Prof. Dr. rer. medic. Robert Darkow
Tonja Ofner MA
Assoz. Prof. Dr. phil. Frank Amort
Prof. Dr. phil. Helmut Ritschl MA MSc
Dr. rer. medic. Felix Mühlensiepen MPH
Susann May MPH

Versorgungslage von Schluckstörungen in Pflegeheimen – Herausforderungen und Notwendigkeiten

Zusammenfassung

Bis zu 2000 Mal täglich schluckt der gesunde Mensch, ohne darüber nachzudenken. Alterungsprozesse gefährden die Suffizienz des Schluckaktes: Schluckstörungen in Heimen sind unterdiagnostiziert, in ihrer Wirkung unterschätzt, gleichwohl mit ihren Komplikationen die häufigste Todesursache dort. Bei näherer Betrachtung ergibt sich ein verheerendes Bild der Versorgung. Diese Arbeit skizziert die aktuellen Herausforderungen der Datenunschärfe, der fehlenden diagnostischen und therapeutischen Versorgung vor dem Hintergrund möglicher innovativer Versorgungsformen und deren Implementierung in einen zu entwickelnden Versorgungspfad.

Schlüsselwörter

Dysphagie, Unterversorgung, Logopädie, Pflegeheim, Demenz

Crossref/doi

http://doi.org/10.24945/MVF.06.24.1866-0533.2671

Dysphagien sind eine häufig unterdiagnostizierte, vom Umfeld häufig unbeachtete und von den Betroffenen vermutlich nicht immer wahrgenommene Folge von demenziellen Erkrankungen (bis zu 95%) (Dziewas & Pflug et al. 2020) und Ursache für ein höheres Risiko für Komplikationen sowie lebensbedrohliche Zustände (Baijens 2016, Namasivayam & Steele 2015): Dysphagisch bedingte Unterernährung und Dehydrierung sowie Aspirationspneumonien und die Notwendigkeit einer enteralen Ernährung führen unter anderem zu vermehrten und wiederholten Krankenhauseinweisungen mit belastenden Eingriffen, längeren Verweildauern in Krankenhäusern und der Wahrscheinlichkeit, nach einem Krankenhausaufenthalt in Rehabilitationseinrichtungen und Pflegeheime statt nach Hause entlassen zu werden (Altmann 2010). Selbst Medikamente, eingenommen mit der Intention der Besserung, werden zum Risiko: Eine chemische Pneumonitis ergibt sich als Folge aspirierter Arznei, mündend in Odynophagien durch Mukosaschäden in der Schluckstraße, virale oder pilzassoziierte Ösophagitiden durch Immunsuppressiva. Vor allem im Alter und durch multiple Medikationen können Kompensationsleistungen gestört werden (Schwemmle et al. 2015). Unbehandelte Lungenentzündungen können zudem bestehende koronare Herzkrankheiten verschärfen sowie andere akute Herzsyndrome oder Tod durch Sepsis auslösen.

>> Abhängig vom Diagnoseverfahren schwankt die Prävalenz von Dysphagie betroffener Pflegeheimbewohner:innen zwischen 15% (Einschätzung des Pflegepersonals) und 70% (Diagnose mithilfe verschiedenster Verfahren) (Artiles et al. 2021). Andere Arbeiten präzisieren diese Ergebnisse, indem sie geringere Prävalenzwerte als Resultat klinischer Betrachtungen (32–45%), höhere als Resultat instrumenteller Untersuchungen (84–93%) erklären (Affoo et al. 2013).

