Foto: iStock.com/CasarsaGuru

Vorsicht bei Dysphagie
Mischkonsistenzen, zum Beispiel Suppe mit Einlage, können für Betroffene gefährlich sein

„Den Teufelskreis durchbrechen“

Dysphagie Eine aktuelle Studie legt nahe, dass Schluckstörungen bei Heimbewohnern weitaus häufiger vorkommen als bislang bekannt war. Da die Symptomatik einer Dysphagie sehr vieldeutig ist, erhalten die wenigsten Betroffenen eine passgenaue Versorgung. Was ist zu tun? Darüber sprachen wir mit dem Leiter des zuständigen Expertenboards Dr. Martin Jäger vom Hüttenhospital in Dortmund.

Interview: Brigitte Teigeler

Herr Dr. Jäger, Sie haben kürzlich in zwei stationären Pflegeeinrichtungen in Nordrhein-Westfalen eine Studie zur Dysphagie begleitet. Wie oft kommen Schluckstörungen bei Heimbewohnern vor?
Sehr häufig. Wir haben bei gut 100 Heimbewohnern ein Dysphagie-Screening durchgeführt. Mehr als 85 Prozent wiesen eine Schluckstörung auf. Dieses Ergebnis hat uns selbst überrascht, weil die Häufigkeit einer Dysphagie in der internationalen Literatur deutlich darunterliegt. Sie wird meist mit 40 bis 50 Prozent angegeben.
Wie erklären Sie sich diese Diskrepanz?
Ein möglicher Grund ist natürlich, dass sich das Bewohnerklientel in den Pflegeheimen geändert hat. Die mittlere Verweildauer liegt mittlerweile nur noch bei einem guten Jahr. Die Bewohner sind also viel schwerer krank, als sie es noch vor einigen Jahren waren. Zusätzlich lässt sich diese Diskrepanz durch die unterschiedliche Methodik der Studien erklären. Mit apparativer Diagnostik findet man mehr Dysphagien heraus als mit klinischem Assessment, damit mehr als mit klinischem Screening oder Fragebögen.
Wie haben Sie die Schluckstörungen denn erfasst?
Die Erhebungsmethoden bei einer Dysphagie sind sehr unterschiedlich – sie reichen von einfachen Befragungen bis zu klinischen Untersuchungen. In der Regel wird ein Screening in Form eines Wasserschlucktests durchgeführt. Hier wiederum gibt es unterschiedliche Screenings, die eingesetzt werden. Wir haben uns für einen Test aus Spanien entschieden, der speziell für geriatrische Patienten gut validiert ist. Hier werden dem Patienten Flüssigkeiten in unterschiedlichen Konsistenzen von dünnflüssig über leicht angedickt bis puddingartig gegeben. Dieser Test erfasst vielleicht mehr, als wenn man nur mit Wasser testet – das mag die hohe Prävalenz unserer Studie erklären.
Was lässt sich bei diesen Schlucktests genau erkennen?
Die Tests zeigen, ob Anzeichen für eingeschränkte Schluckeffektivität oder Schlucksicherheit vorliegen. Ist die Schluckeffektivität beeinträchtigt, haben die Betroffenen das Problem, dass das Essen und Trinken zu lange dauert und zu anstrengend ist, daher sogar eingeschränkt oder vermieden wird. Klassische Folgen sind dann Austrocknung sowie Mangel- und Unterernährung. Bei der Schlucksicherheit geht es um die Sicherheit der Atemwege. Hier dringen Nahrung oder Flüssigkeiten in die Atemwege ein. Verbleiben sie oberhalb der Stimmritze, spricht man von einer Penetration. Bei der Aspiration gelangen Nahrung und Flüssigkeit in die tieferen Atemwege, dann drohen Atemwegsinfekte, Bronchitiden, Aspirationspneumonien bis hin zum Bolustod durch Ersticken.
Wie lassen sich diese Gefahren in den Schlucktests erkennen?
Die Schlucktests schauen nach den klassischen Symptomen einer Dysphagie. Das sind zum Beispiel eine belegte Stimme, Husten oder Räuspern im Zusammenhang mit der Flüssigkeits- oder Nahrungsaufnahme. Aber auch

Dr. Martin Jäger, 56, Internist und Geriater, Arbeitsgemeinschaft Geriatrie der DGG, ist ärztlicher Direktor der Fachklinik für Innere Medizin und Geriatrie am Hüttenhospital in Dortmund. Der Facharzt für Innere Medizin widmet sich schon seit vielen Jahren der Altersmedizin und ist Experte für Schluckstörungen. Aktuell hat er an der Studie „Dysphagie und Applikationsprobleme von Medikamenten in stationären Alteneinrichtungen" mitgewirkt.

