

KATHOLISCHE HOCHSCHULE NORDRHEIN-WESTFALEN  
ABTEILUNG KÖLN  
FACHBEREICH GESUNDHEITSWESEN  
MASTERSTUDIENGANG PFLEMANAGEMENT

**Die Entwicklung eines  
praxisorientierten und transferfähigen  
Dysphagie-Assessments  
als Beitrag zur Bewohnersicherheit.**

Eine nichtteilnehmende Beobachtung von Bewohnern einer  
Altenhilfeeinrichtung bei der Einnahme von Mahlzeiten.

---

Masterarbeit zur Erlangung des Grades „Master of Arts“

Verfasst von:

Judith Hammerschmidt

Erstprüfer: Prof. Dr. med. Andreas Becker

Zweitprüfer: Prof. Dr. med. Marcus Siebolds

26.07.2013

## Inhaltsverzeichnis

I Zusammenfassung .....	4
II. Einleitung.....	6
2.1 Relevanz des Themas.....	9
2.2 Patientensicherheit.....	11
2.3 Sicherheitskultur in der Altenpflege .....	15
2.4 Die Entwicklung der Altenpflege in Deutschland.....	18
2.5 Die Finanzierung der stationären Altenpflege nach SGB XI.....	19
2.6 Der physiologische Schluckakt.....	21
2.7 Dysphagie .....	23
2.8 Auswirkungen der Dysphagie.....	24
2.9 Anamnese der Dysphagie .....	25
2.10 Presbyphagie .....	26
2.11 Aspiration .....	27
2.12 Pneumonie .....	29
2.13 Schluckgeräusche .....	31
2.14 Schlucktests .....	33
2.14.1 Das "Gugging-Swallowing-Screen (GUSS)" .....	34
2.15 Beobachtung von Schluckstörungen im Setting der Altenpflege .....	41
2.16 Pflegemaßnahmen bei Dysphagie.....	45
2.17 Praktische Relevanz versus Rechtliche Aspekte der Verordnung von Andickungsmitteln nach § 31, SGB V.....	48
III. Methodik.....	52
3.1 Ziel der Beobachtung und Ableitung der Forschungsfrage .....	52
3.2 Forschungsannahmen.....	52
3.3 Das Beobachtungsverfahren .....	53
3.3.1 Gütekriterien der nichtteilnehmenden Beobachtung.....	54

3.3.2 Vor- und Nachteile der nichtteilnehmenden Beobachtung.....	55
3.3.3 Kriterien der nichtteilnehmenden Beobachtung.....	56
3.3.4 Ein- und Ausschlusskriterien der nichtteilnehmenden Beobachtung ..	57
3.3.5 Ethische Aspekte der nichtteilnehmenden Beobachtung.....	58
3.3.6 Planung der nichtteilnehmenden Beobachtung .....	59
3.4 Setting/Forschungsfeld.....	61
3.4.1 Das Qualitätsmanagement der Einrichtung .....	62
3.4.2 Sichtung der elektronischen Bewohnerdokumentation .....	65
3.4.3 Rekrutierung der Probanden.....	65
3.4.4 Erklärung der Einverständnis und Gewährung des Datenschutzes ....	66
3.4.5 Scheiterszenario .....	67
3.4.6 Einverständniserklärung und Stichprobengröße.....	67
3.4.7 Stichprobe .....	68
3.5 Erläuterungen zur Durchführung der Datenerhebung .....	70
Dokumentationsanalyse.....	73
3.6 Durchführung der nichtteilnehmenden Beobachtungen und Analyse der beitragenden Faktoren .....	75
IV. Ergebnisse .....	148
4.1 Quantitative Analyse der Dysphagien.....	148
4.2 Zusammenfassung der Qualitativen Analysen der Bewohnerdokumentation .....	150
4.3 Beantwortung der Vorannahmen.....	153
V. Diskussion.....	155
5.1 Diskussion der Forschungsergebnisse .....	155
5.2 Gültigkeit der Untersuchungsergebnisse .....	160
5.3 Einbettung der Beobachtungen in den Kontext anderer Forschungsarbeiten .....	163
5.4 Stärken der Arbeit .....	163
5.5 Limitationen der Arbeit .....	164
VI. Empfehlungen .....	165

6.1 Managerielle Ableitungen aus den Analysen .....	166
6.2 Assessment.....	168
6.3 Die Fortbildung der Mitarbeiter .....	170
VII. Fazit .....	173
VIII. Literaturverzeichnis .....	174
IX. Erklärung.....	178
X. Dank.....	179

## **Anhang**

<b>Anhang 1:</b> Genehmigung der Abbildung des „GUSS- Screenings“.....	1
<b>Anhang 2:</b> Informationsschreiben und Einverständniserklärung an die Bewohner und Betreuer.....	2
<b>Anhang 3:</b> Protokolle der nichtteilnehmenden Beobachtung .....	5

## I Zusammenfassung

Forschungsinteresse: Die vorliegende Qualifikationsarbeit setzt sich mit dem Thema „Dysphagien bei Bewohnern in Altenhilfeeinrichtungen“ auseinander. Sie geht unter dem Blickfeld der Patientensicherheit der Frage nach, ob Pflegende bei Bewohnern Schluckstörungen erkennen können und sich damit Aspirationspneumonien verhindern lassen. Die Häufigkeit und Ausprägung von Schluckstörungen bei hochbetagten, multimorbiden und kognitiv eingeschränkten Bewohnern stationärer Altenhilfeeinrichtungen ist aufgrund der erschwerten Möglichkeiten der Diagnostik bisher in Deutschland nicht ausreichend erforscht.

Das Ziel dieser Arbeit war es, ein Assessmentinstrument zu entwickeln, mit dessen Hilfe Pflegende einer Altenhilfeeinrichtung Schluckstörungen bei Bewohnern sicher erkennen und nützliche Pflegemaßnahmen daraus ableiten können.

Methode: Als qualitative Methode wurde die nichtteilnehmende Beobachtung gewählt. Dreißig Bewohner wurden an 15 Tagen bei der Einnahme ihrer Mahlzeiten nichtteilnehmend beobachtet. Ausserdem wurde eine Dokumentationsanalyse der Bewohnerakten zum Bereich „Essen und Trinken“ über drei Monate retrospektiv durchgeführt. Die hinterlegte Kommunikation mit den behandelnden Ärzten wurde auf Hinweise zu Schluckstörungen und Pneumonien untersucht.

Die vorliegende Arbeit zeigt, dass im Setting der stationären Altenpflege, die Methode der nichtteilnehmenden Beobachtung kombiniert mit der Dokumentationsanalyse sehr geeignet ist, um die Bewohner bei der Mahlzeiten zu beobachten. Sie zeigt auch, dass ein Assessment oder ein Screening Verfahren als Methode ungeeignet für diesen Bereich der Altenhilfe ist.

Ergebnisse: Durch die Dokumentationsanalyse konnte nachvollzogen werden, dass bei sechs Prozent der teilnehmenden Bewohner ein Arzt die

Diagnose „Dysphagie“ gestellt hatte. In 15 Prozent der Pflegedokumentationen konnten Hinweise darauf gefunden werden, dass die Pflegenden eine Schluckstörung erkannt hatten. Durch die nichtteilnehmenden Beobachtungen konnten in 50 Prozent der Fälle Hinweise auf Schluckstörungen erfasst werden.

Empfehlungen für die Praxis: Wenn Mitarbeiter sowohl in der Physiologie und Pathologie des Schluckvorgangs, als auch in der Beobachtungsmethode geschult werden, kann die nichtteilnehmende Beobachtung der Bewohner bei der Einnahme der Mahlzeiten eine sehr gute Methode sein, um Anzeichen von Schluckstörungen zu erkennen.

## II. Einleitung<sup>1</sup>

*„Anmerkung: Jede Organisation legt die oberste Leitung fest, die für das Qualitätsmanagement verantwortlich ist. Der Erfolg der Qualitätsmanagementsystems wird in hohem Maß von der persönlichen Selbstverpflichtung der obersten Leitung bestimmt, die für das Qualitätsmanagementsystem, einschließlich Management der klinischen Risiken und Patientensicherheit und deren Umsetzung verantwortlich ist (E DIN EN 15224:-01, 2013, S.22, Kapitel 5).“*

Seit September 2009 studiere ich an der Katholischen Hochschule in Köln berufsbegleitend den gesundheitswissenschaftlichen Studiengang „Pfle-gewissenschaften“ mit dem Schwerpunkt „Pfle-gemanagement“. Mein Ziel ist es, diesen mit dem Studienabschluss „Master of Arts“ im August 2013 abzuschließen.

Im Rahmen meiner Bachelorthesis befasste ich mich mit 30 systemischen Fallanalysen von Sturzereignissen, Dekubitus und Aspirationen in einer Altenhilfeeinrichtung. Während der Auswertung fiel auf, dass der Aspirati-onsprävention in der Einrichtung nicht so viel Aufmerksamkeit geschenkt wurde wie den beiden anderen Risiken. Dies lag zum Teil daran, dass die Aspirationen unbemerkt von der Pflege stattfanden und so nur noch auf die Anzeichen einer Lungenentzündung reagieren werden konnte. Dies hat mich damals sehr betroffen gemacht, da die Auswirkungen für die Be-wohner oft lebensbedrohlich sind.

Wenn Pflegende das Essen und Trinken der Bewohner begleiten, bedeu-tet der Vorgang des Verschluckens bei einem Bewohner für sie einen Moment besonderer Aufmerksamkeit. Wenn sie sich mit Schluckstörungen auskennen, wird dem Bewohner fachliche, kompetente Hilfe zuteil. Pfl-e-gende sind in einer Altenhilfeeinrichtung oft die ersten, die eine beginnen-

---

<sup>1</sup> In dieser Arbeit wird aus Gründen der leichtern Lesbarkeit ausschließlich die männliche Form verwendet. Selbstverständlich wird gleichermaßen die weibliche Form impliziert.

de Schluckstörung beim Bewohner wahrnehmen. Jedoch ist es nicht Teil der Ausbildung, spezielle Hilfsmittel oder Techniken zur Erkennung von Schluckstörungen anzuwenden.

Für den Bewohner ist das Verschlucken wahrscheinlich mit einem plötzlichen Angstgefühl, Luftnot und Schmerzen verbunden. Die Angst vor dem Verschlucken wird beim Bewohner wahrscheinlich mit dem Fortschreiten der Dysphagie zunehmen, da eine selbstständige, adäquate Reaktion für ihn immer schwieriger wird. Irgendwann wird es dem Bewohner unmöglich werden, Nahrung oral zu sich zu nehmen. Wenn Pflegende in einer solchen Situation wissen, wie sie dem Bewohner in der akuten Situation und präventiv helfen können, bleibt diesem viel Leid erspart.

Bei Menschen mit einer teilweisen Parese oder einer Dysfunktion der Mund- und Schluckmuskulatur kann es dazu kommen, dass das Essen im Hals steckt, aber durch die Parese kein oder nur ein schwacher Hustenreiz ausgelöst wird. Diese „Stille-“ oder „Stumme Aspiration“ kann vom Bewohner weitgehend unbemerkt stattfinden. Bei jedem Verschlucken von Nahrung oder Flüssigkeit besteht die Gefahr, dass sich daraus eine Aspirationspneumonie entwickelt, die stationär behandelt werden muss. Die Situation ist für die Bewohner mit zusätzlichem Leid und einem ihn verunsichernden Umgebungswechsel verbunden. Eine Pneumonie bedeutet, insbesondere für immungeschwächte Menschen, einen lebensbedrohlichen Zustand, der, je nach Schwere der Erkrankung, tödlich enden kann.

Aufgrund meines beruflichen Werdegangs interessiere ich mich für die Frage nach dem Umgang mit Fehlern aus managerieller und wissenschaftlicher Sicht. Wenn Fehler bei der Pflege von alten und hilfsbedürftigen Menschen unvermeidlich sind, dann ist es eine Aufgabe des Managements, die Organisation so zu führen, dass Mitarbeiter die Möglichkeit haben, aus unerwünschten Ereignissen zu lernen und Kompetenzen zu entwickeln, diese zukünftig auf ein Minimum zu reduzieren. Von Seiten der Wissenschaft benötigen sie dazu die Versorgung mit evidenten Daten und Handlungsempfehlungen.



Diese Qualifikationsarbeit zum „Master of Arts“ befasst sich mit der Erkennung von Schluckstörungen bei älteren Menschen in Altenhilfeeinrichtungen, während ihrer Mahlzeiten. Bisher wurde das Thema vorwiegend im Kontext von neurologischen Erkrankungen, zum Beispiel Apoplex in akut versorgenden Krankenhausbereichen, oder in Rehabilitationskliniken untersucht. Dabei wurden zumeist Menschen mit einem Durchschnittsalter von unter 75 Jahren untersucht. Eine Untersuchung von Hochaltrigen im Setting der Altenpflege gibt es meines Wissens in Deutschland nicht.

Das Ziel ist es, ein Assessmentinstrument zu entwickeln, mit dessen Hilfe Pflegende einer Altenhilfeeinrichtung Schluckstörungen bei Bewohnern sicher erkennen und nützliche Maßnahmen daraus ableiten können. Dazu möchte ich die Bewohner einer Altenhilfeeinrichtung bei der Einnahme der Mahlzeiten nichtteilnehmend beobachten.

## 2.1 Relevanz des Themas

Zur Häufigkeit von Schluckstörungen von Menschen in deutschen Altenhilfeeinrichtungen liegen keine genauen Daten vor. (Prosiegel, 2002, S. 364) Der Datenmangel kann damit zusammenhängen, dass die Schluckstörungen bei alten, multimorbiden Menschen nicht so einfach zu diagnostizieren sind. Eine amerikanische Studie beschreibt, dass 55% der mangelernährten Bewohner eine Schluckstörung hatten. Dysphagien können aber wenn sie nicht entdeckt werden zu lebensgefährlichen Lungenentzündungen führen.

Die Gefahr, sich zu verschlucken, ist zu Beginn und zum Ende des Lebens eines gesunden Menschen am höchsten. Dies hängt mit dem hochkomplexen Zusammenspiel der Nerven und der Schluckmuskulatur zusammen, die der Vorgang erfordert. Ist dieser Ablauf aufgrund einer Erkrankung oder aufgrund hohen Alters gestört, steigt die Wahrscheinlichkeit an, sich zu verschlucken. Wenn Teile der Nahrung in die Bronchien oder die Lunge eindringen, reagiert der Körper auf die Fremdstoffe und die körperfremden Keime mit einer Abwehrreaktion in Form einer Entzündung des Lungengewebes. Für alte, multimorbide Menschen kann dies gefährliche gesundheitliche Folgen haben, bis hin zum Tod.

In einem „Chester“-Artikel über Aspirationspneumonien bei älteren Menschen wird der kanadische Arzt William Osler zitiert, der 1918 die Auswirkungen von Lungenentzündungen folgendermaßen beschrieb:

„Pneumonia – Captain of the Men of Death.“ (Marik, 2003, S.328)

Heute wird diese Zeitspanne die „Pre-Antibiotika-Ära“ genannt. Es folgte im 20. Jahrhundert eine Ära des raschen industriellen und medizinischen Fortschritts; die Behandlung von Infektionen mit industriell hergestellten Antibiotika wurde in den entwickelten Ländern eine Selbstverständlichkeit.

Die medizinische, soziale und pflegerische Versorgung als auch die Lebensbedingungen alter Menschen sind wohl nicht mit den Lebensbedingungen vor zwei Jahrhunderten vergleichbar, jedoch ist die Aussage Os-

lers auch bei der heutigen Versorgung hochaltriger Menschen in Pflegeeinrichtungen nach wie vor hoch relevant.

„Die Zahl neuer Erkrankungsfälle in der Gesamtbevölkerung wird in Deutschland bislang auf 1 bis 11 pro 1.000 Einwohner, bei Altenheimbewohnern auf 68 bis 114 pro 1.000 Personen pro Jahr geschätzt. Es wird vermutet, dass mehr als 30 Prozent der Patienten im Verlauf des Krankheitsgeschehens in eine Klinik ein-, zehn Prozent sogar auf die Intensivstation überwiesen werden und die ambulant erworbene Pneumonie damit häufiger zur stationären Aufnahme als der Herz- (132.000 Aufnahmen) oder Hirninfarkt (162.000 Aufnahmen) führt. Die durch die Erkrankung entstehenden Kosten werden in Deutschland auf mehr als 500 Millionen Euro pro Jahr geschätzt (CAPNETZ, 2008, S.132).

Im April 2013 sprach anlässlich der Jahrestagung des Aktionsbündnisses für Patientensicherheit die Leiterin des Hygieneinstituts der Charité und Mitglied der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO), Frau Prof. Gastmeier, von der „Post-Antibiotika-Ära.“ Sie berichtete, dass sie und Ihre Kollegen weltweit eine ernstzunehmende Entwicklung der Carbapenem resistenten Enterobacter beobachten.

Im „Epidemiologischen Bulletin“<sup>2</sup> des Robert-Koch-Institutes berichten Forscher, dass im Juni und Oktober 2009 in einem süddeutschen Krankenhaus in vier Fällen eine neue Art von multiresistenten Bakterien isoliert wurde. „Die zunehmende Häufigkeit von Carbapenem-Resistenzen bei Klebsiella pneumoniae oder anderen Enterobacteriaceae stellt eine besorgniserregende Entwicklung dar, da therapeutische Möglichkeiten bei solchen Isolaten sehr stark limitiert sind und überdies in den nächsten Jahren nicht mit der Zulassung neuer innovativer Antibiotika gegen gramnegative Bakterien zu rechnen ist“ (RKI, 2010, S. 119). Diese Bakterien reagieren in den USA, laut der Broschüre „Guidance for Control of Carba-

---

<sup>2</sup>[http://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2013/Ausgaben/19\\_13.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](http://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2013/Ausgaben/19_13.pdf?__blob=publicationFile) (Zugriff: 05.05.2013)

penem-resistent Enterobacteriaceae“ des Nationalen Zentrums für Infektions-erkrankungen und Zoonosen (CDC, 2012, S.3), in bis zu fünfzig Prozent der Fälle nicht mehr auf eine medikamentöse Therapie. Die Warnung des CDC lautet: „The emergence and dissemination of carbapenem resistance among Enterobacteriaceae in the United States represents a serious threat to public health. These organisms are associated with high mortality rates and have the potential to spread widely. CRE have been associated with high mortality rates (up to 40 to 50% in some studies).“

Die multimorbiden und gleichzeitig abwehrgeschwächten Menschen in Altenhilfeeinrichtungen sind also bei Aspirationsereignissen mehrfach gefährdet:

1. Durch den möglichen Verschluss der Atemwege durch das Aspirationsgut.
2. Durch die dadurch ausgelöste Entzündung der Lunge.
3. Durch die Besiedlung der Lunge mit multiresistenten Bakterien, die sich gegenwärtig nicht zuverlässig antibiotisch behandeln lassen und dann zum Tode führen können.

Alte Menschen sind folglich auf das fachliche Können und das beste Wissen der sie umsorgenden Menschen angewiesen. Dies bedeutet, dass das Augenmerk der Pflegenden heute umso mehr auf die Prävention von vermeidbaren Infektionen bei alten Menschen zu legen ist. Dazu trägt ein Assessmentbogen zur Erkennung von Schluckstörungen bei alten Menschen bei.

## **2.2 Patientensicherheit**

Vor nicht einmal zehn Jahren begannen Mediziner in Europa, sich mit dem Thema Patientensicherheit zu befassen. Der Brite Charles Vincent brachte das Buch „Patient Safety“ heraus, welches sich mit Fehlern in der medizinischen und pflegerischen Versorgung beschäftigte. Klinische Behandlungsfehler wurden und werden – teilweise bis heute – bestritten. Gründe dafür gibt es sicherlich viele, z.B. die Angst vor der rechtlichen und finan-

ziellen Haftung sowie die Angst vor Gesichtsverlust unter den Kollegen. Wenn es zu einem Gerichtsstreit kommt, ist dieser in der Regel sehr langwierig und die Angst vor den Prozesskosten hält viele Patienten davon ab, ihre Rechte einzuklagen.

Vincent ermutigt in seinem Buch, mit (Beinahe-) Fehlern konstruktiv umzugehen, um daraus in der Gesundheitsorganisation Lehren zu ziehen, Veränderungen einzuleiten und dadurch zukünftige Fehler zu vermeiden. Er beschreibt den Aufbau einer Sicherheitskultur im Krankenhaus. Das Thema erfährt seitdem international und national ein großes Interesse.

Charles Vincent definiert Patientensicherheit als: „The avoidance, prevention and amelioration of adverse outcomes or injuries stemming from the process of healthcare“ (Vincent, 2006, S.31).

Das „Aktionsbündnis Patientensicherheit“ hat sich 2005 in Deutschland gegründet. Auf dessen Homepage ist folgende Definition hinterlegt: „Patientensicherheit bedeutet, Risiken und Fehlerquellen in der Versorgung von Patienten frühzeitig zu identifizieren, analysieren und korrigieren. Dazu bedarf es gezielter Maßnahmen und Präventions- beziehungsweise Kompensationsstrategien, die in eine umfassende Sicherheitskultur einzubinden und systematisch umzusetzen sind.“ (<http://www.aps-ev.de/patientensicherheit/> Zugriff:29.05.2013)

Beide Definitionen sind auch für die Altenpflege verwendbar. Sie beinhalten das prozesshafte und systemische Vorgehen bei der Integration von Abläufen, welche die Patientensicherheit erhöhen sollen. Die Definition des „Aktionsbündnis Patientensicherheit (APS)“ betont die Implementierung einer umfassenden Sicherheitskultur, die notwendig ist, um eine Organisation in eine lernende Organisation zu entwickeln.

Die vollkommene Abwesenheit unerwünschter Ereignisse ist, aus systemtheoretischer Sicht, nicht möglich. Die einzelnen Elemente eines Systems, zum Beispiel Bewohner und Mitarbeiter in einer Altenhilfeeinrichtung, sind durch gegenseitige Beziehungen und Wechselwirkungen miteinander verbunden. Ein Element steht nie für sich allein, sondern ist immer in einer

komplexen Wechselbeziehung und Kombination zu anderen Elementen des Systems zu sehen. Diese Wechselwirkungen können – auch bei höchster Präzision und Aufmerksamkeit – nicht vollkommen kontrolliert und vorhergesehen werden. Es bleibt immer ein Restrisiko.

Das Ziel von Patientensicherheit ist es, dieses Restrisiko durch die Implementierung sicherheitsfördernder Bedingungen und Maßnahmen in einer Organisation so gering wie möglich zu halten und damit die sichere Behandlung und Versorgung von Patienten zu erhöhen.

1999 veröffentlichte das amerikanische Institute of Medicine (IOS) „To Err is Human: Building a Safer Health System“. Keine der mehr als 300 Publikationen, die das IOS seitdem veröffentlicht hat, war auch nur annähernd so einflussreich. Der Grund war, dass die Autoren anhand der Daten einer ein Jahrzehnt zuvor veröffentlichten Studie, der Harvard Medical Practice Study, hochrechneten, dass jährlich 44.000 – 98.000 Amerikaner aufgrund medizinischer Fehler versterben. Und was noch schockierender war, sie übertrugen ihre Ergebnisse in die noch heute berühmten „Jumbojet-Einheiten“. „Die Zahl der Todesfälle war so groß, als ob in den USA jeden Tag ein Jumbojet abstürzen würde“ (Wachter, 2010, S.1).

1999 veröffentlichte James Reason sein erstes Werk „Human Error“, in dem er durch Menschen verursachte Zwischenfälle in der Industrie sowie der Luft- und Raumfahrt untersuchte. In seinem zweiten Buch „Managing the Risks of Organizational Accidents“ beschäftigt sich Reason mit der Frage, wie managerielle Ableitungen aus den Fehlern für Unternehmen gezogen werden können. Diese Überlegungen führte er 2008 in seinem dritten Werk „The Human Contribution“ weiter aus.

Diese Bücher hatten eine große Auswirkung auf die Sicherheitsbestimmungen in der Industrie sowie der Luft- und Raumfahrt. Reason entwickelte das „Swiss-Cheese-Model of System Accidents“. In dem Modell werden die bekannten oder unbekanntes Sicherheitslücken symbolisch durch die Löcher im Käse dargestellt. Durch sie können beitragende Faktoren, die einen Fehler begünstigen, hindurchschlüpfen. Dies kann offensichtlich oder unbemerkt geschehen. Auch können sie sich im Laufe der Zeit durch

langsame Veränderungen von Material, Strukturen, durch Abweichungen von Regeln sich entwickeln oder sich gegenseitig bedingen. Die beitragenden Faktoren können sich in Form einer Kettenreaktion von mehreren Fehlentscheidungen bis zum unerwünschten Ereignis fortsetzen. Wenn sie laut Reason „am scharfen Ende des Systems“ stattfinden betreffen sie den Patienten oder geschehen in seiner unmittelbaren Umgebung.

Reason beschreibt in seinem Buch „Human Error“, dass Fehler in Arbeitsprozessen reduziert werden können, aber unvermeidlich sind und jedem Menschen passieren können. Umgekehrt beschreibt er, haben Menschen die Gabe, komplexe Situationen schnell zu erfassen und durch ihr Wissen und kompetentes Handeln entstehenden Schaden zu vermeiden. Diesen menschlichen Schutz rät er durch die Festlegung von Prozessen, die Weitergabe von bewährten Routinen, Erfahrungsaustausch und Trainings auszubauen. Er regt an, durch simulierte Trainings die Mitarbeiter eine Routine in besonderen Situationen erlernen zu lassen. Diese Ratschläge werden heute in medizinischen Notfall-Simulationstrainings zum Beispiel mit Medizinstudenten, Geburtshelfern und Notfallteams umgesetzt.

Die Anwendung von Checklisten ist in der Luftfahrt alltäglich. Sie hilft in Arbeitsroutinen keine Arbeitsschritte zu vergessen und damit die Sicherheit zu erhöhen. Checklisten werden mittlerweile in vielen Gebieten der Medizin verwendet. Eine ist das sogenannte „Team-Time-Out“, was zu Beginn einer Operation dabei helfen soll, alle Faktoren, welche die Sicherheit des Patienten erhöhen, checklistenartig abzuklären. Reason rät, durch „Vereinfachung, Standardisierung, wiederholte Nachkontrollen, Verbesserungen im Teamwork und Kommunikation sowie Lernen aus Fehlern“ die einzelnen Arbeitsschritte auf Fehler hin zu überprüfen und so ein System möglichst sicher zu gestalten (Reason, 1990, S.236). Der systemische Ansatz seines Modells impliziert, dass es nur wenige Auswirkungen hat, einzelne Mitarbeiter zu schulen, um konstant perfekte Arbeit im System erbringen, sondern in einem Verbesserungsprozess die gesamten Sicherheitsbarrieren des Systems auf ihre Funktion hin zu prüfen und ständig weiterzuentwickeln.

### 2.3 Sicherheitskultur in der Altenpflege

Das Aktionsbündnis Patientensicherheit weist in der Broschüre „Aus Fehlern lernen“ (APS, 2008, S. 3) darauf hin, dass Mitarbeiter im Gesundheitswesen nur dann einen konstruktiven Umgang mit Fehlern üben können, wenn sie ausdrücklich vom Management dazu ermutigt werden, aus Fehlern organisational zu lernen. Dies setzt eine Unternehmenskultur voraus, die durch Angstfreiheit, Vertrauen und Offenheit geprägt ist. Patienten können dies als gelebte Sicherheitskultur, als Teil ihrer Pflege und Behandlung erleben. „Sicherheitskultur ist Bedingung für ein erfolgreiches Fehlermanagement. Die offene Auseinandersetzung mit Fehlern liefert das nötige Wissen für ihre Handhabung. Fehlermanagement umfasst im Einzelnen das frühzeitige Erkennen von Fehlern sowie die Einleitung von Maßnahmen, sie zu verhindern oder ihre schädlichen Folgen abzuwenden.“ (<http://www.aps-ev.de/patientensicherheit/aus-fehlern-lernen>, Zugriff: 02.05 2013).

Die Stetigkeit und die Prozesshaftigkeit des organisationalen Ausbildens einer Sicherheitskultur beschreibt Becker als „Das Muster gemeinsamer Grundannahmen, die von einer Gruppe gelernt wurden, als sie Probleme der Anpassung an äußere Einflüsse bzw. Anforderungen und der inneren Integration lösten, und die gut funktioniert und sich bewährt haben, sodass sie als wertvoll und als bindend betrachtet werden und daher an neue Mitglieder weitergegeben werden; als die richtige Art und Weise, diese Probleme wahrzunehmen, zu denken und zu fühlen, also als rational und emotional korrekter Ansatz für den Umgang mit diesen Problemen“ (Becker, Vorlesung, 2010).

In dieser Beschreibung wird deutlich, dass diese strategische Unternehmensentscheidung der Entwicklung einer Sicherheitskultur eine nicht mehr umkehrbare, nicht in allen Teilen vorhersehbare, komplexe Veränderung des Systems freisetzt, um eine neue Tradition der dauerhaften Weiterentwicklung zu erzeugen. Dies muss von den Entscheidungsträgern gewollt



sein und erfordert die Gabe der Begeisterungsfähigkeit und die Kraft der Überzeugung, um das System in Schwingung zu halten.

Ein Merkmal von Gesundheitseinrichtungen ist, dass die Arbeitsprozesse sehr komplex sind. In dem Buch „Human Factors“ beschreibt Manser (2011, S. 299 ff.) Möglichkeiten der Organisation im täglichen Umgang mit Komplexität. Eine Möglichkeit wird von ihr in der Minimierung von Unsicherheit durch Standardisierung der Handlungen gesehen. Dies hat bei den Beteiligten reduzierte Handlungsspielräume und Entscheidungskompetenz und eine Verlagerung der Entscheidungen und Steuerungen ins Management zur Folge. In einem solchen System werden Störungen der Regel als negativ empfunden. Es besteht die Gefahr, dass ein solches System erstarrt oder dauerhafte, langsam fortschreitende Abweichungen der Regeln zeigt. Es bilden sich sog. „Trampelpfade“. (Becker, Vorlesung, 2010)

Die andere Möglichkeit ist, der Unsicherheit mit Flexibilität zu begegnen und an ihr zu lernen. Die organisationale Entscheidung, bekannte Regeln flexibel anzuwenden, führt zu einer Erhöhung der Handlungsspielräume. Durch Lernen in abweichenden Situationen vollzieht sich ein kompetenter Umgang mit Unsicherheit. In dieser Beschreibung kommt die Haltung zum Vorschein, Sicherheit zu erzeugen indem den einzelnen Mitarbeitern sowohl regelgeleitetes Verhalten zugetraut wird, als auch von diesen abzuweichen, wenn diese Abweichung begründet ist.

Die gelingende Steuerung des Pflegeprozesses ist gleichbedeutend mit dem oben beschriebenen Prozess. Es gibt ein Pflegeproblem des Bewohners. Dieses wird erkannt und es werden mit dem Bewohner Maßnahmen geplant, die helfen sollen, das Problem zu lösen, zu erleichtern oder eine Verschlimmerung zu vermeiden. Dazu werden geeignete Pflegestandards angewendet. Von diesen darf begründet abgewichen werden. Der Erfolg wird kontrolliert und der Plan evaluiert.

Dieser wird einerseits durch eine Standardisierung, andererseits aber auch durch Flexibilität und Lernen erreicht. Die Basis bildet standardisiertes Handeln. Die Flexibilität ist dann möglich, wenn standardisiertes Han-

deln von den Akteuren innerhalb der Handlungsspielräume erweitert und kombiniert werden kann. Mitarbeiter können Abweichungen so als Lerngelegenheiten begreifen.

Der kompetente Umgang mit Unsicherheit im komplexen System lässt sich auf die Altenpflege übertragen, insbesondere bei der Pflege demenzerkrankter Menschen. Ihre logischen Möglichkeiten während des Krankheitsprozesses schwinden und ihr Befinden ist häufig schwankend. Es sollen die Pflegemaßnahmen und der menschliche Umgang an die Bedürfnisse der Menschen angepasst werden. Spielerisch kompetent in der Situation damit umzugehen, Handlungsalternativen zu beherrschen, diese gezielt einzusetzen zum Wohle der Bewohner, das ist die Kunst der Pflege. Dazu ist es notwendig, dass dieses Können von außen neue Impulse erhält und Mitarbeiter die Möglichkeit erhalten, mit- und aneinander zu lernen, dann kann eine Pflegeeinrichtung als eine lernende Organisation gelten.

---

Die US-amerikanische „Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations“ hat 2013 ein Manual für stationäre Pflegeeinrichtungen herausgegeben. Dieses Dokument soll einer Organisation helfen, eine Sicherheitskultur zu implementieren. Außerdem hat sie, ähnlich der Idee der WHO mit den „High 5s“, für Pflegenden fünf Sicherheitsziele formuliert, um Bewohner zu schützen. Sie geben Ratschläge zur:

- Sicherstellung der korrekten Identifikation von Bewohnern,
- zur korrekten Gabe der Medikation,
- zur Prävention der Bewohner vor Infektionen,
- zur Sturzprävention,
- und zur Vermeidung von Dekubitus.

[http://www.jointcommission.org/assets/1/6/2013\\_LTC\\_NPSG\\_final\\_10-23.pdf](http://www.jointcommission.org/assets/1/6/2013_LTC_NPSG_final_10-23.pdf)

(letzter Zugriff: 15.06.2013).

Das Kuratorium Deutsche Altershilfe vermarktet auf seiner Homepage ein online basiertes Fehlermeldesystem ähnlich dem „Critical Incident Reporting System (CIRS) (<http://www.kda.de/fehlervermeidungssystem.html/> Zugriff:01.06.2013).“ Das Instrument kann von Altenhilfeträgern unternehmensintern zur anonymen Meldung von unerwünschten Ereignissen und beitragenden Faktoren genutzt werden. Die Berichte werden dann in einer Prozessauswertung durch das Qualitätsmanagement intern veröffentlicht, um den Mitarbeitern die Möglichkeit zu geben, aktiv an der Lösung oder Verbesserung der Situation mitzuarbeiten. Diese Berichte und Vorschläge gehen dann in den Qualitätszirkel und dienen der Verbesserung von Ablaufbeschreibungen.

#### **2.4 Die Entwicklung der Altenpflege in Deutschland**

Durch den medizinischen Fortschritt und die stabile gesellschaftliche Entwicklung der Industrienationen nach dem zweiten Weltkrieg leben die Menschen in Europa heute länger, als dies vor zwei Jahrzehnten der Fall war. Laut Angaben des Statistischen Bundesamtes hatten Männer in Deutschland 2012 eine Lebenserwartung von circa 78 Jahren. Frauen hatten zur gleichen Zeit eine Lebenserwartung von circa 83 Jahren. (Destatis, Pflegestatistik 2011, S. 5) Dieser gesellschaftliche Wandel verändert die Aufgaben und die Konzeption des Staates. Zukünftig werden sowohl aus finanziellen Gründen als auch aus individuellen Anliegen Menschen seltener in stationären Altenhilfeeinrichtungen leben. Im Jahr 2011 lebten in Deutschland 786.920 Menschen in Altenheimen (Destatis, Pflegestatistik 2011, S. 4). Die oben beschriebene Entwicklung zeigt an, dass dies zunehmend die hochaltrigen, multimorbiden Menschen sind, die nicht mehr zu Hause pflegerisch und medizinisch versorgt werden können. Die fachlichen und menschlichen Anforderungen an die Pflege werden dadurch immer komplexer.

„Das Image der Altenpflege und die beruflichen Rahmenbedingungen machen es gegenwärtig schwer, junge Menschen für diesen Beruf zu gewinnen.“ So äußerte sich Bundeskanzlerin Angela Merkel in einem Interview mit der Boulevardzeitung BILD am 17.03.2013 „Es gibt so viele Menschen, die härtere Belastungen als ich tragen, wenn ich nur sehe, was Pflegerin-

nen und Pfleger in Altenheimen oder Krankenhäusern leisten, die oft über Jahrzehnte mit Menschen in Notsituationen arbeiten.“

(<http://www.bild.de/politik/inland/altenpfleger/haben-einen-haerteren-job-als-ich-29532004.bild.html> Zugriff am: 17.03.2013)

Diese Äußerung kann als politisches Kalkül in einem Wahljahr gewertet werden, jedoch wird diese Zeitung von einer breiten Bevölkerungsschicht gelesen. Die Aussage wertet die pflegenden Berufe nicht auf, sondern wirkt eher abschreckend.

In eine andere Richtung gehen die Pressemitteilungen des Bundesgesundheitsministers Daniel Bahr. Die Aussage: „Wir wollten mehr Menschen für den Pflegeberuf gewinnen.“ leitet zu dem Artikel, in dem es heißt: „Im Rahmen des Projekts sollen wegweisende Modelle und Strategien zur Stärkung des Berufsfeldes Altenpflege systematisch erfasst und analysiert werden. Darauf basierend sind Vorschläge zu entwickeln, wie dem Mangel an und dem zunehmenden Bedarf von qualifiziertem Personal in der Pflege begegnet werden kann. Ziel ist u.a. die Erarbeitung von Best-Practice-Ansätzen zur Rekrutierung, Qualifizierung und Förderung des Berufsverbleibs von Pflegekräften.“

(<http://www.bmg.bund.de/ministerium/presse/pressemitteilungen/2012-04/mehr-menschen-fuer-den-pflegeberuf.html> Zugriff am: 11.05.2013)

## **2.5 Die Finanzierung der stationären Altenpflege nach SGB XI**

Die Finanzierung der Unterbringung in einer Einrichtung der stationären Altenhilfe ist durch §§14-19 SGB XI geregelt.

([http://www.gesetze-im-internet.de/sgeb\\_11/](http://www.gesetze-im-internet.de/sgeb_11/) Zugriff am 11.5.2013)

Voraussetzung für den Einzug ist die Bewilligung mindestens einer Pflegestufe I durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK). Sie setzt sich zusammen aus dem pro 24 Stunden ermittelten Pflegeminutenbedarf in den Bereichen:

- Körperpflege
- Ausscheidung
- Essen und Trinken
- Mobilität

- fachpflegerische Versorgung.

Lebensbereiche außerhalb dieser Punkte finden keine finanzielle Berücksichtigung. In der stationären Pflege werden die Hotelleistungen pauschal berechnet. Seit 2008 kann eine Pauschale für die Alltagsbetreuung nach dem § 87b SGB XI bei der Pflegekasse beantragt werden. Niederschwellig ausgebildete „Alltagsbegleiter“ betreuen Menschen, die ihre Alltags- und Beschäftigungsfertigkeiten verloren haben. Die Zahlungen der Pflegeversicherung decken nur einen Teil der Kosten der Heimunterbringung ab, der Restbetrag muss privat oder durch bewilligte öffentliche Gelder finanziert werden. Die Berechnung der Heimkosten findet anhand der Pflegesätze statt, die jährlich vom Träger der Einrichtung mit den Vertretern der Spitzenverbände der Pflegekassen verhandelt werden. Der Pflegestellenschlüssel ist an die Summe der Minutenwerte der Pflegestufen geknüpft, so soll „eine ausreichende Pflege“ gewährleistet werden. Diesem Prinzip der Versorgungsqualität wird mit einer Mindestquote an Fachkräften von fünfzig Prozent Rechnung getragen.