Herausforderung No. 1: Datenunschärfe

Erste Querschnittsanalysen können in steirischen Pflegeheimen mit nicht apparativen klinischen In-House-Untersuchungen eine Prävalenz von ca. 90% bestätigen (bspw. Bergthaler 2022). Krankenhausaufenthalte sind kein Garant dafür, dass bislang in Heimen unerkannte Dysphagien diagnostiziert werden. Ilija registrierte 2021 bei acht von 43 Patient:innen eines österreichischen Kran-

Hintergrund: Schluckstörungen

Die unmittelbare Todesfolge einer Schluckstörung, der Bolustod, wurde bereits 1973 beschrieben: Drei Patient:innen einer geriatrischen Station starben nicht wie in der Todesursache angegeben an einer akuten kardiovaskulären Erkrankung, sondern an einer Verlegung der Atemwege durch Aspiration und nachfolgender hypoxämischen Hypoxie. Identifiziert wurde dieser Umstand damals mittels Autopsie (Gelperin, Abraham 1973). Aktuell liegt der Bolustod bei den Todesursachen laut Todesbescheinigung bei 0,3%, nach Obduktion bei 0,2% institutionalisiert und nicht institutionalisiert lebender geriatrischer Menschen (Schulten et al. 2022).
Doch Schluckstörungen können nicht nur durch Verlegung der Atemwege zum Tode führen: Schluckstörungen (Dysphagien) sind eine insuffiziente Trennung der sich überkreuzenden Atem- und Speisewege und resultieren per definitionem aus einer bestehenden oder wahrgenommenen Funktionsbeeinträchtigung einer der am Schluckakt beteiligten Strukturen oder deren Zusammenwirken. Der Schluckakt kann in jeder seiner willkürlichen und reflektorischen Phasen der Nahrungszerkleinerung und des Nahrungstransports beeinträchtigt sein (Pschyrembel 2023). Häufig, aber nicht zwingend zu beobachtende Symptome bei Dysphagien sind (1) Räuspern, (2) Husten[1] bis hin zu (3) Erstickungsanfällen während oder nach einer Flüssigkeits- und/oder Nahrungsaufnahme sowie Austritt von Flüssigkeiten oder Nahrung aus dem Mund oder der Nase; Komplikationen sind Mangelernährung und rezidivierende Pneumonien nach tracheobronchialer Aspiration (Panebianco et al. 2020). Der Komplexität des Schluckakts geschuldet, treten auch bei Gesunden regelmäßig Symptome eines nicht suffizienten Schluckaktes auf, typischerweise bei Störung des automatisierten Ablaufs in Form von Ablenkungen (Christmas & Rogus-Pulia 2019). Dieses Beispiel verdeutlicht: So einfach die Definition, so anfällig die aufwendige Orchestrierung der weitverteilten kortikalen und subkortikalen Repräsentation, der fünf beteiligten Hirnnerven und der 26 Muskelpaare. Diese Vielzahl der involvierten Strukturen macht den Schluckakt anfällig für zahlreiche Erkrankungen (Malagelada 2015): zentralnervöse Erkrankungen wie Schlaganfälle (initial 50%) oder schwere Schädelhirntraumen (50%), aber auch entzündliche Prozesse oder Tumoren können Dysphagien verursachen[2]. Vor allem altersassoziiert ist die Suffizienz des Schluckaktes gefährdet.

1: Husten ist ein laryngealer Schutzreflex und Reinigungsmechanismus. Husten, auch wenn er mit dem unangenehmen Prozess des Verschluckens assoziiert ist und wird, ist demzufolge zu unterstützen und nicht zu unterbinden, Aufforderung zum willentlichen Husten bei Verdacht auf aspiratives Geschehen indiziert.

2: AWMF Leitlinien der Krankheitsbilder, mit denen Dysphagien assoziiert sind, behandeln die Dysphagie als Symptom oder Komplikation der jeweiligen Grunderkrankung. Die Leitlinien S1 Neurogene Dysphagie 030-111 und S3 Oropharyngeale Dysphagie infolge einer Kopf-Hals-Tumor-Erkrankung – Diagnostik und Therapie 049-016 behandeln diesen Themenkomplex eigenständig und nicht als begleitendes Symptom.

kenhauses eine positive postdeglutitive Phonationsprobe, ein deutlicher Hinweis auf eine dort nicht be- und erkannte Beeinträchtigung des Schluckakts.

