Allescher H, Bartolome G et al (2012) Neurogene Dysphagien: Diagnostik und Therapie. In: Diener HC, Weimar C (Hrsg) Leitlinien für Diagnostik und Therapie in der Neurologie. Thieme, Stuttgart, S 1078–1086
7. Prosigel M, Riecker A, Weinert M et al (2012) Dysphagiemanagement in der akuten Schlaganfallphase. *Nervenarzt* 83:1590–1599
8. Warnecke T, Dziewas R (2013) Neurogene Dysphagien: Diagnostik und Therapie. Kohlhammer, Stuttgart
9. Warnecke T, Teismann I, Oelenberg S et al (2009) The safety of fiberoptic endoscopic evaluation of swallowing in acute stroke patients. *Stroke* 40:482–486

Hier steht eine Anzeige.