Die Verpflichtung der Einrichtungen zu Qualitätssichernden Maßnahmen ergibt sich ebenso aus dem SGB XI §§112-114. Diese Qualitätssichernden Maßnahmen werden jährlich in unangemeldeten Qualitätsprüfungen der Pflegekassen und der Heimaufsicht überprüft. In der Regelprüfung wird die Strukturqualität in Form von Konzepten und Standards zur Versorgung und Pflege überprüft. Gleichzeitig findet auf den Wohnbereichen eine Begutachtung der pflegefachlich korrekten Pflegedokumentation statt. Mindestens zehn Prozent der Bewohner werden von den Gutachtern persönlich aufgesucht, um den schriftlich niedergelegten Pflegeprozess mit dem tatsächlich bestehenden pflegerischen Zustand der Bewohner zu vergleichen. Die medizinische Versorgung des Versicherten wird ebenso überprüft. Die Ergebnisse finden sich in einem Notenspiegel wieder, den jede Einrichtung erhält. Die Beurteilung wird auch veröffentlicht und sollte in der Einrichtung offen ausgehängt werden. Die unangemeldeten Qualitätsprüfungen wurden bei ihrer Einführung 2008 stark kritisiert. Ob diese überwiegenden Struktur- und Prozessprüfungen die Ergebnisqualität der Pflegeeinrichtungen widerspiegeln können, bleibt fraglich.

## 2.6 Der physiologische Schluckakt

Die Natur hat es so angelegt, dass schon vor der Geburt ein Kind das Saugen und Schlucken von Fruchtwasser unbewusst übt. Nach der Geburt wird das Kind in der Regel zum ersten Mal an die Brust angelegt und der Verdauungsapparat beginnt nachfolgend mit einer kontinuierlichen Anpassung der Anatomie und Physiologie zur Optimierung der Nahrungsaufnahme des Menschen. Wie komplex dieser Schluckvorgang ist, wird erst bewusst, wenn eine Erkrankung diesen stört.

Schlucken zählt zu den häufigsten Bewegungsvorgängen unseres Muskelapparats. Pro Tag schlucken wir ca. 1000-2000-mal (Dodds et al. 1989, S.171) (Bonnert; Kaiser , 2006, S. 3) „Für das Schlucken ist ein Zusammenspiel von Nerven, (N. trigeminus, N. facialis, N. glossopharyngeus, N. vagus, N. hypoglossus, N. accessorius) und Muskeln verantwortlich. An dem komplexen, exakt koordinierten Bewegungsmuster sind etwa 50 Muskelpaare beteiligt. Das Schluckprogramm läuft nicht starr ab, sondern die Bewegungen werden durch sensorische Kontrollmechanismen moduliert und reguliert. Muskelkraft und Gelenke koordinieren die Bewegungsamplitude. Knorpelstrukturen sowie Schleimhäute und Speicheldrüsen sorgen in zeitlich genau abgestimmter Reihenfolge für den Transport der Nahrung. „Dabei wird sensorisch der Ablauf auf das Bolusvolumen und die Nahrungskonsistenz abgestimmt. (Bartolome, 2010, S.4).“ In mehreren Studien wurden schlafende Probanden auf ihre Schluckaktivitäten untersucht. Auch im Schlaf schluckt der gesunde Mensch. Nur in den Phasen des Tiefschlafs setzen die Speichelproduktion und das Schlucken fast vollständig aus (Dodds et al. 1989, S.171).

Im Gehirn sind drei Gebiete für die Steuerung des Schluckens verantwortlich: Teile des Kortex, des Mittelhirns und des Hirnstamms. Deren sensorische Steuerung erfolgt über sechs Hirnnervenpaare: die drei oberen Zervikalnerven und spezielle Zentren und Faserverbindungen im Hirnstamm und Großhirn (Prosiegel, 2010, S 9.f).

Nachfolgend wird der Schluckakt erläutert. Die Beschreibungen der physiologischen Abläufe lehnen sich (Prosiegel, 2010, S. 5 ff.) an.

Man unterscheidet insgesamt fünf einzelne Schluckphasen:

1. die **präorale Phase**: diese Phase beginnt in Vorbereitung auf das Essen und Trinken. Der Körper stimmt sich auf die Nahrungsaufnahme ein und beginnt mit der Speichelproduktion und der Auslösung eines Hunger- und Durstgefühls.

2. die **orale Vorbereitungsphase** beginnt, sobald der Mund das Essen oder Trinken aufgenommen hat und mit dem Kauen der Nahrung beginnt. Die Vorbereitungsphase dient dazu die Nahrung einzuspeicheln. Sie vermittelt durch die Aufnahme sensibler/-sensorischer Reize den Genuss am Essen und Trinken. Während des Kauvorgangs schiebt die Zunge den Bolus immer wieder zwischen die Zähne, dort wird er mit Unterstützung rotatorischer Kieferbewegungen zerkleinert. Gleichzeitig kontrahieren sich die Lippen- und Wangenmuskeln und verhindern damit ein Abgleiten von Speiseteilchen in die seitlichen Mundtaschen. Wenn ein Speisebrei entstanden ist, gelangt dieser durch das Senken des Gaumensegels (Velum) an die gehobene Hinterzunge. Der Eingang zum Rachenraum verengt sich und damit wird ein vorzeitiger Bolusaustritt verhindert. Bei großen Bolusvolumen wird nur ein Teil der Nahrung schluckfertig vorbereitet und die verbleibenden noch inhomogenen Reste bis zum nächsten Schluck in den seitlichen Mundhöhlen gelagert. „Pro Schluck kann eine Menge bis zu 25 ml mit einem Mal transportiert werden. Breiige Konsistenzen können mit einem Volumen von 5-7 ml pro Schluck transportiert werden. Zum Ende der oralen Vorbereitungsphase wird die Speise auf der ‚Zungenschüssel‘ gesammelt, wobei sich die vorderen und äußeren Zungenränder an den Zahndamm der oberen Vorderzähne drücken“ (Prosiegel, 2010, S. 5 ff.).

3. die **orale Transportphase** (Dauer  $\leq 1$  sec) von der Mundhöhle in den Rachen Die orale Entleerungsphase beinhaltet den Weitertransport des Bolus im Mundraum bis zum Eintritt in den Oropharynx. Zu Beginn hebt sich die mediale Vorderzunge gegen den vorderen Gaumen, eine anschließende Rollbewegung des Zungenkörpers schiebt die Nahrung am Gaumendach entlang. Gleichzeitig bleiben die Lippen geschlossen und

die Wangenmuskulatur kontrahiert sich. Genau zum richtigen Zeitpunkt senkt sich rampenförmig die Hinterzunge, sodass der Bolus in den Oropharynx gleiten kann. Die orale Phase endet mit der Auslösung des Schluckreflexes. Die Dauer der Kauphase hängt von den Essgewohnheiten ab. Damit es zur Schluckreflexauslösung kommt, muss immer ein Bolus vorhanden sein (Prosiegel, 2010, S. 7).

4. die **pharyngale Phase** leitet den Speisebrei durch den Rachen. Der Kehlkopf hebt sich und der Kehildeckel senkt sich über den Kehlkopfeingang, um ein Hineingleiten der Nahrung und somit ein Verschlucken zu verhindern. (Prosiegel, 2010, S. 8).

5. die **ösophageale Phase** Zeitgleich mit der Senkung des Kehildeckels öffnet sich die Speiseröhre, ein an sich eng geschlossener Muskelschlauch, und nimmt die Speise auf, um sie in wellenförmigen Bewegungen hinab zum Magen zu transportieren (Prosiegel, 2010, S. 13).

## 2.7 Dysphagie

Dysphagie bezeichnet eine Störung des Schluckens von fester und/ oder flüssiger Nahrung vom Mund zum Magen. Der Begriff leitet sich vom griechischen Wort «phagein» = «essen» und dem griechischen Wort «dys» = «gestört» ab und bedeutet in seinem Ursprung Essstörung (Prosiegel, 2010, S. 4).

Eine häufige zusätzliche Auffälligkeit ist das Verschlucken (Aspirieren). Dabei kommt es zu einem Eindringen von Nahrung und Speichel in das Atmungssystem unterhalb des Kehlkopfes, was in vielen Fällen eine Lungenentzündung verursacht. Für den normalen Ablauf des Schluckens bei gleichzeitigem Schutz der Atemwege ist die Koordinierung von fünf Hirnnerven einschließlich der oberen Halsmarksnerven erforderlich. Der Schluckakt kann in eine willkürliche und in eine unwillkürliche Phase getrennt werden. Willkürlich verlaufen das Kauen und die Einleitung des Schluckvorganges an den Auslöserzonen im Bereich des Gaumens und der Rachenhinterwand. Der unwillkürliche Vorgang umfasst den Transport des Speisebreis vom Rachen zum Magen. Dadurch laufen reflexartig Mechanismen zum Schutz der oberen Luftwege ab. Der gesunde Erwachse-



ne schluckt in 24 Stunden bis zu 2000- Mal. Im Wachzustand außerhalb der Mahlzeiten wird etwa einmal pro Minute sowie in Abhängigkeit der Speichelproduktion geschluckt, wobei im tiefen Schlaf das Schlucken fast aufhört und „Zunahmen der Schluckaktivität beim Einschlafen und Aufwachen beobachtet werden kann“ (Bonner; Kaiser, 2006, S. 3).

Die im Jahr 2012 herausgegebene DGN-Leitlinie: „Neurogene Dysphagien“ stützt sich in ihren Empfehlungen auf die Erkenntnisse neuester Studien und leitet davon das Vorgehen zur Diagnostik und Therapie von Schluckstörungen ab. Im Folgenden werden daraus relevante Inhalte herangezogen und bei Bedarf durch eigene Literatur vertiefend dargestellt.

Definition:

Die im Jahr 2012 herausgegebene S1 Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Neurologie: definiert das Vorliegen einer „Neurogenen Dysphagie“ als „[...] das Vorliegen einer Störung in der oralen und/oder pharyngalen (selten der ösophagealen) Phase des Schluckens.“

## 2.8 Auswirkungen der Dysphagie

Als „Wichtige Folgen für den Betroffenen“ beschreibt die Leitlinie:

- „eine Mangelernährung (bei älteren Menschen  $< 20 \text{ kg/m}^2$ )“
- eine Dehydration
- eine Penetration der Verdauungsorgane durch Sondenmaterial
- eine Aspiration mit anschließender Aspirationspneumonie
- eine im besonderen Maße stattfindende Reduzierung der Lebensqualität
- eine Abhängigkeit von Sondenernährung und/oder von Trachealkanülen“ (Prosiegel, 2012, S. 3 )

Die Folgen können für den Patienten tödlich sein. Sie sind in der Behandlung schwierig und kostenintensiv.

## 2.9 Anamnese der Dysphagie

Die Erstellung einer Diagnose Dysphagie erfordert von den betreuenden Hausärzten ein fundiertes Fachwissen über den Schluckvorgang und seine Störungen. Die fachärztliche Untersuchung durch Neurologen oder Hals-Nasen-Ohren Ärzte ist in Altenpflegeheimen kein Standard. „Die von einer Dysphagie ausgehenden Gefahren werden noch viel zu häufig unterschätzt oder erst gar nicht erkannt. Schluckstörungen sind eben nicht nur unappetitlich und unangenehm, sondern in vielen Fällen auch lebensbedrohlich. Eine andauernde unerkannte oder unbehandelte Schluckstörung kann zu Lungenentzündungen oder Mangelernährung und somit zu lebensgefährlichen Zuständen führen. Bei zahlreichen neurologischen Erkrankungen, wie etwa beim Schlaganfall, bei der Parkinson-Erkrankung, dem Schädel-Hirn-Trauma, der Multiplen Sklerose oder bei Tumoren, können klinisch relevante Schluckstörungen auftreten“ (Bonnert; Kaiser, 2006, S. 3).

Prosiegel (2012, S. 2 ff.) empfiehlt zur ersten Einschätzung der Situation, den Patienten und seine Angehörigen sowohl zur Häufigkeit des Verschluckens als auch nach einer eventuell beobachteten Kauschwäche zu befragen. Auch interessieren in diesem Zusammenhang die Beobachtungen von verminderten Nahrungs- und Trinkmengen. Aussagen zu einer besonderen Kopfhaltung, zum Beispiel der Anteflexion des Kopfes, können auch wichtige Hinweise auf das Vorliegen einer Schluckstörung liefern. Ein unbeabsichtigter Gewichtsverlust kann auch auf eine verminderte Nahrungsaufnahme oder auf einen entzündlichen Prozess im Körper hindeuten. Wenn es zum „Steckenbleiben von Speichel, Getränken, Speisen in der Kehle“ kommt, sind die Häufigkeiten, in denen dies vorkommt, für den Kliniker interessant. Des Weiteren interessieren ihn „Husten und Erstickungsanfälle nach dem Essen und Trinken“ (Prosiegel, 2012, S. 3). Wenn es Beobachtungen über unklare Fieberschübe und/oder Pneumonien gibt, könnten dies Anzeichen für das Vorliegen von „stummen Aspirationen“ sein (Prosiegel, 2012, S. 3). „Eine Arzneimittelanamnese ist wichtig, da medikamenteninduzierte Myopathien (Kortison, Statine, Fibrate etc.) mit Dysphagien einhergehen können“ (Finsterer, 2006, S. 682).

## 2.10 Presbyphagie

Das Vorkommen einer Schluckstörung im Alter ist so bedeutend, dass dafür ein eigener Fachbegriff geschaffen wurde, die „Presbyphagie“. Die nervale Koordination des Schluckaktes ist altersbedingt verlangsamt und die Sensitivität des Schluckprozesses verringert sich. „Dieses ist aber abhängig vom Allgemeinzustand des Patienten, seiner kognitiven Kompetenz, seiner psychischen Verfassung und von sozialen Faktoren, wie z. B. Lebensgewohnheiten, Lebensqualität, Arbeitsbelastung, etc. (Bigenzahn und Denk, 1999). Sind die funktionellen Reserven jedoch erschöpft, kann durch Summation der Alterungsprozesse eine primäre Presbyphagie – eine altersbedingte Veränderung des Schluckablaufs – entstehen“ (Borr, 2007, S. 38).

Prosiegel fand 2005 bei einer Studie in deutschen Geriatrien heraus, dass 50-70% der Patienten, die einen Schlaganfall erlitten hatten, Schluckstörungen von dem Ereignis davotrugen. Er berichtet, dass über 84% der Demenzerkrankten im Verlauf der Erkrankung Schluckstörungen zeigen. Bei einem weiteren klassischen geriatrischen Krankheitsbild, dem Ideopathischen Parkinsonsyndrom, waren es ca. 50% der Patienten. (Prosiegel, 2005. S. 138). Das Vorliegen dieser beschriebenen Erkrankungen ist häufig ein Grund für den Einzug der Betroffenen in eine stationäre Altenhilfeeinrichtung. Aber auch der normale Alterungsprozess verändert die Strukturen des Schluckapparates, z. B. können eine muskuläre Zungenschwäche oder eine neurologische Zungenbewegungsstörung zu Schluckstörungen führen.

Menschen in Altenhilfeeinrichtungen sind oft so krank und gebrechlich, dass sie ihre gewohnte Mundpflege nicht mehr durchführen können oder vergessen haben, dass man den Mund pflegt. Sie sind auf die Hilfe der Pflegenden angewiesen. Studien zeigen (Jablonski, 2005), dass der Mundpflegezustand bei Bewohnern in Altenhilfeeinrichtungen schlecht ist. Dafür kann es mehrere Gründe geben. Der Bewohner kann Schmerzen im Mund haben und aus Angst vor weiteren Schmerzen den Mund nicht öffnen.

Einer anderen Person in den Mund zu fassen und ihn zu säubern, ist sehr intim. Das Säubern des Mundes von Schleim und Speiseresten ruft oft Gefühle des Ekels und der Scham hervor und kann beiderseits Vermeidungsverhalten auslösen. Es kann aber auch sein, dass der alte Mensch die Mundpflege verweigert oder den Sinn nicht mehr erkennt. Dies ist bei fortgeschrittenen demenzerkrankten Menschen häufig der Fall. Die Auswirkungen einer mangelnden Mundhygiene bei alten Menschen in Heimen führen nicht nur zu einer Beeinträchtigung des Wohlbefindens, es können sich durch Speise- und Medikamentenreste im Mundraum, Läsionen und Entzündungen bilden. Jablonski beschreibt, welche Auswirkungen eine mangelnde Mundpflege als eine Brutstätte für pathogene Keime hat und welche Auswirkungen dies auf die Gesundheit der Menschen hat. U.a. steigt die Gefahr, pathogenes Material zu aspirieren. „The existence of poor oral health combined with acute and chronic diseases may create a negative spiral in which the diseases are worsened by the presence of poor oral health, and oral health deteriorates as other medical problems progress“ (Jablonski, 2005, S. 75). Sie führt zahlreiche Studien auf, die sich mit den „Knowhows“ der Pflegenden beschäftigen, eine fachgemäße Mundpflege durchzuführen und die Bewohner dazu anzuleiten, eine Mundpflege durchführen zu lassen. Sie kommt zu dem Schluss: „Ironically, the nurses who work in nursing homes have limited knowledge regarding the provision of mouth care in general, and they specifically lack knowledge regarding the provision of mouth care to elders exhibiting care-resistant behavior (Chalmers et al., 1996). This fact may partially explain the poor state of mouth care and oral health in the nursing home population“ (Jablonski, 2005, S. 75).

## 2.11 Aspiration

Marik und Kaplan beschreiben die Auswirkungen der Aspiration von Fremdstoffen zur Ausbildung einer Pneumonie bei Bewohnern als „ [...] a major cause of morbidity and mortality in the elderly, and the leading cause of death among residents of nursing homes. Oropharyngeal aspiration is an important etiologic factor leading to pneumonia in the elderly.

The incidence of cerebrovascular and degenerative neurologic diseases increase with aging, and these disorders are associated with dysphagia and an impaired cough reflex with the increased likelihood of oropharyngeal aspiration. Elderly patients with clinical signs suggestive of dysphagia and/or who have Community Acquired Pneumonia should be referred for a swallow evaluation. Patients with dysphagia require a multidisciplinary approach to swallowing management. This may include swallow therapy, dietary modification, aggressive oral care, and consideration for treatment with an angiotensin-converting enzyme inhibitor“ (Marik, Kaplan, 2003, S. 328).

Normalerweise löst ein Verschlucken bei einem gesunden Menschen einen heftigen Hustenreiz aus. „Die Koordination des Schluckvorgangs hat durch das Zusammenspiel von Nerven und Muskulatur und der Sensitivität große Bedeutung. Kommt es zu Störungen in diesem Schluckprozess, werden Speichel, Nahrung und Flüssigkeit verschluckt“ (Pluschinski, 2006, S. 111). Bei der „stillen“ oder „stummen Aspiration“ werden vom Patienten Nahrung und Speichel unterhalb der Stimmlippen eingeatmet, ohne dass ein Hustenreflex ausgelöst wird. „Die Bestandteile gelangen in die Luftröhre und werden in die Bronchien eingeatmet“ (Pluschinski, 2006, S. 112).

Dies tritt bei 25-30 Prozent der neurogenen Dysphagien auf (Prosiegel, 1997, S. 197). Durch den fehlenden Hustenreiz ist es von außen schwierig zu beobachten, ob es zu einer Fremdkörperaspiration gekommen ist.

Die Lunge reagiert auf den Fremdkörper mit Abwehrmechanismen. Die Patienten sind hochgradig gefährdet, an einer Lungenentzündung zu erkranken.

Die Entscheidung, ob ein Patient mit dieser Störung weiter wie gewohnt essen und trinken kann, muss das therapeutische Team treffen, denn für den Patienten kann dies eine große Einschränkung der Lebensqualität bedeuten. Über eine Perkutane Endoskopische Gastrostomie Sonde (PEG), oder Einschränkungen bei der Nahrungsaufnahme, zum Beispiel ausschließlich pürierte Speisen und andgedickte Getränke, wird versucht, die stille Aspiration zu verringern. Das Schlucken des Speichels bleibt

aber weiterhin ein Problem. „The fact that dependant for feeding was our best single predictor of pneumonia suggests that implementation of ‚safe feeding‘ techniques needs to be an integral part of dysphagia management“ (Langmore et al. 1998; S. 78).

## 2.12 Pneumonie

Eine Lungenentzündung wird in der Regel radiologisch diagnostiziert. Es finden sich auf dem Röntgenbild Zeichen, die auf einen Entzündungsprozess hindeuten, z.B. Infiltrate im Lungengewebe. Der Patient zeigt körperliche Entzündungszeichen wie zum Beispiel Fieber, Husten (mit eitrigem Auswurf) und Atemgeräusche bei der Auskultation. Im Blut findet sich ein Anstieg der Entzündungsparameter, zum Beispiel der Leukozyten, C-reaktives Protein. Die Pneumonie ist die häufigste Todesursache bei Infektionserkrankungen und entsteht als Abwehrreaktion des Körpers auf Besiedlung der Lunge mit pathogenen Bakterien, Viren, zum Beispiel (Streptokokkus pneumoniae, Influenza) oder exogenen Noxen (Seifart, 2008, S. 1).

Da die Pneumonie Erkrankungen so komplex in ihrer Ausprägung und Therapie sind und so häufig bei Menschen in Altenhilfeeinrichtungen vorkommen, finden Überlegungen statt, die Pneumonien nach ihren Entstehungsorten und den Erregern weiter zu unterteilen. In einem „Thorax“-Artikel (Polverino et al., 2010, S. 354 ff.) werden die über zehn Jahre gesammelten Erfahrungen mit Pneumonien bei älteren Menschen diesbezüglich zusammengefasst und kategorisiert. Sie werden nach ihrem Entstehungsort, ambulant (Community Acquired Pneumonia/ CAP) oder stationär, im Krankenhaus (Health care associated pneumonia/ HCAP) und dann weiter in die durch Beatmung entstandenen Pneumonien (Ventilator associated pneumonia/ VAP) unterschieden.

Eine weitere Einteilung kann nach dem Vorkommen der Erreger erfolgen. Sie ermöglicht eine medizinische Einschätzung des Erregerspektrums, der notwendigen Diagnostik, Therapie sowie der Prognose.

Es wird diskutiert, ob Pneumonien, die in einer Pflegeeinrichtung erworben wurden, eine eigene Untergruppe der Pneumonien bilden, da sie die höchste Mortalität aufweisen (Nursing-home-acquired-pneumonia/ NHAP). „Pneumonia among nursing home (NH) residents has increased considerably in recent years, but it remains unclear whether it should be considered as community-acquired pneumonia (CAP) or a new category of infection.“ (Polverino et.al., 2012, S. 354 ff.)

Die Community Acquired Pneumonia CAP ist die am häufigsten registrierte Infektionserkrankung. An ihr erkranken jährlich bis zu 800.000 Menschen in Deutschland. Pneumonien tragen in Deutschland zu erheblichen Kosten für das Gesundheitssystem bei. Deshalb wurde 2001 vom Bundesministerium für Bildung und Forschung das „CAPNETZ“ gegründet. Das Netzwerk ist auch an der S3-Leitlinie „Epidemiologie, Diagnostik, antimikrobielle Therapie und Management von erwachsenen Patienten mit ambulant erworbenen unteren Atemwegsinfektionen sowie ambulant erworbener Pneumonie“ beteiligt. Forscher des Verbundes haben 2012 eine bundesweite Studie veröffentlicht, die sich mit der Nursing-home-acquired pneumonia (NHAP) in Deutschland befasst (Ewig et. al., 2011, S. 132 ff.). Dazu haben sie Daten aus acht Jahren prospektiv, multizentrisch zusammengefasst und ausgewertet. Sie konnten feststellen, dass die „Mortalität bei den >65Jährigen in der Gruppe der NHAP Gruppe höher war als in der Gruppe der CAP (26.6% vs. 7.2% and 43.8% vs. 14.6%, respectively)“. Ein Anstieg der Mortalität konnte nicht dem vermehrten Vorkommen von multiresistenten Erregern zugeordnet werden, sondern war zumeist auf Komorbiditäten zurückzuführen. Sie kamen zu dem Schluss, dass eine Pneumonie häufig auf den gebrechlichen, präfinalen Prozess eines alten Menschen hinweist. Die Ursachen und Ausprägungen der Pneumonie sind vielfältig und bestimmen das weitere medizinische Vorgehen. Das CAPNETZ schlägt daher die Differenzierung der Patienten anhand des „CRB-65 Scores (confusion, respiratoryrate, blood pressure, 65 years and older)“ vor (Ewig et. al., 2011, S. 132 ff.). „In Verbindung mit anderen Parametern wie der pneumoniebedingten Desorientierung, einem niedrigen Blutdruck und dem Alter der Patienten dient die Atemfrequenzmessung der Bestimmung des Risiko-Scores CRB-65. Patienten, die bei allen vier

genannten Parametern unauffällige Werte aufweisen, haben ein geringeres Letalitäts-Risiko (circa 1 Prozent) im Gegensatz zu Patienten, die in einem oder mehreren Parametern auffällige Befunde zeigen (Letalitätsrisiko: circa 8 bis 30 Prozent)“ (Seifart, 2008, S.2).

„Die Zahl neuer Erkrankungsfälle in der Gesamtbevölkerung wird in Deutschland bislang auf 1 bis 11 pro 1000 Einwohner, bei Altenheimbewohnern auf 68 bis 114 pro 1000 Personen pro Jahr geschätzt. Es wird vermutet, dass mehr als 30 Prozent der Patienten im Verlauf des Krankheitsgeschehens in eine Klinik ein-, zehn Prozent sogar auf die Intensivstation überwiesen werden und die CAP damit häufiger zur stationären Aufnahme als der Herz- (132.000 Aufnahmen) oder Hirninfarkt (162.000 Aufnahmen) führt. Die durch die Erkrankung entstehenden Kosten werden auf mehr als 500 Millionen Euro pro Jahr geschätzt. Die bislang im CAPNETZ erfassten Patienten wurden, so lässt sich nach dreijähriger Laufzeit im Jahr 2005 sagen, zum überwiegenden Teil (72 Prozent) stationär behandelt. Die Sterblichkeit der hospitalisierten Patienten lag wie in anderen nationalen und internationalen Studien unter zehn Prozent. Die Sterblichkeit der ambulant therapierten Patienten war mit 0,5 Prozent erfreulich niedrig“ (Seifart, 2008, S. 2).

### **2.13 Schluckgeräusche**

Ob Schluckgeräusche eine sichere Auskunft über eine vorliegende Schluckstörung bieten, wird seit mehr als vierzig Jahren klinisch erforscht und ist umstritten. In der ärztlich-therapeutischen Diagnostik von Schluckstörungen werden Schluckgeräusche mithilfe eines Stethoskops untersucht. Sie können aber auch mittels einer phonetischen Aufzeichnung unterhalb des Schildknorpels aufgenommen werden. Borr setzt sich innerhalb ihrer Dissertation mit der Frage auseinander, ob sich durch Auskultieren oder elektronisches Aufzeichnen von Schluckgeräuschen in der Diagnostik von Dysphagien sichere Erkenntnisse gewinnen lassen. Sie kommt zu der Erkenntnis: „Die etablierten, bildgebenden Verfahren FEES und VFS bleiben damit bislang die einzigen Verfahren, die ein hohes Pneumonie/Aspirationsrisiko und vor Allem eine stille Aspiration sicher identifizie-



ren können“ (Borr, 2007, S. 196). Zusammenfassend kann gesagt werden, dass ein Expertenwissen hilfreich ist, um eine Schluckstörung akustisch zu erkennen. Der gesunde Schluckakt muss dafür vorab genau bekannt sein und in der Praxis studiert werden. Außerdem setzt dies voraus, dass die pathologischen Schluckabfolgen ebenso sicher beherrscht werden. Leslie beschreibt, dass sie einem Fachforum acht Schluckgeräusche mit der dazu erhobenen Atmungskurve akustisch präsentiert hat. 50% der Teilnehmer haben die ersten vier Abfolgen als pathologisch erkannt, die andere Hälfte der Zuhörer hielt die zweiten vier Abfolgen für pathologisch. Alle Hörproben stammten von schluckgesunden Probanden. Das heißt, dass selbst Fachleute keine sichere Aussage machen können, beeinflussbare Wahrnehmungen haben oder weitere anamnestiche Methoden brauchen, um eine sichere Aussage dazu machen zu können. (Leslie, 2004; S.231-240)

In der Regel werden die Bewohner von ihren Hausärzten medizinisch betreut. Eine regelmäßige Visite eines Hals-Nasen-Ohrenarztes ist nicht vorgesehen. Der Aufmerksamkeits- und Gesundheitszustand der Bewohner lässt in vielen Fällen eine FEES oder eine VFSS nicht zu. „The structure and environment of the fluoroscopic study seemed to change the performance of some of our confused patients. The structure of the examination in the fluoroscopy suite may assist some confused patients whereas the unfamiliar environment may cause some confused patients to perform poorly. Aspiration risk may be underestimated or overestimated for this group when videofluoroscopy is used as the sole means of determining aspiration“ (Zenner et.al.,1995,S. 30).

Bewohner, die in die Einrichtung kommen, haben vielleicht bereits eine diagnostizierte Schluckstörung. Es kann sich aber auch erst im Laufe des Aufenthaltes eine Dysphagie entwickeln. Es gilt von allen Seiten wachsam zu sein, was die Anzeichen einer Schluckstörung angeht. Beim Einzug eines Bewohners sollten daher im Rahmen einer Anamnese Fragen zum Schlucken und zum Essverhalten gestellt werden. Wenn Bewohner sich zu ihren Beschwerden noch äußern können, kann dies in die Pflegeplanung aufgenommen werden. Wenn Bewohner sich nicht mehr äußern

können, sollten Pflegende durch eine gute Krankenbeobachtung in der Lage sein, Hinweise auf Schluckstörungen mit optischen und akustischen Signalen wahrzunehmen. Dies können zum Beispiel auch rezidivierendes Fieber, Unruhe, Apathie oder ein unklarer Gewichtsverlust sein. Der Bewohner kann ein verändertes Verhalten vor den Mahlzeiten zeigen. Dies ist in der Situation zumeist ausreichend, um weitere Diagnostik durch den Arzt einzuleiten und eine sofortige Anpassung der Pflegemaßnahmen möglich zu machen.

## 2.14 Schlucktests

Die Leitlinie zu „Neurogenen Dysphagien“ beschreibt: „Zur Diagnose einer Schluckstörung stehen mehrere klinische Tests, Untersuchungen als auch apparative Verfahren zur Verfügung. Man beginnt normalerweise mit einem Schlucktest, denn die Aufwand/-Nutzen-Relation ist, wenn dieser richtig angewandt, sehr aussagekräftig“ (Prosiegel, 2012, S. 3). Folgend wird ein Schlucktest, der durch geschulte Pflegende durchgeführt werden kann, intensiver beschrieben.

In der Leitlinie heißt es weiter: „Besteht Unklarheit bezüglich des Vorliegens einer neurogenen Dysphagie bzw. von Aspirationen, soll zunächst ein standardisiertes Screeningverfahren durchgeführt werden, wobei eine Sensitivität und Spezifität von jeweils > 70 % gefordert wird“ (Prosiegel, 2012, S. 3).

„Folgende Screeningverfahren werden von uns empfohlen: In der akuten Schlaganfallphase das durch Pflegepersonen durchführbare Standardized Swallowing Assessment (SSA) bzw. das Gugging Dysphagia Bedside Screening. (Trapl et al. 2007) oder der durch Sprachtherapeuten/Logopäden durchzuführende „Daniels-Test“ (Daniels et al. 1997)“; 3-Ounce Water Swallow Test von Suiter und Leder (2008). (Prosiegel, 2012, S. 3) Die oben genannten Tests wurden für die Diagnostik in akut stationären Einrichtungen entwickelt. Alle Tests sollen primär die Abklärung neurologischer Erkrankungen analysieren. Die Teilnehmer waren

nicht hochaltrig, sondern max. 75 Jahre alt. Die Tests wurden für Ärzte, Therapeuten und geschulte Pflegenden in Krankenhäusern entwickelt.

Es gibt meines Wissens bisher keinen Dysphagietest, der für Hochaltrige in Altenhilfeeinrichtungen entwickelt wurde und von Pflegenden angewendet werden kann. Simon hat 2009 in einem Literaturüberblick 10 Tests auf die Identifikation einer Dysphagie bei älteren Menschen untersucht und kommt zu dem Schluss: „Ein Screening-Instrument und entsprechende Schulungsmaßnahmen für Pflegekräfte werden für die Praxis benötigt“ (Simon et. al., 2009, S. 193 ff.).

Prosiegel beschreibt, dass ein Schlucktest „[...] positiv ausfällt, wenn Husten, ein Erstickenanfall oder eine feuchte Stimme auftreten oder der Test abgebrochen werden muss“ (Prosiegel, 2012, S. 3).

Die Leitlinie empfiehlt bei einem Verdacht einer Dysphagie eine klinisch umfassende Anamnese mit Schluckuntersuchung sowie die Statuserhebung der Hirnnervenbeteiligung durch Logopäden.

Der Goldstandard zur Diagnosestellung und zur Festlegung der Therapie ist die endoskopische Untersuchung mittels Videofluoroskopie. Mit dieser Methode sind Erhebung und Therapiekontrolle bestens möglich. Mit ihrer Hilfe ist auch der Schluckvorgang mittels gefärbten Aqua destilata genau zu beobachten. Prosiegel schreibt, dass das Video in einer Bild-zu-Bild-Analyse im therapeutischen Team genau beurteilt werden kann und damit eine genaue Abstimmung zwischen den Therapeuten, den Pflegepersonen, aber auch mit dem Patienten und dessen Angehörigen erfolgen kann“ (Prosiegel, 2012, S. 3).

#### **2.14.1 Das „Gugging-Swallowing-Screen (GUSS)“**

Um das Prozedere eines Schlucktests näher dazustellen, soll der am nächsten geeignete „Gugging-Swallowing-Screen“ (Trapl et.al., 2007, S. 2948 ff.) beschrieben werden. Das Screening hat eine Sensivität von hundert Prozent und eine Spezifität von fünfzig Prozent und kann laut Aussagen Prosiegels und Trapls grundsätzlich von geschulten Pflegenden angewendet werden (Prosiegel, 2012, S. 3). Sie sollten vorab eine Einfüh-

rung in das Thema Schluckstörungen, eine Überprüfung der Kompetenz zur Durchführung und zur Einleitung von Notfallmaßnahmen erhalten.

Es wird in österreichischen internistischen Kliniken von den Pflegenden bereits angewendet und in zwei Teilschritten durchgeführt. Für jede Fähigkeit des Patienten wird ein Punkt auf dem Bogen vergeben. Um den zweiten Teilschritt des Bogens durchzuführen, müssen im ersten Teil mindestens fünf Punkte erreicht werden. Der erste Teil ist der indirekte Schlucktest, der zweite Teil der eigentliche Schlucktest. Kann ein Teilschritt vom Patienten nicht vollzogen werden, findet immer der Abbruch des Tests statt. Er zeigt gleichzeitig den Stand der Schluckfähigkeit des Patienten.

Um die Gefahr einer Aspirationspneumonie zu verringern, findet vor Beginn des Tests eine Mundpflege bei dem Patienten statt.

Zu Beginn wird die Vigilanz des Patienten eingeschätzt. Er muss für den Test in der Lage sein, 15 Minuten im Sitzen den Anweisungen des Therapeuten nachzukommen.

Folgend wird der spontane Hustenreflex mit leerem Mund getestet. Wenn dieser nicht vorliegt, kann der Test nicht weiter durchgeführt werden. Danach wird der Mund erneut gereinigt.

Das Besondere an dem zweiten Teil des Tests ist, dass er nicht mit einem Wasserschluck beginnt, sondern mit einem Schluck angedicktem Wasser. Die Begründung von Trapl et al. ist einleuchtend. Wenn Menschen Schluckstörungen haben, zeigen sich diese oft, wenn sie flüssige Nahrung schlucken sollen, daher werden leichter zu schluckende Viskositäten zuerst getestet.

Die Schwierigkeitsstufe der folgenden Schritte wird durch die Erhöhung der Milliliteranzahl und der Viskosität des Testgutes erhöht.

Der Erkrankte wird aufgefordert, seinen eigenen Speichel im Mund zu schlucken. Wenn der Mund trocken ist, kann eine kleine Menge künstlicher Speichel dafür verwendet werden. Es wird beobachtet, ob der Speichel erfolgreich geschluckt werden konnte. Außerdem werden die Stimm-

farbe, ein veränderter Klang, eine belegte Stimme, ein Gurgeln oder Brodeln beobachtet. Alle aufgeführten Merkmale weisen auf eine Schluckstörung hin. Wenn dieser Schritt erfolgreich war, hat der Patient die fünf Punkte des ersten Teils erreicht und kann mit dem zweiten Teil fortfahren.

Der nächste Schritt ist die Gabe von nektarartig angedicktem Aqua destilata.

Es erfolgt die Unterscheidung in:

- Schluckvorgang nicht möglich,
- um mehr als zwei Sekunden verzögert
- oder vollzogen

Es wird nun vor, während und nach dem Schlucken bis zu drei Minuten beobachtet, ob es beim Patienten zu ungewolltem Husten kommt. Hustet er, wird der Test abgebrochen.

Der Therapeut beobachtet, ob es im Anschluss an den Schluckversuch zu Speichelfluss kommt. Außerdem beobachtet er, ob es zur Veränderung der Stimme kommt, wenn der Patient den Laut „Ooo“ ausspricht.

Wenn der Test erfolgreich war, wurden fünf Punkte erreicht. Der gleiche Verlauf wird nun mit flüssigem Aqua destilata durchgeführt. Wenn dies auch erfolgreich war, erfolgt der gleiche Ablauf mit einem Stück Brot.