Bei aller Unschärfe ist die Datenlage klar: Alle Studien deuten darauf hin, dass Dysphagien in Heimen sehr häufig vorkommen, häufig unterdiagnostiziert und gleichzeitig unterbehandelt sind (Baijens et al. 2016). Mira und Kollegen schließen ihr Review zu Dysphagie bei Demenz wie folgt: „Es wird als unerlässlich erachtet, die tatsächliche Prävalenz von Dysphagie bei Demenz zu verstehen, damit politische Entscheidungsträger und Kliniker frühzeitig eingreifen und die Belastung der Gesundheitssysteme verringern können. Dass keine aktuelle Studie zur Prävalenz von Dysphagie bei AD existiert, könnte auch bedeuten, dass diese Komorbidität unterdiagnostiziert und nicht als führende Todesursache durch Lungenentzündung bei Patienten mit Demenz genannt wird." (Mira et al. 2022) Jegliche Anstrengung zur Besserung der Versorgungslage altersassoziierter Erkrankungen muss jedoch gegen die soziodemografische Entwicklung ankämpfen (Prävalenz der Demenzerkrankungen Deutschland 2019: ca. 1.7 Millionen, 2050: ca. 2.8 Millionen | Schweiz & Österreich 2019: ca. 140.000, 2050: ca. 308.000).

Herausforderung No. 2: Diagnostik und Diagnose von Dysphagie

Der theoretische Goldstandard zur Einschätzung des Schluckaktes ist die funktionelle endoskopische Evaluation des Schluckens (FEES), eine Möglichkeit der instrumentellen Diagnostik zur Beurteilung der am Schlucken beteiligten Strukturen und deren Funktion mit dem Ziel, Schluckstörungen zu erkennen, den Schweregrad einzuschätzen und mögliche Interventionen abzuleiten. Eine Durchführung der FEES wird von Teilen der Ärzteschaft als ärztliche Vorbehaltstätigkeit eingeschätzt, die Rechtslage ortet sie von dieser subjektiven Sichtweise abweichend klar als delegationsfähige Tätigkeit ein: Das Rhino-Laryngoskop ist ein Medizinprodukt im Sinne des § 3 Abs. 1a Medizinproduktegesetz und dessen Anwendung die Ausübung der Heilkunde gemäß § 1 des Heilpraktikergesetzes. Der deutsche Bundesgerichtshof hat klargestellt, dass bestimmte ärztliche Tätigkeiten, sofern sie nicht aufgrund ihrer Schwierigkeit oder Gefährlichkeit ärztlichen Fachwissens bedürfen, delegiert werden können, auch als Reaktion auf den Ärztemangel.

Die FEES ist bei erlernter Anwendung weder schwierig durchzuführen noch gefährlich und damit im Sinne eines versorgungsbezogenen Possibilismus unabdingbar delegierbar. Die Evaluation des Schluckens mit flexiblem Endoskop (OPS-Code 1-613) wurde 34.266 Mal bei vollstationären Patient:innen in 2022 abgerechnet (Destatis 2022). Dabei werden jährlich 270.000 Schlaganfälle und 1.8 Millionen Menschen mit Demenz in Deutschland gezählt. Schon in den Krankenhäusern findet eine objektive Schluckdiagnostik offenbar viel zu selten statt. In den Heimen bleibt sie ein Wunschtraum.

Klassischerweise werden Dysphagien anhand von Fieber als Zeichen einer resultierenden Lungenentzündung erkannt. Nur: 20% der 80-Jährigen zeigen kein Fieber bei akuter Lungenentzündung. Alternativ wird die Suffizienz des Schluckakts häufig durch Wasserschluck-Tests und Mehrkonsistenztests eingeschätzt. Diesen Verfahren gemein ist die Normierung (wenn überhaupt) für schlaganfallassoziierte Dysphagien und die Anwendung auch von nicht logopädischem Personal, z. B. Pflegefachpersonen. Auch die bekannten und häufig fälschlicherweise mit einem Wasserschluck kombinierten Daniels-Prädiktoren (Daniels et al. 2000) prädizieren Dysphagien nach Insult, nicht bei Demenz. Für altersassoziierte Dysphagien existiert kein Standard abseits der FEES zur Diagnostik, logopädisches Expertenwissen ist die höchste verfügbare Evidenzstufe. Aber: Logopäd:innen scheinen in Österreich und in Deutschland in den Engpassanalysen seit 2018 auf, 2021 bewertet mit hohen Engpassindikatoren trotz Fehlens altersbedingter Veränderungen wie Pensionierungswellen. Zunehmende Risikoindikatoren für die zukünftige Versorgung, bedingt auch durch das fehlende Substituierbarkeitspotenzial[3], prädizieren gemeinsam mit der soziodemografischen Entwicklung eine dramatische Verschärfung der schon aktuellen Unter- bis Unversorgung.