> Wir haben ein dramatisch erhöhtes Risiko für Mangel- und Unterernährung

Schlucken mit offenem Mund, sehr häufiges Schlucken auch bei geringen Mengen, verlängerte Kauphase sowie Reste in Mundhöhle oder Wangentaschen können Hinweise auf Schluckstörungen sein. Zusätzlich benutzt der von uns verwendete Test noch eine Pulsoxymetrie, damit Sauerstoff-Sättigungsabfälle unter der Nahrungsaufnahme erkannt werden können. Problematisch ist dabei jedoch das Phänomen der stillen Aspiration.
Das heißt, der Patient merkt nicht, dass er aspiriert?
Genau, die Nahrung geht den falschen Weg, aber der Patient hustet oder räuspert nicht, weil er es nicht merkt. Dieses Phänomen kann bis zu zwei Drittel der geriatrischen Patienten betreffen und kann schwerwiegende Folgen haben. Die Betroffenen haben sehr viel häufiger Lungenentzündungen als diejenigen, die noch husten, wenn sie aspirieren.
Und wenn es bei einem Wasserschlucktest zu einer stillen Aspiration kommt?
Aus diesem Grunde erfolgen Wasserschlucktests idealerweise in einer gestuften Form. Zunächst werden dem Patienten sehr kleine Mengen an Flüssigkeit beziehungsweise angedickter Flüssigkeit oder breiigen Konsistenzen

PflegenIntensiv

FACHZEITSCHRIFT FÜR INTENSIV-, ANÄSTHESIE- UND OP-PFLEGE

Überzeugen Sie sich selbst und abonnieren Sie jetzt:

Tel. (0 61 23) 92 38-2 27 oder
www.bibliomed.de/
pflegenintensiv-abo

Bibliomed Verlag | Leserservice | 65341 Eltville
Telefon (0 61 23) 92 38-2 27 | Fax (0 61 23) 92 38-2 28
bibliomed@vertriebsunion.de | www.bibliomed.de

gegeben. Die Menge wird dann langsam gesteigert und die Reaktion des Patienten genau beobachtet. Durch dieses gestufte Vorgehen kann man das Risiko minimieren. Und dann gibt es auch definierte Abbruchkriterien wie Sättigungsabfall, Räuspern, belegte oder brodelige Stimme und Husten, die bei den Tests eingehalten werden.

Was sind aus Ihrer Sicht die Hauptgefahren einer Schluckstörung?

Wir haben ein dramatisch erhöhtes Risiko für Mangel- und Unterernährung. Wenn das Schlucken zu anstrengend ist, kommen die Betroffenen in eine Vermeidungshaltung und essen weniger. Dadurch kommt es nicht nur zu einer Mangelernährung, sondern auch zu einer Schwächung der Schluckmuskeln – am Schluckvorgang sind immerhin 50 verschiedene Muskeln beteiligt. Das verschlechtert wiederum die Schluckstörung. Und damit ist ein Teufelskreis in Gang gesetzt, der oftmals nur schwer zu durchbrechen ist. Hinzu kommt, dass eine Mangelernährung nicht nur Muskel- und Substanzverlust bedeutet – Stichwort Sarkopenie –, sondern sie auch das Immunsystem schwächt, die Wundheilung verschlechtert und das Dekubitusrisiko erhöht. Wenn ein Patient sich mit eingeschränkter Immunabwehr verschluckt, ist das Risiko für eine Aspirationspneumonie deutlich höher als bei gesundem Immunstatus.

Das klingt nach einer gefährlichen Abwärtsspirale.

Genau. So kann eine Mangelernährung die Folge einer Schluckstörung sein. Oder die Schluckstörung ist Folge von Mangelernährung und Muskelschwäche. Und es spielt noch die Immunabwehr mit hinein. Es sind also sogar verschiedene Teufelskreise, die ineinandergreifen. Und eine Mangelernährung ist wiederum mit einer erhöhten Sterblichkeit verbunden. Die Mangelernährung allein geht in Deutschland laut einer Studie aus 2007 mit Zusatzkosten von neun Milliarden Euro pro Jahr einher. Und das betrifft nur die Mangelernährung. Hinzu kommen weitere Komplikationen, wie Austrocknung oder auch psychische Belastungen.