## Abbildung 4: „Gugging Swallowing Screen“ (Trapl, et al. 2007)

Die Erlaubnis der bildlichen Darstellung und Beschreibung des Screenings wurde vorab von den Autoren eingeholt. (siehe Anhang 1)

<h1 style="margin: 0;">G U S S</h1>		Name: _____ Date: _____ Time: _____	
<b>(Gugging Swallowing Screen)</b>			
<b>1. Preliminary Investigation / Indirect Swallowing Test</b>			
<b>Vigilance</b> <i>(The patient must be alert for at least for 15 minutes)</i>	YES	NO	
	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	
<b>Cough and/or throat clearing</b> <i>(voluntary cough)</i> <i>(Patient should cough or clear his or her throat twice)</i>	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	
<b>Saliva Swallow:</b>	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	
• Swallowing successful			
• Drooling	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	
• Voice change (hoarse, gurgly, coated, weak)	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	
<b>SUM:</b>	(5)		
	1 - 4= Investigate further' 5= Continue with part 2		
<b>2. Direct Swallowing Test</b> <small>(Material: Aqua bi, flat teaspoon, food thickener, bread)</small>			
<i>In the following order:</i>	1 →	2 →	3 →
	<b>SEMISOLID*</b>	<b>LIQUID**</b>	<b>SOLID ***</b>
<b>DEGLUTITION:</b>			
▪ Swallowing not possible	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
▪ Swallowing delayed <i>(&gt; 2 sec.) (Solid textures &gt; 10 sec.)</i>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
▪ Swallowing successful	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
<b>COUGH (involuntary):</b> <i>(before, during or after swallowing - until 3 minutes later)</i>			
▪ Yes	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
▪ No	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
<b>DROOLING:</b>			
▪ Yes	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
▪ No	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
<b>VOICE CHANGE:</b> <i>(listen to the voice before and after swallowing - Patient should speak „O“)</i>			
▪ Yes	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
▪ No	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>
<b>SUM:</b>	(5)	(5)	(5)
	1 - 4= Investigate further' 5= Continue Liquid	1 - 4= Investigate further' 5= Continue Solid	1 - 4= Investigate further' 5= Normal
<b>SUM: (Indirect Swallowing Test AND Direct Swallowing Test)</b>			----- (20)
*	First administer 1/5 up to a half teaspoon Aqua bi with food thickener (pudding-like consistency). If there are no symptoms apply 3 to 5 teaspoons. Assess after the 5 <sup>th</sup> spoonful.		
**	3, 5, 10, 20 ml Aqua bi - if there are no symptoms continue with 50 ml Aqua bi (Daniels et al. 2000; Gottlieb et al. 1996) Assess and stop the investigation when one of the criteria is observed!		
***	Clinical: dry bread; FEES: dry bread which is dipped in coloured liquid		
†	Use functional investigations such as Videofluoroscopic Evaluation of Swallowing (VFES), Fiberoptic Endoscopic Evaluation of Swallowing (FEES)		

Eine weitere Besonderheit ist die gute Übertragbarkeit des Tests in die Praxis. Durch den Evaluationsbogen können die Mitarbeiter jederzeit ab-

lesen, welche Nahrungsform und welche Folgeuntersuchung für den Patienten infrage kommen.

**Abbildung 5:** GUSS Evaluationsbogen (Trapl, et al.2007)

**GUSS**  
(Gugging Swallowing Screen)  
**GUSS-EVALUATION**

RESULTS	SEVERITY CODE	RECOMMENDATIONS
20 Semisolid / liquid and solid texture successful	Slight / No Dysphagia minimal risk of aspiration	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Normal Diet</li> <li>• Regular Liquids (First time under supervision of the SLT or a trained stroke nurse!)</li> </ul>
15-19 Semisolid and liquid texture successful and Solid unsuccessful	Slight Dysphagia with a low risk of aspiration	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dysphagia Diet (pureed and soft food)</li> <li>• Liquids very slowly - one sip at a time</li> <li>• Functional swallowing assessments such as Fiberoptic Endoscopic Evaluation of Swallowing (FEES) or Videofluoroscopic Evaluation of Swallowing (VFES)</li> <li>• Refer to Speech and Language Therapist (SLT)</li> </ul>
10-14 Semisolid swallow success  sful and Liquids unsuccessful	Moderate dysphagia with a risk of aspiration	<p>Dysphagia diet beginning with:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Semisolid textures such as baby food and additional parenteral feeding.</li> <li>• All liquids must be thickened!</li> <li>• Pills must be crushed and mixed with thick liquid.</li> <li>• No liquid medication!</li> <li>• Further functional swallowing assessments (FEES, VFES)</li> <li>• Refer to Speech and Language Therapist (SLT)</li> </ul> <p style="text-align: center;"><i>Supplementation with nasogastric tube or parenteral</i></p>
0-9 Preliminary investigation unsuccessful or Semisolid swallow unsuccessful	Severe dysphagia with a high risk of aspiration	<ul style="list-style-type: none"> <li>• NPO (non per os = nothing by mouth)</li> <li>• Further functional swallowing assessment (FEES, VFES)</li> <li>• Refer to Speech and Language Therapist (SLT)</li> </ul> <p style="text-align: center;"><i>Supplementation with nasogastric tube or parenteral</i></p>

In der Leitlinie des DGN werden eine Verzögerung der Auslösung des Schluckreflexes und eine Sensibilitätsstörung bei Patienten mit Großhirninfarkten beschrieben. Es war „die Latenz bis zur Schluckreflextriggenung (SRT) im Vergleich zu 50 gesunden Personen signifikant verlängert, bei 66% fand sich eine bilaterale Sensibilitätsstörung der Gaumenbögen; das Ausmaß von Aspirationen korrelierte mit diesen beiden Befunden (Power et al. 2007). [...] Eine wichtige Rolle des Schluckkortex scheint also zu sein, eine intakte Sensibilität der Mundhöhle zu garantieren und die orale mit der pharyngealen Phase zeitlich so zu koppeln, dass kein vorzeitiger Übertritt von geschlucktem Material bzw. keine Aspirationen stattfinden“ (Prosiegel, 2012, S. 1).

Daher ist die Gabe von angedickter Flüssigkeit und Speisen, die eine einheitliche Konsistenz haben und gleichmäßig, langsam in den Rachen einfließen, für diese Patienten so wichtig. Was sich aber in weiteren Studien zeigt, ist, dass die oben beschriebenen Interventionen nicht über einen längeren Zeitraum ein positives Ergebnis haben. Nicht alle Schlucke fin-

den in therapeutischer Begleitung statt. Insbesondere kann es im Schlaf oder liegender Position zu stummen Aspirationen kommen. Das Krankheitsbild ist so komplex, dass nur breit angelegte Therapien dauerhaften Erfolg versprechen.

In der Leitlinie wird auch auf die Prävention einer Aspirationspneumonie durch die regelmäßige Mundpflege, die Händehygiene und die Gabe von säurehemmenden Medikamenten eingegangen. Externe Faktoren wie z.B. der Zahnstatus haben ebenso einen entscheidenden Einfluss auf den physiologischen Schluckvorgang. Das „National Institute of Dental and Craniofacial Research“ schließt sich dieser Meinung an. Der Artikel beschreibt die Gefahr einer schlechten Mundhygiene. „Critically ill patients and institutionalized elderly persons frequently have inadequate oral hygiene. This can result in a large oral microbial burden, subsequent microbial aspiration, and resultant respiratory tract infections. For example, Fourrier et al studied 57 consecutive patients in a medical intensive care unit. Dental plaque levels increased with time in the intensive care unit and showed higher levels of aerobic pathogens, which were frequently concordant with cultures of tracheal aspirates. Furthermore, dental plaque colonization on days 1 and 5 was significantly associated with a higher risk of pneumonia and bacteremia“ (Slavkin, 2000, S.1216).

Die Zerkleinerung der Nahrung im Mund und die Bespeichelung des Nahrungsbreis, können nur ausreichend erfolgen, wenn die Mundschleimhaut sowie der Zahnstatus intakt sind. Ausserdem ist es für die Zerkleinerung und den Schluckvorgang wichtig, dass die nervale und muskuläre Steuerung mit gleicher Geschwindigkeit und Kraft arbeitet. Wenn dies nicht der Fall ist, kann es zu Reaktionsverzögerungen kommen. Die Schwächen müssen dann mit therapeutischen Hilfen, zum Beispiel Andickungspulver, ausgeglichen werden. „2008 zeigte eine randomisiert-kontrollierte Studie an 711 flüssigkeitsaspirierenden Patienten mit idiopathischem Parkinson-Syndrom und/oder Demenz mittels VFSS Folgendes: Die meisten Betroffenen profitierten von honigartiger Konsistenz, gefolgt von nektarartiger Konsistenz, während Kopfantelexion am schlechtesten abschnitt (Lohmann et al. 2008). In einer Follow-up-Studie (n = 504) fand sich kein signifikanter Unterschied der Pneumonie-Inzidenz innerhalb von drei Monaten



bezüglich der drei Interventionen (Robbins et al. 2008). Fazit: Kurzfristig wirksame Interventionen müssen sich längerfristig nicht immer auf relevante Outcome-Variablen positiv auswirken“ (Prosiegel, 2012, S. 1).

Um ein genaues Bild der Schluckstörung zu erhalten, eignet sich sehr gut die Videoendoskopie (Fiberoptic Endoscopic Evaluation of Swallowing/FEES). Das flexible Endoskop kann unter Sicht durch die Nase in den Gaumen und Rachenbereich eingeführt werden. So kann unter guter Sicht der Zeitraum vor und nach dem Schluckakt beurteilt werden.

Es gibt in der Dysphagie-Leitlinie ein beschriebenes standardisiertes Vorgehen. Zuerst wird der Situs in Ruhe auf Auffälligkeiten der äußeren Beschaffenheit der Stimm- und Schluckorgane, des Speichels, der Spontانبewegungen betrachtet.

Darauf folgend findet eine Funktionsprüfung ohne Nahrung statt, um u.a. die Lautbildung, den Speichelschluck und die Reinigungsfunktion zu beurteilen.

Wenn der Patient Flüssigkeiten und Nahrung zu sich nimmt, kann die Aufnahme verschiedener Konsistenzen unter Sicht erfolgen. Im Anschluss finden die Beobachtung der Reinigungsfunktion und die Überprüfung von Schlucktechniken statt.

Prosiegel beschreibt als weiteres optisches Verfahren die „Videofluoroscopic Swallowing Study“ (VFSS). Für die Untersuchung schluckt der Patient verschiedenartige Getränkekonsistenzen, die mit Kontrastmittel Barium oder „Iotrolan“ angereichert wurden. Unter ständiger radiologischer Sicht können Krankheitssymptome und deren zugrunde liegenden Pathophysiologien erfasst und in ihrer Abfolge beobachtet werden. Muskuläre Schwächen, Seitendifferenzen oder Öffnungsstörungen werden sichtbar. Die Sicht umfasst gleichzeitig alle beteiligten Strukturen und Organe, einschließlich des Ösophagus. Das Zusammenspiel aller Bereiche des Schluckens kann bei dieser Methode ausgezeichnet beurteilt werden. Es können außerdem Darreichungsformen, Schlucktechniken und Haltungsarten sehr gut in ihrer individuellen Wirksamkeit beurteilt werden. Die Leitlinie beschreibt beide Verfahren (FEES und VFSS) als sich ergänzende

Verfahren, die sich in ihrer Aussagekraft ergänzen und zusammen den Goldstandard bilden.

## 2.15 Beobachtungen von Schluckstörungen im Setting der Altenpflege

Die Auskultation von Schluckgeräuschen hat eine langjährige Tradition in der medizinisch-therapeutischen Diagnostik. Heute wird sie mit Hilfe von ultrasensiblen Stethoskopen und elektronischen Aufzeichnungsgeräten, zusammen mit bildgebenden Verfahren, in der Dysphagieforschung verwendet. Das Thema ist gut beforscht und es finden sich in den Fachjournalen (zum Beispiel: Dysphagia, Swallowing Sounds) zahlreiche Artikel dazu.

Prosiegel et al. beschreiben in einem Dysphagieleitfaden, dass „ein gurgelndes Atemgeräusch, eine veränderte Stimmqualität (rau, gurgelig, feucht), Husten vor-, während-, oder nach dem Schlucken gehört werden kann und eine „Zyanose“ optisch wahrnehmbar ist. Ausserdem beschreibt er das eine „Tachykardie“ durch den Stress ausgelöst werden kann den ein Verschlucken verursacht(Prosiegel et al., 2010, S. 35).“

Dies scheint für die optisch-akustische Beobachtung in der Altenpflege zu unspezifisch. Da die Bewohner zumeist multimorbide sind. Die Erkennung von Schluckstörungen ist umso schwieriger, je multimorbider ein Bewohner ist. Neueste Zahlen aus der „Beschreibung und Bewertung der fachärztlichen Versorgung von Pflegeheimbewohnern in Deutschland“, die im Mai 2013 vom DIMDI veröffentlicht wurden, machen dies deutlich. Sie belegen, dass viele Bewohner an mehreren chronischen Alterserkrankungen gleichzeitig leiden können.

- „Ca. 50% der Pflegeheimbewohner leiden an einer demenziellen Erkrankung
- Ca. 20% an anderen psychischen Störungen
- Ca. 20% an neuronalen Erkrankungen
- Bis zu 70% an schweren Beeinträchtigungen der Mobilität
- Ca. 20% an schweren Beeinträchtigungen der Seh-, Hör- oder Sprachfähigkeit“ (DAHTA, 2013, S.35).

In den Pflegediagnosen der „North American Nursing Diagnosis Assoziation (NANDA)“ finden sich Beschreibungen zu Schluckgeräuschen und beobachtbarem Verhalten bei Dysphagikern.

**„Objektive Hinweise:**

**im Mundbereich** (langes, angestregtes Kauen; unfähig zu kauen; hin- und herschieben von Speisen im Mund; Verbleib von Nahrung im Mund oder in Wangentaschen; Zungenbelag aus Speiseresten);

**beim Schluckakt** (Schlucken mit offenem Mund, langsames, geräuschvolles, angestregtes Schlucken; Verschlucken); Fehllage von Kopf, Oberkörper während der Nahrungsaufnahme, reden mit vollem Mund, kurzatmig; Austritt von Nahrung aus der Nase; Husten, Würgen. Bei Fazialis Parese: Speichelfluss aus herabhängendem Mundwinkel, Kauschwierigkeiten.

**! Achtung:** objektive Merkmale umgehend abklären; nichterkannte Dysphagie → evtl. Lebensgefahr!

**Verbale Hinweise:** Äußert, dass Nahrung trotz Schluckens im Mund verbleibt\*, Angst vor Husten und Erstickenanfällen\*, Schmerzen im Mund oder beim Schlucken\*; Kinder weinen, schreien\*

**Veränderungen im Verhalten:** Spuckt Nahrung aus, erbricht, verweigert Nahrungsaufnahme, hustet, von Hustenanfällen geschüttelt, erschöpft\*, müde\*, schnappt nach Luft, unaufmerksam\*, stößt auf, kaut lang anhaltend oder zu wenig\*, Bewusstseinsverändert\*; bei Kindern zu schwaches Saugen

**Veränderungen des Körpers:** Zyanose\*, trockene Mundhöhle\*, entzündete Mundschleimhaut\*, Gewichtsabnahme\*; bei Kindern Lippen-, Gaumen-, Kieferspalte\*, verminderter Speichelfluss\*

**NANDA-PD,** Bei Fazialis Parese: Speichelfluss aus herabhängendem Mundwinkel, Kauschwierigkeiten.(Heuwinkel-Otter, Nümann, 2010, S.253).“

Die oben genannten NANDA Kriterien beziehen sich auf Menschen jeden Alters. Sie scheinen für die akustische Beobachtung an manchen Stellen zu ungenau.

Altenpflegende sind zur Krankenbeobachtung auf ihre Sinne angewiesen. Sie benötigen eine genaue Beschreibung dessen was beobachtbar sein kann. Daher werden nachfolgend weitere optisch und akustisch wahrnehmbare Anzeichen ergänzt, die in einem gemeinsamen Fachgespräch

von insgesamt vier Studierenden der Pflegewissenschaft, die ihren beruflichen Ursprung in der Altenhilfe und der Gesundheit- und Krankenpflege haben, von mir zusammengetragen

Folgende mit dem Schlucken verbundene Atemgeräusche, Stimmgeräusche, Verhaltensweisen und Körperhaltungen können einen Hinweis auf Schluckstörungen geben und sind vor, während oder bis circa einer Stunde nach dem Essen akustisch und optisch beobachtbar:

Atemgeräusche:

• Ächzen	• Brodeln	• Brummen
• Giemen	• Gurgeln	• Husten
• Knarren	• Klicken	• Pfeifen
• Surren	• Stöhnen	• Summen
• Räuspern	• Röcheln	• Zischen

Die Stimme oder die Stimmlage des Bewohners kann sich während oder nach den Mahlzeiten verändern. Sie kann dann wie folgt klingen:

• belegt	• brodelnd	• brüchig
• gedrosselt	• gepresst	• heiser
• hoch	• leise	• rau
• schwach	• verschleimt	• verwaschen
• wässrig	• würgend	• zungig

Beobachtbare Auffälligkeiten des Schluckens können auf eine Dysphagie hinweisen:

• Herauslaufen der Nahrung/ Flüssigkeit aus dem Mund
• Aktives Herausbefördern der Nahrung mit der Zunge aus dem Mund
• Fehlender Husten oder eingeschränkter Husten
• Speichelaufstau im Mund und Rachen
• Schluckvermeidung, Sammeln der Nahrung im Mund
• Nachschlucken, Fraktioniertes Schlucken, Verlängertes Schlucken

• Steckenbleiben der Nahrung im Rachen/ Hals
• Gleichzeitiges Sprechen und Schlucken
• Gleichzeitiges Atmen und Schlucken
• Stilles Einatmen der Nahrung oder Flüssigkeit/ Silent Aspiration
• Eingeschränkte Fähigkeit zum Räuspern
• Reduzierte Zungenkraft
• Vermindertes Kauen
• Verdickte Zunge
• Vermehrte Schleimbildung
• Erbrechen oder Würgen von geschluckter Nahrung
• Nasses Tracheostoma

Menschen mit Schluckstörungen können folgendes Verhalten zeigen:

• Aggressives Verhalten	• Kopf oder Rumpf wegdrehen
• Ängstliches Verhalten	• Müdigkeit, Somnolenz, Apathie
• Appetitlosigkeit	• Nervosität
• Apraxie	• Suchbewegungen der Lippen/ Zunge
• Hyperkinesen	• Vermeidungsverhalten

Eine pathologische Körperhaltung kann eine Dysphagie auslösen. Sie kann aber auch durch den Versuch der Kompensation der Dysphagie entstehen. Sie kann:

• gebeugt	• gespannt	• gestreckt
• gekrümmt	• gelähmt	• schlaff
• spastisch	• überstreckt	• zusammenkauernd

Die Gesichtsfarbe kann sich während des Essens verändern. Dies zeigt häufig ein Verschlucken der Nahrung an, oder wenn der Bewohner die Luft anhält, aus Angst sich zu verschlucken.

• blass/livide	• rötlich	• bläulich	• gräulich
----------------	-----------	------------	------------

Wenn diese Anzeichen von Pflegenden wahrgenommen werden, kann gezielt ein Arzt davon in Kenntnis gesetzt werden, um nachfolgend therapeutische Maßnahmen einzuleiten. „Ist das klinische Bild nicht ausreichend sicher, oder lassen sich die verursachenden Faktoren der Schluck-

störungen nicht eindeutig erkennen, sollte der Schluckablauf zusätzlich videoendoskopisch und/oder radiologisch beurteilt werden.“[...] „Die Therapie sollte durch Sprachtherapeuten/Logopäden mit entsprechender Qualifikation, ausreichender Erfahrung und in enger interdisziplinärer Zusammenarbeit mit allen an der Betreuung und Behandlung beteiligten Berufsgruppen durchgeführt werden“ (Bonnert u. Kaiser, 2006, S. 2).

## 2.16 Pflegemaßnahmen bei Dysphagie

Es gibt keine singuläre Pflegemaßnahme, die bei einem so komplexen Krankheitsbild wie der Dysphagie immer angewendet werden kann. Sicher ist aber, dass individuelle Pflegemaßnahmen möglich sind, um Bewohnern das Schlucken zu erleichtern oder ein Verschlucken zu verringern oder zu verhindern. In einem Review (Alagiakrishnans, 2012, S. 1-9) wird beschrieben, welche therapeutischen Maßnahmen in Studien zu einer Verbesserung des Schluckens geführt haben. Einige der dort dargestellten Therapien sind nur von Logopäden praktizierbar. Die Maßnahmen, welche von Pflegenden ausgeführt werden können, werden nachfolgend erläutert.

Anatomisch geeignet ist beim Essen und Trinken eine aufrecht sitzende Körperhaltung, wenn es geht, leicht nach vorne gerichtet, mit der Möglichkeit, die Arme aufzulegen. Die Kau- und Schluckmuskulatur und die beteiligten Knochengelenke sind am Schädel und der Halswirbelsäule so aufgehängt, dass sie in einer aufrechten Position am besten funktionieren. Daher sollte jeder Bewohner zu den Mahlzeiten in eine aufrechte 90°-Sitzposition mobilisiert werden. Dies gilt auch für Menschen, die den größten Teil des Tages im Bett verbringen. Auch ist diese Position für die oft schon gestörte Sinneswahrnehmung am besten geeignet. Das Liegen im Bett, ein überstreckter Kopf nach hinten, das Liegen im 30°-Winkel auf der Seite, oder das Liegen in 30°-45° Oberkörperhochlagerung lässt die Aspirationsgefahr stark ansteigen (Lohmann et al., 2008, S. 44ff.).

Selbst gesunde Menschen sind nur schwer in der Lage, in einer solchen Position zu schlucken, ohne sich zu verschlucken, denn Nahrungsbrei, Flüssigkeit und der Speichel laufen sehr schnell in den Rachen und för-

dern erheblich das Verschlucken und Aspirieren. Eine leichte Absenkung des Kopfes Richtung Kinn, die „Chin-tuck“ oder „Chin-down“ Methode, kann eine Verbesserung des Schluckbildes zeigen. Auch weist Lohmann et al., (2008, S. 44ff.) in seinem Review auf den positiven Effekt der Andickung von Speisen in nektar- bis honigartig angedickte Flüssigkeiten hin. Diese Methode ist einfach anzuwenden und kann die Gabe von Speisen und Getränken erheblich erleichtern. Eine besondere Situation besteht für kognitiv eingeschränkte Bewohner mit Schluckstörungen. Für sie ist es schwierig, den mündlichen Anweisungen zu folgen und sich Handlungsveränderungen zu merken, um sie dann anzuwenden. (Bautmans et al., 2008, S. 758; Robbins et al., 2008, S. 514) Sie können von leichtem, ergonomisch angepasstem Besteck und Geschirr profitieren und Anleitung und Unterstützung von Pflegenden erhalten. Alte Menschen ohne kognitive Einschränkungen können zu einfachen unterstützenden Maßnahmen angeleitet werden.

Demenzkranke sind im besonderen Maße von ihren Stimmungen abhängig. Häufig zeigen sich Stimmungsschwankungen, insbesondere in den frühen Phasen der Demenz, oder Anzeichen innerer Unruhe. Die Bewohner wirken angespannt und haben einen hohen Bewegungsdrang. Sie können in die Vorbereitung der Mahlzeiten mit einbezogen werden. Der dadurch erhöhte Energie- und Flüssigkeitsbedarf kann zum Beispiel durch die Gabe von fruchtigen und herzhaften „Smoothies“ ausgeglichen werden. Menschen mit kognitiven Einschränkungen sollten so lange es geht selber essen und trinken. Es gibt dafür eine sehr große Auswahl an geeignetem Geschirr und Besteck. Sie dürfen auch einen Löffel oder ihre Hände dazu benutzen. Finger-Food erleichtert dies. Die Mithilfe der Pflegenden könnte die Unterstützung des Arms, der Hand oder des Kopfes sein, damit die Hand den Weg zum Mund finden kann. Der Blickkontakt ist sehr wichtig. Daher sollten sich Pflegende zu den Mahlzeiten neben oder vor den Bewohner setzen und Kontakt herstellen. Bewohner suchen in solchen Situationen oft den Kontakt zu Pflegenden, weil sie ihnen ein Gefühl von Vertrautheit, Sicherheit und Orientierung verschaffen. Die Begleitung der Mahlzeiten bietet dazu eine gute Gelegenheit. Das Essen sollte in einer ruhigen, entspannten, wohnlichen Atmosphäre eingenommen werden. Die

aktivierend pflegende Einbeziehung der Bewohner vor und während des Mahlzeitenablaufes macht es ihnen möglich, sich auf die Situation einzustellen. Sie sehen und riechen das Essen, der Appetit kann sich einstellen und der Speichel wird produziert. Nach dem Sprichwort: „Das Auge isst mit.“, sollte das Essen appetitanregend angeboten werden. Andickungshilfen, zum Beispiel Schmelzflocken oder Dicksäfte, können flüssigen Speisen eine nektarartige Konsistenz geben, ohne den Geschmack der Speisen sehr zu verändern. Die technischen Möglichkeiten für Großküchen, frische, passierte Speisen oder Breikost appetitanregend zu gestalten, wurden in den letzten Jahren enorm weiterentwickelt. Es gibt zahlreiche Fortbildungsmaßnahmen für Küchenleitungen von Altenhilfeeinrichtungen.

Die Angehörigen nach ihren Fähigkeiten in den Pflegeprozess mit einzubinden kann für alle Beteiligten als positiv erlebt werden. Bei Einzug befinden sie sich oft in einer Ausnahmesituation und sind dankbar, wenn sie den Eingewöhnungsprozess unterstützen können. Dies kann Teil der Informationsgespräche sein. Sie können sehr hilfreiche Informationen über das bisherige Essverhalten geben. Sie kennen die Lieblings Speisen und Abneigungen der Bewohner. Für die Bewohner ist es schön, einen vertrauten Menschen um sich zu haben, der sie liebevoll begleitet. Wenn Lieblings Speisen erfragt werden, darf dies nicht zulasten der Vielfalt gehen nach der Devise: „Einmal Marmelade, immer Marmelade.“ Eine gut funktionierende Schnittstellenkommunikation zwischen allen Beteiligten ist in solchen Fällen hilfreich. Bei leichten Schluckstörungen können Angehörige angeleitet werden, den Bewohnern Mahlzeiten oder Getränke mit Hilfsmitteln anzureichen. Sie sind zumeist dankbar, wenn ihnen diese oder einfache Techniken gezeigt werden. Sie können dies dann auch anwenden, wenn sie mit dem Bewohner alleine sind. Die Pflegenden können sie zu Anfang dabei begleiten und anleiten.

Alte Menschen benötigen beim Essen mehr Konzentration als junge Menschen. Daher sollten sie in einer ruhigen Atmosphäre essen, ohne Hintergrundmusik oder TV, es sollte vermieden werden sie während des Essens wiederholt anzusprechen. Wenn sie das Brot schmieren oder die Gabel zum Mund führen können und dann ein Stück abbeißen, sollen sie immer



die Möglichkeit dazu erhalten. Mitarbeiter, die wiederholt Mahlzeiten begleiten, haben eine gute Möglichkeit, diese Fähigkeiten zu erhalten und die Schluckfähigkeit zu beobachten. Wenn Bewohner nicht während des Essens durchgängig sitzen können, sollte ihnen die Möglichkeit gegeben werden, zum Beispiel während des Gehens, „Finger Food“ und kleine hochkalorische Mahlzeiten und Getränke aufzunehmen. Oft entspannen sich die Bewohner auch, wenn die Angehörigen oder Mitarbeiter etwas mitessen oder trinken und damit die Situation normalisieren.

Wenn die oben beschriebenen Maßnahmen gelingen, sollten sie allen Beteiligten (auch den Angehörigen) bekannt gemacht und regelmäßig evaluiert werden.

Easterling (2008, S. 275 ff.) beschreibt in ihren Ausführungen zu Schluckstörungen bei Demenzerkrankten, dass eine ruhige, entspannte Raumatmosphäre vor und während des Essens sich auf die Bewohner überträgt. Sie rät dazu, mit milden Gewürzen und frischen Kräutern die Speisen zuzubereiten, da es im Rahmen der neurologischen Erkrankung zu Missempfindungen des Geschmacks kommen kann. Da demenzerkrankte Bewohner oft süße Speisen den herzhaften Speisen vorziehen, rät sie, die Süßspeisen erst nach der Hauptmahlzeit zu servieren. Sie empfiehlt, auf eine gute Mundhygiene vor und nach dem Essen zu achten und den Ablauf des Essens täglich ähnlich zu gestalten. Gute Erfahrungen wurden auch mit der Bereitstellung und dem aktiven Anbieten von mehreren kleinen Snacks und „Finger Foods“ gemacht.

### **2.17 Praktische Relevanz versus Rechtliche Aspekte der Verordnung von Andickungsmitteln nach § 31, SGB V<sup>3</sup>**

In der beforschten Einrichtung konnte ich beobachten, dass die Getränke einiger dysphagischer Bewohner mit einem Andickungsmittel angerührt wurden. Andere Bewohner mit einer Schluckstörung erhielten ihre Suppen

---

<sup>3</sup> [http://www.gesetze-im-internet.de/sgb\\_5/index.html](http://www.gesetze-im-internet.de/sgb_5/index.html)

oder Getränke ohne eine Andickung und verschluckten sich daraufhin häufiger. Auf meine Nachfrage berichtete eine Wohnbereichsleiterin, dass nur Bewohner oder deren Angehörige, die es sich finanziell leisten können, dieses Pulver in der Apotheke beziehen. Für Bewohner, die Sozialhilfe erhalten, wäre dies kaum möglich. Dies trifft für den überwiegenden Teil der Bewohner des Hauses zu. Sie erklärte, sie habe daher in der Küche Gelatine bestellt und reichere Getränke, die vorbereitet werden könnten, z.B. kalten Tee oder Saft, damit an. Bei warmen oder frisch zubereiteten Getränken und Suppen funktioniere dies nicht. Auf meine Nachfrage, ob Bewohner, die es sich finanziell nicht leisten können, über eine ärztliche Verordnung das Andickungspulver beziehen, verneinte die Mitarbeiterin dies. Die Ärzte würden das Pulver ausschließlich über ein Privatrezept verordnen. Auf meine weitere Nachfrage, ob die Hauswirtschaftsleiterin größere Mengen des Andickungsmittels über den Großhandel bestellen kann, wurde dies ebenso verneint. Diese Möglichkeit ist in dem hausinternen Standard zu „Ess-, Trink- und Schluckstörungen“ festgelegt. Sie wird aber nicht praktiziert.

Die Kosten des Pulvers könnten über den Verpflegungssatz abgerechnet werden. Die Großhandelspreise sind entsprechend günstiger und das Pulver kann in großen Gebinden bezogen werden.

Eine andere Möglichkeit ist die Verordnung durch den Arzt. Der § 31 SGB V Arznei- und Verbandmittel besagt: „(1) Versicherte haben Anspruch auf Versorgung mit apothekenpflichtigen Arzneimitteln, soweit die Arzneimittel nicht nach § 34 oder durch Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 ausgeschlossen sind, [...] in welchen medizinisch notwendigen Fällen Stoffe und Zubereitungen aus Stoffen, die als Medizinprodukte nach § 3 Nr. 1 oder Nr. 2 des Medizinproduktegesetzes zur Anwendung am oder im menschlichen Körper bestimmt sind, [...] Der Vertragsarzt kann Arzneimittel, die auf Grund der Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 von der Versorgung ausgeschlossen sind, ausnahmsweise in medizinisch begründeten Einzelfällen mit Begründung verordnen [...]“ (vom 22.12.2010).

In weiteren Recherchen wurde am 02.05.2013, von einer Sachbearbeiterin der AOK Bonn bestätigt, dass das Pulver nach § 31 SGB V nicht verord-

nungsfähig sei. Die Zuordnung der Andickungsmittel falle unter „Diätetika.“ Es enthalte Kohlehydrate und sei damit ein Nahrungsmittel. Auf meine Nachfrage, wie das Kostenverhältnis denn zu einer stationär behandelten Aspirationspneumonie zu sehen wäre, antwortete mir die Dame, dass es auch andere Fälle gäbe, wo ein kostengünstigeres Medikament nicht von der Krankenkasse übernommen wird, obwohl dadurch Kosten zum erstattungsfähigen Medikament eingespart werden könnten. Auf meine Nachfrage nach der ethischen Bedenklichkeit einer solchen Entscheidung beendete sie das Gespräch mit dem Argument, dass sie dies nicht entscheiden habe.

Am gleichen Tag führte ich ein Gespräch mit einem Oberarzt der Anästhesie und Schmerztherapie. Er erklärte, dass ihm die oben beschriebene Regelung des § 31 SGB V bekannt sei. Der Arzt beschrieb weiterhin, dass er die Erfahrung gemacht habe, dass das gleiche Präparat, bei der gleichen Krankenkasse mit der gleichlautenden Begründung bei zwei unterschiedlichen Patienten akzeptiert beziehungsweise abgelehnt wurde. Die Entscheidungen wurden lediglich von zwei unterschiedlichen Sachbearbeitern getroffen.

Am 02.05.2013 führte ich ein Gespräch über die Verordnung von Andickungsmitteln mit einer Hausärztin. Sie verordnet diese ausschließlich über Privatrezepte. Sie kennt eine Regelung § 31 SGB V nicht.

Am 03.05.2013 führte ich ein Gespräch mit einer Apothekerin. Sie kennt nur die Verordnung über Privatrezept. Ihr Softwareprogramm zeigt das Präparat: „Thicken-Up“ nur als „nicht verordnungsfähig“ auf. Ihr sind die Regelung der Einzelfallbegründung nach § 31 SGB V bei der Krankenkasse sowie der Einzelfallzusage durch Sachbearbeiter bekannt.

Seit dem 1. April 2007 besteht für gesetzlich Krankenversicherte nach dem SGB V die Möglichkeit einer „spezialisierten ambulanten Palliativversorgung“. Der gemeinsame Bundesausschuss legte diesbezüglich Folgendes fest: „Palliativversorgung dient dem Ziel, die Lebensqualität und die Selbstbestimmung schwerstkranker Menschen, die an einer nicht heilbaren, weit fortgeschrittenen Erkrankung leiden, zu erhalten, zu verbes-

sern und ihnen ein menschenwürdiges Leben bis zum Tod zu ermöglichen.“ In der Ausführung heißt es weiter „Bei Palliativpatientinnen und Palliativpatienten steht nicht das Heilen einer Krankheit, sondern die Linderung von Symptomen und Leiden im Vordergrund. Der Begriff, palliativ‘ (lateinisch pallium = Mantel) steht in der Medizin für, die Krankheitsercheinungen mildernd, ohne ihre Ursachen zu beheben‘. Dementsprechend bilden die individuellen Bedürfnisse und Wünsche der Patientin oder des Patienten sowie die Belange der ihm vertrauten Personen den Mittelpunkt der Palliativ-versorgung [...]. Sie soll den Betroffenen ermöglichen, bis zum Tod in ihrer vertrauten häuslichen Umgebung oder in stationären Pflegeeinrichtungen versorgt zu werden. Voraussetzung für die Leistungsgewährung ist die Verordnung durch eine Ärztin oder einen Arzt [...].“

Diese Verordnung stellt sowohl für die Lebensqualität des Patienten als auch finanziell für die Kostenträger eine Verbesserung dar. In der Erklärung wird aber beschrieben, dass es sich aus der Sicht der gemeinsamen Selbstverwaltung um die palliative Versorgung vor allem an Krebs erkrankter Menschen handelt. „Zugleich müssen sie eine besonders aufwendige Versorgung benötigen.“ Bei Bewohnern der Pflegestufen II und III trifft dies ebenfalls zu. Eine chronische Schluckstörung verursacht Schmerzen und Leid für den Bewohner. Die Verordnungsfähigkeit von Andickungsmitteln würde helfen, dieses Leid, im Sinne einer spezialisierten ambulanten Palliativversorgung, zu verringern.

Die medizinische Versorgung der Bewohner wird über das SGB V finanziert. Das Argument, dass „die Verordnung den Betroffenen ermöglichen“ (soll), „bis zum Tod in ihrer vertrauten häuslichen Umgebung oder in stationären Pflegeeinrichtungen versorgt zu werden“, dürfte aus den oben beschriebenen ethischen Überlegungen auch für chronisch kranke Bewohner mit Schluckstörungen gelten. Dies sollte erneut diskutiert werden. Die finanziellen Anreize der Kostenträger dürften die Diskussion erleichtern.

### III. Methodik

Im Januar 2013 fanden zwei Beratungsgespräche mit dem betreuenden Professor statt. Es wurde gemeinsam festgelegt, dass die Masterarbeit sich im Setting einer stationären Altenhilfeeinrichtung mit der Frage beschäftigen sollte: Können Pflegende im Kontakt mit den Bewohnern akustische und optische Hinweise für Schluckstörungen bei Bewohnern erkennen? Aus den Erkenntnissen einer nichtteilnehmenden Beobachtung sollte ein praxisorientierter und transferfähiger Dysphagie-Assessmentbogen generiert werden. Das Forschungsfeld sollte mindestens 100 Bewohnerplätze haben, damit die Rekrutierung der Beobachtungsteilnehmer eine Gruppe von mindestens 25 Bewohnern ergeben würde.

#### 3.1 Ziel der Beobachtung und Ableitung der Forschungsfrage

Das Ziel dieser Beobachtungen ist es, für Pflegende ein praxisorientiertes Dysphagie-Assessment zu entwerfen, damit sicherheitsfördernde Maßnahmen für den Bewohner daraus abgeleitet werden können.

Die Forschungsfrage lautet: Ist es Pflegenden während der Mahlzeiten im Kontakt mit Bewohnern möglich, anhand von akustischen und visuellen Merkmalen Anzeichen einer Schluckstörung (außer der stillen Aspiration) zu erkennen?

#### 3.2 Forschungsannahmen

1. Durch die akustische Beobachtung eines Bewohners während der Mahlzeiten ist es Pflegenden möglich, Anzeichen von Schluckstörungen zu erkennen.
2. Durch die akustische Beobachtung eines Bewohners während der Mahlzeiten ist es geschulten Pflegenden möglich, Anzeichen von Schluckstörungen zu erkennen.

3. Durch die visuelle Beobachtung eines Bewohners während der Mahlzeiten ist es Pflegenden möglich, Anzeichen von Schluckstörungen zu erkennen.
4. Durch die visuelle Beobachtung eines Bewohners während der Mahlzeiten ist es geschulten Pflegenden möglich, Anzeichen von Schluckstörungen zu erkennen.

### 3.3 Das Beobachtungsverfahren

Für die Erhebung der Daten wurde die Methode der offenen, nichtteilnehmenden, freien Beobachtung von Einzelpersonen und Gruppen festgelegt. Die Methode eignet sich sehr gut, um Forschungsfelder zu beobachten, bei denen es bisher nur wenig wissenschaftliche Erkenntnisse gibt. (Bortz, Döring, 2006; S. 268)

Die Methode der wissenschaftlichen nichtteilnehmenden Beobachtung geht auf die österreichische Sozialwissenschaftlerin Marie Jahoda (geb.1907) zurück. Die Methode wurde von anderen Sozialwissenschaftlern weiterentwickelt. Nachfolgend werden die Kernpunkte von Siegfried Lamnek, welche auf das Forschungsfeld angewendet werden sollen, beschrieben.