Herausforderung No. 3: logopädische Versorgung

In einer Umfrage unter jeweils der Heimleitung, Pflegedienstleitung oder Stationsleitung aller öffentlichen und privaten Heime der Steiermark (n = 221, Rücklauf n = 58, 26%) wurde die Prävalenz der Dysphagie mit 15% dramatisch, aber nicht überraschend unterschätzt (Ofner 2022). Diese Umfrage ergab auch: 0% angestellte Logopäd:innen in den Heimen, in 40% der Fälle theoretische Kooperationen mit konsiliarisch betreuenden Logopäd:innen, aber nur in 28% der Fälle fanden logopädische Interventionen statt. Summativ wurde die logopädische Versorgung als ausbaufähig (41%) und unzureichend (36%) bewertet, und das trotz der unterschätzten Prävalenz! Wie verheerend die Versorgungsbilanz ausfallen würde, wenn der eigentliche Bedarf als Normativ fungierte.

Verhinderungsgründe für eine adäquate logopädische Versorgung waren zum einen die mangelnde Verfügbarkeit logopädischen Personals, zum anderen die Finanzierung. Die logopädische Versorgung der Steiermark ist geprägt von einem dramatischen Mangel an besetzten Kassensitzen (n = 3). Alle weiteren ca. 220 Logopäd:innen arbeiten entweder angestellt an Institutionen und stehen den Heimen nicht zur Verfügung oder sind Wahllogopäd:innen, für deren Konsultation im Mittel 50% der Honorare privat zu entrichten und nicht erstattungsfähig sind. Die dieser spezialisierten Tätigkeit angemessene Vergütung von ca. 100 EUR je Intervention sprengt jedoch die finanziellen Ressourcen institutionalisierter Pensionist:innen: Im Schnitt verbleiben 493,08 EUR[4] für alle Kosten des alltäglichen Lebens, die über die Unterbringung, Pflege und Vollpension hinausgehen: Kleidung, Friseurbesuche, Hygieneartikel, Aufmerksamkeiten für den Enkel, Zeitungen, alle weiteren Dinge, die das Leben bereichern, erleichtern, erheitern. Die Übernahme der Kosten für die Logopädie durch die Krankenkassen in Deutschland ist gesichert, die Verordnungspraxis jedoch von Unsicherheiten geprägt: Langzeitverordnungen gehen auf Seite der Verordnenden mit der Sorge vor Regresspflicht einher.

– – – – – – – –

3: Bundesagentur für Arbeit, Statistik/Arbeitsmarktberichterstattung, Berichte: Blickpunkt Arbeitsmarkt – Fachkräfteengpassanalyse 2021, Nürnberg, Mai 2022.

4: *20% der Pensionen (im Mittel 12/2021 = 1462,- EUR/Monat, 14x/Jahr, m 1948,-; w 1174,-) + 10% Pflegegeld Stufe 3 (im Mittel 12/2021 = 50,28) verbleiben auch bei das Einkommen übersteigenden Heimkosten (im Mittel 03/2023: 130,-EUR/Tag + pflegebedarfsabhängiger Kosten).*