Wie häufig sind psychische Belastungen?

Studien zeigen: Angst, Sorge und Depression treten bei schluckgestörten Patienten zu 30 und 40 Prozent auf, Angst oder panische Angst beim Essen zu 40 Prozent, Vermeidung von Essen in der Gesellschaft – weil es einem peinlich ist – zu 36 Prozent. Diese seelischen Belastungen, die mit einer Schluckstörung einhergehen, darf man nicht vergessen.

Was sind klassische und lebensbedrohliche Hauptgefahren?

Dies sind insbesondere die Aspiration und daraus folgende Pneumonien. Es gibt Studien, die zeigen, dass bis zur Hälfte aller Personen, die aspirieren, eine Aspirationspneumonie bekommen. Und bis zu 50 Prozent derer, die eine Pneumonie bekommen, sterben daran. Das ist natürlich dramatisch.

Treten auch Komplikationen bei der Medikamentengabe auf?

Ja, sogar ziemlich häufig, wie unsere Studie nun zeigt. Es hat sich zwar mittlerweile herumgesprochen, dass man bei einer Dysphagie die Ernährung an die Schluckfähig-

keit anpasst. Aber an die Medikamente denkt man leider häufig nicht. In unserer Studie haben wir entsprechend viele Applikationsprobleme festgestellt.

Wie sahen diese aus?

Applikationsprobleme zeigten sich bei den Heimbewohnern vor allem während und nach der Einnahme in etwa 74 Prozent: Zu wenig Flüssigkeit bei der Medikamenteneinnahme oder Liegenbleiben von Tabletten auf der Schleimhaut von Mund, Rachen, Speiseröhre erhöhen die Gefahr von Schleimhautschäden durch „Einbrennen". Bei knapp 50 Prozent der Medikamentengaben zeigte sich eine falsche Einnahme wie Zerkauen oder Lutschen oder Verschlucken. Bei gut 51 Prozent der beobachteten Medikamentengaben wurde diese von den Heimbewohnern mit nur drei Schlucken oder weniger Flüssigkeit eingenommen. Nach abgeschlossener Medikamenteneinnahme verblieben bei etwa einem Viertel der Medikamentengaben noch Reste der festen Medikamente im Mundraum.

Wie erkenne ich als Pflegeperson, ob bei einem Bewohner eine Schluckstörung vorliegt?

Das ist gar nicht so einfach, sondern eine echte Herausforderung! Die Symptome der Schluckstörung sind unspezifisch und vieldeutig – wie Husten und Räuspern –, und können auch ganz fehlen, wie bei der stillen Aspiration. Man erkennt eine Dysphagie also nur, wenn man sehr genau darauf achtet. In manchen Fällen, zum Beispiel wenn Bewohner aus dem Krankenhaus kommen, liegt eine klinisch diagnostizierte Schluckstörung vor, und es gibt eine Empfehlung zur Ernährung und Art der Medikamentengabe.

Und wenn keine Diagnose vorliegt?

Dann muss die Pflege pfiffig sein und ihre Fachkompetenzen einsetzen. Dazu ist natürlich eine gute Aufklärung und Schulung der Pflegenden erforderlich. Sind Pflegende ausreichend über die Schluckstörung, ihre Symptome und einfache Screening-Tests informiert, ist das für das Problembewusstsein und den Umgang mit diesen Menschen von entscheidender Bedeutung.

Was meinen Sie mit „pfiffig sein"?

Zum Beispiel die richtigen Fragen zu stellen. Wir sollten niemals fragen: „Haben Sie eine Schluckstörung?" Dann sagen nämlich 90 Prozent: „Nein, habe ich nicht." Viel besser ist es zu fragen: „Wie ist es denn mit Husten und Räuspern im Zusammenhang mit Essen und Trinken?" Sie können Patienten und Angehörige auch nach einer unbeabsichtigten Gewichtsabnahme fragen, nach Änderungen des Essverhaltens oder nach gehäuften Atemwegsinfekten. Sie können aber auch selbst beobachten: Hat sich das Essverhalten geändert? Werden bestimmte Lebensmittel – Hartes, Bröseliges, Flüssiges – vermieden, die vorher gegessen wurden? Treten Leitsymptome wie belegte Stimme, Husten, Räuspern bei den Mahlzeiten auf? Und Sie können, wenn Sie es gelernt haben, einen Wasserschlucktest durchführen.