Die Beobachtungen sollten wiederholt zu unterschiedlichen Zeiten, auf unterschiedlichen Wohnbereichen stattfinden, um Aussagen über die „Gültigkeit, Zuverlässigkeit und Genauigkeit“ der Beobachtungen machen zu können.

Die Beobachtungen sollten die gesamte Situation wiedergeben. Sie sollen während oder direkt nach der Beobachtung „aufgezeichnet“ werden.

Die Protokolle sollen die alltägliche Gesamtsituation abbilden und „keine Sammlung von Merkwürdigkeiten sein“.

Sie sollten „systematisch geplant und nicht dem Zufall überlassen werden“.

Die Beobachtung soll dem „Zweck“ der Verbesserung der Bewohnersicherheit in der Einrichtung dienen.

Durch die nichtteilnehmende Beobachtung kann der Beobachtende möglichst in den Hintergrund der Situation treten, sodass es nicht durch „irgendeine Eigenschaft des Beobachtenden“ zur grundsätzlichen Situationsveränderung kommt. (Lamnek, 2005, S. 559)

Daraus folgt, dass die Beobachtungen während den vier Hauptmahlzeiten auf allen Wohnbereichen durchzuführen sind. Sie sollen Einzelbeobachtungen als auch Gruppenbeobachtungen von Bewohnern umfassen und in der gewohnten Umgebung der Bewohner stattfinden. Damit die Ergebnisse auf andere Altenhilfeeinrichtungen übertragen werden können, sollten die Rahmenbedingungen mit denen der meisten Einrichtungen in Nordrhein-Westfalen vergleichbar sein. Ein Kriterium ist daher, dass ein Versorgungsvertrag mit den gesetzlichen Pflegekassen sowie Sozialhilfeträgern besteht.

### **3.3.1 Gütekriterien der nichtteilnehmenden Beobachtung**

Da sich Beobachtungen im Feld selten genauso wiederholen, sind qualitative Beobachtungsergebnisse entsprechend der Qualitätskriterien der quantitativen Forschung zu überprüfen. Die qualitative Forschung bietet geeignete Ansätze, um die Qualität der Daten zu analysieren.

Die Validität beschreibt Lamnek als „die Überprüfung der Gültigkeit aus der qualitativen Sozialforschung als eine andere Qualität, da sich ihr Charakter vom messtechnischen zum interpretativen- kommunikativen verändert“ (2005, S. 165 ff.). Er beschreibt die Möglichkeit der Validation als „einen Prozess mit dem Ziel der Vertrauenswürdigkeit. Nicht die Validität, sondern die Validierung ist das Ziel“ (2005, S. 165 ff.); also die Überprüfung der Beobachtung durch einen angeschlossenen Kommunikationsprozess, der einen Einblick in die alltäglichen Handlungen und Verhaltensweisen der Beobachteten gewährt. Lamnek stellt fest: „Validierung ist ein sozialer Diskurs.“ Er untermauert, dass „...die Datenerhebung der qualitativen Methoden in der Regel valider sind,

- weil die Daten näher am sozialen Feld entstehen. [...],
- die Daten realitätsgerechter und angemessener sind,
- die Relevanzsysteme der Untersuchten berücksichtigt werden,
- die Methoden offener und flexibler sind,
- eine kommunikative Verständigungsbasis existiert und eine sukzessive Erweiterung der Untersuchungsbasis auch auf extreme Fälle möglich ist“ (Lamnek, 2005; S. 165–166).

In dem Fall der nichtteilnehmenden Beobachtung heißt das, dass so viele Beobachtungen zu tätigen sind, bis diese ein sattes Bild entstehen lassen, das dem Forscher erlaubt, Empfehlungen daraus abzuleiten sowie es ermöglicht, Dritten einen realitätsgetreuen Einblick in das Feld zu ermöglichen.

Lamnek empfiehlt, die Beobachtungen in einem kommunikativen Diskurs mit Experten zu hinterfragen. Außerdem können die Beobachtungen mit anderen Forschungsergebnissen ähnlicher Felder verglichen werden, um deren Übertragbarkeit einzuschätzen.

Die Ergebnisse der nichtteilnehmenden Beobachtung lassen sich nicht einfach auf andere Settings übertragen, aber sie zeigen tiefe, individuelle Ergebnisse, die mit quantitativen Methoden bei gleicher Fragestellung nicht erreicht werden könnten.

### **3.3.2 Vor- und Nachteile der nichtteilnehmenden Beobachtung**

Die Methode der nichtteilnehmenden Beobachtung eignet sich, um einen möglich realistischen Zugang zum Forschungsfeld zu bekommen. Sie bietet den Vorteil, dass das Forschungsfeld genau beobachtet werden kann und sich darauf folgend dokumentieren lässt. Die Methode eignet sich ebenfalls gut, da die Bewohner so wenig wie möglich beim Essen gestört oder abgelenkt werden. Demgegenüber können die Bewohner nur begrenzt ihr Verhalten an die Beobachtung anpassen, da Schluckstörungen nur vereinzelt bewusst beeinflussbar sind. Das hat eine positive Auswirkung auf die Qualität der beobachtbaren Phänomene. Ein erwünschtes



Verhalten kann seitens der Mitarbeiter auftreten. Sie sind während der Beobachtung, zum Beispiel bei der Vorbereitung des Essens oder beim Anreichen des Essens, ein Teil der Beobachtung.

Die Methode der nichtteilnehmenden Beobachtung hat den Vorteil, dass in einem komplexen Forschungsfeld flexibel auf die sich ergebenden Beobachtungssituationen reagiert werden kann. Sie setzt voraus, dass der Beobachtende ein Fachwissen besitzt, welches ihm ermöglicht, die Beobachtungen in einen sinnvollen Zusammenhang einzuordnen.

Eine Partizipation des Beobachters am Geschehen kann durch die Beobachteten selbst oder durch Dritte geschehen und ist ebenfalls zu dokumentieren. Zur weiteren Differenzierung der Beobachtungen kann die direkte mit der indirekten Beobachtung ergänzt werden, etwa durch Einsicht in die Bewohnerakten.

In den Beobachtungen von Gruppen kann es von Nachteil sein, dass auch Menschen in der Gruppe sind, die einer Beobachtung nicht zugestimmt haben oder sich dadurch gestört fühlen. Eine ausführliche schriftliche und mündliche Information zum Sinn und Zweck der Beobachtung, der Verwendung der Daten als auch der Verbleib der Daten kann Missverständnisse vorab vermeiden. Der Beobachter sollte seine Gesprächsbereitschaft signalisieren.

### **3.3.3 Kriterien der nichtteilnehmenden Beobachtung**

Wie oben beschrieben, bietet die Beobachtung, den Vorteil relativ offen auf das Forschungsfeld zu reagieren. Das Thema Schluckstörungen impliziert den Beobachtungsrahmen. Dieser soll, wenn die Beobachtungen dies erfordern, die Eigenschaft haben, sich zu verändern und zu erweitern. Ziel ist es, einen Überblick über ein Forschungsfeld in Bezug auf die Forschungsfrage zu erhalten. Demzufolge sollen alle Anzeichen von Schluckstörungen, die akustisch oder visuell, ohne den Einsatz von Hilfsmitteln wahrnehmbar sind, beobachtet werden. Hilfreich ist zudem, wenn der Forscher Einblicke in die Bewohnerdokumentationen erhält.

Bewohner mit einer diagnostizierten Schluckstörung werden in die Beobachtung eingeschlossen. Es soll dann beobachtet werden, ob Mitarbeitern dies bekannt ist und ob sie adäquate Pflegemaßnahmen daraus ableiten können.

Da die Sitzposition und die Körperhaltung oder die Körpermobilisation beim Schluckakt eine wichtige Rolle spielen, beobachte ich auch diese. Das gleiche gilt für die Körperhaltung und Kontaktaufnahme der Pflegenden. Ihre Körperhaltung und Kommunikationsfähigkeit entscheidet, ob es gelingt, mit dem Bewohner verbal oder nonverbal Kontakt aufzunehmen und sich dieser auf die folgenden Pflegemaßnahmen einstellen kann.

Die Einnahme von Medikamenten soll unter Aspekten der sicheren Medikamentengabe beobachtet werden, denn häufig führt die Einnahme von Medikamenten, insbesondere die von Tabletten, zu Ängsten vor dem Verschlucken oder zu Schluckstörungen. Medikamente, die nicht vollständig geschluckt werden, können zu Entzündungen oder Verätzungen der Schleimhäute führen, etwa durch Kaliumpräparate.

Bewohner, die auf die Hilfe der Mitarbeiter beim Essen und Trinken angewiesen sind, dürfen laut Heimvertrag darauf vertrauen, dass diese nach dem neuesten Stand der Pflegeforschung ihre Arbeit verrichten und seitens der Einrichtung Hilfsmittel zur Verfügung gestellt werden, um sie vor vermeidbaren Gesundheitsbeeinträchtigungen zu schützen. Daher ist es relevant, die Pflegehandlungen diesbezüglich zu beobachten. Der Einsatz und die Anwendung von Hilfsmitteln, die Schluckstörungen vermeiden helfen, werden auf den richtigen Einsatz und die richtige Anwendung beobachtet, etwa Geschirr oder Andickungsmittel.

### **3.3.4 Ein- und Ausschlusskriterien der nichtteilnehmenden Beobachtung**

In die Studie mit einbezogen werden nur Bewohner, die vorab umfassend darüber informiert wurden und selbst oder durch ihre Betreuer ihr schriftliches Einverständnis geben. Bewohner, die sich während der Beobachtung gegen diese äußern, oder nonverbal zeigen, dass sie nicht beobachtet

werden möchten, werden in ihrer Entscheidung unbedingt akzeptiert. Ausgeschlossen aus der Beobachtung werden Bewohner, die in ihren Zimmern ohne Hilfe alleine essen möchten.

Bewohner, die ausschließlich über eine PEG- Sonde ernährt werden, sind ebenfalls von der Beobachtung ausgeschlossen. Bewohner, die mit einer PEG-Sonde auch orale Nahrung zu sich nehmen, sind in die Beobachtung eingeschlossen. Ebenso werden Bewohner ausgeschlossen, die eine Trachealkanüle haben oder Bewohner, die sich im Sterbeprozess befinden. Es werden nur Bewohner mit einbezogen, die sich während der Beobachtungsphasen in der Einrichtung befinden.

Auch Bewohner, die nicht mehr in der Lage sind, selbstständig zu essen und zu trinken, sollen einbezogen werden.

### **3.3.5 Ethische Aspekte der nichtteilnehmenden Beobachtung**

Sinn und Zweck wissenschaftlicher Forschung ist ein nachvollziehbarer Erkenntnisgewinn. Um Forschungsfragen zu beantworten kann es zum Beispiel sinnvoll sein, Verhalten von Menschen zu studieren. Sobald der Forscher in den Persönlichkeitsbereich eines Individuums eindringt, stellt sich die Frage, welche Auswirkungen dies für den Beforschten hat. Dies sollte in den Vorüberlegungen bedacht werden, insbesondere wenn Menschen beobachtet werden, die kognitiv eingeschränkt sind und deshalb besonders vulnerabel sind. Ethische Kriterien sollen helfen, dies vorab in die Studie mit einzuplanen.

Der erste Satz des Artikel 1 des deutschen Grundgesetzes lautet:

„Die Würde des Menschen ist unantastbar.“

Er kann als Leitsatz zur Feldforschung dienen. Jedoch sollte bedacht werden, dass jeder Mensch individuelle Grenzen hat und diese in jedem Fall beachtet werden müssen. Keinem Studienteilnehmer sollte durch die Studienteilnahme ein Schaden entstehen. Auch sollten die Teilnehmer umfassende Informationen über die Studie erhalten. Die Teilnahme an der Studie ist freiwillig. Ihr kann jederzeit auch widersprochen werden. Die

Einhaltung der Schweigepflicht, die Pseudonymisierung sowie der Schutz der Daten sind in die Überlegungen der Protokollierung und der Beschreibung der Einrichtung mit einzubeziehen. Wenn Bewohner nicht vollumfänglich verstehen können, welchem Zweck die Forschung dient, sollen die Betreuer im Sinne des Bewohners entscheiden. Der Forscher sollte aber in diesem Falle auch auf die Signale des Bewohners reagieren und bei Verdacht, dass die Situation dem Bewohner unangenehm ist, diese abbrechen oder unterlassen. Des Weiteren gehört auch dazu, dass es während der Beobachtung zu keiner Verletzung der Persönlichkeitssphäre kommen soll.

### **3.3.6 Planung der nichtteilnehmenden Beobachtung**

In der Vorbereitung auf die Masterthesis wurde ein grober Zeitplan erstellt. Außerdem konnte im November 2012 über eine Bekannte der Kontakt zu einer Einrichtungsleiterin hergestellt werden, die eine christliche Einrichtung mit ca. 160 Bewohnern im Rhein-Sieg-Kreis leitet. Nach einem Telefonat und einem persönlichen Gespräch mit der Beschreibung der Forschungsidee war die Einrichtungsleiterin mit der Durchführung der nichtteilnehmenden Beobachtung einverstanden. Ich verabredete mit ihr die Einhaltung der Schweigepflicht und des Datenschutzes. Außerdem vereinbarte ich mit ihr die Pseudonymität der Daten, damit keine Rückschlüsse von außen auf Bewohner oder das Haus möglich sind. Weiter wurde verabredet, dass die Verwaltungsleiterin mir eine Liste mit den Kontaktdaten der Bewohner zusendet, sodass ich mit ihnen bzgl. der ausführlichen Information und der Bereitschaft zur Teilnahme in Kontakt treten konnte. Der größte Teil der Bewohner steht unter einer gerichtlich bestellten Betreuung. Daher konnte der postalische Kontakt überwiegend über die Betreuer hergestellt werden. Zu diesem Zweck erhielt ich im Januar 2013 die verabredete Liste mit den Betreuerdaten. Sie wurden von mir im Februar 2013 angeschrieben, mit einer beigefügten Beschreibung der Studie, einer Einverständniserklärung und einem Freiumschlag zur Rücksendung des gegebenen Einverständnisses. Innerhalb von vier Wochen trafen 48 Einverständniserklärungen ein. Zwei Betreuer erklärten schriftlich, dass ihre

Betreuten keine Schluckstörungen hätten. Ein anderer Betreuer unterrichtete mich darüber, dass der Bewohner nicht mehr oral ernährt wurde. Ein weiterer Betreuer teilte mir in einem Telefongespräch mit, dass seine Betreute selbst über die Teilnahme an der Studie entscheiden kann. Eine Erklärung wurde erst nach Beendigung der Beobachtungen zugestellt. Die Originale werden im Rahmen der Arbeit unter datenschutzrechtlichen Bestimmungen aufbewahrt.

Geplant wurde, die Beobachtungen an 15 Tagen ab dem 08.04.2013 auf allen acht Wohnbereichen der Einrichtung durchzuführen. An den Wochenenden sollten die Pausen zwischen den Mahlzeiten dazu genutzt werden, die Bewohner-dokumentationen zu sichten.

An den Werktagen war es gegen 17 Uhr möglich, innerhalb einer dreiviertel Stunde in die Einrichtung zu fahren und die Bewohner beim Abendbrot zu beobachten. An Wochenenden und Feiertagen war dies gegen 10 Uhr möglich, daher fand keine Beobachtung während des Frühstücks statt.

Frühstück	08:00-10:30
Mittagessen	12:00-13:00
Nachmittagskaffee	15:00-16:00
Abendbrot	18:00-19:00

Die Pflegedienstleiterin informierte in Teamgesprächen die Mitarbeiter über die bevorstehenden Beobachtungen, damit sie die Besuche einordnen konnten. Außerdem stellte sie ihre Telefonnummer zur Verfügung, sodass notfalls auch per Telefon eine Absprache mit den Mitarbeitern erfolgen konnte. Sie organisierte zusätzlich eine Login-Möglichkeit zur Einsichtnahme in die EDV-gestützte Bewohnerdokumentation.

Zu Beginn der Beobachtungen wurden innerhalb einer Hausführung die Wohnbereiche und Räumlichkeiten gezeigt und eine Einführung in das Dokumentationssystem gegeben.

In der Vorbereitungsphase wurde außerdem ein Beobachtungsbogen angelegt. Dieser stellte sich aber am ersten Tag, weder in der Einzelbe-

obachtung noch in der Gruppenbeobachtung, für diese Art der Beobachtung als passend dar. Als anwendbar erwies es sich, alle Beobachtungen und Memos in ein Ringbuch zu schreiben.

### 3.4 Setting/Forschungsfeld

Die Forschung in der Altenhilfeeinrichtung war nur möglich mit der Zusage der Wahrung der Pseudonymität der Beobachteten sowie der Einrichtung selbst. Daher erfolgt nur eine allgemeine Beschreibung der Einrichtung.

In der Altenhilfeeinrichtung leben 160 pflegebedürftige Menschen. Das Gebäude wurde im Baustil der 70er Jahre erbaut. Die meisten Bewohner leben in Doppelzimmern, auf acht Wohnbereichen, die auf mehreren Etagen verteilt sind.

Die Einrichtung gehört zu einer Holding **eines christlichen** Trägers. Das gesamte Unternehmen ist in Sparten aufgeteilt. Diese werden von mehreren regionalen Geschäftsführern geleitet.

Die Einrichtungs- und Pflegedienstleitung ist seit mehreren Jahren in ihrer Funktion tätig. Sie wird in ihrer Arbeit von der Verwaltungsleitung unterstützt. Diese ist ihre Stellvertretung und übernimmt beispielsweise das Einzugsmanagement. Die stellvertretende Pflegedienstleitung arbeitet seit einem Jahr in der Einrichtung. Ihr sind vier Wohnbereichsleiter unterstellt. Die Leitung der sozialen Betreuung ist auch Qualitätsmanagement (QM) Beauftragter. Es gibt im Büro der Einrichtungsleitung einen Ordner mit einem Qualitätshandbuch. In den Arbeitsbereichen sind keine QM-Handbücher vorhanden.

Die Wohnbereiche haben aufgrund baulicher Gegebenheiten eine unterschiedliche Größe. Es leben 30 bis 50 Bewohner auf einem Bereich.

Die Trägerschaft der Einrichtung hat in den vergangenen vier Jahrzehnten mehrmals gewechselt. Sowohl der bauliche Zustand des Hauses als auch die Inneneinrichtung wurden weitgehend so belassen.

Im Erdgeschoss befinden sich der Verwaltungstrakt und einige Veranstaltungsräume. Von der Eingangshalle gehen das Treppenhaus und die Aufzüge zu den Wohnbereichen ab.

Die Wohnbereiche erinnern an Flure eines Krankenhauses aus den 70er Jahren. Der überwiegende Teil der 160 Bewohner lebt in Doppelzimmern und teilt sich mit drei anderen Bewohnern ein Badezimmer sowie die Toilette. Die meisten Türen der Doppelzimmer stehen offen. Eine kontinuierliche Versorgung der Flure mit Frischluft findet nicht statt.

Die Zimmer haben große Fenster und sind funktional mit einem kleinen Einbauschränk, einer Lichtleiste, zwei Stühlen, einem Tisch, zwei modernen Pflegebetten sowie zwei Pflegenachtschränken ausgestattet.

Die Rufanlage wurde modernisiert. Die Rufsignale und auch die Telefonate werden auf die mobilen Telefone der Pflegenden geleitet.

Die Arbeitsplätze der Pflegenden sind mit mehreren Rechnern ausgestattet. Die Pflegeprozesssteuerung, die Ablage der Befunde und auch der Pflegebericht werden über eine Software verwaltet.

Einige Bewohner leben in der Einrichtung seit den 70er Jahren, als ein Teil des Hauses zur Pflege von jungen, behinderten Menschen genutzt wurde. Viele Bewohner kommen aus dem näheren Einzugsgebiet und der überwiegende Teil von ihnen erhält eine finanzielle Grundsicherung nach SGB XII.

### **3.4.1 Das Qualitätsmanagement der Einrichtung**

Auf den Wohnbereichen der beforschten Einrichtung gibt es keinen direkten Zugriff auf ein Qualitätshandbuch. Ein Qualitätszirkel findet nicht regelmäßig statt. Es gibt einen Ordner, in dem einige Konzepte und Prozesse hinterlegt sind. Ein Inhaltsverzeichnis oder eine Gliederung fehlt. Dieser Ordner ist den Mitarbeitern nicht frei zugänglich und steht bei der Einrichtungsleiterin im Büro. In diesem Ordner findet sich ein Pflegestandard zum Thema: „Ernährung, allgemeine Richtlinien. Ess-, Trink- und Schluckstörungen.“

Das Ziel des Standards wird nicht beschrieben. Er beschreibt, dass eine „hohe Aspirationsgefahr“ aufgrund von Hirnschädigungen besteht. Als Anzeichen dafür führen die Autoren die „Störung der Mund-, Zungen-, Kau- und Rachenmotorik/-sensorik“ auf. Als Beispielerkrankung wird der „Apoplex“ genannt. Die Autoren legen fest, dass „der Schluckreflex in jedem Fall gegeben sein muss (ggf. vorher Arzt fragen)“. Mit welcher Methode dieser geprüft werden kann, oder was auf ihn hindeutet, wird von ihnen nicht beschrieben. Es wird darauf hingewiesen, dass eine „Aufrechte und symmetrische Oberkörperhaltung“ eine „absolute Voraussetzung.“ ist. Eine Erklärung wie diese Haltung unterstützt werden kann fehlt. Es werden Hinweise zum Vermeiden von Dysphagien beschrieben zum Beispiel soll eine „Individuelle Auswahl der Nahrung und Hilfsmittel“ erfolgen und eine „nektarartige bis feste Nahrung bevorzugt“ angeboten werden. Es sollen „vor allem bei häufigem Verschlucken und schlechtem Lippenschluss;“ folgende Maßnahmen durchgeführt werden: „z.B. Getränke mit Trinkhalm anbieten (Saugübung, bessere Dosierung, stärkerer Schluckreflex); bei Bewohnern die sich häufig verschlucken, Getränke nicht über die plegische Seite anbieten.“ Für Pflegehelfer wäre die Beschreibung der „gelähmten Seite“ einfacher nachzuvollziehen. Weiter heißt es „Flüssigkeiten können ange dickt werden (mit KL besprechen)“. Wer „KL“ ist, und mit was die Flüssigkeiten anzudicken sind, wird nicht geklärt. Diese Regeln waren den Mitarbeitern und leitenden Mitarbeitern auf meine Nachfrage hin nicht bekannt.

Folgend wird beschrieben:

„Bei häufigem Verschlucken und intaktem Lippenschluss: Schulter und Kopf leicht nach vorne gebeugt werden soll. Das dadurch folgendes erreicht wird: (aktiver Transportweg, Bewohner spürt die Nahrung eher, bevor sie im Rachen ankommt); bei Apoplexie: zur besseren Wahrnehmung evtl. Kopf leicht zur gesunden Seite neigen lassen.“

Für schwere Schluckstörungen wird eine „stimulierende Massage für Anbahnung des Schluckreflexes“ beschrieben, die nachfolgend „(nur durch Logopäden/ Ergotherapeuten, Rezept anfordern)“ durchzuführen sind.



Es wäre für die Mitarbeiter hilfreich, auf die Möglichkeit der therapeutischen Behandlung hinzuweisen und die Massage nicht zu nennen, da die Therapeuten nach einer Diagnostik die individuell passenden Maßnahmen festlegen.

Im Standard heißt es weiter: „Darauf achten, dass der Bewohner das Essen vollständig herunterschluckt und keine Speisereste im Mund verbleiben, die Mundhöhle nach der Nahrungsaufnahme auf Nahrungsreste kontrollieren.“ Wie dies erfolgt, welche Hilfsmittel zur Inspektion benötigt werden, wird nicht im Standard erklärt. Eine Mundpflege wird in diesem Zusammenhang nicht empfohlen.

Zur Dokumentation wird geraten, dass „Vorgehen im Pflegeplan [zu] beschreiben“. Außerdem sollen die Mitarbeiter „Beobachtungen und Verlauf im Pflegeplan beschreiben“. Dies wird üblicherweise im Pflegebericht beschrieben.

Es kann an dieser Stelle festgestellt werden, dass den Mitarbeitern zur korrekten Pflege bei Schluckstörungen nur bedingt hausinterne Möglichkeiten der Wissenserlangung zur Verfügung stehen.

### **3.4.2 Sichtung der elektronischen Bewohnerdokumentation**

In der Bewohnerdokumentation konnten die Pflege-prozesssteuerung, der Pflegebericht, die Kommunikation mit dem Hausarzt, die Diagnosen und das Stammbblatt eingesehen und bei Bedarf ausgedruckt werden. Die Sichtung der Pflegeplanung wurde auf den Punkt „Essen und Trinken“ eingegrenzt, weil davon auszugehen war, dort Informationen zu Dysphagien zu finden. Die Sichtung der Pflegeberichte wurde bis zum 01.01.2013 rückwirkend geplant, um Eintragungen, die auf Dysphagieereignisse hindeuten, zu erfassen und zu sehen, was daraus hervorging. Sie konnte aber ausgedehnt werden, wenn der Bewohner zu dem Zeitpunkt an einer akuten Atemwegserkrankung litt, oder über den Jahreswechsel ambulant antibiotisch behandelt wurde oder sich in stationärer Behandlung befand.

Die Sichtung der Pflegeberichte erwies sich als sehr aufwendig. Sie umfasste überwiegend Beschreibungen der durchgeführten Körperpflege oder der Hilfeleistungen zur Ausscheidung. Im Auswahlmodus des Dokumentationsprogramms konnten die Pflegenden Berichte, die als übergaberelevant erachtet wurden, markieren. Diese Berichte können auch zur Visite der Hausärzte herangezogen werden und berichten über gemachte Beobachtungen von Schluckstörungen oder Entzündungen der Atmungsorgane. Dieser Modus wurde aus praktikablen Gründen ausgewählt.

### **3.4.3 Rekrutierung der Probanden**

Im Januar 2013 wurde von der Einrichtungsleiterin eine Liste mit 160 postalischen Bewohneranschriften beziehungsweise mit den Anschriften der gerichtlich bestellten Betreuer zur Verfügung gestellt. In einem Serienbrief wurden diese über den Wunsch, in der Einrichtung zum Thema Schluckstörungen zu forschen, informiert. Um eine Vertrauensbasis aufzubauen, wurden sowohl der wissenschaftliche Hintergrund der Masterarbeit als auch der persönliche berufliche Werdegang kurz beschrieben. Um den Sinn der Studie zu begründen, wurden sowohl die Häufigkeit von Dysphagien bei alten Menschen als auch die daraus entstehenden Folgen beschrieben. Folgend wurde die nichtteilnehmende Beobachtung erklärt. Es

wurde explizit darauf hingewiesen, dass die Teilnahme an der Studie jederzeit freiwillig sei und weder Vor- noch Nachteile mit sich bringe. Es erfolgte der Hinweis, dass die Bewohner nicht körperlich untersucht werden und auch nicht Beobachtete das Essen angereicht bekommen. Außerdem wurde die Anonymität aller Beobachtungsdaten, der Daten aus der Einsicht in die Bewohnerakte sowie eine Erklärung zum Datenschutz zugesichert. Am Ende des Schreibens wurde eine erneute Motivation zur Teilnahme ausgesprochen, ein Hinweis auf den beigelegten Rückumschlag als auch die Aufforderung zur telefonischen oder schriftlichen Kontaktaufnahme.

#### **3.4.4 Erklärung der Einverständnis und Gewährung des Datenschutzes**

Bei der Einverständniserklärung (siehe Anhang 2) sollten die Teilnehmer ihren Namen und ihr Geburtsdatum einfügen. Der Verbleib der Originalerklärung bei den Studienunterlagen wurde darin geregelt. Folgend erschien eine Erklärung zur Teilnahme, bei der der Name des Bewohners ergänzt werden sollte. Die folgenden Punkte der Textpassage sollten von ihm oder seinem Betreuer angekreuzt bestätigt werden.

- Die ausreichende schriftliche Erklärung über die wissenschaftliche Arbeit.
- Der Hinweis auf die Freiwilligkeit und den jederzeit möglichen Widerruf der Teilnahme.
- Der Hinweis auf keine entstehenden nachteiligen Folgen aus der Beobachtung.

Eine hervorgehobene Textpassage klärt über die Aufzeichnung der in einer wissenschaftlichen Untersuchung erhobenen Krankheitsdaten sowie sonstige personenbezogenen Daten auf. Es wird nochmals gewährleistet, dass die Daten nicht an Dritte weitergegeben werden. Ebenso wird versichert, dass bei einer Veröffentlichung der Ergebnisse kein Rückschluss auf Personen oder Einrichtungen möglich sein wird. Das Vorgehen wird

noch einmal bestätigt und mit einer Unterschrift des Bewohners oder seines gesetzlichen Betreuers ergänzt.

### **3.4.5 Scheiterungsszenario**

Überlegungen welche Gründe die Studie zum Scheitern bringen können fanden bereits in der Erstellung einer Forschungsskizze statt und werden folgend aufgeführt.

Die Studie könnte daran scheitern:

- dass sich weniger als zwanzig Teilnehmer zur Beobachtung bereit erklären, oder Bewohner sich während der Beobachtung gegen die Teilnahme entscheiden
- dass die gemachten Beobachtungen keine Antworten auf die gestellte Forschungsfrage liefert oder Fehlinterpretationen daraus abgeleitet werden
- die Beobachtungen nicht den Gütekriterien der qualitativen Forschung entsprechen und damit keine validen Daten zur Verfügung stehen
- der Zeitplan nicht eingehalten werden kann
- Kein ausreichender Zugang zu Bewohnerdokumentationen im Forschungsfeld besteht
- persönliche Gründe

### **3.4.6 Einverständniserklärung und Stichprobengröße**

Nach Versendung der 160 oben beschriebenen Informationsschreiben im Februar 2012 erhielt ich nach drei Wochen 51 Einverständniserklärungen zurück. Den Einverständniserklärungen waren teilweise erklärende Worte oder Interessensbekundungen an den Studienergebnissen beigelegt. Es waren Bewohner aller Wohnbereiche vertreten.

Die Stichprobengröße war vorab mit dem begleitenden Professor auf mindestens 25 Studienteilnehmer festgelegt worden, damit aus den Beobachtungen gesättigte Aussagen erfolgen konnten. In der Erwartung, dass einige Probanden während der Studie ausfielen, war eine Teilnehmerzahl von 30 Personen anvisiert. Mit der Anzahl von 51 Bewohnern war dies ein sehr guter Rücklauf von circa einem Drittel der Bewohner.

### 3.4.7 Stichprobe

Die Stichprobe umfasste zu Anfang 50 Teilnehmer. Ein Bewohner wurde von mir aufgrund einer ausschließlich über eine PEG-Sonde durchgeführten Ernährung aus der Studie ausgeschlossen. Ausgeschlossen wurden auch 18 Bewohner, die sich dafür entschieden hatten, allein im Zimmer ihre Mahlzeiten einzunehmen. Ebenso Bewohner, die in einem Krankenhaus behandelt wurden oder ein Bewohner, der sich im Sterbeprozess befand. Es blieben also 30 pseudonymisierte Bewohner für die Beobachtung bestehen. Die Gruppenspeiseräume wurden in der Einrichtung „Tagesraum“ (TR) genannt. Die Räumlichkeiten, in denen hilfsbedürftige Bewohner ihre Mahlzeiten einnahmen, wurden als „          “ (SE) bezeichnet. Außerdem wurde bei jedem Bewohner festgelegt, ob er einzeln oder in der Gruppe beobachtet werden sollte.

Folgende 30 Bewohner nahmen an der Studie teil:

Nr.	Pseudonym	Sonden	Wohnbereich	Speiseplatz	Beobachtung
1	Herr [REDACTED]			SE	Einzel
2	Herr [REDACTED]			TR	Gruppe
3	Herr [REDACTED]	PEG		TR	Gruppe
4	Herr [REDACTED]	PEG		SE	Einzel
5	Herr [REDACTED]			TR	Gruppe
6	Frau [REDACTED]			SE	Einzel
7	Frau [REDACTED]			SE	Einzel
8	Herr [REDACTED]			TR	Gruppe
9	Frau [REDACTED]			SE	Einzel
10	Frau [REDACTED]			TR	Gruppe
11	Herr [REDACTED]			TR	Gruppe
12	Frau [REDACTED]			Bett	Einzel
13	Frau [REDACTED]			TR	Gruppe
14	Frau [REDACTED]			TR	Gruppe
15	Herr [REDACTED]			TR	Gruppe
16	Herr [REDACTED]			TR	Gruppe
17	Frau [REDACTED]			TR	Gruppe
18	Herr [REDACTED]			TR	Gruppe
19	Frau [REDACTED]			SE	Einzel
20	Frau [REDACTED]			TR	Gruppe
21	Frau [REDACTED]			SE	Einzel
22	Herr [REDACTED]			TR	Gruppe
23	Herr [REDACTED]			Bett	Einzel
24	Herr [REDACTED]			Bett	Einzel
25	Frau [REDACTED]			TR	Gruppe
26	Herr [REDACTED]			TR	Gruppe
27	Frau [REDACTED]			TR	Gruppe
28	Frau [REDACTED]			TR	Gruppe
29	Frau [REDACTED]			Bett	Einzel
30	Herr [REDACTED]			TR	Gruppe

### 3.5 Erläuterungen zur Durchführung der Datenerhebung

Am 08.04.2013 gegen 17 Uhr begann die Beobachtungsphase in der Altenhilfeeinrichtung. Die Beobachtung fand an insgesamt 15 Tagen statt und war am 30.04.2013 abgeschlossen. Ich sprach mit der stellvertretenden Pflegeleiterin ab, an den Werktagen nach meiner Arbeit in die Einrichtung zu fahren, um das Abendessen zu beobachten. Die stellvertretende Pflegedienstleiterin stellte mich am ersten Tag der Wohnbereichsleiterin und den Mitarbeitern im Erdgeschoss vor. Sie erklärte, dass das Abendessen um 18 Uhr beginnt und die Bewohner, die Hilfe beim Essen benötigen, dieses ab 17:30 Uhr von den Pflegenden angereicht bekommen. Wir legten fest, dass ich an den Wochenenden von etwa 10 Uhr bis 19 Uhr am Abend in der Einrichtung beobachte und zwischen den Mahlzeiten die EDV-gestützte Dokumentation der Bewohner einsehe. Für diese erhielt ich Einwahldaten und eine Einführung in das Dokumentationssystem. Außerdem bekam ich die Möglichkeit, die relevante Dokumentation auszudrucken, um sie später zu bearbeiten. Wir verabredeten, dass ich an den Werktagen zuerst Einzelbeobachtungen vornahm und ab 18 Uhr in die Gemeinschaftsräume ging, um mehrere Bewohner bei der gemeinsamen Einnahme der Mahlzeiten zu beobachten.

Es war an dem ersten Tag und an den folgenden vier Tagen so, dass die Bewohner, welchen das Essen angereicht wurde, ihr Essen vor 17:00 Uhr erhalten hatten. Die Wohnbereichsleiterin und die Mitarbeiter sagten mir, dass dies eine Ausnahme sei und ab dem nächsten Tag das Essen um 17:30 Uhr angereicht werden sollte. Sie begründete das frühe Essenreichen mit der hohen Anzahl von acht Bewohnern, die das Essen angereicht bekommen und der davon abgeleiteten Zeit, die sie zur Unterstützung brauchten. Dieses Vorverlegen der Mahlzeiten zeigte sich ebenfalls auf allen anderen Etagen. Das Mittagessen wurde teilweise eine Dreiviertelstunde zu früh serviert. Diese Abweichungen waren sowohl unabhängig von dem Zeitpunkt, an dem ich beobachtete, als auch von der Anzahl der Bewohner, die Hilfe brauchten. Dadurch war es in der ersten Woche problematisch, Einzelbeobachtungen am Abend durchzuführen. Dieses Verhalten kann als Zeichen der Verunsicherung gewertet werden, da es für die

Mitarbeiter eine neue Situation war, bei ihrer Arbeit beobachtet zu werden. Die stellvertretende Pflegedienstleiterin konnte dies aber klären und die verabredeten Zeiten wurden ab der zweiten Woche eingehalten.

Auf allen Wohnbereichen gibt es einen separaten Flurbereich, der „          “ genannt wird. Dort halten sich Bewohner auf, die sehr pflegebedürftig sind und bekommen dort Hilfe bei den Mahlzeiten. Diese Bereiche sind funktional eingerichtet. Die Stühle und Tische sind aus Holz. Die Tische sind mit einer durchsichtigen Folie vor Schmutz geschützt. Es liegen dort Zeitschriften und auf manchen Etagen spielt ein Radio. Getränkeflaschen und Trinkbecher stehen auf den Tischen. Die Tische werden nicht eingedeckt, sondern die Bewohner erhalten fertig zubereitete Teller.

In der ersten Woche verabredete ich mit den Pflegenden, dass ich mich an einen freien Tisch, in eine Zimmerecke, oder zu einem Bewohner an den Tisch setze, um aus ca. zwei bis drei Metern Entfernung eine gute Beobachtungsposition zu haben und trotzdem den Bewohnern nicht zu nahe zu kommen, sie abzulenken oder sie zu irritieren. Die Beobachtungen wurden während oder direkt im Anschluss in ein Ringbuch dokumentiert.

Mit jeder Pflegeperson verabredete ich, dass ich nur still beobachtend anwesend sei, sie nicht befrage oder sie mir ihre Handlungen erklären sollen. Es wäre für die Beobachtungen gut, wenn sie so wie an anderen Tagen auch ihrer Arbeit nachginge. Ich beobachtete nachfolgend, dass die Pflegenden, wahrscheinlich aus einer Unsicherheit heraus, ihre Handlungen an den Bewohnern, die Art, die Mahlzeiten anzureichen oder die Geschichte des Bewohners oder Gedanken zu den Bewohnern begründeten und berichteten.

Jede Etage hat einen „Tagesraum“, in dem die Bewohner, die ihre Mahlzeiten ohne Hilfestellung einnehmen, zusammen speisen. Die Einrichtung war zweckmäßig. Die Tische waren aus Holz, es gab keine Tischdecken. Sie waren mit weißem Geschirr, Besteck und großen Gläsern eingedeckt. Auf manchen Etagen gab es Servietten. Die meisten Bewohner waren mir zugewandt und freuten sich, wenn ich mich zu ihnen an den Tisch setzte.