Literatur

Schwemmle C, Jungheum M, Miller S, Kühn D, Ptok M (2015) Medikamenteninduzierte Dysphagien. HNO 7, 2015 504-510
Daniels S, Ballo L, Mahoney M, Foundas A (2000) Clinical predictors of dysphagia and aspiration risk: Outcome measures in acute stroke patients. Archives of physical Medicine and rehabilitation
Gelperin A (1973) Sudden Death in an elderly population from Aspiration of food. Journal of the American Geriatrics Society, 22(3)135-136
Schulten P, Walz C, Schwarz C, Germerott T (2022) Vergleichende Untersuchungen zu Todesart und Todesursache bei Pflegeheim- und Nichtpflegeheimbewohnern. Rechtsmedizin 32: 355-361
Panabianco M, Marchese-Ragona R, Masiero S, Retivo D (2020) Dysphagia in neurological diseases: a literature review. Neurol Sci 41(11): 3067-73
Pschyrembel Online, Verlag Walter de Gruyter, Berlin, Artikel „Dysphagie", Abruf am 28.11.2023.
Christmas C, Rogus-Pulia N (2019) Swallowing Disorders in the Older Population. J Am Geriatr. Soc 67(12): 2643-49
Malagelda J, Bazzoli F, Boeckxstaens G, Looze D, Fried M, Kahrilas P, Lindberg G, Malfertheiner P, salis G, Sharma P, Sifrim D, Vakil N, Mail A (2015) World gastroenterology organization global guidelines: dysphagia – global guidelines and cascades updates September 2014. J Clin Gastroenterol. 49(5):370-8
Dziewas R, Pflug C et al., Neurogene Dysphagie, S1-Leitlinie, 2020, in: Deutsche Gesellschaft für Neurologie (Hrsg.), Leitlinien für Diagnostik und Therapie in der Neurologie. Online: www.dgn.org/leitlinien (abgerufen am 28.11.2023)
Baijens L, Clave P, Cras P, Ekberg O, Forster A, Kolb G, et al. European Society for Swallowing Disorders – European Union Geriatric Medicine Society white paper: oropharyngeal dysphagia as a geriatric syndrome. Clinical interventions in aging 2016; 11: 1403-28.
Namasivayam A, Steele C (2015) Malnutrition and Dysphagia in long-term care: a systematic review. J Nutr. Gerontol. Geriatr. 34(1):1-21
Altmann K, Yu G, Schaefer S (2010) Conseqence of dysphagia in the hospitalized patient: impact on prognosis and hospital resources. Arch Otolaryngol Head Neck Surg. 136(8):784-9
Artiles C, Regan J, Donnellan C (2021) Dysphagia screening in residental care settings: a scoping review. Int J Nnurs Stud. 114:103813
Affoo R, Foley N, Rosenbek J, Shoemaker K, Martin R (2013) Swallowing Dysfunction and Autonomic Nervous system Dysfunction in Alzheimer´s Disease: A scoping review of the Evidence. Journal of the American Geriatrics Society 61(12): 2203-13
Bergthaler K (2022) Registerstudie zur Evaluierung der Dysphagie in Pflegeheimen. Bachelorarbeit am Studiengang Logopädie der FH JOANNEUM, Graz
Ilija C (2021) Logopädische Bedarfserhebung im Krankenhaus der Stadt Dornbirn. Bachelorarbeit am Studiengang Logopädie der FH JOANNEUM, Graz
Baijens L, Clavé P, Cras P, Ekberg I et al. (2016) European Society for Swallowing Disorders - European Union Geriatric Medicine Society white paper: oropharyngeal dysphagia as a geriatric syndrome. Clin Interv Aging 7(11):1403.28
Mira A, Goncalves R, Rodrigues I (2022) Dysphagie in Alzheimer´s disease: a systematic review
Destatis (2022) Fallpauschalenbezogene Krankenhausstatistik (DRG-Statistik) Operationen und Prozeduren der vollstationären Patientinnen und Patienten in Krankenhäusern (4-Steller). Statistisches Bundesamt (Destatis) 2022
Ofner T (2022) Logopädische Versorgung der Bewohner:innen steirischer Pflegeheime mit Demenz und Dysphagie. Masterarbeit am Studiengang Gesundheits-, Tourismus- und Sportmanagement der FH JOANNEUM, Graz
Bacher K (2022) Zervikale Auskultation im Dyspagiediagnostikprozess. Bachelorarbeit am Studiengang für Logopädie der FH JOANNEUM, Graz
Bergthaler K (2022) Registerstudie zur Evaluierung der Dysphagie in Pflegeheimen. Bachelorarbeit am Studiengang für Logopädie der FH JOANNEUM, Graz
Krisciunas G, Castellano K, McCulloch T, Lazarus C, Pauloski B, Meyer T, Graner D, Van Daele D, Silbergleit A, Crujido L (2017) Impact of compliance on dysphagia rehabilitation in head and neck cancer patients: results from a multi-center clinical trial. Dysphagia 32(2): 327-36
Krekeler B, Braodfoot C, Johnson S, Connor N, Rogus-Pulia N (2018) Patient Adherence to Dysphagia Recommendations: A systematic review. Dysphagia 33(2): 173-84
May S, Gabb F, Ignatyev Yuriy, Ehrlich-Repp J, Stahlhut K, Heinze M, Allsop M, Stanze H, Mühlensiepen F (2022) Mental and Physical Well-being and Burden in Palliative Care Nursing: A Cross-Setting Mixed-Methods Study. Int J Environ. Res. Public Health 19(10): 6240
Noe S, Goeleven A, Brouwers H, Meurrens T, dCock A, Kos D, Vanhaecht K (2021) Int J MS Care 23(5): 223-8