Welcher Test wird in Pflegeheimen eingesetzt?

Das sind häufig Elemente des Daniels-Tests. In dieser Variante des Wasserschlucktests wird dem Patienten Wasser zu trinken gegeben. Zuerst 3 Milliliter, dann 5

10122069-DE-de/V01

mylife™ Clickfine® AutoProtect™ – die Nadel, die nur dann sticht, wenn sie soll.

- Innovativer Verriegelungsmechanismus zum Schutz vor Nadelstichverletzungen
- Unterstützt die Erfüllung der EU Richtlinie 2010/32 §4, Art. 7
- Ist konform zur BioStoffV und zu den Anforderungen der TRBA 250, Artikel 4.2.5, Ziffer 4, Ausgabe 2014
- Mit allen gängigen Injektionspens kompatibel [1], in den Längen 5 mm und 8 mm erhältlich

1 Siehe Liste der kompatiblen Injektionspens auf der mylife™ Clickfine® AutoProtect™ Pen-Nadel-Box.

Kostenlose Service-Hotline: 0800 9776633
Ypsomed GmbH // Höchster Straße 70 // 65835 Liederbach //
info@ypsomed.de // www.mylife-diabetescare.de

YPSOMED
SELFCARE SOLUTIONS

> Schluckgestörte Patienten benötigen mehr Aufmerksamkeit und Zeit – ist diese nicht da, kann das Gefahren mit sich bringen

Milliliter, dann 10 Milliliter. Und erst, wenn das gut geht, 20 Milliliter. Kommt es darunter zu Husten oder Räuspern, wird abgebrochen. Darüber hinaus ist natürlich wichtig, dass alle Beobachtungen, die im Zusammenhang mit einer Dysphagie stehen, gegenüber dem behandelnden Arzt kommuniziert werden. Beispielsweise auch, wenn der Patient nach Anordnung eines neuen Medikaments schläfriger wird und sich häufiger verschluckt.

Was sind allgemeine Maßnahmen, die bei der Pflege von Menschen mit Dysphagie zu beachten sind?

Immer wieder neu reden, fragen, genau beobachten, denn der Verlauf von Schluckstörungen kann sehr dynamisch sein. Bei der Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme auf folgende Punkte achten: Bewohner müssen wach sein, sich in einer aufrechten Position befinden, es sollte kein Schnabelbecher zum Einsatz kommen, es braucht ausreichend Zeit. Pflegende übernehmen zudem auch die Endkontrolle, wenn die Nahrung im Wohnbereich ankommt: Ist das Essen, das bestellt wurde, in der richtigen Qualität und Konsistenz angekommen? Kommt der Patient damit zurecht? Hustet er? Verschluckt er sich? Mag er das Essen oder lehnt er es ab? Das alles ist wichtig – falsche Nahrung kann tödlich sein.

Oft heißt es ja: Bewohner hat Dysphagie, also muss die Flüssigkeit angedickt und die Nahrung passiert werden. Stimmt das so einfach?

Diese Aussage kenne ich. Nein, das ist ganz furchtbar, das muss viel differenzierter erfolgen. Sonst reduziert sich das pflegerische Handeln leicht auf die Herausgabe von „angedicktem Kleister und Kuhfladen“ – so sieht das Essen dann hinterher aus. Nein, nein, davon muss man weg. Wichtig ist eine präzise Diagnostik, und dann kann man gemeinsam im interdisziplinären Team gezielt festlegen: zum Beispiel diese und jene Konsistenz, in dieser und jener Menge, mit dieser und jenen Kopfhaltung. Hier sollte auch der Patient einbezogen und entsprechend aufgeklärt werden, ebenso wie die Angehörigen. Auch das ist eine wichtige Aufgabe der Pflegenden. Ganz entscheidend ist zudem eine gute Mundpflege.

Warum?

Bei schlechter Mundhygiene und Karies haben die Bewohner eine hohe oropharyngeale Bakterienlast, die die Gefahr einer Lungenentzündung dramatisch steigert. Verschlucken sich diese Menschen, ist das Pneumonierisiko viel höher als bei Menschen mit einer geringen Bakterienlast. Deshalb ist die Mundpflege eine entscheidende pflegerische Aufgabe im Zusammenhang mit einer Dysphagie.