Bei den Pflegenden war überwiegend eine Skepsis zu spüren. Auf die Nachfrage nach den Bewohnernamen wurde dies auf einen späteren Zeitpunkt verschoben oder es gab diesbezüglich eine Wissenslücke. Dies hinderte mich manchmal daran, vor der Gruppenbeobachtung die Namen der Bewohner zu erfragen, um eine Zuordnung zu treffen, wer von den Bewohnern beobachtet wird und wer sich nicht zur Studie bereit erklärt hatte. Ich habe in einem solchen Fall alles aufgeschrieben, was mir an dysphagischem Verhalten in der Gruppe aufgefallen ist, und im Nachhinein die Bewohnerzuordnung anhand eines Plans vorgenommen. Die Beobachtungsergebnisse sind so gravierend, dass ich mich in dem Dilemma dafür entschieden habe, die Beobachtungen unter dem Gesichtspunkt der Verbesserung der Bewohnersicherheit nicht zu löschen, die Identitäten aber zu anonymisieren. Die Beobachtungen werden nicht einzeln ausgewertet, sondern sollen den Gesamtkontext widerspiegeln. Es wurden von diesen Bewohnern keine weiteren Daten erhoben.

Nach der ersten Woche hatten sich nette Gesprächskontakte mit den Bewohnern eingestellt und die Bewohner fragten mich, wann ich zum nächsten Termin wieder komme. Einige nahmen mich vielleicht krankheitsbedingt scheinbar nicht wahr oder wirkten etwas verunsichert. Sie konnten mich teilweise der Studie zuordnen und wussten, dass ich Mahlzeiten beobachten wollte. Einige hielten mich für eine Besucherin oder fragten mich, wann ich denn in das Haus eingezogen sei. Ich führte am Tisch kurze Gespräche und wünschte guten Appetit. Wenn die Mahlzeiten begannen, verstummten zumeist die Gespräche und die Bewohner konzentrierten sich auf das Essen. Das Essen wurde meistens von mehreren Pflegenden auf großen Servier- und Küchenwagen in den Raum gefahren. Die einzelnen Essenskomponenten befanden sich in Edelstahlbehältern und großen Edelstahlkannen. Jeder Bewohner hatte zum Abendbrot einen Dessertteller vor sich stehen. Daneben Besteck, eine Tasse und ein Glas, selten eine Serviette. Die Mitarbeiter nahmen dann die einzelnen Komponenten und gingen von Tisch zu Tisch, fragten die Bewohner oder ließen sie von einer Platte auswählen. Dies wurde nacheinander von mehreren Mitarbeitern so gehandhabt. So entstand durch das Brot, ein Stück offene Butter und die Brotbeläge ein Turm aus geschichtetem Abendbrot. Es

blieb den Bewohnern manchmal kein Platz, um das Brot auf dem Teller zu belegen. Sie benutzten dann dazu den Tisch. Die Abendbeilage wurde teilweise von Mitarbeitern ausgerufen. Die Bewohner, die sich dann nicht meldeten, bekamen keine Abendbeilage. Wenn das Essen verteilt war, wurde einmal laut gefragt, ob jemand noch etwas möchte. Danach zogen sich alle Mitarbeiter zurück und machten dann eine gemeinsame Pause. Pflegende konnten Bewohner mit neu auftretenden oder beginnenden Schluckstörungen bei dem derzeitigen Ablauf nicht wahrnehmen.

Die beobachteten Mittagessen waren vom Ablauf ähnlich. Die Komponenten wurden in den Gemeinschaftsraum gefahren und nacheinander auf die Teller verteilt. Wenn das Hauptgericht und der Nachtisch verteilt waren, gingen die Mitarbeiter in die gemeinsame Pause.

Wenn ich sehr pflegebedürftige Bewohner in ihren Zimmern beobachtete, tat ich dies entweder vom Türbereich des Zimmers aus oder von einem Bereich des Zimmers außerhalb des direkten Blickwinkels des Bewohners. Die Bewohner konnten so ungestört Augenkontakt mit den Pflegenden halten und diese konnten ungestört agieren.

Bewohner, die an der Beobachtung teilnehmen, sind mit einem vierstelligen Pseudonym verschlüsselt. Bewohner die an der Studie nicht teilnehmen, die im Kontext der Analyse aber eine Rolle spielen, werden nur mit einem Buchstaben verschlüsselt. Es findet keine Analyse ihres Handelns oder ihres Befindens statt.

### **Dokumentationsanalyse**

Damit ein möglichst umfassendes Bild eines jeden beobachteten Bewohners entsteht, findet im Folgenden eine Zusammenführung und Zuordnung aller in der Einrichtung erhobenen bewohnerbezogenen Daten statt. Mit dieser Methode lassen sich Teamfaktoren, individuelle unsichere Handlungen der Pflegenden, beitragende Faktoren der Bewohner, organisatorische und managerielle Entscheidungen zu Arbeitsbedingungen und beitragende Faktoren des ärztlichen Dienstes gut aufschlüsseln. Wenn es

dysphagische Ereignisse eines Bewohners in der Gruppe gab, ist der Gesamtkontext im angehängten Beobachtungsprotokoll nachzulesen.

Die Gliederung der folgenden Daten erfolgte mit dem Ziel, ein umfangreiches Bild der Pflege- und Gesundheitssituation der Bewohner zu erhalten. Das Geburtsjahr der pseudonymisierten Bewohner soll einen Gesamteindruck des Pflege- und Gesundheitszustandes erleichtern. Eine Zuordnung zum Wohnbereich soll helfen, bereichstypische und individuelle beitragende Faktoren im Verhalten der Mitarbeiter zu erfassen. Eine Einteilung in Einzel- und Gruppenbeobachtungen wurde vorgenommen, da eine Einzelbeobachtung und eine Beobachtung einer kleinen Bewohnergruppe auch die Beobachtung der Pflegenden bei den pflegerischen Tätigkeiten beinhaltet und zudem intensiver beobachtet werden konnte. Gleichzeitig waren die beitragenden Faktoren der Bewohner sichtbarer, da sie in der Regel multimorbider waren. Es folgt unter gleichem Aspekt eine Nennung der Diagnosen, die mit einer Dysphagie in einem Zusammenhang stehen könnten. Komorbidität, die dafür nicht relevant war, wurde der Übersicht halber außer Acht gelassen. Wenn es eine Diagnosestellung einer Dysphagie gab, wird diese explizit aufgeführt. Nachfolgend wurde die Pflegeprozesssteuerung auf relevante Planungen im Bereich Essen und Trinken untersucht. Es waren hier die Ressourcen der Bewohner, die Pflegeprobleme, die geplanten Maßnahmen und die hinterlegten Pflegeleistungen von Interesse. Die Pflegeziele waren so global benannt und nicht operationalisiert, dass im Folgenden darauf verzichtet wird, sie zu explizieren. Wenn Schluckstörungen erkannt wurden oder Hinweise dazu sich ergaben, bezog ich dies in die Datenauswertung ein. Darauf folgend schließen sich die von mir gemachten Beobachtungen in akustisch und optisch wahrnehmbare Anzeichen einer Schluckstörung an. Wenn keine Information zu einem Punkt vorlag oder ich nichts Auffälliges beobachtete, ist dies als nicht vorhanden gekennzeichnet. Außerdem ist zu bemerken, dass die wörtliche Dokumentation, auch Abkürzungen der Pflegenden, weitgehend übernommen wurden, da sich aus den Formulierungen und der Rechtschreibung weitere beitragende Faktoren für kritische Ereignisse ableiten lassen.

### 3.6 Durchführung der nichtteilnehmenden Beobachtungen und Analyse der beitragenden Faktoren

#### 1. Beobachtung

##### Zur Person

**Pseudonym:** Xxxx

**Geburtsjahr:** 1924

**Wohnbereich:** ■

**Speiseplatz:** XXX

**Beobachtung:** Einzel

**Komorbidität:** „Alterschwäche, Hirnorganisches Psychosyndrom, Pneumonie rechts 9/11, Zustand nach Billroth II Resektion, Dementielles Syndrom“

**Dysphagie:** Keine

##### Pflegeplanung

**Problem:** „Bewohner nimmt nicht regelmäßig die vom Arzt verordnete Mindesttrinkmenge (900 ml) zu sich. Bekommt dann vom Tagdienst eine s. c. Infusion. Isst sehr langsam. Kann die mundgerecht vorbereitete Mahlzeiten selbständig essen.“

**Maßnahmen:** „Getränke einfüllen und Kontrolle, Ernährungs- und Flüssigkeitsprotokoll“

**Pflegebericht:** Kein Eintrag.

##### **Akustische Anzeichen: 14.04.13, 14:30 Uhr; Nachmittagskaffee**

Zum Kaffee bekommt er eine Banane. Er isst diese, verschluckt sich daran und hustet. Er trinkt und isst aber weiter.

##### **Optische Anzeichen: 04.04.13, 14:30 Uhr; Nachmittagskaffee**

Herr Xxxx nimmt seinen Kaffee in der „XXX“ ein. Er sitzt im Rollstuhl im Flur des Wohnbereiches und hat ein großes Glas ApfelsaftSchorle vor

sich stehen. Er bekommt zum Nachmittagskaffee einen Milchkaffee in einem Schnabelbecher. (Die Schorle trinkt er aus einem Glas.).

### **Analyse der beitragenden Faktoren**

Das hohe Alter und die Komorbidität des Herrn Xxxx könnten auf eine Dysphagie hinweisen. Ärztlicherseits wurde keine diagnostiziert. Die Begleitung von Pflegenden während seiner Mahlzeiten gibt auch einen Hinweis auf eventuell vorliegende altersbedingte Schluckstörungen. In der Pflegeplanung können sehr langsames Essen und eine deutlich reduzierte Trinkmenge weitere Hinweise dafür sein. Die Pflegemaßnahmen erfassen die Probleme nicht und sind unspezifisch auf die Erfassung von Trink- und Nahrungsmengen geplant. Im Pflegebericht der letzten drei Monate findet sich kein Eintrag zu Schluckstörungen. In der nichtteilnehmenden Beobachtung konnte ich Schluckstörungen akustisch erkennen und erfasste Hinweise auf die nicht fachliche Auswahl von Hilfsmitteln. Schorlengetränke mit Fruchtsaft und kohlenensäurehaltigem Wasser sind ungeeignet für Menschen mit Schluckstörungen und erhöhen die Gefahr, dass es zu einem Verschlucken kommt.

## **2. Beobachtung**

### **Zur Person**

**Pseudonym:** Xxxx

**Geburtsjahr:** 1935

**Wohnbereich:** ■

**Speiseplatz:** Tagesraum

**Beobachtung:** Gruppe

**Komorbidität:** „Hirnfarkt, Hemiparese“

**Dysphagie:** Keine

### **Pflegeplanung**

**Ressource:** „Kann mundgerecht vorbereitete Mahlzeiten zu sich nehmen, Trinkt ausreichend“,

**Problem:** „kann Mahlzeiten aufgrund Hemiparese re. nicht mundgerecht vorbereiten.“

**Maßnahmen:** „Frühstück und Abendbrot werden mundgerecht zubereitet und im Tagesraum serviert. Zum Mittagessen besucht Bew. tägl. die Mittagessensgruppe. Getränke werden angeboten und bereitgestellt.“

**Leistungen:** „Essen mundgerecht zubereiten, Mittagstisch EG.“

**Pflegebericht:** Kein Eintrag

**Akustische Anzeichen:** Keine

**Optische Anzeichen:** Keine

### **Analyse der beitragenden Faktoren**

Bei Herrn Xxxx wurde keine Dysphagie diagnostiziert. Er hat als Komorbidität einen Hirninfarkt mit einer Hemiparese rechts. Die Einschränkungen der Lähmung kompensieren die Pflegenden bei der Essenszubereitung. Es wird nicht aufgeführt, ob die Hemiparese auch Teile des Schluckapparates betrifft. Der begleitete Mittagstisch könnte als eine Schutzbarriere gewertet werden. Im Pflegebericht fand sich kein Eintrag über Schluckstörungen und diese konnten auch von mir in zwei Gruppenbeobachtungen nicht erfasst werden.

### **3. Beobachtung**

**Zur Person**

**Pseudonym:** Xxxx

**Geburtsjahr:** 1952

**Wohnbereich:** ■

**Speiseplatz:** Tagesraum

**Beobachtung:** Gruppe

**Komorbidität:** „Alkoholabhängigkeit, Wernicke Enzephalopathie, Korsakow Syndrom, Generalisierte Epilepsie und epileptische Syndrome, Psychische Verhaltensstörung, Zustand nach Hemiparese, Zustand nach

Langzeitbeatmung bei COPD Std. IV nach Gold 10/2010, Rezidivierende respirationsinduzierte Pneumonie 10/2010, Zustand nach Tracheotomie 03/2010, Zervicales Plattenepithel Bronchialkarzinom „CUPS“, Neckdiss-  
ection und Tonsillektomie 01/13“

**Dysphagie:** Keine

### **Pflegeplanung**

**Ressourcen:** „akzeptiert medikamentöse Behandlung mit Antiemetika kann Mahlzeiten nicht mundgerecht vorbereiten, ißt gerne Quark und Sü-  
ße Speisen, trinkt gerne Kaffee und Mineralwasser, ißt angebotene Spei-  
sen komplett auf, nimmt immer mehr als 1,5 l Flüssigkeit am Tag zu sich“

**Pflegeproblem:** „hat Zahnprothesen, hat eine PEG, hört immer wieder auf  
zu essen, kann mit der PEG nicht umgehen“

**Maßnahmen:** „Zwischenmahlzeiten

Getränke einfüllen und Kontrolle

Essen mundgerecht zubereiten

Anleitung Essen & Trinken

Das Essen wird vom Personal im Tagesraum serviert.

Frühstück: 8 Uhr (2 Scheiben Käse und Fleischwurst, 1 Schälchen Quark)

Mittag: 12 Uhr (passierte Kost)

Kaffee: 14:30 Uhr (Joghurt, gelegentlich Sonntags Kuchen)

Abendessen: 18 Uhr (1-2 Scheiben Graubrot mit Belag)“

### **Pflegebericht**

„**05.04.13; 13:25 Uhr.** Visite Dr. L.; Herr ■ hat sich kurz vorher am Des-  
sert stark verschluckt. Dr. ■ hat die Lunge abgehört und konnte noch  
nichts feststellen. Mit Absprache des Arztes 4l Sauerstoff/h. Antibiotikaga-  
be zurzeit nicht notwendig. Bei Verschlechterung des AZ am WE den Not-  
dienst konsultieren [...].

**05.04.13; 15:54 Uhr.** Herr ■ klagte über Atemnot. Wurde mit RTW nach  
T. ins Krankenhaus gebracht. Rettungssanitäter hörte verminderte Atem-  
geräusche. Betreuer wurde telefonisch informiert.

**10.04.13; 13:01 Uhr.** Herr ■. wurde gegen 11:15 Uhr vom KH liegend zurück verlegt. Arztbrief wurde an Dr. ■. gefaxt. Bew. weiterhin Sauerstoffgabe. Bew. hatte unter dem linken Arme ein Hämatom, vermute Ich eine Viggo gelegt habe.

**10.04.13; 17:21 Uhr.** Eintrag von gerontagogischem Dienst: Bew. besucht. Er hat versucht sich mit mir zu unterhalten, hatte aber massive Wortfindungsstörungen und konnte sich nur vereinzelt ausdrücken was er sagen wollte. Es kam aber klar verständlich der Satz: „Ich will nicht mehr, ich wäre besser gestorben, ganz ehrlich.“

### **Akustische Anzeichen**

**14.04.13;12 Uhr.**

Ich setze mich an den Tisch zu Herrn Xxxx, stelle mich kurz vor und versuche das Essen möglichst nicht zu unterbrechen. Es herrscht eine ruhige Atmosphäre, die Bewohner sprechen wenig.

**14.04.13;12:00 Uhr.**

Herr ■., Herr ■. und Herr Xxxx räuspern sich nach dem Essen und gehen auch wieder in ihre Zimmer.

**23.04. 13; 17:30 Uhr.** Der Mann neben mir am Tisch, Herr Xxxx, summt während des Essens.

### **Optische Anzeichen**

Keine

### **Analyse der beitragenden Faktoren**

Herr Xxxx hat durch seine schweren, zum Teil malignen Vorerkrankungen eine deutlich erhöhte Wahrscheinlichkeit, sich zu verschlucken. In der Analyse werden latente Bedingungen sichtbar, die dann zu einem schweren Zwischenfall geführt haben. Durch die Tracheotomie kann sich die Anatomie des Schluckapparates verändert haben. Die Neckdissektion, im Januar dieses Jahres, kann zu Schmerzen, Sensibilitätsverlust, Bewegungseinschränkungen und zu Verzögerungen des Lymphabflusses in der Halsregion führen. Schwellungen und Narben am Wundgebiet können ebenfalls das Schlucken erschweren. Herr Xxxx nimmt laut Pflegeplanung



gegen Übelkeit ein Antiemetika ein. Das therapeutische Team sollte diese latenten Bedingungen gut betreuen und beobachten. Herr Xxxx nimmt seine Mahlzeiten im Tagesraum ein, der, wie ich wiederholt beobachten konnte, nicht durchgängig von Pflegenden während der Mahlzeiten betreut wird. Im Pflegebericht wird ein schwerer Aspirationszwischenfall im April dieses Jahres beschrieben, der zu einer Erstuntersuchung durch den Hausarzt führte. Im Verlauf von wenigen Stunden kam es zu einer massiven Verschlechterung der Atmung des Bewohners. Die Entscheidung des Arztes, den Bewohner nach einem schweren dysphagischen Ereignis bei den bekannten Vorerkrankungen und dem reduzierten Allgemeinzustand nicht in ein Krankenhaus zur Röntgenkontrolle einzuweisen, kann kritisch hinterfragt werden. Im Pflegebericht ist nachzulesen, dass Herr Xxxx an einer Aspirationspneumonie erkrankt war und er vier Stunden später als Notfall in ein Krankenhaus eingeliefert werden musste. Auch nach dem Krankenhausaufenthalt ging es Herrn Xxxx viel schlechter als zuvor. Er war sehr geschwächt, hatte Wortfindungsstörungen und äußerte gegenüber einem Mitarbeiter des Sozialen Dienstes, den Lebenswillen verloren zu haben.

Die Pflegeplanung wurde nach der Rückkehr nicht evaluiert. In der Pflegeplanung ist eine Anleitung beim Essen und Trinken geplant. Dies findet nicht statt und ist auch zu hinterfragen, denn Herr Xxxx kann alleine essen. Er braucht aber eine persönliche Begleitung der Mahlzeiten, damit sofort reagiert werden kann, wenn es noch einmal zu einem solch schweren Aspirationsereignis kommt. Herr Xxxx hat von seinen früheren Krankenhausaufenthalten eine PEG-Sonde. Diese könnte ihn vor Aspirationen schützen oder zumindest palliativ eingesetzt werden, wenn es vermehrt zu solchen Zwischenfällen kommen sollte.

Als ich Herrn Xxxx kennenlernte, hatte er eine grau-blasser Gesichtsfarbe. Er war sehr müde und zurückgezogen in seinem Verhalten. Seine Stimme war sehr leise. Er räusperte sich nach dem Essen eher vorsichtig und leise. Nach dem Essen ging er sofort auf sein Zimmer. Herr Xxxx summte leise beim Essen. Dies konnte ich auch bei anderen Bewohnern beobachten.

#### **4. Beobachtung**

##### **Zur Person**

**Pseudonym:** Xxxx

**Geburtsjahr:** 1930

**Wohnbereich:** ■

**Speiseplatz:** XXX

**Beobachtung:** Einzeln

**Komorbidität:** „Diabetesmellitus Typ II b“

**Dysphagie:** Keine

##### **Pflegeplanung**

**Ressourcen:** „akzeptiert PEG

trinkt von sich aus nicht ausreichend“

**Problem:** „verschluckt sich häufig (Aspirationsgefahr)“

**Maßnahmen:** „erhält Flüssigkeit über PEG

Einfuhrmenge wird handschriftlich auf Ernährungsprotokoll dokumentiert  
Oberkörperhochlagerung im Bett min. 35 – 45 Grad während der Verabreichung.

Klemme immer bauchdeckenfern anbringen.

Mundpflege,

Überleitsystem und Wasserflasche wechseln.

Hat Schluckstörungen,

ist sehr uneinsichtig, was Süßigkeiten oder süße Nahrungsmittel anbelangt.

Bekommt auf ärztl. Anordnung abends 250 ml Wasser über die PEG.

Isst oral am Tag seine 4 Mahlzeiten unter Beobachtung vom PP wegen Schluckbeschwerden

Bew. nimmt seine Mahlzeiten im Tagesraum ein, bei gutem AZ auch das Abendessen,

bei Schwäche wird Bewohner vor dem Abendessen hingelegt und bekommt sein Essen im Bett.“

**Leistungen:** „Getränke einfüllen und Kontrolle, Uhrzeit

Trinkprotokoll führen, Uhrzeit

PEG Schwerkraft/ Pumpe Kontrolle, Uhrzeit“

### **Pflegebericht**

„**28.03.13; 20:15 Uhr.** Lt. FD hat Hr. ■ heute Vormittag leichte Zuckungen gehabt. [...]

**29.03.13; 09:15 Uhr.** Bew. Ist sehr kraftlos und ist im Bett geblieben.

**30.03.13; 16:54 Uhr.** Bew. Hustet sehr stark ist kraftlos, schwach und müde. Bew. hat kaum Appetit und schläft sehr viel. Bew. liegt im Bett.

**30.03.13; 19:00 Uhr.** Temp. 37,6 rec. weiterhin beobachten, fühlt sich weiterhin schlapp und hustet trocken.

**31.03.13; 05:45 Uhr.** Vitalwerte: Temperatur: 37,1 rec. Bew. die Nacht überwiegend geschlafen.

**31.03.13; 11:36 Uhr.** Vitalwerte: Temperatur: 38,50 rec. Erhielt Paracetamol supp. als Bedarfsmedikation

**31.03.13; 13:06 Uhr.** Bew. ist sehr kraftlos. [...] Trinken muss eingereicht werden. und der verschluckt sich auch oft.

**31.03.13; 15:42 Uhr.** Temperatur 38,8 weiterhin beobachten. Bew. erhält trinken und Nahrung von PP er ist kraftlos und schlapp und schafft es nicht selbstständig sich zu lagern, essen und trinken.

**31.03.13; 19:24 Uhr.** Temp. 39,0 Paracetamol Supp. 1000 mg auf Bedarf erhalten.

**01.04.13 05:19 Uhr.** Temp. 37,5 C rec. Bew. hat die Nacht durchgeschlafen.

**01.04.13 16:12 Uhr.** Vitalwerte(!!!) Temperatur 39,90 °C (!!!) Bew. hat auf bedarf Paracetamol 1000 mg supp. bekommen.

**01.04.13 20:52 Uhr.** HB Bereitschaftsarzt um 17:45 ist gekommen. er hat Bew. untersucht. Hr. ■ ist nach Verdacht Lungenentzündung in S. KH eingewiesen. Tochter informiert.

**11.04.13 12:05 Uhr.** Er kam um 12 Uhr aus dem KH-S. zurück. Er ist in einem reduzierten Allgemeinzustand, PEG Anlage ist geblieben. [...]

**11.04.13 20:09 Uhr.** Bew. macht einen sehr ängstlichen und unruhigen Eindruck. der Dr. hat Lorazepam 1,0 zur Nacht angeordnet. Ausserdem

soll er noch Ciprofloxacin 250 mg 1-0-1 bis PE bekommen. Beides gestellt.

**11.04.13 20:12 Uhr.** Bew. hat am Abend kaum etwas essen können, da er sich immer wieder verschluckt hatte. Bei der Arztvisite informierte uns Dr. H, dass die Tochter es gar nicht möchte, dass Bew. über PEG ernährt wird, er soll nur Flüssigkeit darüber bekommen. Die Flüssigkeitszufuhr war auch nur über PEG möglich. er hat im Laufe des Nachmittags 1000 ml darüber bekommen. Außerdem möchte die Tochter auch nicht, das Bew. noch mal ins KH kommt, da dies nicht sein Wille ist. Bew. hat jetzt seine Nachtmedikation bekommen und scheint auch ein bisschen ruhiger zu werden.

**12.04.13, 05:24 Uhr.** Bew. war in der Nacht sehr unruhig, hat sich immer am Bettgitter festgehalten. Er brodeln sehr stark. hat 500 ml Wasser über PEG bekommen, da er sich beim Trinken ständig verschluckt.

**12.04.13, 11:26 Uhr.** Da Herr ■. sich beim Essen ständig verschluckt u. er dadurch zu wenig zu sich nimmt wurde mit der Tochter telefoniert. Es wurde ihr erklärt welche Folgen die nicht ausreichende Ernährung hat. Sie besteht darauf, dass ihr Vater nicht über Sonde ernährt wird, da sie keine lebensverlängernden Maßnahmen möchte. Er soll nur Flüssigkeit über PEG bekommen.

**12.04.13, 12:32 Uhr.** Beim Mittagessen habe ich ihn gefragt, ob er verhungern möchte, er sagte laut und deutlich "NEIN".

**12.04.13 13:21 Uhr.** Rückruf Dr. ■. aus rechtlichen Gründen dürfen wir Herrn ■. keine Nahrung über PEG verabreichen, nur oral. wenn er nicht in der Lage ist, sollen wir es unterlassen.

**12.04.13 20:02 Uhr.** Bew. hat heute wieder ausschließlich Wasser über die PEG bekommen. Zum Abendbrot wurde ein süßer Pudding mit Banane angereicht. Nach 2 Löffeln meinte er klar und deutlich, dass er nicht mehr möchte.“

### **Akustische Anzeichen**

**23.04.2013; 17:30 Uhr; Wohngruppe 5/6;**

**Beobachtung der Bewohner im „Gemeinschaftsraum“**

Herr Xxxx hustet zweimal produktiv

## **Optische Anzeichen**

Keine

### **Analyse der beitragenden Faktoren**

Bei dem 83-jährigen Herrn Xxxx ist als Vorerkrankung ein insulinpflichtiger Diabetes mellitus bekannt. Laut Pflegeplanung hat er eine PEG-Sonde. Es ist der Dokumentation nicht zu entnehmen, warum er diese hat. Eine Dysphagie ist nicht diagnostiziert. In der Pflegeplanung sind unter den Punkten „Probleme“ und „Maßnahmen“ schwere Schluckstörungen beschrieben: „verschluckt sich häufig (Aspirationsgefahr)“. Außerdem wird eine reduzierte Trinkmenge als Problem beschrieben, die aber durch Flüssigkeitsgabe über die Sonde kompensiert wird. Präventiv wird er dann mit erhöhtem Oberkörper gelagert. Auch hier wird noch einmal auf die Schluckstörungen hingewiesen. In diesem Zusammenhang wird auch auf die Mundpflege hingewiesen. Es wird aber kein Zeitpunkt genannt, an dem sie durchgeführt werden soll.

Herr Xxxx wurde mit einer Pneumonie in einem Krankenhaus behandelt. Die Pflegeplanung wurde nach dem Aufenthalt am 11.04.2013 nicht evaluiert. Herr Xxxx nimmt seine Mahlzeiten nach der Rückkehr in der „XXX“ ein, geplant ist, dass er im Tagesraum ohne kontinuierliche Begleitung isst. Dies war ein beitragender Faktor für die Pneumonie. Wenn Mitarbeiter darüber nicht informiert sind, könnte dies schlimme Folgen für Herrn Xxxx haben.

Im Pflegebericht ist über fünf Tage die Entwicklung einer Pneumonie nachzulesen. Eine ärztliche Untersuchung findet laut Bericht erst durch den Notarzt am 01.04.2013 gegen 21Uhr statt. Anzeichen einer Infektion waren ab dem 29.03.13 mit der Entwicklung eines trockenen Hustens, körperlicher Schwäche und dem in den folgenden Tagen stetig ansteigenden Fieber bis 39,9°C, vorhanden. Zusammen mit verändertem Verhalten wie Zuckungen, Appetitlosigkeit und Müdigkeit wäre eine Information an den Hausarzt früher indiziert gewesen.

Herr Xxxx wurde mit einer Pneumonie zehn Tage im Krankenhaus behandelt. Sein Gesundheitszustand hat sich nach der Pneumonie deutlich verschlechtert. Es wird im Pflegebericht ängstliches, unruhiges Verhalten in der Nacht beschrieben. Weiterhin eine deutliche Verschlechterung des Schluckvermögens sowie eine brodelige Atmung.

Die Entscheidung der Tochter, der gerichtlich bestellten Betreuerin, therapeutische Möglichkeiten einzuschränken, wird dem Team nicht deutlich kommuniziert. Es findet keine Fallbesprechung oder eine deutliche Dokumentation des Willens der Tochter statt. Fachliche, rechtliche, ethische Fragen der Pflegenden bleiben offen. Diese werden dann in einer offensichtlichen Überforderungssituation dem Bewohner gestellt. Auf die Frage einer Pflegekraft, ob er verhungern möchte, antwortet Herr Xxxx mit „NEIN!“

Eine Klärung der Situation findet nachträglich durch den Hausarzt statt.

In meiner nichtteilnehmenden Beobachtung konnte ich hören, dass Herr Xxxx zweimal produktiv hustete.

## **5. Beobachtung**

### **Zur Person**

**Pseudonym:** Xxxx

**Geburtsjahr:** 1925

**Wohnbereich:** ■

**Speiseplatz:** Tagesraum

**Beobachtung:** Gruppe

**Komorbidität:** „Dementielles Syndrom mit aggressiven Tendenzen“

**Dysphagie:** Keine

### **Pflegeplanung**

**Pflegeproblem:** „Trinkt aus eigenem Antrieb nicht ausreichend.“

Aufgrund starker Demenz erkennt er die Notwendigkeit des Trinkens nicht schmeisst bei nächtlicher Unruhe das Glas und die Wasserflasche auf den Boden“

**Maßnahme:** „Nachtdienst: Getränk anbieten, Menge auf Ernährungsprotokoll dokumentieren Wasserflasche und Glas ausser Reichweite stellen“

**Leistungen:** „Getränke einfüllen und Kontrolle Ernährungs- und Flüssigkeitsprotokoll führen“

### **Pflegebericht**

Keiner

### **Akustische Anzeichen**

**Sonntag 14.04.13, Mittagessen:** Herr Xxxx verschluckt sich nicht.

### **Optische Anzeichen**

**Sonntag 14.04.13, Mittagessen:** Herr Xxxx verschluckt sich nicht.

### **Analyse der beitragenden Faktoren**

Der hochaltrige Herr Xxxx leidet unter einem dementiellen Syndrom und zeigt in seinem Verhalten aggressive Tendenzen. Eine Dysphagie ist nicht diagnostiziert. Im Pflegebericht wird beschrieben, dass Herr Xxxx nicht gerne und ausreichend trinkt. Insbesondere in der Nacht wird er dann aggressiv und wirft die Flasche mit Wasser und das Trinkglas auf den Boden. Die Ursache ist nicht bekannt. Demenzerkrankten Menschen hilft es, wenn in der Pflege ihre früheren Gewohnheiten und Rituale beachtet werden. Es könnte sein, dass Herr Xxxx aufgrund seiner bisherigen Gewohnheiten trinken von Wasser in der Nacht nicht kennt oder er Wasser nicht trinken möchte und er deshalb aggressives Verhalten zeigt. Sein derzeitiges Verhalten stellt eine Eigen- und Fremdgefährdung dar. Zum Schutz sieht die Planung vor, in der Nacht Getränke zu verabreichen und danach die Flasche und das Glas außer Reichweite zu stellen.

Eine Schluckstörung konnte in meinen Beobachtungen bei Herrn Xxxx nicht festgestellt werden.

## 6. Beobachtung

### Zur Person

**Pseudonym:** Xxxx

**Geburtsjahr:** 1917

**Wohnbereich:** ■

**Speiseplatz:** XXX

**Beobachtung:** Einzeln

**Komorbidität:** „Fortgeschrittene Demenz, Rezidivierende Exsikkose“

**Dysphagie:** Keine

### Pflegeplanung

**Pflegeproblem:** „trinkt von sich aus nicht

Verweigert Nachts des öfteren das Getränk

kann Mahlzeiten nicht eigenständig vor- und zubereiten

ißt nur was ihr wirklich gut schmeckt

je nach AZ kann die Bewohnerin die Mahlzeiten nicht eigenständig zu sich nehmen“

**Ressourcen:** „hat keine Schluckbeschwerden

kann selbstständig essen und trinken“

**Maßnahmen:** „Ess- u. Trinkhilfen bereitstellen“

**Leistungen:** „Getränke einfüllen und Kontrolle

Essen mundgerecht zubereiten

Zwischenmahlzeit“

### Pflegebericht

Keiner

### Akustische und optische Anzeichen

„XXX“; 22.04.13; Beginn 17:30 Uhr.

Die Pflegende sucht nach „passendem Essen“ für Frau Xxxx. Frau Xxxx bekommt eine Porzellantasse mit Tee und ein zubereitetes Marmeladen-



brot, welches in kleine Würfel geschnitten ist. Frau Xxxx wischt sich mit dem Kleiderschutz die Nase. Es gibt keine Servietten für die Bewohnerin. Sie nimmt mit einer kleinen Kuchengabel die Brotstücke in den Mund und scheint Appetit zu haben. Die Pflegerin erzählt mir, dass Frau Xxxx zwei Jahre (!!!) kein Mittagessen gegessen hat. Seit das Catering- Unternehmen zum neuen Jahr gewechselt wurde, hat Frau Xxxx wieder selbstständig angefangen zu essen.

Sie kaut das Brot gut, hat sehr ausgeprägte Kaubewegungen und scheint guten Appetit zu haben, denn sie isst zügig. Sie nimmt ihre Tasse in die rechte Hand und trinkt ihren Tee. Sie hustet zweimal, trinkt erneut und bekommt einen starken Hustenanfall.

Frau Xxxx hört auf zu essen. Sie wirkt zufrieden und gesättigt.

Frau Xxxx trinkt aus einem Plastikbecher „Medium“ Mineralwasser. Sie atmet, und dabei sind dann Atemgeräusche zu hören. Eine Art „Plop“. Als wäre eine Luftblase im Hals, die platzen würde und durch die Atmung immer wieder aufgeblasen wird.

**17:37 Uhr:** Frau Xxxx bekommt einen Fruchtjoghurt hingestellt. Sie möchte den Joghurt nicht essen, nimmt ihn in die Hand und stellt ihn wieder auf den Teller.

Sie pausiert das Essen und Trinken.

Sie schluckt immer wieder hörbar nach.

**18:12 Uhr:** Frau Xxxx bekommt etwas Tee zu trinken angeboten.

### **Analyse der beitragenden Faktoren**

Die 96-jährige Frau Xxxx hat fortgeschrittene Demenz und hatte rezidivierende Exsikkosen. Eine Dysphagie wurde nicht diagnostiziert.

Die Pflegeplanung lässt kein genaues Bild des Pflegezustandes der Bewohnerin entstehen. Die Ursache der Exsikkosen, die fortgeschrittene Demenz, wird nicht mit den Pflegeproblemen in Zusammenhang gebracht. Demenzerkrankte im fortgeschrittenen Stadium haben häufig ein reduziertes Durstgefühl oder können dies nicht äußern. Daraus könnte das Verhalten der Frau Xxxx resultieren, dass sie in der Nacht die Getränke verweigert.

Als Ressource wird beschrieben, dass Frau Xxxx „keine Schluckbeschwerden“ hat und „selbstständig essen und trinken“ kann. Bei den Problemen wird beschrieben, dass Frau Xxxx ihre „Mahlzeiten nicht eigenständig vor- und zubereiten“ kann. Eine Verbindung ihrer Probleme mit ihrer Grunderkrankung findet auch hier nicht statt. Bei der weiteren Problemdarstellung wird eine Ressource als Problem dargestellt. Die Bewohnerin „ißt nur was ihr wirklich gut schmeckt.“ Es wäre hilfreich, wenn in den Pflegemaßnahmen oder bei den Ressourcen diese Nahrungsmittel aufgeführt würden. Dann könnten sie der Bewohnerin regelmäßig angeboten werden. Vorlieben bei Getränken werden nicht erhoben. Die Problemformulierung „je nach AZ kann die Bewohnerin die Mahlzeiten nicht eigenständig zu sich nehmen“ widerspricht auch der weiter oben beschriebenen Fähigkeit, dass sie „selbstständig essen und trinken“ kann. Die Beschreibung der Maßnahme „Ess- u. Trinkhilfen bereitstellen“ verfehlt die Problemformulierung. Ein alter Mensch, der keinen Durst verspürt, sollte zum Trinken angeleitet und animiert werden. Er verspürt diesen auch nicht, wenn er Hilfsmittel angeboten bekommt. In den Leistungsbeschreibungen setzt sich dieser Eindruck fort.

In der nichtteilnehmenden Beobachtung wird von der Pflegerin beschrieben, dass Frau Xxxx zwei Jahre kein Mittagessen zu sich genommen hat. Dies korrespondiert mit der Beschreibung, dass Frau Xxxx nur das zu sich nimmt, was ihr schmeckt. Frau Xxxx konnte das Brot kauen und schlucken. Sie hatte keine Schwierigkeiten, feste Nahrung sicher zu schlucken. Der Tee und das kohlenensäurehaltige Mineralwasser lösten bei ihr Schluckprobleme und Hustenanfälle aus. Durch das Verschlucken von nicht angedickten Getränken könnte das Vermeidungsverhalten ausgelöst werden und wiederkehrende Exsikkosen wären die Folge.

Die deutlich hörbaren Schluckgeräusche konnten als „Plop“-Geräusch und als wiederholtes Nachschlucken registriert werden.

## **7. Beobachtung**

### **Zur Person**

**Pseudonym:** Xxxx

**Geburtsjahr:** 1921

**Wohnbereich:** ■

**Speiseplatz:** XXX

**Beobachtung:** Einzel

**Komorbidität:** „Z. n. Mediainfarkt links mit globaler Aphasie 04/2010, Hemiparese rechts, Demenz 04/2010“

**Dysphagie:** „Dysphagie 04/2010“

### **Pflegeplanung**

**Ressourcen:** „kann bereit gestellte Getränke selbständig trinken, trinkt am liebsten Apfelschorle“

**Problem:** „trinkt aus eigenem Antrieb heraus zu wenig. Aufgrund ihrer Schluckbeschwerden trinkt und ißt Bewohnerin sehr langsam. Aufgrund ihrer Demenz kann Frau B. zeitweise keine Anweisung umsetzen.“

**Maßnahmen:** „Getränke eingießen und griffbereit hinstellen, motivieren etwas zu trinken Trinkmenge dokumentieren. Mahlzeiten werden in der XXX eingenommen. PP bereitet die Mahlzeiten mundgerecht vor, motiviert und erinnert die Bew. MZ zu sich zu nehmen“

**Leistungen:** „Getränke anbieten und erinnern u. motivieren zu trinken, Zwischengetränke anbieten“

### **Pflegebericht**

Keiner

### **Akustische und optische Anzeichen: 14.04.13; 14:30 Uhr;**

Nachmittagskaffee. Frau Xxxx hat auch in der XXX ein Fruchtkompott mit Vanillesoße gegessen. Sie hat sich nicht verschluckt. Den Kaffee hat sie auch aus einem Schnabelbecher getrunken.