Notwendigkeit No. 1: Entwicklung und Evaluierung innovativer Verfahren

Der Gedanke ist nicht neu, mittels zervikaler Auskultation den Schluckakt abzuhören und dessen auditives Korrelat zu analysieren. Analysen, die eine Systematik in der Veränderung der Geräuschkulisse mit spezifischen Erkrankungen oder Symptomen zu korrelieren versuchten, scheiterten bislang. Diese Granularität ist jedoch nicht notwendig, um lediglich eine Interventionskette zu initiieren: Bacher (2022) zeigte, dass pathologisches Schlucken durch Abhören ohne nachgeschaltete Analyse dichotom von physiologischem zu unterscheiden ist. Regelmäßiges Abhören des Schluckens durch geschultes Personal könnte, mit Ausnahme der Einarbeitung, nahezu budgetneutral implementiert werden.

Andere, erste Ergebnisse zeigen, dass die Einschätzung der mimischen Muskulatur durch Logopäd:innen (Bergthaler 2022) mit Auffälligkeiten in klinischen Schluckuntersuchungen korreliert. Der Charme eines solchen Vorgehens: keine Compliance, keine Adhärenz, nicht einmal situative Orientierung muss gegeben sein. Die Entwicklung solcher Verfahren ist dringend notwendig, aktuell existiert kein standardisiertes Protokoll, existieren keine Vergleichswerte für die Einschätzung der Schluckfunktion im Alter.

Viele Risikofaktoren und Auslöser für Dysphagien sind bekannt, systematische Bemühungen um die Prädiktion von Dysphagien mit der Idee der frühestmöglichen Versorgung jedoch kaum. Aus einem spanischen Krankenhaus wird nun berichtet, dass ein auf Machine Learning basierendes System anhand der zur Verfügung stehenden elektronischen Gesundheitsdaten für alle aufgenommenen älteren Patient:innen das Risiko für eine Dysphagie errechnet (Martin-Martinez et al. 2022). Die Innovationshöhe in diesem Vorgang liegt dabei weniger auf technischen Aspekten, die bekannten Prädiktoren sind schnell abgehakt, sondern in der systemischen Verankerung der Dysphagieprädiktion.

Neben diagnostischen Verfahren müssen die bestehenden kurativen Verfahren ebenfalls auf den Prüfstand, bspw. die noch unzureichende Evidenzlage der Dysphagietherapie auch hinsichtlich Dosis (Krisciunas et al. 2017) und, bislang metatheoretisch weniger betrachtet, die Patient:innenadhärenz. Essen ist Lustgewinn, durch Texturmodifikationen ebenso geschmälert wie durch eine Beeinflussung der sozialen Komponente jeder Mahlzeit (Krekeler et al. 2018).