Wie kann im Pflegeheim gewährleistet werden, dass Bewohner ihre Medikamente sicher erhalten?

Hier sind bei der Applikation die Herstellerangaben immer sehr genau zu beachten. In unserer Studie haben die Pflegenden gut nachgeschaut und den Umgang mit den Medikamenten überwiegend korrekt gehandhabt. Grundsätzlich gilt: Wenn es laut Beipackzettel zugelassen ist, Tabletten zu zermörsern oder aufzulösen, gilt das nur für Einzelsubstanzen. Es wurde nie untersucht, was passiert, wenn Sie zum Beispiel drei verschiedene Substanzen zusammen zermösern und zu welchen Wechselwirkungen es dabei kommt. Hier ist die Rücksprache mit Arzt und Apotheker extrem wichtig. Für einige wenige Medikamente gibt es bereits die Wirkstoffe in anderer als fester, sondern flüssig-sämiger Konsistenz. Hier gibt es noch für Kostenträger – Gemeinsamer Bundesausschuss, Krankenkassen wegen Kostenübernahme – und Hersteller dringenden Handlungsbedarf.

Sollten Pflegende nach der Medikamentengabe nochmal die Mundhöhle des Bewohners kontrollieren?

Unbedingt. Viele Tabletten werden ungewollt gelutscht oder zerkaut, und viele Reste verbleiben in den Wangentaschen. Deshalb: Mundhöhle und Wangentaschen untersuchen, bei der Medikamentengabe anwesend sein und ausreichend Flüssigkeit zu den Medikamenten reichen. Wichtig ist zudem die aufrechte Körperhaltung, um das Aspirationsrisiko zu vermindern.

Schluckgestörte Menschen brauchen viel Zeit bei der Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme. Ist das derzeit überhaupt leistbar?

Schluckgestörte Patienten benötigen mehr Aufmerksamkeit und Zeit, das muss klar sein. Ist diese Zeit nicht da, kann das Gefahren mit sich bringen. Wenn ich nicht aufmerksam bin, wenn ich nicht geschult bin, wenn ich nicht schaue, ob der Mund leer ist, bevor ich den nächsten Bissen gebe, wenn ich nicht die richtige Konsistenz des Essens überprüfe – geht das alles mit erhöhten Risiken für den Patienten einher. Ein Bewusstsein für das Krankheitsbild und die Vieldeutigkeit der Symptome ist dabei der erste Schritt, um die Teufelskreise zu durchbrechen. Aus internationalen Studien weiß man, dass durch ein höheres Bewusstsein sowie Screenings bei Dysphagie-Patienten die Pneumonierate und Sterblichkeit um 70 bis 80 Prozent gesenkt werden konnten. Dies wurde für den klinischen Bereich erhoben. Warum sollte das nicht auch fürs Pflegeheim gelten?

Ich danke Ihnen für das Gespräch, Dr. Jäger.

Mail: brigitte.teigeler@bibliomed.de

Niederrheinischer Pflegekongress 2017

5. Oktober 2017 in Neuss

Für Frühbucher
nur 24 Euro*
bis 15.08.2017
* inkl. MwSt.

Am 5. Oktober 2017 in der Stadthalle Neuss

Die Welt der Pflege zu Gast in Neuss

Demenz im Krankenhaus

Prof. Michael Isfort
Vorstandsmitglied Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung e.V.

Das Günter-Prinzip – so motivieren Sie Ihren inneren Schweinehund

Henriette Frädrich
Autorin

Pflegekammern auf Landes- und Bundesebene? – Erfahrungen aus RLP

Dr. Markus Mai
Präsident Landespflegekammer Rheinland-Pfalz

Aufgaben und Chancen für die Pflegeberatung durch das PSG II

Marcello Ciarrettino
Wissenschaftlicher Leiter WDS GmbH

Expertenstandard Dekubitus-prophylaxe 2017 – ein Lichtblick für Praktiker?

Judith Ebel
Dipl. Pflegepädagogin

Das Ansehen der Wundversorgung in Öffentlichkeit und Politik

Werner Sellmer
Fachapotheker für klinische Pharmazie

Fotos: Bina Terre, Anna Kaduk

In Kooperation mit
DIE SCHWESTER DER PFLEGER
BoSoS

Anmeldung auf
www.niederrheinischer-pflegekongress.de