### **Analyse der beitragenden Faktoren**

Die 92-jährige Frau Xxxx lebt, in der Einrichtung, seit sie vor drei Jahren einen Mediainfarkt links erlitt hat. Von diesem Ereignis hat sie eine Hemiparese, eine globale Aphasie, welche das Sprachverständnis und die Sprachproduktion stark beeinträchtigen und eine Dysphagie zurückbehalten. Außerdem leidet sie an einer Demenz.

Sie nimmt ihre Mahlzeiten durch Pflegende unterstützt ein.

Die Pflegeplanung ist unzureichend an die globale Aphasie, die Demenz und an die Schluckstörungen angepasst. Das gestörte Sprachvermögen und -verständnis von Frau Xxxx wird nicht aufgegriffen. Es werden keine passenden Maßnahmen zur Unterstützung geplant. Trotz bekannter Dysphagie werden kohlenensäurehaltige Saftschorlen gereicht.

In der nichtteilnehmenden Beobachtung konnte Frau Xxxx ein Fruchtkompott, welches eine angedickte Konsistenz hatte, ohne Störungen essen.

## **8. Beobachtung**

### **Zur Person**

**Pseudonym:** Xxxx

**Geburtsjahr:** 1936

**Wohnbereich:** ■

**Speiseplatz:** Tagesraum

**Beobachtung:** Gruppe

**Komorbidität:** „Trauma nach Suizidversuch mit ausgeprägtem Schiefhals, Torticollispasticus, massive Wirbelsäulen Skoliose bei Schizophrenie, Psychasthenie“

**Dysphagie:** Keine

### **Pflegeplanung**

Keine

### **Pflegebericht**

Keiner

### **Akustische und optische Anzeichen**

**Samstag 13.04.13 Uhr. Mittagessen:** Herr Xxxx kommt 10 Minuten später. Er hat sehr starke Kontrakturen und Fehlstellungen. Der Kopf liegt auf der linken Schulter und die gesamte linke Körperhälfte hat sich nach unten verlagert. Er nimmt Platz und isst zügig seine Linsensuppe, ohne sich zu verschlucken. Nach dem Essen steht er auf und unterhält sich kurz mit Herrn Xxxx, dann geht er wieder.

Der Mann mit der Halsfehlstellung, Herr Xxxx, wird, als er etwas nicht sofort versteht, von dem gleichen Pfleger laut angeschrien.

**Sonntag 14.04.13 Uhr. Mittagessen:** Herr Xxxx, der Mann mit der schweren Parese, verschluckt sich nicht.

### **Analyse der beitragenden Faktoren:**

Herr Xxxx ist 77 Jahre alt und lebt aufgrund seiner psychischen Erkrankungen in der Einrichtung. Herr Xxxx hatte zuvor versucht, sich das Leben zu nehmen. Davon hat er sich schwere Nervenschäden in der Kopf- und Halsregion zugezogen. Dadurch haben sich eine Skoliose und ein massiver Schiefhals entwickelt. Der Kopf liegt auf der linken Schulter. Es ist keine Dysphagie diagnostiziert. Herr Xxxx zeigte während der Beobachtung keine Auffälligkeiten beim Schlucken. Er konnte in einer zügigen Geschwindigkeit mit einem Löffel das Essen zum Mund führen und benutzt einen Strohhalm zum Trinken. Auch bei der zweiten Beobachtung waren keine Auffälligkeiten des Schluckvorgangs zu erkennen.

## **9. Beobachtung**

### **Zur Person**

**Pseudonym:** Xxxx

**Geburtsjahr:** 1934

**Wohnbereich:** ■

**Speiseplatz:** XXX

**Beobachtung:** Einzel

**Komorbidität:** „Demenz, sonstige Formen des Delirs“

**Dysphagie:** Keine

## **Pflegeplanung**

### **Ressourcen:**

„Akzeptiert Anreichen von Speisen u. Getränken durch PP, akzeptiert passierte Kost“

**Problem:** „Bew. ist nicht in der Lage sich Speisen und Getränke vor-zu- und nachzubereiten. Handlungsabläufe des Essens und Trinkens werden nicht mehr erkannt. Abläufe des Schluckens werden nicht immer erkannt. (häufiges Verschlucken). Fr. ■. ist nicht mehr in der Lage Flüssigkeiten aufzunehmen. Diese müssen verdickflüssigt werden, da sich sie ansonsten verschluckt oder diese aus den Mundwinkeln laufen lässt.“

**Maßnahmen:** „Mahlzeiten werden vom Personal serviert und angereicht (XXX)

Getränke immer mit Beimengungen andere Speisen oder Hilfsmitteln (Bananen, Kaltschale, Jogurt u. ä.) verdickflüssigen. 1x tägl.- wird mithilfe von Speisestärke Saft, Tee, o.ä. trinkfertig verdickflüssigt. Veränderungen und Beobachtungen im Pflegebericht vermerken.“

**Leistungen:** „Getränke einfüllen/ anreichen

Trinkprotokoll führen essen und trinken anreichen

Essen mundgerecht zubereiten“

## **Pflegebericht**

Keiner

## **Akustische und optische Anzeichen**

„XXX“; 22.04.2013; Beginn:17:30 Uhr

Frau Xxxx hat einen hohen Bewegungsdrang. Sie sitzt in einem individuell ansonsten Rollstuhl. Der Sitz ist nach hinten gekippt worden, damit sie nicht aufstehen kann (Fixierung). Beim Essen bewegt sie sich permanent mit dem Oberkörper nach vorne und nach hinten (wirkt sehr anstrengend). Sie nimmt das mit Wurst belegte Brot in die linke Hand und beißt ab. Sie bekommt angedickten Tee („Thicken-Up“) angeboten, der ihr mit einem Suppenlöffel angereicht wird. Die Pflegerin steht vor der Bewohnerin. Die

Pflegende berichtet, dass Frau Xxxx „Schlafstage“ hat. Sie bekommt dann Infusionen. Am Tag bekommt sie zwei bis drei Mahlzeiten angereicht. Frau Xxxx beißt in das Brot, welches sie mit der linken Hand zum Mund führt und dabei weiter Bewegungen macht.

Die Pflegerin beschreibt, dass Frau Xxxx früher viel Sport gemacht und sich gerne bewegt hat. Sie gibt Frau Xxxx beim Anreichen des Brotes einen Esslöffel mit angedicktem Tee.

Frau Xxxx macht die ganze Zeit diese Art von „Sit-up's“. Dabei bewegt sie den linken Arm von vorne unten und nach hinten oben. Während sie das Brot im Mund kaut, bekommt sie den angedickten Tee angereicht. Sie kaut sehr langsam und bewegt eine Nahrungskugel mit der Zunge im Mund herum, ohne sie zu schlucken. Sie bekommt weiter Brot angereicht, während sie kaut, weil sie so langsam isst. Sie macht dann den Mund nicht mehr auf um zu trinken. Die Pflegerin stellt sich vor die Bewohnerin. Ein Kollege kommt in den Raum und fragt, ob sie das Anreichen unterbrechen kann, um eine Bewohnerin zu pflegen. Sie lehnt dies ab, da sie das Essen von Frau Xxxx anreichen möchte. Sie ruft ihm hinterher, dass er eine andere Kollegin fragen soll.

17:57 Uhr: Frau Xxxx ist weiter in der Bewegung nach vorne und hinten. Sie spricht mit dem Essen im Mund einzelne Satzteile oder kurze Sätze, die für mich nicht zusammenhängend klingen. Sie hebt nun mit den Oberkörperbewegungen auch beide Beine an. Wirkt sehr anstrengend und bestimmt auch viel Energie verbrauchend.

18:00 Uhr: Es kommen Nachrichten im Radio. Frau Xxxx beginnt auch zu sprechen. Dabei beißt sie in ihr Leberwurstbrot. Sie bekommt weiter den Tee angereicht. Sie schließt den Mund, kaut und öffnet ihn nicht, als die Pflegerin ihr das Brot an die Lippen drückt.

„Beißen Sie mal ab! Essen sie noch?“

(Ich glaube dadurch, dass die Pflegerin vor der Bewohnerin steht, hat sie von oben keinen guten Blick auf die Esstätigkeiten der Bewohnerin. Es wäre einfacher, wenn sie sich hinsetzen würde. Für die Bewohnerin wäre es vielleicht auch angenehmer.)

Frau Xxxx: „Ja.“

Pflegerin: „Dann muss man abbeißen.“

Frau Xxxx: „Dann muss man abbeißen.“

Die Pflegerin reicht das Brot noch einmal an. Sie reicht dazu einen Esslöffel Tee.

Ein Pfleger kommt rein und fragt, wo eine Bewohnerin ist, die offensichtlich nicht in dem Raum ist. Die Pflegerin und er unterhalten sich laut über die Möglichkeiten, wo sie sein könnte.

Frau Xxxx: „Tztztztzt.“

Das Telefon der Mitarbeiterin klingelt. Sie geht ran. Eine Kollegin außerhalb des Dienstes ruft an und fragt, wie es der Kollegin geht. Sie unterhält sich, bis sie irgendwann registriert, dass ich im Raum bin. Sie begründet dies auch so und bricht das Gespräch ab.

18:05 Uhr: Die Pflegerin bietet Frau Xxxx einen Grießbrei an. Diese öffnet sofort den Mund und isst ihn. Die Pflegerin erzählt mir, dass sie mit ihrer Familie am Wochenende in Bayern war.

18:12 Uhr: Der Grießbrei wird von der Bewohnerin gerne gegessen.

### **Analyse der beitragenden Faktoren**

Frau Xxxx ist 77 Jahre alt und lebt aufgrund einer fortgeschrittenen Demenzerkrankung in der Altenhilfeeinrichtung. Eine Dysphagie wurde bei ihr nicht diagnostiziert. Die Pflegenden beobachteten motorische Störungen beim Schluckakt sowie eine Apraxie. Ihr tägliches Befinden ist schwankend. Sie ist sehr dünn und bewegt sich sehr viel. Sie nimmt nicht an allen Mahlzeiten teil und verbringt ganze Tage schlafend im Bett. Im Schnitt werden Frau Xxxx zwei bis drei Mahlzeiten gereicht. Bei Bedarf wird zur Flüssigkeitsversorgung isotonische Kochsalzlösung subkutan appliziert.

Frau Xxxx bekommt alle Mahlzeiten in passierter Form von den Pflegenden angereicht. Als sicherheitsfördernde Maßnahmen werden die Getränke unter anderem mit Speisestärke angedickt und die Speisen passiert angereicht.

Während der Beobachtung zeigt Frau Xxxx eine ausgeprägte motorische Unruhe in den Beinen und im Rumpf. Die angespannte Bauchmuskulatur kann die Fähigkeit zu schlucken einschränken.



Frau Xxxx verlagert den Speisebrei in die Wangentaschen und schluckt ihn verlangsamt herunter.

Die Konsistenz der Nahrung ist von der Pflegerin an das Schluckvermögen angepasst. Optische Hinweise auf Schluckstörungen können von der stehenden Mitarbeiterin nur eingeschränkt wahrgenommen werden. Das Gesichtsfeld der Bewohnerin ist aus dieser Position nur eingeschränkt zu beobachten. Die Konzentration der Mitarbeiterin auf das Anreichen der Nahrung wird durch die beobachteten Unterbrechungen durch Kollegengespräche und Telefonate beeinflusst. Die akustische Wahrnehmung wird durch die dauernde Radiobeschallung herabgesetzt. Zudem könnte eine ruhige, behagliche, konzentrierte Atmosphäre der Bewohnerin helfen, zur Ruhe zu kommen. Fraglich ist auch, ob die Bewohnerin aus lauter Erschöpfung nach der anstrengenden körperlichen Bewegung so lange Ruhephasen benötigt um sich wieder zu erholen.

## **10. Beobachtung**

### **Zur Person**

**Pseudonym:** Xxxx

**Geburtsjahr:** 1916

**Wohnbereich:** ■

**Speiseplatz:** Tagesraum

**Beobachtung:** Gruppe

**Komorbidität:** „Synkope bei Morbus Parkinson mit akinetischer Krise“

**Dysphagie:** Keine

### **Pflegeplanung**

**Ressource:** „Bewohnerin hat ein Durstgefühl“

**Pflegeproblem:** „hat teilweise nur eine Trinkmenge von unter 1300 ml 24h kann sich Getränke aufgrund der Sehschwäche nicht selber einschenken“

**Maßnahmen:** „das Essen mundgerecht portionieren und servieren darauf achten, das Gläser immer aufgefüllt sind, zum Trinken erinnern monatliche Gewichtskontrolle“

**Leistungen:** „Getränke einfüllen und Kontrolle  
Essen mundgerecht zubereiten“

**Pflegebericht**

Keiner

**Akustische Anzeichen**

Keine

**Optische Anzeichen**

Keine

**Analyse der beitragenden Faktoren**

Die 97-jährige Frau Xxxx ist an Morbus Parkinson erkrankt. Aufgrund einer akinetischen Krise zog sie in die Altenhilfeeinrichtung ein. Sie nimmt ihre Mahlzeiten in der Gruppe ein und benötigt aufgrund ihrer Grunderkrankung und einer Sehschwäche Hilfe bei der Zubereitung der Mahlzeiten. Die Aussage, dass Frau Xxxx ein Durstgefühl hat, widerspricht der Maßnahmenplanung, dass die Mitarbeiter „zum Trinken erinnern“ sollen. Bei Frau Xxxx waren weder akustische noch optische Anzeichen für ein Verschlucken beobachtbar.

**11. Beobachtung**

**Zur Person**

**Pseudonym:** Xxxx

**Geburtsjahr:** 1965

**Wohnbereich:** ■

**Speiseplatz:** Tagesraum

**Beobachtung:** Gruppe

**Komorbidität:** „Akutes Nierenversagen, Wernicke Enzephalopathie,  
Alkoholkrankheit, Nikotinabusus, Periphere Polyneuropathie“

**Dysphagie:** Keine

### **Pflegeplanung**

**Ressourcen:** „trinkt selbstständig und ausreichend, trinkt gerne und viel Kaffee. Nimmt Mahlzeiten im Speisesaal ein“

**Problem:** „Zustand nach extremer Exsikose und starker Mangelernährung, ist stark kachektisch“

**Maßnahmen:** „Getränke im Zimmer bereitstellen

Beobachten und darauf achten, das Bew. weiterhin ausreichend trinkt  
Veränderungen dokumentieren“

**Leistungen:** Keine

### **Pflegebericht**

Keiner

### **Akustische Anzeichen**

**23.04.2013; 17:30 Uhr. Gemeinschaftsraum.**

Herr Xxxx kommt später in den Raum und setzt sich still an seinen Platz.  
Sein Abendbrot steht an seinem Platz vorbereitet.

Herr Xxxx räuspert sich beim Essen.

Herr Xxxx räuspert sich erneut.

Herr Xxxx hustet noch zweimal während des Essens.

### **Analyse der beitragenden Faktoren**

Herr Xxxx ist ein 48-jähriger Mann, der aufgrund seiner Alkoholkrankheit an weitreichenden neurologischen Einschränkungen leidet. Eine Dysphagie ist nicht diagnostiziert. Er ist kachektisch und kompensiert seine Sucht mit Kaffee und Zigaretten. In der Vergangenheit war Herr Xxxx verwahrlost und wurde exsikkiert aufgefunden.

In der Einrichtung lebt er zurückgezogen und nimmt seine Mahlzeiten im Tagesraum ein. Während meiner Beobachtung zeigte Herr Xxxx akusti-

sche Anzeichen einer Dysphagie, wie räuspern und husten. Die Ursache könnte auch der hohe Zigarettenkonsum sein.

## **12. Beobachtung**

### **Zur Person**

**Pseudonym:** Xxxx

**Geburtsjahr:** 1920

**Wohnbereich:** ■

**Speiseplatz:** Bett

**Beobachtung:** Einzel

**Komorbidität:** „Ulcus Ventriculi, Erosive Pangastritis, Refluxösophagitis 1°, chronisch, erosive Gastritis, Demenz fortgeschritten“

**Dysphagie:** Keine

### **Pflegeplanung**

**Ressource:** „kann angereicherte Getränke trinken

Akzeptiert Hilfestellung“

**Problem:** „kann sich aufgrund starker Demenz Getränk nicht selbständig eingiessen, trinkt von sich aus zu wenig, versteht auch nicht die Notwendigkeit des Trinkens Aufgrund der fortgeschrittenen Demenz: kann die Mahlzeiten nicht vor- zu und nachbereiten, kann nicht selbstständig essen, aufgrund Schluckstörungen und fehlender Zähne/Zahnprothesen kann keine feste Kost zu sich nehmen, kann nicht selbstständig trinken und Durstgefühl äußern --> Gefahr der Hydratation ist erhöht,

Trinken und Essen anreichen ist schwierig, da die Bewohnerin

1. die Notwendigkeit von Essen und Trinken nicht erkennt und nicht mehr umsetzen kann;

2. motorische Unruhe am Kopf und an der li. Hand; isst manchmal komplette Mahlzeit nicht auf -->

äußert sich durch nicht mehr schlucken dieser oder das Nichtöffnens des Mundes,

ist lt. MNA Bogen im Risikobereich für Unterernährung (Gesamt- Index 19,5 P.)“

**Maßnahmen:** „Mahlzeiten werden vom Personal im Zimmer serviert, Vorlieben, Abneigungen beobachten--> nonverbale, verbale Äußerung, Dehydratationsprophylaxe lt. Standard, bei jeder Pflegemaßnahme Getränke anreichen, Getränkeangebote nach Trinkplan, auf Schluckstörungen achten und ggf. entsprechende Schritte einleiten, Veränderungen und Beobachtungen im Pflegebericht vermerken,“

**Leistungen:** „Essen und Trinken anreichen, Essen mundgerecht zubereiten, Ernährungs- und Flüssigkeitsprotokoll“

### **Pflegebericht**

„Beim Löffeln der Nahrung schluckt Fr. ■ nicht mehr, beim trinken ist eine ähnliche Situation, es scheint als wäre Bew. nicht mehr vorhanden.“

### **Akustische und optische Anzeichen**

#### **14.04.2013, 15:00 Uhr; Beobachtung Frau Xxxx; Wohngruppe 7**

Die Pflegerin wirkt auf mich durch die Beobachtung verunsichert. Sie erklärt mir über die Beobachtung hinweg die Situation und rechtfertigt ihr Handeln. Frau Xxxx hat bekannte Schluckstörungen und ist bettlägerig. Der linke Unterarm liegt angewinkelt auf der Brust. Die Dame ist schwerstpflegebedürftig und blind. Sie kann hören und auf Ansprache reagieren.

Ein Fruchtjoghurt mit Kirschstücken und ein Milchkaffee, der nicht ange-dickt wurde, werden Frau Xxxx im Liegen mit Oberkörperhochlagerung in ca. 30° angereicht.

Sie wurde vorab auf die rechte Seite gelagert und die linke Körperhälfte wurde mit Kissen gestützt.

Bei der Ankündigung der Pflegerin, dass der Joghurt jetzt gegessen werden soll, wird Frau Xxxx deutlich unruhig und dreht den Kopf ausweichend nach links und rechts. Die Pflegerin erklärt mir, wie sie das Essen anreichen möchte und berichtet von bekannten Schluckstörungen. Sie sagt, dass die Bewohnerin meistens zweimal schlucken muss, damit sie einen

Teelöffel mit Nahrung essen kann. Außerdem würde sie die Nahrung oft lange im Mund behalten und sie teilweise sogar dort vergessen.

Der angereicherte Joghurt läuft Frau Xxx aus dem Mund und wird ähnlich wie bei kleinen Kindern mit dem Teelöffel abgeschabt und wieder in den Mund gegeben. Das Anreichen von 100 ml Joghurt dauert circa 10 Minuten. Danach wird der nicht angedickte Milchkaffee mit einem Schnabelbecher angereicht. Frau Xxx versucht sich zu schützen, indem sie die Zunge vor dem Ausfluss belässt, damit der Kaffee nicht in den Mund fließt.

Die Pflegerin schiebt mit dem Schnabel die Zunge beiseite und der Kaffee läuft der Bewohnerin in den Mund. Der Schnabel verbleibt danach lange im Mund. Frau Xxx schluckt den Kaffee herunter. Dieses Prozedere wiederholt sich. Sie schwitzt und ist unruhig. Die Kaffeegabe wird unterbrochen, damit sich Frau Xxx ausruhen kann. Sie hat circa 30 ml getrunken. Die Pflegerin erzählt mir, dass die Krankenkassen das Andickmittel für Frau Xxx und die anderen Bewohner nicht bezahlen. Deshalb wurden die Angehörigen gebeten, dies zu bezahlen. Da diese aber kein Geld dafür haben, bekommen die meisten Bewohner im Haus keine angedickten Getränke. (Anmerkung: Die Pflegerin hat mich zum zweiten Teil des Essens anreichen nicht mehr informiert.)

### **Analyse der beitragenden Faktoren**

Frau Xxx ist 93 Jahre alt und aufgrund einer fortgeschrittenen Demenz sehr pflegebedürftig. Sie ist bettlägerig und zeigt Kontrakturen an den Extremitäten. Sie hatte rezidivierende Schleimhautentzündungen und Ulcera des Gastro- Intestinaltraktes. Eine Dysphagie wurde nicht diagnostiziert.

Die Pflegeplanung ist an die Einstufungskriterien des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen angepasst, denn dass ein Mensch, der die Notwendigkeit der Nahrungsaufnahme vergessen hat und bettlägerig ist, keine Mahlzeiten vor-, zu- und nachbereiten kann, dürfte einer Pflegefachkraft bekannt sein. Schluckstörungen wurden in der Planung erfasst. Auch wurde erhoben, dass die Bewohnerin aufgrund fehlender Zahnprothesen keine feste Nahrung zu sich nehmen kann. Der Schreibfehler „Hydrationsgefahr“ ist bei einer Bewohnerin ohne Durstgefühl als Gefährdung durch Dehydrierung zu werten. Auch bei dieser Bewohnerin zeigen sich unter

anderem eine motorische Unruhe des Kopfes und das Verschließen der Lippen. Dies könnte die Aufnahme der Nahrung und das Schlucken erschweren. Die Maßnahme „Dehydratationsprophylaxe lt. Standard“ wird zur Bewässerung der Bewohnerin geplant. Es ist kein Standard hinterlegt und es wird nach Rückfrage an die Leiterin in dem Haus nicht mit Pflegestandards gearbeitet. Dann erfolgt die Empfehlung „auf Schluckstörungen achten“ und als Maßnahme „ggf. entsprechende Schritte einleiten“. Es werden keine weiteren handlungsleitenden Maßnahmen aufgeführt.

Das daraus abgeleitete Handeln konnte folgend beobachtet werden.

Die Erklärungen der Mitarbeiterin machten deutlich, dass sie Hinweise auf Schluckstörungen bei Frau Xxxx erkannt hatte, sie aber keine geeigneten Handlungen daraus ableiten konnte. Die Auswahl der Speise, die Seitenlagerung und die Gabe der Mahlzeit im Liegen zeigten, dass ihr ein geeignetes Wissen zur Vermeidung von Dysphagie fehlt.

Auch das Überwinden des Schutzreflexes der Bewohnerin, der zugekniffenen Lippen, mit dem Aufhebeln des Schnabelbechers konnte ich bei mehreren Beobachtungen festhalten. Der dann folgende Schutzreflex der Zunge mit dem Verschluss der Öffnung vor dem flüssigen Kaffee wurde mit der gleichen Methode ebenfalls überwunden. Dies ist als Gewaltanwendung gegen schutzbedürftige Bewohner zu werten.

Bei der Bewohnerin waren folgend Anzeichen von Stress zu erkennen: deutliches Schwitzen, Unruhe.

Auch bei Frau Xxxx wurde mir von der Pflegenden berichtet, dass das Andickungsmittel nicht von den Angehörigen bezahlt werden kann.

Bei Frau Xxxx waren sehr deutliche Anzeichen für eine Schluckstörung wie zum Beispiel:

- Kopf weg drehen,
- Lippen fest verschließen,
- Zunge vor den Schnabelbecher legen,
- Schwitzen,
- unruhiges Verhalten,
- Sammeln der Nahrung im Mund,
- fraktioniertes Schlucken,
- Nachschlucken,

- vergessen zu schlucken,
- Herauslaufen der Nahrung aus dem Mund,
- sehr langsames Essen und Trinken

zu erkennen.

### **13.Beobachtung**

#### **Zur Person**

**Pseudonym:** Xxxx

**Geburtsjahr:** 1923

**Wohnbereich:** ■

**Speiseplatz:** Tagesraum

**Beobachtung:** Gruppe

**Komorbidität:** „Diabetes mellitus, Katarakt OP bds., Cerebrovaskuläre Insuffizienz mit Schwindelsymptomatik und Sturzneigung, Herzinsuffizienz mit Synkopen“

**Dysphagie:** Keine

#### **Pflegeplanung**

Keine

#### **Pflegebericht**

„**08.01.2013; 20:32 Uhr.** Bew. Bekommt eine Ciprofoxacin Tab. Und die andere sind nachgestellt.

**14.01.2013; 20:00 Uhr.** Bew. Schon wieder besser, sie hustet nicht mehr so stark.

**15.01.2013; 20:00 Uhr.** Bew. Hat während des Abendessens plötzlich erbrochen. Sie wunderte sich selber darüber, sagt, es kam ganz plötzlich. Habe sie in ihr Zimmer gefahren und sofort ausgezogen. Bew. sagt. es ist alles wieder in Ordnung.“

#### **Akustische Anzeichen**

Keine



## **Optische Anzeichen**

Keine

## **Analyse der beitragenden Faktoren**

Die neunzigjährige Frau Xxxx ist an einem Diabetes mellitus erkrankt. Sie hat zwei neue Linsen gegen den grauen Star eingesetzt bekommen. Außerdem zeigt sie Symptome einer Herzinsuffizienz mit Schwindel und Synkopen. Frau Xxxx nimmt ihre Mahlzeiten im Speiseraum ein. Es wurde bei ihr keine Schluckstörung diagnostiziert. Im Pflegebericht gab es im Januar 2013 einen Hinweis auf einen Husten und eine Antibiotikagabe. Aufgrund dessen kann sie eine plötzlich auftretende Übelkeit entwickelt haben. Diese Übelkeit ist nicht als ein Anzeichen einer Dysphagie zu werten, sondern ist wohl im Zusammenhang mit der Antibiotikatherapie zu sehen. Unter dem Gesichtspunkt der Dysphagie war auch nichts in der Pflegeplanung vermerkt.

Frau Xxxx zeigte bei der Beobachtung keine Auffälligkeiten, die auf eine Schluckstörung hindeuten.

## **14. Beobachtung**

### **Zur Person**

**Pseudonym:** Xxxx

**Geburtsjahr:** 1943

**Wohnbereich:** ■

**Speiseplatz:** Tagesraum

**Beobachtung:** Gruppe

**Komorbidität:** „Struma, schizodepressive Störung“

**Dysphagie:** Keine

### **Pflegeplanung**

**Ressourcen:** „trinkt selbständig und ausreichend“

**Problem:** „ist übergewichtig. Bei übermäßiger Essensaufnahme auf ihre Diät aufmerksam machen, aber nicht beschämend reden und nicht vor den anderen Mitbewohnern“

**Leistungen:** „ND darauf achten, dass ausreichend zu Trinken vorhanden ist“

### **Pflegebericht**

Keiner

### **Akustische Anzeichen**

Keine

### **Optische Anzeichen**

Keine

### **Analyse der beitragenden Faktoren**

Frau Xxxx ist eine 70-jährige Dame, die aufgrund einer schizodepressiven Störung in der Einrichtung lebt. Sie hat eine diagnostizierte Struma und keine Dysphagie.

Sie nimmt ihre Mahlzeiten im Tagesraum, in Gesellschaft der anderen Bewohner selbstständig ein. In der Pflegeplanung ist vermerkt, dass sie von den Pflegenden auf ihre Diät aufmerksam gemacht werden soll. Es ist aber nicht erwähnt, um welche Diät es sich handelt und welches genaue Ziel damit verfolgt wird. Dass man Bewohner nicht beschämen soll, findet in dieser Planung eine besondere Erwähnung.

Die Pflegeleistungen stehen in keinem Zusammenhang der Pflegeplanung.

Im Pflegebericht wurden keine Anzeichen einer Dysphagie beschrieben und konnten auch von mir nicht beobachtet werden.

## **15.Beobachtung**

### **Zur Person**

**Pseudonym:** Xxxx

**Geburtsjahr:** 1912

**Wohnbereich:** ■

**Speiseplatz:** Tagesraum

**Beobachtung:** Gruppe

**Komorbidität:** Keine

**Dysphagie:** Keine

### **Pflegeplanung**

**Ressourcen:** „Bew. kann mundgerecht vorbereitete Nahrung selbst zu sich nehmen, kann trinken“

**Probleme:** „kann nicht selber Brot schmieren (Bew. sieht schlecht) und Fleisch kleinschneiden  
trinkt Alkohol wird von Angehörigen gebracht oder besorgt sich alleine beim Kiosk“

**Maßnahmen:** „Bew. bekommt Hilfe von PP. Bew. kann sich äußern, hat keine besonderen Wünsche, kann nicht sehr feste Nahrung kauen.

Alle Mahlzeiten werden von PP vor- zu- und nachbereitet.

Die Kontrolle, ob Hr. ■. genügend gegessen und getrunken hat, ob seine Wünsche befriedigt sind, werden durch PP durchgeführt“

**Leistungen:** „Getränke einfüllen und Kontrolle, Essen mundgerecht zubereiten, Zwischenmahlzeit“

### **Pflegebericht**

Keiner

### **Akustische und optische Anzeichen**

**23.04.2013; 17:30 Uhr. „Gemeinschaftsraum“**

Ich sitze an einem Tisch neben Herrn Xxxx, einem 101-jährigen, sehr vital wirkenden Herrn. Ich stelle mich kurz vor und nehme mir ein Glas Wasser. Herr Xxxx hat auf seinem Teller ein Brötchen liegen. Dieses bereitet er mit

Butter und Marmelade zu und isst es, ohne sich zu verschlucken. Er hat ein normales Esstempo.

### **Analyse der beitragenden Faktoren**

Herr Xxxx ist 101 Jahre alt. Er hat keine Komorbidität und keine Dysphagie. Er kann seine Mahlzeiten in der Gesellschaft anderer Bewohner einnehmen. Da Herr Xxxx schlecht sieht, ist vermerkt, dass das Essen von den Pflegenden vorbereitet und klein geschnitten werden muss. Der Rest der Pflegeplanung ist nicht aufeinander abgestimmt. In den Maßnahmen ist vermerkt, dass Herr Xxxx Hilfe bekommt. Es ist aber nicht benannt, wobei er diese bekommt. Das Problem, dass er keine feste Nahrung kauen kann, ist bei den Maßnahmen vermerkt. Dass er regelmäßig Alkohol trinkt, wird mit keinen Maßnahmen weiter geplant. Sowohl Maßnahmen der Getränke- und Mahlzeitenkontrolle können keinem Problem zugeordnet werden. Die Leistungen, Getränke zu kontrollieren und nachzufüllen als auch die Zubereitung der Nahrung erfolgten bei meiner Beobachtung nicht. Die Ursache dafür, dass Herr Xxxx eine Zwischenmahlzeit einnehmen soll, konnte auch nicht nachvollzogen werden. Während der Beobachtung hat sich Herr Xxxx das Brötchen selber zubereitet. Er zeigte keine Anzeichen einer Schluckstörung.

## **16. Beobachtung**

### **Zur Person**

**Pseudonym:** Xxxx

**Geburtsjahr:** 1927

**Wohnbereich:** ■

**Speiseplatz:** Tagesraum

**Beobachtung:** Gruppe

**Komorbidität:** „Hirnfarkt,

Z.n. multiplen Hirnfarkten im vertebro- basiliären Stromgebiet mit bereits vorbeschriebenen dementiellen Syndrom“

**Dysphagie:** Keine.

## **Pflegeplanung**

**Ressourcen:** „kann sich seine Getränke selbstständig eingießen, trinkt selbständig“

**Probleme:** „z. Z. keine“

**Leistungen:** keine

## **Pflegebericht**

Keiner

## **Akustische Anzeichen**

Keine

## **Optische Anzeichen**

Keine

## **Analyse der beitragenden Faktoren**

Herr Xxxx ist 86 Jahre alt und dement. Zudem hat er mehrere Hirninfarkte durchlitten. Eine Schluckstörung wurde nicht festgestellt. Er nimmt seine Mahlzeiten im Tagesraum ein und benötigt laut Pflegeplanung keine pflegerische Unterstützung beim Essen und Trinken. Im Pflegebericht konnte nichts zu Schluckstörungen gefunden werden, ebenso ließen sich diese nicht beobachten.

## **17. Beobachtung**

### **Zur Person**

**Pseudonym:** Xxxx

**Geburtsjahr:** 1925

**Wohnbereich:** 7

**Speiseplatz:** Tagesraum

**Beobachtung:** Gruppe

**Komorbidität:** „Demenz, Nahrungs- und Trinkverweigerung, Exsikkose“

**Dysphagie:** Keine

### **Pflegeplanung**

**Ressourcen:** „kann selbständig Getränke zu sich nehmen“

**Probleme:** nichts zu Schluckstörungen

**Maßnahmen:** nichts zu Schluckstörungen

**Leistungen:** „Kontrolle der Nahrungsaufnahme  
Essen mundgerecht zubereiten“

### **Pflegebericht**

Keiner

### **Akustische und optische Anzeichen**

Die Bewohner beginnen mit dem Mittagessen. Frau Xxxx verschluckt sich mehrmals beim Essen. Sie hustet laut. Sie hört sich an, als hätte sie einen bronchialen Infekt. Der Husten ist feucht, brodelig, kehlig. Sie isst aber weiter und verschluckt das Essen danach wiederholt. Gleichzeitig hilft sie ihrer Tischnachbarin beim Essen.

### **Analyse der beitragenden Faktoren**

Frau Xxxx ist eine 88-jährige Dame, die ihre Mahlzeiten in der Gemeinschaft einnimmt. Sie leidet an einer Demenz und hatte in der Vergangenheit aufgrund einer Verweigerung des Essens und Trinkens eine Exsikkose. Eine Dysphagie ist nicht festgestellt.

In der Pflegeplanung steht, dass Frau Xxxx ihre Getränke selbstständig zu sich nehmen kann. In der weiteren Planung findet sich keine Beschreibung von Schluckstörungen. Die Exsikkose wird durch „Kontrolle der Nahrungsaufnahme“ sowie „Essen mundgerecht zubereiten“ vermieden. In meinen Beobachtungen konnte ich schwere Schluckstörungen bei Frau Xxxx erkennen. Sie verschluckte sich wiederholt schwer beim Essen und Trinken und konnte sich aufgrund ihrer Demenz und der Angst nicht adä-

quat helfen oder das Essen unterbrechen. Sie handelte, während sie nach Luft rang, fehlgeleitet und half einer Tischnachbarin beim Essen. Nach dem Verschlucken war ein feuchter, brodeliger und kehliger Husten zu hören. Dass Frau Xxxx ohne Begleitung einer Pflegekraft ihre Mahlzeiten einnimmt ist fahrlässig, denn auf meinen Hinweis nach der Beobachtung, dass Frau Xxxx schwere Schluckstörungen gezeigt hat, war dies den diensthabenden Mitarbeitern bekannt. Es untermauert aber die These, dass die Mitarbeiter nicht wissen, was bei Schluckstörungen zu tun ist und welche Auswirkungen diese für die Bewohner haben können.

## **18.Beobachtung**

### **Zur Person**

**Pseudonym:** Xxxx

**Geburtsjahr:** 1926

**Wohnbereich:** ■

**Speiseplatz:** Tagesraum

**Beobachtung:** Gruppe

**Komorbidität:** „Hirnstamminfarkt, Hemianopsie, Ataxie, Demenz“

**Dysphagie:** Keine

### **Pflegeplanung**

**Ressource:** „kann selbständig trinken“

**Problem:** „trinkt aus eigenem Antrieb nicht ausreichend“

**Maßnahmen:** „ND Getränk am Bett bereitstellen und daran Erinnern zu trinken. Getränke einfüllen.“

### **Pflegebericht**

**„21.01.13; 15:28 Uhr.** Bew. nicht getrunken. Wurde animiert Getränke zu sich zu nehmen. Essen lehnte er zur Kaffeezeit ab.

**28.01.13; 13:09 Uhr.** Essen sehr verlangsamt gegessen, musste animiert werden das er Essen tut.

**07.02.13; 13:00 Uhr.** Beim essen muss Bew. Ständig daran erinnert werden das er weiter ißt.

**09.09.13; 17:47 Uhr.** Bew. muss daran erinnert werden das er Essen soll und trinken soll, sitzt oft davor und isst und trinkt nicht weiter.

**10.02.13; 19:48 Uhr.** Bew. wurde geweckt, war ganz durch den Wind, sehr wackelig auf den Beinen und beim sitzen, musste mehrfach animiert werden zum essen und trinken.

**05.04.2013; 17:23 Uhr.** Bew. muss mehrfach daran erinnert werden das er Essen und Trinken soll. Nach einiger Zeit fängt Bew. an, isst dadurch sehr langsam, möchte sich das nicht anreichen lassen.“

### **Akustische und optische Anzeichen**

**24.04.13; 17:00 Uhr. Bewohnerzimmer.**

Die Zimmertür ist wie fast alle anderen Zimmertüren auf den Wohnbereichen geöffnet. Herr Xxxx sitzt allein im Stuhl an der Wand, sein Kopf ist gesenkt und er blickt auf seinen Nachttisch, der vor ihm ausgeklappt ist. Er wirkt abwesend. Er wohnt mit Herrn ■. in einem Doppelzimmer. Dieser schläft und hat das Fußende schräg nach unten gestellt. Draußen ist es heute 25 °C warm. Die Sonne scheint.

Ich hole mir einen Stuhl und setze mich vor den Türrahmen in den Flur, ca. 2,5 Meter von Herrn Xxxx entfernt.

Der Pfleger spricht den Bewohner laut mit seinem Vornamen an. Herr Xxxx hat offensichtlich Schwierigkeiten, der Ansprache zu folgen. Er steht auf und tippelt nach links an dem Tisch vorbei. Er wirkt auf mich, als ob er nicht weiß, was der Pfleger von ihm möchte. Der Pfleger trägt nichts dazu bei, die Orientierung zu erleichtern. Es erfolgt kein Augenkontakt. Der Pfleger fordert Herrn Xxxx auf, sich wieder hinzusetzen. Der Pfleger stellt dann das Tablett ab und geht. Herr Xxxx hat vor sich ein Plastiktablett stehen mit einem Dessertteller und einem Plastikbecher. Keine Serviette. Kein Besteck. Auf dem zubereiteten Weißbrot ist Butter, Erdbeermarmelade und Käse. Der Tee wird aus einer Edelstahlkanne in den Becher gegossen. Die Medikamente stehen in einem kleinen Becher neben dem Teller. Herr Xxxx wirkt auf mich immer noch abwesend.