Notwendigkeit No. 2: Implementierung von Versorgungspfaden

Neben einer breiten, gesellschaftlichen Sensibilisierung bedarf es einer Einrichtung und Umsetzung eines institutionalisierten Versorgungspfades „Dysphagie" als entscheidendes Instrument zur Informationsvermittlung, Steuerung, Versorgung sowie Datenerhebung, damit o. g. Interventionen auch Anwendung finden können. Der Pfad muss sich an individuelle Diagnosen, die Dauer der Krankheit und persönliche Lebensumstände anpassen können. Hauptzweck liegt darin, Bedürfnisse zu erkennen, unentdeckte Unterversorgung zu verhindern und eine optimale Versorgung sicherzustellen. Diese Versorgungspfade sind strukturiert als klar definierte Abfolge von Aufgaben, die von verschiedenen Organisationen kooperativ umgesetzt werden können. Im Gegensatz zu rein klinischen Pfaden haben sie institutionenübergreifende und überregionale Bezüge (vergleiche Kirchen-Peters, Stausberg 2023) und bedürfen daher eines übergreifenden Commitments zur Einrichtung und Umsetzung.

Das Endziel sollte nicht nur eine visuelle Karte der Versorgungseinrichtungen sein oder ein einfacher, vordefinierter Ablaufplan. Stattdessen sollte es ein digitaler Wegweiser sein, der sich durch seine spezifischen und anpassungsfähigen Betreuungsoptionen auszeichnet und eine Vielzahl von Entscheidungsoptionen bietet. Es ist unabdingbar, über die Notwendigkeit einer Begleitung oder zumindest einer Einführung in die Nutzung dieser Wege im Sinne eines Fallmanagements zu diskutieren. Ethische Fragen dürfen dabei nicht außer Acht gelassen werden: Wer trägt die Verantwortung, wenn ein Algorithmus Teile des Weges aufgrund von Benutzereingaben anpasst? Dieser Weg darf keinesfalls als Minimalstandard festgelegt werden, sondern muss auf evidenzbasierter Grundlage beruhen.

Ein erster Schritt: die interdisziplinäre Zusammenarbeit

Die bestmögliche Versorgung kann nur multi-/inter-/disziplinär/-professionell gelingen mit der Bezugspflegekraft als Scharnier zwischen Bedarfen und Bedürfnissen und Versorgungsmöglichkeiten und -notwendigkeiten (Noe et al. 2021). Die aktuelle Versorgungslage hat das Potenzial, diese Berufsgruppe moralisch zu verletzen: Sie weiß um die Folgen der logopädischen Unterversorgung, vermag aber diesen ethisch verwerflichen Umstand nicht zu ändern (May et al. 2022, Ofner 2022). Erste Ansätze zielen daher darauf ab, das Handlungsinstrumentarium der Pflegenden zu erweitern, Kompetenzen im Umgang mit Dysphagien zu schärfen und einfach implementierbare Intervention zu setzen. Im Projekt Geriaplus[5] sollen Veränderungen des Ernährungszustands detektiert werden. Seit 2023 werden die Pflegenden durch fachspezifische Schulungen zu Versorgungsmöglichkeiten aus logopädischem und diätologischem Fachbereich geschult. Getragen von dem Wunsch einer Verbesserung der Versorgungssituation arbeiten hier verschiedene Disziplinen und Professionen zusammen. Nur so kann es gehen. <<

5: https://www.yumpu.com/de/document/read/305906/editorial-senecura, abgerufen 06.12.2023

Autorenerklärung

Robert Darkow ist Instituts- und Studiengangsleiter Logopädie der FH Joanneum Graz. Susann May und Felix Mühlensiepen sind Mitarbeiter:innen des Zentrums für Versorgungsforschung der Medizinischen Hochschule Brandenburg. Tonja Ofner ist Mitarbeiterin der Gesundheit Österreich GmbH, Wien. Ihr Beitrag beruht auf ihrer Masterarbeit an der FH Joanneum Bad Gleichenberg. Helmut Ritschl ist Mitarbeiter der FH Joanneum Graz. Frank M. Amort ist Professor der FH Joanneum Bad Gleichenberg. Er war Betreuer der Masterarbeit von Tonja Ofner. Die Autor:innen haben an dem Beitrag unentgeltlich mitgewirkt.