Herr Xxxx tippt die ganze Zeit mit beiden Fußspitzen rhythmisch auf den Boden. Er nimmt vorsichtig ein Stück Brot, schaut es an, legt es wieder hin, nimmt es wieder und steckt es sich in den Mund. Er kaut langsam das Brot. Er nimmt sich wiederholt ein Stück Brot in den Mund und kaut langsam darauf herum. Er hebt den Trinkbecher an, trinkt aber nicht, dann hebt er den Medikamentenbecher an, schaut sich die Tabletten an und stellt sie wieder hin. Er wirkt auf mich müde und abwesend. Dann nimmt Herr Xxxx Augenkontakt zu mir auf und sagt: „Ich muss mal auf die Toilette.“ Ich gehe zu ihm und informiere dann eine Pflegerin in der Küche. Herr Xxxx kaut immer noch langsam das Brot. Die Pflegerin kommt, nimmt den Rollator und leitet Herrn Xxxx routiniert an, mit dem Rollator auf die Toilette zu gehen. Währenddessen kaut er weiter.

Danach unterhält die Pflegerin sich auf dem Flur auf Polnisch mit ihrem Kollegen. [...] bis Herr Xxxx von der Pflegerin mit einer Anleitung durch Einwortsätze zurückgebracht wird. Er tippelt beim Laufen mit den Füßen. Er kann mit den Kommandos nichts anfangen. Er scheint eine Störung in der Spracherkennung zu haben. Er kann nicht deuten, was er tun soll.

**17:30 Uhr:** Herr Xxxx trinkt einen Schluck Tee. Er nimmt einen Schluck in den Mund und schluckt dann einen Teil davon herunter. Den anderen Teil behält er durch den Aufbau eines Unterdrucks im Mund. Die Wangen sind eingezogen. Durch den Unterdruck fließt der Tee nicht in den Rachen. Er schluckt nach 20 Sekunden den Rest des Tees herunter. Er isst dann wieder ein Stück Brot und trinkt dazu wieder fraktioniert einen Schluck Tee. Dabei läuft ihm die Nase. Da er keine Serviette oder ein Taschentuch hat, putzt er sich die Nase mit dem Handrücken ab. Dann nimmt er die Tabletten in den Mund und schluckt sie mit einem fraktionierten Schluck Tee. Den anderen Teil behält er wieder im Mund. Er putzt sich danach erneut mit dem Handrücken die Nase. Er schluckt verzögert den Rest des Tees. Er holt durch den Mund Luft und trinkt danach erneut.

**17:32 Uhr:** Herr Xxxx nimmt wieder Brot in den Mund.

Herr H erklärt mir zu Herrn Xxxx: „Der verschluckt sich immer.“

Der Pfleger kommt kurz in den Raum und spricht Herrn Xxxx an. Herr Xxxx prostet ihm zu und trinkt einen Schluck. Er wirkt sehr müde und leckt seine Lippen. Er schaut in den Becher, schluckt, spielt mit dem Becher

und nimmt noch mal zwei Schlucke von dem Tee. Seine Füße wippen die ganze Zeit auf dem Boden. Er wirkt durchgehend abwesend. Er hat in der ganzen Zeit der Beobachtung nur ein halbes Brot gegessen. Herr Xxxx stößt Luft auf. Er wirkt immer noch sehr abwesend und wippt mit den Füßen im Takt.

Ich sehe, dass der Becher leer ist. Ich gehe zu ihm hin, hocke mich vor ihn, sodass er mein Gesicht und meine Augen sehen kann und frage Herrn Xxxx, ob er noch etwas Tee trinken möchte. Er schaut mich an und antwortet: „Ja.“ Ich gehe in die Küche und frage die Pflegerin. Sie gibt mir aus der Kanne Tee in den Becher. Herr Xxxx beginnt den zweiten Becher Tee zu trinken.

**17:55 Uhr:** Ich gehe wieder zu ihm hin, hocke mich vor ihn, sodass er mein Gesicht und meine Augen sehen kann und verabschiede mich von ihm. Er freut sich, lacht mich an und sagt: „Auf Wiedersehen.“

### **Analyse der beitragenden Faktoren**

Herr Xxxx ist mit seinen 87 Jahren an einer Demenz erkrankt. Er zeigt durch einen Hirnstamminfarkt ausgelöste Hemianopsie und eine Ataxie. Herr Xxxx soll seine Mahlzeiten im Tagesraum einnehmen. Als ich die Beobachtung durchführte, fand diese aber in seinem Zimmer statt.

Eine Dysphagie wurde nicht beschrieben. Sie kann aber durch den Hirnstamminfarkt ausgelöst werden.

In der Pflegeplanung wird als Ressource beschrieben, dass Herr Xxxx selbstständig trinken kann. Als Problem wird beschrieben, dass ihm der Antrieb zum eigenen Trinken fehlt. Als Maßnahmen sollen Getränke in der Nacht am Bett bereitgestellt werden und Herr Xxxx erinnert werden zu trinken. Dieser Planung fehlt der rote Faden. Es ist fraglich ob Herr Xxxx in der Nacht aus eigenem Antrieb trinkt und ob er sich an eine Erinnerung zu trinken mit einer Demenz erinnert.

Im Pflegebericht steht, dass Herr Xxxx immer wieder erinnert und animiert werden muss, etwas zu trinken. Aufgrund seiner Demenz wird er dies wieder vergessen und deshalb von den Pflegenden immer wieder dazu ermahnt. Zielführender könnte es sein, wenn Herr Xxxx beim Essen angeleitet und begleitet würde. Die Hemianopsie, die Demenz und die Ataxie

wurden in der Pflegeplanung nicht als Ursache der Essstörung in Betracht gezogen.

Zu Schluckstörungen wurde nichts berichtet.

In meiner Beobachtung konnte ich sehen, dass Herr Xxxx ohne Begleitung seine Mahlzeit einnahm. Seine Tabletten wurden auf das Tablett gestellt. Sie wurden nicht mit einem Schluck Wasser oder Tee angereicht. Auf die Desorientierung und die Verlangsamung wurde von den Pflegenden nicht eingegangen. Ob Herr Xxxx mit seinem Vornamen angesprochen werden möchte, konnte nicht nachvollzogen werden.

Herr Xxxx zeigte ein fraktioniertes Schlucken von Flüssigkeiten, ein aktives Bilden von Unterdruck zur eigenen Dysphagieprophylaxe und ein sehr langsames Schluckbild beim Trinken und Verspeisen von Brot. Nach dem Schlucken des Tees begann Herr Xxxx Nase wiederholt zu laufen, dies könnte durch den warmen Tee hervorgerufen werden, es könnte aber auch ein Hinweis auf eine Schluckstörung sein.

Das Erkennen und zum Mund führen der Mahlzeit dauerte länger und war von wiederholtem Betrachten des Brotes und des Tablettenbechers gekennzeichnet. Dieses Verhalten könnte durch die Hemianopsie und die Demenz verursacht sein. Ebenso kann das Wippen der Füße eine neurologische Ursache haben. Ein Kontakt zu Herrn Xxxx konnte von mir zweimal durch Hinknien, Augenkontakt und Ansprache erzeugt werden. Auf meine Frage, ob er noch etwas trinken möchte, antwortete Herr Xxxx mit „Ja“ und begann den zweiten Becher zu trinken. Wie bereits oben beschrieben, halten sich demenzerkrankte Menschen gerne in einer ruhigen, geborgenen Atmosphäre auf. Sie mögen die Begleitung einer ihnen Orientierung und Sicherheit gebenden Person. Dies wäre für die zukünftige Pflege des Herrn Xxxx ein wertvoller Ansatz. Er wäre dann bei Anzeichen von Orientierungslosigkeit und Schluckstörungen nicht alleine.

## **19. Beobachtung**

### **Zur Person**

**Pseudonym:** Xxxx

**Geburtsjahr:** 1920

**Wohnbereich:** ■

**Speiseplatz:** XXX

**Beobachtung:** Einzeln

**Komorbidität:** „Magenulkus/10/2010, trockene Makuladegeneration, Glaucom, Astigmatismus, Presbyopie“

**Dysphagie:** Keine

### **Pflegeplanung**

**Ressourcen:** „kann Wünsche äussern

kann vorbereitet Mahlzeit selbst zu sich nehmen

trinkt und isst alleine und ausreichend, braucht kein Protokoll, sollte aber laut Arzt max.1500 trinken

Bew. nimmt ihre Mahlzeiten in der XXX ein.

trinkt gerne Coca-Cola“

**Probleme:** „braucht magenschonende Kost, wegen Magengeschwüre

kann ihr Brot durch Sehschwäche nicht mehr selber zubereiten

kann ihr Getränk durch Sehschwäche nicht mehr selber zubereiten

bei schlechter TF kann Bew. nicht ihr Fleisch klein schneiden

bei Unwohlsein will Bew. nicht in der XXX sitzen“

**Maßnahmen:** „darauf achten, dass Bew. genügend Getränke im Zimmer hat

Getränk einfüllen und kontrollieren

Bew. erhält Magenschonkost

Zwischenmahlzeiten werden von PP angeboten

Auf Nahrungsmenge achten, Fleisch klein schneiden

Trinkt gerne Wasser oder Fencheltee

Sohn bringt manchmal Cola oder Limo mit

Bew. zum Trinken bei den Mahlzeiten und Getränke runden auffordern

Bei Unwohlsein wird das Essen im Zimmer serviert.“

**Leistungen:** „Getränke einfüllen und Kontrolle

Essen mundgerecht zubereiten

Umgang mit Besteck üben  
Kontrolle der Nahrungsaufnahme“

### **Pflegebericht**

keiner

### **Akustische und optische Anzeichen**

In der „XXX“ im Erdgeschoss beobachte ich zwei Damen mit starken Schluckstörungen. Die eine Dame, Frau Xxxx, summt während des Essens. Frau Xxxx summt und äußert zu Beginn des Abendbrots laut den Wunsch, Käse zu essen. Sie bekommt Wurstbrote vorgesetzt. Frau Xxxx verschluckt sich mehrmals beim Brotschlucken und brodeln beim Atmen, isst aber trotzdem weiter.

### **Analyse der beitragenden Faktoren**

Die 93jährige Frau Xxxx sieht sehr schlecht und ist aufgrund mehrerer Augenerkrankungen in fachärztlicher Behandlung. Sie hatte vor drei Jahren einen Magengeschwür. Schluckstörungen sind bei ihr nicht festgestellt worden. Sie nimmt ihre Mahlzeiten betreut in der XXX ein.

Aufgrund der Augenerkrankungen kann Frau Xxxx ihre Mahlzeiten nicht selbstständig vorbereiten. Laut Pflegeplanung kann sie diese dann alleine zu sich nehmen. Sie hat eine Trinkbeschränkung von 1,5 Liter. Diese Verordnung wird nicht durch die Pflegenden kontrolliert. Bewohnerin „trinkt und isst alleine und ausreichend, braucht kein Protokoll.“ Als Problem wird beschrieben, „bei schlechter TF kann Bew. nicht ihr Fleisch klein schneiden“.

Die Abkürzung TF ist nicht hinterlegt. Was sie bedeutet, kann nur erraten werden. Wenn von einer Unbekannten eine Unterstützungsmaßnahme abhängig gemacht wird, bedeutet dies ein potenzielles Problem für die Bewohnerin. Ein Hinweis, dass Cola-Getränke bei akuten Magenbeschwerden nicht gereicht werden sollen, erfolgt nicht. Als Maßnahme wird der Hinweis gegeben: „darauf achten, dass Bew. genügend Getränke im Zimmer hat“. Als weitere Maßnahme erfolgt dann der Hinweis: „Getränk einfüllen und kontrollieren“.

Einer fast blinden Dame Getränke ins Zimmer zu stellen ist eine nicht zufriedenstellende Maßnahme. Im Umkehrschluss können Getränke nur eingefüllt werden, die auch greifbar sind.

Im weiteren Verlauf sollen die Pflegenden „Bew. zum Trinken bei den Mahlzeiten und Getränkestunden auffordern“. In der Ressourcenbeschreibung steht, dass Frau Xxxx ausreichend trinkt und eine Trinkbeschränkung hat.

Eine ähnlich unklare Beschreibung ist bei der Nahrungsaufnahme nachzulesen. Als Ressource steht dort „trinkt und isst alleine und ausreichend“.

Als Maßnahme: „Auf Nahrungsmenge achten, Fleisch klein schneiden“.

Bei den Leistungen wird hingewiesen „Essen mundgerecht zubereiten“  
Des Weiteren soll eine „Kontrolle der Nahrungsaufnahme“ erfolgen. Wie diese erfolgen soll und was das Ziel der Kontrolle ist, bleibt unklar.

Die Maßnahme „Umgang mit Besteck üben“ kann keinem vorher beschriebenen Problem zugeordnet werden.

Bei der Beobachtung wurden Hinweise auf eine starke Schluckstörung deutlich. Frau Xxxx verschluckte sich während des Essens mehrmals stark. Sie summte während des Essens einen Dauerton. Sie hat sich so stark verschluckt, dass ihre Atmung danach deutlich hörbar brodelte. Schluckstörungen sind in der Pflegeplanung nicht beschrieben.

## **20. Beobachtung**

### **Zur Person**

**Pseudonym:** Xxxx

**Geburtsjahr:** 1957

**Wohnbereich:** ■

**Speiseplatz:** Tagesraum

**Beobachtung:** Gruppe

**Komorbidität:** „Zerebrale Apoplexie bei Verschluss der A. carotis, Aphasie, Schlaffe Hemiparese“

**Dysphagie:** Keine

## **Pflegeplanung**

**Ressourcen:** „Bewohner kann selbstständig essen und trinken“

**Probleme:** „Ernährungszustand: übergewichtig

Bew. kann aufgrund eines Apoplex sein Essen nicht alleine vorbereiten und kleinschneiden“

**Maßnahmen:** „Auf Speise- und Getränkewünsche eingehen. Bew. ißt gerne Süßes und Kartoffelsalat

Getränke bereitstellen und ihn auffordern zu trinken.

Bew. nimmt alle Mahlzeiten im Tagesraum ein, Brote werden geschmiert, Fettarmen Käse, Fettarme Wurst verwenden, Zusatzangebote (z. B. Kartoffelsalat reduzieren, abends nur eine Scheibe Brot zurecht machen. Mittagessen kalorienreduziert, (sehr oft lehnt er Mittagessen ab) die Zwischenmahlzeiten sind beim Hr. P. verschoben, Nachmittags und Nachts. Bew. auffordern sich mehr zu bewegen. Fleisch muss klein geschnitten werden

alle 4 Wochen Gewichtskontrolle“

## **Pflegebericht**

Keiner

## **Akustische Anzeichen**

Keine

## **Optische Anzeichen**

Keine

## **Analyse der beitragenden Faktoren**

Herr Xxxx ist mit 56 Jahren noch recht jung, um in einer Altenhilfeeinrichtung zu leben. Er hat 2005 einen Apoplex erlitten und ist in Folge aphasisch und hemiparetisch. Weitere Einzelheiten sind nicht bekannt. Eine Dysphagie ist nicht bekannt. Herr Xxxx ist adipös und nimmt seine Mahlzeiten in der Gruppe ein.

In Herrn Xxxxs Pflegeplanung ist kein roter Faden erkennbar. Es werden unspezifische Maßnahmen zur Diät aufgeführt, aus denen nicht hervorgeht, dass sie ernährungsphysiologisch eine langfristige Gewichtsabnahme ermöglichen und im Einvernehmen mit dem Bewohner geplant wurden.

Als Ressource wird in der Pflegeplanung beschrieben, dass Herr Xxx selbstständig essen und trinken kann. Nachfolgend wird beschrieben, dass Herr Xxx sein Essen „nicht alleine vor- und zubereiten“ kann. Folgend ist geplant, Herrn Xxx aufzufordern, etwas zu trinken. In der Problembeschreibung steht jedoch nicht, dass Herr Xxx zu wenig trinkt oder kein Durstgefühl hat.

In den Maßnahmen wurde geplant, auf Herrn Xxx Speise- und Getränkewünsche einzugehen und dass Herr Xxx gerne Süßigkeiten sowie Kartoffelsalat mag. Worauf nachfolgend eine Rationierung des Abendbrotes auf eine Scheibe Brot geplant wird und fettarme Brotbeläge dazu verwendet werden sollen. Das Mittagessen wird auch kalorienreduziert serviert, welches dann von Herrn Xxx häufig abgelehnt wird. Dies unterstützt die Vermutung, dass Herr Xxx nicht den Wunsch hat, auf diese Weise sein Gewicht zu reduzieren. Die Möglichkeiten, eine Ernährungsberatung zu erhalten oder am Abend einen Salatteller oder Gemüse als Sättigungsgrundlage anzubieten, werden nicht erwähnt.

Warum Herr Xxx Zwischenmahlzeiten erhält und diese dann verschoben werden, ist auch nicht herzuleiten.

Es wird unter der Obergruppe „Essen und Trinken“ der Hinweis gegeben: „Bew. auffordern sich mehr zu bewegen.“ Es kann nur vermutet werden, dass er dadurch sein Körpergewicht reduzieren soll. Hier erfolgt ebenso keine weiterführende, konkrete Planung, wie die Bewegung für einen hemiparetischen Mann aussehen kann.

Bei Herrn Xxx konnte ich keine Anzeichen von Schluckstörungen feststellen.

## **Beobachtung**

### **Zur Person**

**Pseudonym:** Xxx



**Geburtsjahr:** 1951

**Wohnbereich:** ■

**Speiseplatz:** XXX

**Beobachtung:** Einzeln

**Komorbidität:** „Hirnorganisches Abbau Syndrom, Polyneuropathie, Paraparese bd. Beine, Alkoholikerin“

**Dysphagie:** Keine

### **Pflegeplanung**

**Ressourcen:** „kann bereit gestellte Getränke selbstständig trinken, trinkt ausreichend (1500ml)

isst gerne und kann mundgerecht vorbereitete Nahrung zu sich nehmen

kann Brot in die Hand nehmen, war schon immer sehr schlank trotz kalorienreicher Mahlzeiten

mag gerne Süßigkeiten

Schläft manchmal zur Mittagessenzeit und isst dann zum Nachmittag, wenn es ihr angeboten wird.

Mag sich am Abend nach dem Abendessen gerne noch ein Butterbrot für später mitnehmen.

Trinkt in ihrem Zimmer und Nachts direkt aus der Wasserflasche. Hält damit die Flasche mit beiden Händen fest.“

**Probleme:** „ist nicht in der Lage das Getränk einzugießen

Essen muss aufgrund Schiefstellung der Hände mundgerecht vorbereitet werden

Kann das Besteck,(Gabel und Löffel) nur mit beiden Händen zum Mund führen, wobei sie die am schlimmsten betroffene Hand mit der anderen unterstützt, dabei hält sie den Kopf ganz nah über den Teller, weil die Nahrung sonst vom Besteck herunter fällt.

Verweigert manchmal stimmungsabhängig auch eine Komplettmahlzeit die sie auch später nicht mehr einfordert. Benötigt zum trinken am Tisch ein großes Glas oder eine große Tasse zum besseren Greifen. hat nicht die Kraft in den Händen um gezielt Getränke einfüllen zu können, -Gefahr des Glasbruchs und der Verletzungsgefahr.

Verschluckt sich schnell beim Essen und Trinken. Bekommt deshalb Mittags pürierte Kost. Ist untergewichtig.“

**Maßnahmen:** „ND: Getränke eingießen und Griffbereit hinstellen.

Alle Mahlzeiten werden von PP vorbereitet, Belag nach Wunsch. Mittagmahlzeit wird püriert da sich Bew. immer verschluckt, weil sie zu hastig isst. Geeignetes Besteck anbieten.

Zwischenmahlzeiten anbieten z.B. um 11, 15, ab 20 Uhr. Auch wenn sie es verweigert.“

**Leistung:** „Getränke einfüllen, Essen mundgerecht zubereiten, Zwischenmahlzeit.“

### **Pflegebericht**

Keiner

### **Akustische und optische Anzeichen**

Beobachtung in der „XXX“. Frau Xxxx verschluckt sich zweimal so stark, dass ich zu ihr hineile, weil ich Angst habe, dass sie keine Luft mehr bekommt.

Sie selbst, so erzählt sie mir, hat durch eine Unterkieferfehlstellung keine Zähne. Sie hat einen groben Rigor in beiden Armen, sie braucht für jedes Brotstück große Konzentration und viel Zeit, um es mit der Gabel aufzuspießen und zum Mund zu führen. Dann bearbeitet sie das Brot mit dem Zahnfleisch und den Aufschnitt mit der Zunge und dem Kiefer, bis sie den Brei schluckt. Ihr ganzer Körper ist spastisch und kontrakt. Sie bewegt die Zunge beim Essen immer nach vorne gegen die Lippen und sie trinkt aus einem Schnabelbecher. Außerdem ist sie sehr dünn.

### **Analyse der beitragenden Faktoren**

Frau Xxxx ist eine 62-jährige Dame, bei der sich aufgrund einer langjährigen Alkoholkrankheit hirnorganische und neurologische Abbauprozesse zeigen. Bei ihr sind keine Schluckstörungen diagnostiziert.

Sie zeigt körperlich eine sehr große Angespanntheit und Unruhe durch einen groben Rigor und ausladende, überschießende Bewegungen. Sie hat einen kachektischen Ernährungszustand.

In der Pflegeplanung wird beschrieben, dass Frau Xxxx Unterstützung bei der Vorbereitung der Getränke und der Mahlzeiten benötigt. Es wird auch beschrieben, dass sie aufgrund des Rigors besondere Hilfsmittel, zum Beispiel große Trinkgefäße, eine Gabel oder einen Schnabelbecher benötigt. Die Bewegungen der Arme und Hände sind so grob, dass die Gefahr besteht, dass Frau Xxxx sich mit der Gabel im Gesicht oder im Mund verletzt. Sie versucht die rechte Hand mit Hilfe der linken Hand zu leiten. Es wird beschrieben, dass Frau Xxxx sich verschluckt. Dass bei der Einnahme der Mahlzeiten unbedingt eine kontinuierliche Beaufsichtigung benötigt wird, ist nicht vorgesehen. Es wäre für Frau Xxxx leichter, wenn sie weiches Brot oder passierte Gemüsebeilagen oder gebundene Suppen vom Mittagstisch zusätzlich angeboten bekommen würde. Diese könnte man auch mit Sahne oder anderen hochkalorischen Bindemitteln aufwerten und ihr helfen, zusätzliche Energiedepots aufzubauen.

Während meiner Beobachtung war die Pflegende nur zu Beginn des Abendbrots anwesend, um die Brote und die Getränke vorzubereiten. Als sich Frau Xxxx verschluckte, war ich mit ihr und einer weiteren Bewohnerin alleine. Das Verschlucken war so intensiv und langanhaltend, dass mir als Beobachterin nicht klar war, ob Frau Xxxx dies ohne Hilfe übersteht. Das Essen kam ihr aus der Nase geflossen. Ich habe die Beobachtung unterbrochen, um ihr zu helfen. Sie erzählte mir danach, dass sie sich sehr oft verschluckt. Außerdem sei aufgrund der Kieferfehlstellung und der fehlenden Zähne das Zerkleinern des Essens sehr schwer. Es wird als Problem beschrieben, dass Frau Xxxx in der Nacht aus Glasflaschen trinkt und diese aufgrund des Rigors zu Bruch gehen. Aus meiner Sicht besteht außerdem die Gefahr, dass sie sich mit der Glasflasche die Mund-/Nasenregion aufschlägt. Plastikflaschen könnten diese Gefahr zumindest verringern.

## **Beobachtung**

### **Zur Person**

**Pseudonym:** Xxxx

**Geburtsjahr:** 1928

**Wohnbereich:** ■

**Speiseplatz:** Tagesraum

**Beobachtung:** Gruppe

**Komorbidität:** „latente Hyperthyreose, unklarer Tremor“

**Dysphagie:** Keine

### **Pflegeplanung**

**Ressourcen:** „ist selbständig in alle Entscheidungen, die ihn betreffen, dies beinhaltet auch seine Entscheidung ob er essen möchte oder in der Nacht, auch seine Ablehnung des Angebotes in die Mittagessengruppe  
Trinkt selbständig fordert Getränke ein, schüttet sich selber ein, isst alles auf, mag sehr gerne Wein, trinkt ihn oft abends, manchmal mehr als ihm gut tut!“

**Probleme:** „sein immer wieder schwankendes Körpergewicht, sehr abhängig von seinem psychischen Empfindungen, wenn er was nicht will, läßt er sich auch nicht" überreden", leidet immer wieder unter dem Verlust seiner Frau, seiner Eigenständigkeit, hat sich in Behandlung von Frau X. begeben, da er auch unter mangelndem Appetit leidet und lieber ein Glas Wein mehr trinkt, läßt sich aber durch Personal auch nicht überreden lieber mehr zu essen als zu trinken!!!!!! Wenn nötig eine angemessene Reaktion auf einen BMI Abfall unter 20 kaum möglich, da Bew. sich zwar auf eine Behandlung mit Fr. X. einläßt, aber gegen alle anderen Versuche durch Personal einfach "Taub" ist.

Wöchentliches Wiegen hat er verweigert, dies hat sein Verhalten gegenüber "Essen" auch nicht beeinflusst.

Trinkt weiterhin vermehrt Alkohol.“

**Maßnahmen:** „Bew. fragen was er haben möchte Wunschkost anbieten, bekommt Mahlzeit an den Tisch gebracht, bei Auffälligkeiten wie z. B. abräumen von noch vollem Teller dokumentieren!!!!

dokumentieren wann er Alkohol zu sich nimmt und ob er damit Mahlzeiten ersetzt Kontrolle der Nahrungsaufnahme“

### **Pflegebericht**

Keiner

### **Akustische Anzeichen**

Keine

### **Optische Anzeichen**

Keine

### **Analyse der beitragenden Faktoren**

Der 85-jährige Herr Xxxx lebt seit dem Tod seiner Frau in der Einrichtung. Er trinkt regelmäßig Alkohol und versucht seine Trauer mit diesem zu betäuben. Die Alkoholsucht ist nicht diagnostiziert. Außerdem hat er eine rheumatoide Arthritis, einen unklaren Tremor, eine latente Hyperthyreose und keine diagnostizierte Dysphagie.

Die Pflegeplanung zeigt durchgängig eine Überforderung der Pflegenden mit dem Suchtverhalten des Bewohners umzugehen. Es findet eine wertende Beschreibung des Befindens und des aus der Sicht der Pflegenden nicht rationalen Verhaltens des Herrn Xxxx statt. Es wird wiederholt beschrieben, dass sich Herr Xxxx nicht „überreden“ lässt und er gegen die Ratschläge der Pflegenden „taub“ ist. Mehrere Ausrufungszeichen an den Satzenden können als Zeichen der Verzweiflung und des Unverständnisses interpretiert werden. Die Zuhilfenahme einer Frau ■. wird als Verbesserungsmaßnahme der Ernährungssituation beschrieben. Welche Aufgabe Frau ■. hat, ihre Funktion oder ihren Namen findet sich nicht. Im Pflegebericht steht weder etwas zu Absprachen mit dem Arzt bezüglich eines geplanten therapeutischen Umgangs mit der Sucht, noch zu Schluckstörungen.

Während meiner Beobachtung konnte ich keine Schluckstörungen beobachten.

## **Beobachtung**

### **Zur Person**

**Pseudonym:** Xxxx

**Geburtsjahr:** 1927

**Wohnbereich:** ■

**Speiseplatz:** Bett

**Beobachtung:** Einzeln

**Komorbidität:** „Exsikkose bei Diarrhoen,  
Z. n. "Mediaterritorilinfarkttemporoparietal re.", "a.e. karkioembolischer  
Genese bei Tachyarrythmiaabsoluta bei Vorhofflimmern",  
dementielles Syndrom, Metastasierendes Prostatakarzinom“

**Dysphagie:** " **Dysphadie**"

## **Pflegeplanung**

**Ressourcen:** „sieht die Notwendigkeit von essen und trinken ein/ißt gerne. Kann schluckweise trinken, kann dünnflüssige Nahrung zu sich nehmen.“

**Probleme:** „kann die Mahlzeiten nicht eigenständig vor-zu-nachbereiten  
trinkt aus eigenem Antrieb heraus zu wenig

Wegen einer Schluckstörung bekommt Herr ■■■. dünnflüssige Nahrung“

**Maßnahmen:** „TD. mögliche Kostformen vorstellen

Sorge für ausgewogene Ernährung tragen Trinken anbieten

Das Essen und das Trinken werden von PP vorbereitet und angereicht.

Ernährungs- und Flüssigkeitsprotokoll führen

Getränke einfüllen/anreichen.“

## **Pflegebericht**

„**05.03.2013; 11:55 Uhr.** Anruf aus der Praxis Dr. ■. Rezepte für  
Sprachtherapie und KG liegen in der Praxis zum abholen.“

**13.03.2013; 20:18 Uhr.** Bew. hat starke Schluckstörungen beim trinken. Zur Probe wurde Getränk mit Speisestärke angedickt. Bew. hat es ohne zu verschlucken getrunken.

**14.03.2013; 20:01 Uhr.** Die Apotheke lieferte Andickpulver.

**15.03.2013; 11:52 Uhr.** Bew. bekam Logopädia.

**15.03.2013; 20:26 Uhr.** Bew. war nachmittags eingekotet. Als ich ihn sauber gemacht habe hat Bew. erbrochen, hat kaum etwas gegessen und getrunken.

**16.03.2013; 05:45 Uhr.** Hr. ■ hat nicht mehr erbrochen. [...]

**19.03.2013; 09:08 Uhr.** Bew. bei der Grundpflege kooperativ, nett, wirkt zufrieden meldet sich auf die Toilette, -konnte ein paar Schritte laufen, Wurde im Rollstuhl mobilisiert. Trinken und essen unter Anleitung, dabei sein, verschluckt sich schon weniger.

**12.04.2013; 23:00 Uhr.** Bew. hat massiv Galle erbrochen, klagte über starke Schmerzen im Magenbereich und hatte Kopfschmerzen. Es wurde der Bereitschaftsarzt angerufen und über AZ informiert. Ärztin hat den KTW informiert. Herr ■ muss ins Krankenhaus zur Untersuchung.

**19.04.2013; 18:39 Uhr.** Bew. wurde heute um 18 Uhr mit dem Krankenwagen liegen auf Station gebracht. Bew. sagte, er ist sehr froh, das er wieder auf WG ist. Bew. pfeift immer noch. Bew. sieht erschöpft aus hat getrunken und etwas Pudding gegessen.

**20.04.2013; 20:59 Uhr.** Bew. war heute Nachmittag ruhig, hat getrunken. Das Essen immer wieder abgelehnt.

**21.04.2013; 12:30 Uhr.** Bew. stöhnte so sehr, sagte er kann nicht mehr, bew. nach Toilettengang ins Bett gebracht. Bew. hat mit viel Mühe nur Pudding gegessen, hat einmal Novalgintropfen bekommen.

**22.04.2013; 07:43 Uhr.** Bew. fühlt sich sehr schlapp und ist müde möchte nicht aufstehen. Pflege im Bett durchgeführt. Dr. ■ über AZ informiert. Ruft zurück.

**22.04.2013; 08:50 Uhr.** Rückruf Dr. ■ er kommt heute Mittag zum Hausbesuch. Er soll NACL 500 ml s. c. angehängen werden. Dr. setzt beim HB als Bedarfsmed an.“

## **Akustische und optische Anzeichen**

**23.04.2013; 18:00 Uhr.**

Herr Xxxx liegt mit 30° Oberkörperhochlagerung im Bett. Er ist vor einer Woche aus dem Krankenhaus entlassen worden. Er wurde dort aufgrund einer Pneumonie behandelt und hat bekannte Schluckstörungen.

„Thicken-Up“-Pulver steht auf seinem Nachtschrank. Er kann normal kommunizieren. Hat eine normale Statur und ist groß gewachsen.

Herr Xxxx bekommt von der examinierten Pflegerin eine Gemüsesuppe angereicht.

Pflegerin: „Mit Stückchen.“

Pause.

Pflegerin: „Richtig kauen, dann schlucken. Das sind Stückchen, Möhren!“

Der Bewohner spuckt die Möhrenstücke aus.

Pflegerin: „Möchten Sie nicht? Butterbrot?“

Sie reicht ihm ein Stück Brot mit Wurst an. Er lehnt das ab.

Pflegerin: „Wollen Sie nicht?“ Der Bewohner spuckt das Stück Brot auf den angereichten Löffel.

Pflegerin: „Ja, dann essen Sie hier, Suppe.“

Der Atem des Bewohners brodeln bei der Atmung. Er hat daraufhin keinen Hustenreflex. Er stöhnt leise. Die Pflegerin reicht die Suppe weiter an. Herr Xxxx spricht in das Anreichen der Suppe, dass er diese nicht essen will.

Durch die Tür kommt der Sohn mit der Schwiegertochter herein. Herr Xxxx freut sich.

Der Sohn fragt mich, ob ich die Studie hier im Haus mit den Schluckstörungen mache. Ich stimme zu und unterhalte mich kurz mit dem Sohn über die Studie. In der Zeit wird Herrn Xxxx die Suppe in der Mikrowelle warm gemacht. Dann wird sie weiter von der Pflegerin angereicht.

Herr Xxxx: „Auch nicht warm.“ Er hat beim Sprechen eine raue Stimme. Er hustet unproduktiv.

Die Suppe wird erneut in der Mikrowelle warm gemacht und danach weiter angereicht.



Herr Xxxx hustet jetzt stark. Er versucht ein Taschentuch zu benutzen. Er hustet laut, immer weiter. Er hustet den Inhalt des Mundes in ein Taschentuch, welches der Sohn ihm anreicht.

Die Pflegerin gibt ihm ein Stück Marmeladenbrot.

Herr Xxxx: Husten, Husten. Brodeln, Gurgeln.

Jetzt reicht die Pflegerin Grießpudding an. Herr Xxxx versucht nicht zu schlucken.

Die Pflegerin: „Schlucken, schlucken, schlucken, Herr Xxxx!“

Herr Xxxx: „Nee, Nee, Nee!“ Er brodeln beim Sprechen.

Die Pflegerin fordert ihn auf, seine Tabletten zu nehmen.

Herr Xxxx nimmt die Tabletten in den Mund und versucht sie, nachdem er sie nicht schlucken kann, wieder auszuspucken. Er wird von der Pflegerin aufgefordert die Tabletten im Mund zu lassen.

Der Sohn möchte auch, dass sein Vater die Medikamente nimmt. Er appelliert wiederholt an ihn, die Medikamente zu schlucken. Die Schwiegertochter stimmt ein.

Herr Xxxx versucht dem Löffel auszuweichen. „Aua, Aua, Nee!“

Es wird ihm von der Pflegerin Tee angereicht. (Nicht angedickt.)

Herr Xxxx: „Kann die nicht essen, die stinkt!“ (Er meint die Antibiotikatablette.)

Er versucht zu schlucken, brummt beim Atmen.

Die Pflegerin: „Ne, ne, ne, nicht ausspucken! Die Tablette soll drin bleiben!

Schlucken Sie mit Tee! Trinken Sie mal!“

Herr Xxxx: „Nee!“

Sohn: „Habt Ihr keinen Mörser?“

Die Pflegerin: „Doch, sonst hat er sie auch so genommen.“

Sohn: „Ja, aber seit er im Krankenhaus war, letzte Woche, da hat er sie immer gemörsert bekommen. Zuhause auch schon.“

(Evaluation der Pflegeplanung? Übergabe?)

Das Essen kommt Herrn Xxxx aus der Nase. Er hustet sehr stark!!! Das Essen fliegt aus dem Mund.

Sohn: „Schnell, runterschlucken! ....Schluck!“

Die Pflegerin gibt ihm Tee. Brodeln, Husten, hustet Schleim ab.

Die Pflegerin: „Ne, datt is ein Dreck!“ Sie holt ein Taschentuch. „Noch was essen?“

Herr Xxxx: „Nein!“

Die Pflegerin: „Aber die drei Tabletten habe ich noch da.“

Herr Xxxx: „Aber dann muss ich brechen!“

Die Pflegerin: „Mit Pudding.“

Sohn: „Schlucken, Schlucken, Schlucken! Mit Tee hinterher, dann geht datt!“

Die Tabletten werden dem Bewohner mit Pudding angereicht.

Herr Xxxx: „Ach, nee!“

Die Pflegerin: „Schlucken. Tee!“

Es kommt zu einem sehr starken Hustenanfall mit Gurgeln von Schleim und Erbrechen der Nahrung.

Pflegerin zu mir: „Nach dem Krankenhaus ist es noch schlimmer geworden.“

Herr Xxxx: „Aua!“

Herr Xxxx bekommt ein neues Handtuch vorgelegt. Der Sohn holt einen Waschlappen und wäscht dem Vater das Gesicht ab. Beim Sprechen bilden sich bei Herrn Xxxx Blasen im Mund. Er versucht die Tabletten und den Speichel wieder auszuspuken. Er hustet und spricht undeutlich. Er wirkt sehr müde und macht jetzt die Augen zu. Die Pflegerin stellt das Bettgitter hoch.

Herr Xxxx: „Ich kann et nich.“ (verwaschene Sprache).

Er stöhnt tief (ächzend).

Die Pflegerin stellt das Kopfteil runter.

Die Beobachtung ist beendet.