Zitationshinweis

Darkow et al.: „Versorgungslage von Schluckstörungen in Pflegeheimen – Herausforderungen und Notwendigkeiten“, in: „Monitor Versorgungsforschung“ (06/24), S. 68–72. http://doi.org/10.24945/MVF.06.24.1866-0533.2671

Care status of swallowing disorders in nursing homes – challenges and necessities

A healthy person swallows up to 2000 times a day without thinking about it. Ageing processes jeopardise the sufficiency of the act of swallowing: swallowing disorders in nursing homes are underdiagnosed, their effects underestimated, yet their complications are the most frequent cause of death there. A closer look reveals a devastating picture of care. This paper outlines the current challenges of data inaccuracy, the lack of diagnostic and therapeutic care and outlines possible innovative forms of care and their implementation in a care pathway to be developed.

Keywords

dysphagia, unmet needs, speech and language therapy, nursing home, dementia

Prof. Dr. rer. medic. Robert Darkow ORCID: 0000-0002-7991-3691
ist Logopäde, Instituts- und Studiengangsleiter für Logopädie an der FH Joanneum Graz, Österreich. Seine Forschungsschwerpunkte liegen im Bereich der logopädischen Versorgung und der Evaluierung innovativer Verfahren wie der Therapieadjuvanz durch transkranielle Gleichstromstimulation.
Kontakt: Robert.Darkow@fh-joanneum.at



Tonja Ofner MA ORCID: 0000-0003-1459-4789
ist Logopädin und Public-Health-Wissenschaftlerin. Sie hat sich im Zuge ihrer Masterarbeit mit der logopädischen Versorgung von Schluckstörungen befasst. Zur Zeit ist die Junior-Health-Expertin für Gesundheit, Gesellschaft und Chancengerechtigkeit der Gesundheit Österreich GmbH.
Kontakt: Tonja.Ofner@goeg.at



Assoz. Prof. Dr. phil. Frank Amort ORCID: 0009-0001-6287-3427
forscht und lehrt mit Schwerpunkt Gesundheitsmanagement und Public Health an der FH Joanneum Bad Gleichenberg, Österreich. Seine Tätigkeitsschwerpunkte sind die Leitung des MBA Lehrgangs Gesundheitsökonomie sowie die Forschung im Bereich der Evidenzbasierung und partizipativen Praxis der Gesundheitsförderung.
Kontakt: Frank.Amort@fh-joanneum.at



Prof. Dr. phil. Helmut Ritschl MA MSc ORCID: 0000-0001-7051-9076
ist Gesundheitswissenschaftler und leitet das Institut für Radiologietechnologie der FH Joanneum Graz, Österreich. Seine Tätigkeitsschwerpunkte sind Prozesse der Digitalisierung, der interdisziplinären Synergien und die didaktische Begleitforschung.
Kontakt: Helmut.Ritschl@fh-joanneum.at



Dr. rer. medic. Felix Mühlensiepen MPH ORCID: 0000-0001-8571-7286
ist wissenschaftlicher Mitarbeiter und Mitglied des Vorstands des Zentrums für Versorgungsforschung der Medizinischen Hochschule Brandenburg. Sein Tätigkeitsschwerpunkt ist die Versorgungsforschung im Bereich verschiedener Indikationen.
Kontakt: Felix.Mühlensiepen@mhb-fontane.de



Susann May MPH ORCID: 0000-0003-3847-4861
ist staatlich geprüfte Logopädin und wissenschaftliche Mitarbeiterin des Zentrums für Versorgungsforschung der Medizinischen Hochschule Brandenburg. Ihre Tätigkeitsschwerpunkte sind die Versorgungsforschung im Bereich verschiedener Indikationen und die Evaluierung von Richtlinien sowie der Richtlinientreue von Behandlungen.
Kontakt: Susann.May@mhb-fontane.de