### **Analyse der beitragenden Faktoren**

Herr Xxxx ist ein 86 jähriger Mann, der in der Vergangenheit aufgrund einer Tachyarhythmia Absoluta einen Hirninfarkt des Temporoparietallappens und des Mediaterritoriallappens erlitten hat und seit dem letzten Krankenhausaufenthalt zur Behandlung einer Aspirationspneumonie bettlägerig ist. Der Infarkt hatte eine kardioembolische Genese. Die Diagnosen waren mit zahlreichen Rechtschreibfehlern im Diagnoseblatt hinter-

legt. Unter anderem wurde bei Herrn Xxxx statt einer Dysphagie eine „Dysphadie“ diagnostiziert. Dies kann interpretiert werden, dass die Diagnosen nicht bekannt waren und auch nicht nachgelesen wurden, denn dann wären die Schreibfehler als solche erkannt worden. Dass in dem seltenen Fall einer diagnostizierten Dysphagie diese auch falsch hinterlegt wurde, bedeutet für den Bewohner eine potenziell erhöhte Gesundheitsgefahr. Als weitere Diagnosen sind ein dementielles Syndrom und ein metastasierendes Prostatakarzinom aufgelistet. In der Pflegeplanung findet sich ein für die folgende Beobachtung entscheidender Fehler. Als Ressource wird beschrieben, dass Herr Xxxx „dünnflüssige Nahrung zu sich nehmen“ kann. In der Problembeschreibung findet sich wiederholt der Hinweis: „Wegen einer Schluckstörung bekommt Herr [REDACTED] dünnflüssige Nahrung.“ Dass Herr Xxxx nur pürierte, ange dickte Flüssigkeiten zu sich nehmen kann, hätte den Pflegenden bekannt sein können. So steht im Pflegebericht vom 13.03.2013 um 20:18 Uhr: „Bew. hat starke Schluckstörungen beim trinken. Zur Probe wurde Getränk mit Speisestärke ange dickt. Bew. hat es ohne zu verschlucken getrunken.“ Dann wurde durch die Angehörigen das Andickpulver von der Apotheke organisiert. 14.03.2013; 20:01 Uhr. Die Apotheke lieferte Andickpulver. Dass Herr Xxxx im Sitzen besser schlucken kann, und dass man bei ihm bleiben muss, damit er bei Bedarf Hilfe bekommt, war auch dokumentiert worden. 19.03.2013; 09:08 Uhr. „Bew. bei der Grundpflege kooperativ, nett, wirkt zufrieden meldet sich auf die Toilette, -konnte ein paar Schritte laufen, Wurde im Rollstuhl mobilisiert. Trinken und essen unter Anleitung, dabei sein, verschluckt sich schon weniger.“

Einen Tag vor meiner Beobachtung wurde das Befinden von Herrn Xxxx wieder schlechter. Ein Hausarzt wurde zur Visite gerufen. Er verordnete subcutane Infusionen. Dies war auch im Pflegebericht nachzulesen.

Eine Dose mit Andickungspulver stand bei der Beobachtung auf seinem Nachttisch. Dieses Pulver wurde jedoch von der Pflegerin nicht verwendet und es kam infolge des Anreichens einer wässrigen Gemüsesuppe mit Stückchen und nicht zerkleinerten Tabletten zu massiven Aspirationsergebnissen. Warum die Pflegerin nicht nach der ersten heftigen Aspiration

und den deutlichen Hinweisen und Bitten von Herrn Xxxx, seinen Schmerzlauten und Hustenanfällen nicht ihre Handlung überdachte, abbrach oder Hilfe holte, kann meinerseits nicht nachvollzogen werden. Dass sie weiter insistierte, die Suppe zu essen und die Tabletten zu schlucken, ist unfassbar. Meine Beobachtungsrolle muss ich in dieser Hinsicht auch kritisch hinterfragen. Ich hatte mich auf eine solche Situation nicht vorbereitet. In meinen Überlegungen gab es nur den Abbruch der Beobachtung, weil es jemandem unangenehm ist oder ich die Intimsphäre der Bewohner verletze. Die nachträglichen Überlegungen, ob ich die Pflegerin hätte bitten sollen, das Anreichen der Suppe und der Tabletten abubrechen, beschäftigen mich immer noch. Ich hätte sie auch unterstützt, wenn sie Kontakt zu mir aufgenommen hätte. Sie war aber so entschlossen, dass ich mich in der Situation entschied, weiter zu beobachten, um daraus zukünftige Verbesserungen für die Bewohner und Mitarbeiter abzuleiten. In meiner Verzweiflung habe ich drei Tage nach der Beobachtungssequenz der stellvertretenden Pflegedienstleitung von meinen Beobachtungen berichtet und sie gebeten, die Situation des Herrn Xxxx und der Frau Xxxx (30. Beobachtung) zu verbessern. Wenn diese Krankengeschichte retrospektiv betrachtet wird, hatten alle Sicherheitsbarrieren Löcher, Es gab keine klaren mündlichen oder schriftlichen Anweisungen, weder durch den Hausarzt noch durch die Wohnbereichsleitung. Es wurde fehlerhaft und falsch dokumentiert. Die Dokumentation wurde scheinbar von den Kollegen nicht gelesen und/oder die mündlichen Übergaben waren nicht ausreichend. Es wurden gute Hinweise im Pflegebericht, zum Beispiel den Bewohner zur Mahlzeiteneinnahme hinzusetzen und das Essen anzudicken, nicht gelesen oder nicht befolgt. Es wurden die geäußerten Bedürfnisse und Hinweise des Bewohners überhört. So konnte der Fehler passieren.

## **Beobachtung**

### **Zur Person**

**Pseudonym:** Xxxx

**Geburtsjahr:** 1930

**Wohnbereich:** ■

**Speiseplatz:** Bett

**Beobachtung:** Einzeln

**Komorbidität:** Keine

**Dysphagie:** Keine

### **Pflegeplanung**

**Ressourcen:** „kann mundgerecht zubereitete Nahrung zu sich nehmen.

Trinkt stilles Mineralwasser gerne aus der Flasche.

Kann zur Hälfte gefüllte Gläser halten und daraus trinken bekommt doppelte Portion des Mittagessens, fordert Mahlzeit oder Nachschlag ein wenn er noch Hunger hat.“

**Probleme:** „aufgrund ausgeprägten Tremors kann Bew.

kann Wasserflaschen nicht aufmachen

Keine Mahlzeiten mundgerecht vorbereiten

Getränke nicht ins Glas füllen

Keine vollen Gläser halten ohne diese zu verschütten

Hat aufgrund des Tremors einen hohen Kalorienverbrauch“

**Maßnahmen:** „Mahlzeiten werden vom Personal ins Zimmer serviert.

Mahlzeiten werden mundgerecht vorbereitet

Getränke werden zu den Mahlzeiten angeboten und bereitgestellt.

1xmo. gewogen und BMI bestimmt“

**Leistungen:** „Getränke einfüllen/anreichen

Getränke einfüllen Kontrolle

Essen mundgerecht zubereiten

Kontrolle der Nahrungsaufnahme“

### **Pflegebericht**

Keiner

### **Akustische und optische Anzeichen**

**22.04.2013; 18:50 Uhr:** Beobachtung Herr Xxxx. Ich höre beim Gang über den Flur lautes Husten. Der Mann stöhnt und hustet ununterbrochen. Die Zimmertür ist geöffnet. Ich gehe an die Tür und Herr Xxxx liegt mit abgeknicktem Oberkörper im Bett er hustet ununterbrochen, laut und mit offenem Mund. Auf meinen Hinweis wird mir von einer Pflegenden berichtet, dass Herr Xxxx stark erkältet ist und im Bett liegen muss. Sie geht nicht nachschauen.

### **Analyse der beitragenden Faktoren**

Her Xxxx ist 83 Jahre alt und hat einen Tremor unklarer Genese. Ansonsten hat er keine Komorbidität, die auf eine Dysphagie hinweisen würde. Eine Dysphagie ist nicht festgestellt worden. Aus der Pflegeplanung und dem Pflegebericht geht kein Hinweis auf Schluckstörungen hervor. Meine Beobachtung lässt nur die Aussage zu, dass Herr Xxxx einen starken Husten hat.

### **Beobachtung**

#### **Zur Person**

**Pseudonym:** Xxxx

**Geburtsjahr:** 1930

**Wohnbereich:** ■

**Speiseplatz:** Tagesraum

**Beobachtung:** Gruppe

**Komorbidität:** „Obstipation, Osteoporose, Morbus Parkinson“

**Dysphagie:** Keine

### **Pflegeplanung**

**Ressourcen:** „kann selber essen /trinken

kann selber die Broteschneiden/ Brote streichen

trinkt die Mindestmenge von ca.1500 ml die vom Hausarzt empfohlen wurde.“

**Probleme:** „trinkt von sich aus weniger als 1500 ml am Tag

muss ständig erinnert/ angehalten werden das sie mehr trinkt  
verweigert oft das Trinken/ Essen aufgrund Übelkeit  
klagt oftmals über Übelkeit/ Brechreiz, dadurch Gewichtsabnahme“

**Maßnahmen:** „Wird bei jeder Gelegenheit an das Trinken erinnert Gläser  
werden stets nachgefüllt

Mittagsmahlzeit wird im Restaurant eingenommen

Trink- und Essprotokoll

Bei Verweigerung des Essens wird Tochter oder Schwiegersohn informiert

Bei weniger als 1000 ml Getränk am Tag bekommt Fr. ■. gegen 20 Uhr s.  
c. Infusion 500 ml NaCl nach ärztl. Anordnung“

**Leistungen:** „Trinkprotokoll führen

Getränke einfüllen und Kontrolle

Mittagstisch EG“

### **Pflegebericht**

Keiner

### **Akustische Anzeichen**

Keine

### **Optische Anzeichen**

Keine

### **Analyse der beitragenden Faktoren**

Frau Xxxx ist 83 Jahre alt und leidet an einem Morbus Parkinson und an  
einer Osteoporose. Eine Dysphagie ist nicht bekannt.

Laut der Ressourcenbeschreibung kann Frau Xxxx „selber essen /trinken“  
und „trinkt die Mindestmenge von ca. 1500 ml die vom Hausarzt empfohlen  
wurde.“

Folgend werden dann Probleme mit dem Trinken beschrieben: „trinkt von  
sich aus weniger als 1500 ml am Tag, muss ständig erinnert/ angehalten  
werden das sie mehr trinkt, verweigert oft das Trinken/ Essen aufgrund

Übelkeit, klagt oftmals über Übelkeit/ Brechreiz, dadurch Gewichtsabnahme“.

Bei den Maßnahmen wird eine Vergesslichkeit von Frau Xxxx beschrieben die vorher in der Dokumentation nicht auftaucht: „Wird bei jeder Gelegenheit an das Trinken erinnert. Gläser werden stets nachgefüllt.“

„Bei Verweigerung des Essens wird Tochter oder Schwiegersohn informiert“. Zum Hintergrund, dass die Tochter bei einer Essenverweigerung der Mutter gerufen wird, erfährt man durch die Dokumentation nichts. Weiter wird beschrieben: „Bei weniger als 1000 ml Getränk am Tag bekommt Fr. ■. gegen 20 Uhr s. c. Infusion 500 ml NACL nach ärztl. Anordnung“.

Es wird keine Ursache der Übelkeit genannt und es werden keine Pflegemaßnahmen gegen diese geplant. Es findet sich kein Hinweis darauf, ob es eine Bedarfsmedikation dagegen gibt oder dass vom Arzt regelmäßig Antiemetika angeordnet worden sind.

Bei meiner Beobachtung konnte ich keine Anzeichen einer Dysphagie feststellen.

## **Beobachtung**

### **Zur Person**

**Pseudonym:** Xxxx

**Geburtsjahr:** 1953

**Wohnbereich:** ■

**Speiseplatz:** Tagesraum

**Beobachtung:** Gruppe

**Komorbidität:** „Hypoxischer frühkindlicher Hirnschaden, Inkomplettes Hemisyndrom rechts; Z. n. Apoplex re.07/05, Hemiparese li, gut zurückgebildet, Nikotinabusus bis 2005“

**Dysphagie:** Keine

## **Pflegeplanung**

**Ressourcen:** „Bew. isst und trinkt alleine, hat keine hohen Ansprüche, Lieblingsessen ist Pommes frites und Süßigkeiten“

**Probleme:** „Bew. Isst sehr wenig, äussert keine Wünsche“



**Maßnahmen:** „Bew. wird aufgefordert, vor den Mahlzeiten, selber in den Tagesraum zu fahren.

Brot muss vorbereitet werden, da er mit einer Hand nicht selber schmieren kann.

Bew. nach Wünschen fragen, Lieblingsessen Pommes frites wurde auf die Mittagskarte geschrieben, die Getränke werden im Zimmer bereitgestellt und im Glas muss immer ein Strohhalm stehen, so kann er besser trinken.“

**Leistungen:** „Essen mundgerecht zubereiten, Zwischenmahlzeit“

### **Pflegebericht**

„**07.03.2013 20:30 Uhr.** Bew. Hat sich dreimal massiv übergeben am Nachmittag. Kamillentee hat Bew. ein wenig getrunken. Bitte beobachten“

### **Akustische Anzeichen**

Keine

### **Optische Anzeichen**

Keine

### **Analyse der beitragenden Faktoren:**

Herr Xxxx ist 60 Jahre und seit seiner Geburt geistig behindert. Außerdem hat er 2005 einen Apoplex erlitten und seitdem eine inkomplette Hemiparese rechts. Herr Xxxx ist seitdem Nichtraucher. Seine Pflegeplanung ist nachvollziehbar.

Bei den Ressourcen wird beschrieben, dass Herr Xxxx bescheiden ist, „keine hohen Ansprüche“ hat und gerne „Pommes frites und Süßigkeiten“ isst. Bei den Problemen wird beschrieben, dass Herr Xxxx sehr wenig isst und keine Wünsche äußert. In den Maßnahmen werden dann Wünsche erfragt und seine Leibspeise auf den Speiseplan gesetzt.

Diese Dokumentation gibt einen Hinweis, dass einfache Pflegeprobleme von den Pflegenden prozesshaft geplant werden können und dass dort ein

roter Faden für sie erkennbar ist und sich in der Planung wiederfindet. Dies könnte ein Hinweis auf die dringende Schulung der Mitarbeiter in der Pflegeprozesssteuerung sein.

## **Beobachtung**

### **Zur Person**

**Pseudonym:** Frau Xxxx

**Geburtsjahr:** 1951

**Wohnbereich:** ■

**Speiseplatz:** Tagesraum

**Beobachtung:** Gruppe

**Komorbidität:** „Z. n. Larynx CA Erstdiagnose 1997, Polyneuropathie, Hirnabbausyndrom mit Sprachstörung, früher Alkoholabusus, Demenz, Chronische Gastritis, Psychische Verhaltensstörungen durch Alkohol“

**Dysphagie:** Keine

### **Pflegeplanung**

**Ressourcen:** „Bew. Isst und trinkt selbstständig“

**Probleme:** „zurzeit keine“

**Maßnahmen:** „Speisen nach Wahl und im Rahmen ihres Diabetes anbieten, Bew. nimmt Frühstück im Tagesraum der Etage ein, Mittagessen in der Essensgruppe im Erdgeschoss, nachmittags im Zimmer und Abendessen wieder im Tagesraum.“

### **Pflegebericht**

Keiner

### **Akustische Anzeichen**

**23.04.2013; 17:30 Uhr.** Die Dame an meinem Tisch, Frau Xxxx, hört sich beim Sprechen an, als hätte sie Speisereste in der Nase

### **Optische Anzeichen**

Keine

### **Analyse der beitragenden Faktoren**

Frau Xxxx ist eine 62-jährige Dame, die wahrscheinlich aufgrund ihrer früheren Alkoholkrankheit typische Folgeerkrankungen entwickelt hat. In den 90er Jahren wurde sie an einem Larynxkarzinom behandelt. Ihr Magen ist chronisch entzündet. Ihre Gehirnzellen litten unter dem Alkohol und es entwickelten sich in der Folge Sprachstörungen, Verhaltensauffälligkeiten und eine Demenz. Eine Dysphagie ist nicht bekannt.

Dass sie einen Diabetes mellitus hat, erfährt man in der Pflegeplanung, nicht jedoch bei den Diagnosen. Dies ist als schwerer Fehler einzustufen, der lebensgefährlich werden kann. Wenn dies nicht bekannt ist und an der richtigen Stelle der Dokumentation hinterlegt ist, kann dies dazu führen, dass Anzeichen einer Entgleisung nicht richtig erkannt oder gedeutet werden. Insbesondere wenn die Bewohnerin bekannte Verhaltensauffälligkeiten hat oder aber Medikamentengaben nicht erfolgen.

Im Pflegebericht steht zu Dysphagieanzeichen nichts. In meiner Beobachtung konnte ich hören, dass die Stimme nasal und verstopft klang. Die Ursache kann sich durch die Larynxkarzinose begründen.

### **Beobachtung**

#### **Zur Person**

**Pseudonym:** Frau Xxxx

**Geburtsjahr:** 1959

**Wohnbereich:** ■

**Speiseplatz:** Tagesraum

**Beobachtung:** Gruppe

**Komorbidität:** „Arteria- cerebri- anterior-Syndrom, Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol, Akute Alkoholintoxikation, Alkoholismus,

Leberzirrose, fokale Epilepsie, Ischämischer Insult, cerebraler Krampfanfall“

**Dysphagie:** Keine

### **Pflegeplanung**

**Ressourcen:** „kann alleine essen und trinken. Kann Wünsche äussern, Ist orientiert.“

**Probleme:** „Bew. sagt sie ist Veganerin, isst aber Quark, also keine Veganerin, sondern Vegetarierin; hat wöchentlich andere Essenswünsche, kann das Essen nicht vor- und nachbereiten, benötigt viel Zeit zum Essen, vergisst weiterzuessen, möchte nicht zunehmen, kaut das essen nicht genug, bei den Mahlzeiten isst sie oft wenig oder gar nicht.“

**Maßnahmen:** „Getränke ausreichend bereit stellen auf Essenswünsche achten und eingehen, alle Mahlzeiten bekommt sie im Tagesraum. Immer wieder an die Mahlzeiten erinnern.“

### **Pflegebericht**

Keiner

### **Akustische Anzeichen**

Keine

### **Optische Anzeichen**

Keine

### **Analyse der beitragenden Faktoren**

Frau Xxxx ist eine 53-jährige Frau, die langjährig alkoholabhängig ist. Sie zeigt typische vaskuläre, neurologische und organische Begleiterkrankungen, die sich aus dem intensiven Alkoholkonsum entwickelt haben können.

Eine Dysphagie ist nicht bekannt.

In der Pflegeplanung könnte sich eine Überforderung mit dem für die Pflegenden als anstrengend empfundenen Verhalten der recht jungen Bewohnerin zeigen. Sie beschreiben, unter der Rubrik Problem, dass die Bewohnerin keine Veganerin ist, sondern vegetarisch isst und wöchentlich wechselnde Essenswünsche hat. Die Hilfsbedürftigkeit der recht jungen Bewohnerin, ihr Essen nicht mehr vor- und nachzubereiten zu können, ihre Appetitlosigkeit, das daraus abzuleitende langsame Essen, das nicht ausreichende Kauen treten dadurch in den Hintergrund und sind damit für die Pflegenden leichter zu ertragen. Die Maßnahmen sind auf Erinnerungshilfen und das Erfragen von Essenswünschen reduziert.

Im Pflegebericht wird nichts zu Schluckstörungen beschrieben.

Anzeichen einer Schluckstörung konnte ich nicht beobachten.

## **Beobachtung**

### **Zur Person**

**Pseudonym:** Frau Xxxx

**Geburtsjahr:** 1924

**Wohnbereich:** 6

**Speiseplatz:** Bett

**Beobachtung:** Einzel

**Komorbidität:** „Polyarthrose, Cerebrovasculäre Insuffizienz, Dementielles Syndrom, Spondylarthrose“

**Dysphagie:** Keine

## **Pflegeplanung**

**Ressource:** „Bew. isst gerne Süßes“

**Probleme:** „Bew. kann nicht alleine essen und trinken

Bew. verweigert gelegentlich das Essen (meist bei herzhaften Mahlzeiten)

Bew. kann sich die Mahlzeiten nicht allein zubereiten“

**Maßnahmen:** „Bew. isst am liebsten Brote mit Marmelade oder Schmierkäse, außerdem isst sie gerne Pudding

Bew. nimmt das Frühstück wie auch das Mittagessen, je nach Allgemeinzustand, in der XXX ein

Bew. erhält das Abendbrot auf ihrem Zimmer im Bett

Bew. muss das Essen wie auch die Getränke durch das PP angereicht werden

Bew. trinkt am liebsten Kaffee mit Süßstoff und Milch, die Säfte müssen angereicht werden

Für die Bewohnerin wird ein Trink- und Nahrungsprotokoll geführt

PP achtet darauf, dass die Bew. nur in Maßen stopfende Lebensmittel zu sich nimmt, aufgrund von Obstipationsgefahr.“

**Leistungen:** „Getränke einfüllen/anreichen, Ernährungs- und Flüssigkeitsprotokoll führen“

### **Pflegebericht**

**„06.02.2013; 15:09Uhr.** Bew. 3-mal erbrochen: Bew. ins Bett gepflegt.

**06.02.2013; 20:06 Uhr.** Bew. noch einmal erbrochen. Bekam Kamillentee in kleinen Schlücken angereicht.

**07.02.2013; 06:05 Uhr.** Bew. in der Nacht nicht mehr erbrochen, hat gut geschlafen.

**07.02.2013;19:31 Uhr.** Bew. stark eingekotet. Bew. Schrie laut bei der Versorgung.

**11.02.2013 08:23 Uhr.** beim Duschen nur am Schreien, schreit auch wenn man mit ihr redet.

**14.02.2013; 10:16 Uhr.** Bew. antwortet aber auf Ansprache. Getränke anreichen bisher nicht möglich, da Bew. Lippen aufeinanderpresst.

**14.02.2013 10:42 Uhr.** Trinken bisher nicht möglich da Bew. nicht schluckt.

**23.02.2013; 17:34 Uhr.** .Leichte Lungengeräusche

**23.02.2013; 17:34 Uhr.** (unklar ob vom trinken oder Erkältung) hustet seit 20 Min. aber mit Pausen dazwischen. Erzählt.

**23.02.2013; 17:35 Uhr.** Lagerung erfolgt .Zur Atemerleichterung.

**23.02.2013; 20:38 Uhr.** Trinken angereicht.

**26.02.2013; 08:59 Uhr.** bei der Lagerung laut am schreien.

**01.03.2013; 20:07 Uhr.** Bei Ansprache sehr laut, genauso laut ist sie beim Essen.

**21.03.2013; 20:27 Uhr.** Visite Zahnarzt: Bew. hat sehr viele Baustellen. Sie würde gerne Frau X. in der Zahnklinik behandeln lassen, da ihrer Meinung nach Wurzeln extrahiert werden müssen. Dies kann allerdings erst gemacht werden, wenn die Entzündung des Zahnfleischs raus ist, intensive Zahnpflege angeraten (Spezialbürste hinterlegt). Bei Blasenbildung am Zahnfleisch bitte Zahnärztin informieren.

**22.03.2013 09:49 Uhr.** Schreien bei jeder Berührung

**23.03.2013 05:56 Uhr.** Bew. ist am erzählen und schreien. Ist hellwach. Auch in der Nacht wenn man sie lagert ist sie am schreien.

**27.03.2013 19:41 Uhr.** Wenn mit dem Löffel an den Mund kommt sehr laut. Braucht viel Zeit zum Anreichen.

**29.03.2013 5:38 Uhr.** beim Versorgen und Lagern sehr laut und macht sich auch sehr steif.

**29.03.2013 10:21 Uhr.** Lautes schreien bei jeder Berührung. Lies sich nicht beruhigen.

**29.03.2013 10:21 Uhr.** Trinkt und isst nichts. Macht den Mund nicht auf, wirkt sehr schläfrig.

**29.03.2013 10:21 Uhr.** Frau X. lässt trinken aus dem Mund laufen schreit dabei. Oder sie reagiert nicht und öffnet nicht den Mund.“

### **Akustische und optische Anzeichen**

**23.04.13; 17:40 Uhr.**

Frau Xxxx liegt in ihrem Bett und scheint tief zu schlafen. Sie liegt mit 30° Oberkörperhochlagerung und angezogenen Beinen auf dem Rücken im Bett.

Die examinierte Pflegerin (laut): „Frau Xxxx, gibt Abendbrot. Frau Xxxx, machen Sie mal die Augen auf.“

Die Pflegerin hält einen Schnabelbecher mit Tee in den Mund von Frau Xxxx und lässt den Tee in den Mund der Bewohnerin laufen.

Frau Xxxx schreit im Schlaf, als ihr die Beine von der Pflegerin im Bett ausgestreckt werden.

Die Pflegerin (laut): „Frau Xxxx! Frau Xxxx! Hier ist Butterbrot!“

Die Bewohnerin hält die Augen geschlossen. Sie schreit. Durch den Schrei öffnet sie den Mund und die Pflegerin führt jetzt schnell ein Stück Brot in den zum Schrei geöffneten Mund ein. Sie versucht die Zähne mit dem Schnabel des Bechers aufzuhebeln.

Die Pflegerin (laut): „Frau Xxxx! Frau Xxxx! Können Sie mal schlucken, trinken?“

Der schlafenden Bewohnerin wird das Getränk in den Mund laufen gelassen.

Die Bewohnerin schreit. Sie bekommt durch den nun geöffneten Mund ein Stück Brot, daraufhin wird Pudding eingeflößt.

Die Pflegerin (laut): „Frau Xxxx! Frau Xxxx! Schlucken Frau Xxxx! Mund auf, tun se mal den Mund auf!!! Frau Xxxx, machen se mal die Augen auf!!!“

(Zu sich selbst) „S´ ne Katastrophe!! (laut) Machen Sie mal den Mund auf. So jetzt Mund auf machen. Frau Xxxx, Mund auf, auf, (lauter) auf!!!“

Frau Xxxx macht nun laute Geräusche, eher wie ein Miauen als ein Rufen. Sie schluckt den Pudding, hat aber dabei weiter ihre Augen geschlossen.

Die Pflegerin (laut): „Frau Xxxx!!

Die Bewohnerin schluckt verzögert. Sie macht den Mund verzögert auf. Ich höre beim Atmen ein Brodeln.

Die Pflegerin versucht durch das wiederholte Streichen der Kehlgion unterhalb des Kinns die Bewohnerin zum Schlucken zu animieren.

Die Pflegerin (laut): „Frau Xxxx, Frau Xxxx!“ Es wird ein Löffel mit Grießbrei in ihren Mund gegeben. Sie beißt auf den Löffel.

Die Pflegerin (laut): „Frau Xxxx!“ Die Bewohnerin behält die Nahrung im Mund.

Die Pflegerin erklärt mir, dass Frau Xxxx letzte Woche einen bronchialen Infekt hatte und daher das Essen im Bett angereicht bekommt. Sonst würde ihr das Essen im Stuhl sitzend angereicht.

Die Pflegerin (laut): „Frau Xxxx! Frau Xxxx! Frau Xxxx! Geht es Ihnen gut? Frau Xxxx hören Sie mich?“

Frau Xxxx schluckt die Nahrung herunter.

Die Pflegerin: „Noch ein Löffel. Ich gebe Ihnen gleich etwas zu trinken. (laut) Und auf! Auf! Auf!“



Das Diensttelefon klingelt. Die Mitarbeiterin spricht mit einem Kollegen.  
Die Pflegerin (laut): „Frau Xxxx jetzt ist Tee. Kommen Sie mal trinken.“  
Streckt Kopf nach hinten. „Schlucken, ja, nochmal!!!“  
Frau Xxxx trinkt den Tee. Er läuft ihr aus dem Mund heraus.  
Das Telefon klingelt erneut. Die Mitarbeiterin spricht mit einem Kollegen.  
Frau Xxxx presst die Zähne zusammen und knirscht mit den Zähnen.  
Die Pflegerin: „Frau Xxxx kommen Sie mal trinken. (Laut) Frau Xxxx,  
Schlucken! Frau Xxxx, (Lauter) Schluck-cken, Schluck-cken!“  
Frau Xxxx schluckt hörbar.  
Die Pflegerin setzt den Schnabel des Bechers in den Mund von Frau Xxxx  
und lässt den Tee in den Mund laufen. Frau Xxxx schluckt laut. Der Be-  
cher wird von der Pflegerin im Mund belassen. Frau Xxxx brodeln beim  
Atmen.  
Die Pflegerin: „Muss ich noch Medikamente rein tun. Hier noch einmal,  
Frau Xxxx.“  
Frau Xxxx schluckt laut.  
Die Beobachtung ist beendet.

### **Analyse der beitragenden Faktoren**

Die 89-jährige Frau Xxxx hat aufgrund einer Polyarthrose und einer Spondylarthrose Gelenk- und Knochenschmerzen. Sie leidet unter einer vaskulären Demenz. Außerdem wurde bei ihr keine Dysphagie diagnostiziert. Sie ist schwerpflegebedürftig.

In der Pflegeplanung wird berichtet, dass Frau Xxxx gerne süße Speisen isst und herzhaftere Speisen öfter ablehnt. Ihr müssen das Essen und die Getränke angereicht werden. Dass eine schwerpflegebedürftige Frau ihre Mahlzeiten nicht alleine zubereiten kann, braucht in den Problemen nicht genannt zu werden. Frau Xxxx wird das Essen in der XXX serviert und angereicht. In der Pflegeplanung steht nicht, dass Getränke angedickt werden sollten und die Bewohnerin unter starken Schluckstörungen leidet, insbesondere wenn sie im Bett liegend die Mahlzeit angeboten bekommt. Ab dem 07.02.2013 wird fortlaufend bis zum 29.03.2013 berichtet, dass die Bewohnerin bei der pflegerischen Versorgung „schreit“. Im Pflegebericht ist nachzulesen, dass die Bewohnerin mehrere Zahnwurzeln so stark

entzündet hatte, dass die konsultierte Zahnärztin am 21.03.2013 eine Verlegung in die Zahnklinik empfahl. Am 29.03.2013 wird mehrmals berichtet, dass die Bewohnerin laut schreit und sich nicht mehr beruhigen lässt, sie aber immer weiter von den Pflegenden Nahrung in den Mund eingeflößt bekommt, die sie wieder herauslaufen lässt.

Etwa einen Monat später erfolgte meine Beobachtung. Ob Frau Xxxx inzwischen in der Zahnklinik war, konnte ich nicht herausfinden. Ich begleitete die gleiche Pflegende, die ich in der Beobachtung des Herrn Xxxx bereits beobachtet hatte und war schon geschockt von der vorherigen Beobachtung. In der Beobachtung von Frau Xxxx geht es nicht mehr allein darum, ob Pflegende Schluckstörungen erkennen können, sondern wie es dazu kommt, dass Pflegende Bewohnern Gewalt antun. Wenn die Pflegende in einer Beobachtungssituation offensichtlich Schutzmechanismen der Bewohner nicht mehr erkennt, sondern den Mund mit dem Schnabel des Schnabelbechers aufhebelt und das Getränk in den entzündeten Mund der Schlafenden laufen lässt, nimmt sie damit willentlich in Kauf, dass die Bewohnerin sich daran verschluckt.

## **Beobachtung**

### **Zur Person**

**Pseudonym:** Xxxx

**Geburtsjahr:** 1937

**Wohnbereich:** ■

**Speiseplatz:** Gruppe

**Beobachtung:** Tagesraum

**Komorbidität:** „Apoplex Ceribrimit Hemiparese li. /2003, Alkoholabusus, Depressive Episoden, Diabetes Mellitus“

**Dysphagie:** Keine

## **Pflegeplanung**

**Ressourcen:** „Bew. isst und trinkt ausreichend, kann jederzeit eigenständig Hilfe anfordern, ißt gerne Süßigkeiten, kann eigenständig vorbereitete Nahrung essen

trinkt selbstständig“

**Probleme:** „Bew. trinkt aus der Flasche

Bew. hat ausgeprägtes Übergewicht, sieht die Notwendigkeit einer Diät nicht ein, kann seine Hand nach Lähmung nicht einsetzen, vergisst bereitgestellte Getränke, schläft oft ein

Bew. verweigert schon mal das Mittagessen“

**Maßnahmen:** „Essgewohnheiten, Vorlieben, Abneigungen und Verträglichkeiten erfragen

Sorge für eine ausgewogene Ernährung tragen Zwischenmahlzeit bereitstellen

Auf dem Nachtschrank muss immer eine geöffnete Mineralwasserflasche stehen. (Bew. trinkt auch mal aus der Flasche)

Zum Trinken motivieren

Bew. immer wieder auf seine Diät hinweisen

Angehörige kennen das Problem und unterstützen die Pflegekräfte nach ihren Möglichkeiten

Bew. nimmt die Mahlzeiten im Speiseraum der Etage ein

Ein- und Ausfuhrprotokoll führen.“

**Leistungen:** „ND. Darauf achten, dass er ausreichend zu Trinken auf dem Nachttisch stehen hat

Nach Mitternacht Bilanz“

## **Pflegebericht**

Keiner

## **Akustische Anzeichen**

Keine

## **Optische Anzeichen**

Keine

## **Analyse der beitragenden Faktoren**

Herr Xxxx ist 76 Jahre alt und hat eine Alkoholkrankheit. Vor zehn Jahren erlitt er einen Apoplex mit einer Hemiparese links. Er ist an einem Diabetes mellitus und an rezidivierenden Depressionen erkrankt. Er nimmt seine Mahlzeiten im Tagesraum ein. Eine Dysphagie ist nicht bekannt.

In der Pflegeplanung wird beschrieben, dass Herr Xxxx eigenständig isst, trinkt und für sich Hilfe anfordern kann. Als Problem wird formuliert, dass er aus einer Wasserflasche trinkt, Übergewicht hat, eine Diät nicht einsieht und manchmal das Mittagessen verweigert. Das Pflegeproblem der Hemiparese der linken Hand wird nicht ausreichend geschildert bzw. Hilfsmittel zur Kompensation geplant. Wie die Sorge für eine „ausgewogene Diät“ aussehen sollte, wird nicht beschrieben. Die Leitungen knüpfen nicht an das Problem der Hemiparese der linken Hand an.

Der Pflegebericht enthält keinen Hinweis auf Schluckstörungen. Diese konnten von mir auch nicht beobachtet werden.

## IV. Ergebnisse

### 4.1 Quantitative Analyse der Dysphagien

Im Folgenden führe ich tabellarisch die Ergebnisse der 30 Analysen zusammen aus denen hervorgeht, ob eine Dysphagie bei den Bewohnern von den Ärzten diagnostiziert, von den Pflegenden schriftlich fixiert oder von mir beobachtet werden konnte.

Die Bewohner waren in ihrem Altersdurchschnitt circa 80 Jahre alt. Die Spannweite war von 48 Jahren bis 101 Jahren und war somit sehr groß. Es war auffällig, dass die unter 70-jährigen Bewohner häufig aufgrund einer Suchterkrankung neurologische Schäden zeigten.

Eine quantitative Auswertung einer kleinen Grundgesamtheit von 30 Bewohnern ist vorsichtig zu bewerten. Kleine Schwankungen der Summen haben großen Einfluss auf die Veränderungen der prozentualen Verhältnisse. Zudem sind die Hinweise auf Schluckstörungen nicht diagnostiziert und müssten im Rahmen einer Folgestudie diagnostisch verifiziert oder falsifiziert werden.

Die Tabelle zeigt, dass die behandelnden Ärzte bei zwei von 30 Bewohnern (sechs Prozent) eine Dysphagie diagnostizierten. Die Pflegenden haben bei fünf Bewohnern (15 Prozent) Anzeichen von Schluckstörungen registriert. Bei den nichtteilnehmenden Beobachtungen konnte ich bei 15 Bewohnern (50 Prozent) Hinweise auf Schluckstörungen erkennen. Die Tabelle zeigt auch, dass bei den Bewohnern, die von der Pflege als schluckgestört beschrieben wurden, in der nichtteilnehmenden Beobachtung ebenfalls Anzeichen für Schluckstörungen erkannt wurden. Bei zwei Bewohnern wurden von allen drei Seiten Schluckstörungen festgestellt.

**Tabelle 1: Ergebnisse der Erfassung von Dysphagie und den Anzeichen von Schluckstörungen**

Nr.	Pseudonym	Ärztliche Diagnose:	Pflegende erfassen	Beobachterin erfasst
1	Herr Xxxx	nein	nein	ja
2	Herr Xxxx	nein	nein	nein
3	Herr Xxxx	nein	nein	ja
4	Herr Xxxx	nein	ja	ja
5	Herr Xxxx	nein	nein	nein
6	Frau Xxxx	nein	nein	ja
7	Frau Xxxx	ja	ja	ja
8	Herr Xxxx	nein	nein	nein
9	Frau Xxxx	nein	nein	ja
10	Frau Xxxx	nein	nein	nein
11	Herr Xxxx	nein	nein	ja
12	Frau Xxxx	nein	ja	ja
13	Frau Xxxx	nein	nein	nein
14	Frau Xxxx	nein	nein	nein
15	Herr Xxxx	nein	nein	nein
16	Herr Xxxx	nein	nein	nein
17	Frau Xxxx	nein	nein	ja
18	Herr Xxxx	nein	nein	ja
19	Frau Xxxx	nein	nein	ja
20	Frau Xxxx	nein	nein	nein
21	Frau Xxxx	nein	ja	ja
22	Herr Xxxx	nein	nein	nein
23	Herr Xxxx	ja	ja	ja
24	Herr Xxxx	nein	nein	nein
25	Frau Xxxx	nein	nein	nein
26	Herr Xxxx	nein	nein	nein
27	Frau Xxxx	nein	nein	ja
28	Frau Xxxx	nein	nein	nein
29	Frau Xxxx	nein	nein	ja
30	Herr Xxxx	nein	nein	nein
	<b>Summe</b>	<b>2 = 6%</b>	<b>5 = 15%</b>	<b>15 = 50%</b>

Wenn man die oben ermittelten Prozentzahlen auf alle 160 Bewohner des Hauses hochrechnet, sieht das Ergebnis folgendermaßen aus:

**Tabelle 2: Hochrechnung der ermittelten Dysphagien, der erfassten und beobachteten Schluckstörungen**

Ärztliche Diagnosen: Dysphagie	10 Bewohner	6%
Erfasste Schluckstörungen durch Pflegende	24 Bewohner	15%
Beobachtete Schluckstörungen	80 Bewohner	50%
Gesamt	160 Bewohner	100 %

#### 4.2 Zusammenfassung der Qualitativen Analysen der Bewohnerdokumentation

In der nichtteilnehmenden Beobachtung von 30 Bewohnern, während der Einnahme ihrer Mahlzeiten, beobachtete ich bei der Hälfte von ihnen optische und akustische Anzeichen für Schluckstörungen. Die qualitativen Analysen der dreißig Fälle haben gezeigt dass trotz der Möglichkeit des Erkennens von Hinweisen auf Schluckstörungen, dies seitens der Pflegenden nicht immer erfolgte. Die Gründe dafür können vielfältig sein und sind an dieser Stelle allein anhand von Hinweisen aus der Dokumentationsanalyse und der nichtteilnehmenden Beobachtung zu erschließen. Deshalb soll versucht werden, durchgängige Beobachtungen komprimiert darzustellen um ein situatives Bild entstehen zu lassen.

Ich möchte nach den Einzelanalysen darauf verzichten aufzuführen wie oft ich ein Fehlverhalten gesehen habe, aus der Überzeugung heraus, dass eine qualitative Bearbeitung der Beobachtungen genauere Ergebnisse bietet, als die Summierung der Pflegefehler. Jeder vermeidbare Fehler ist einer zu viel. Das Leid der Bewohner, welches ich durch die Beobachtung gesehen habe, lässt sich nicht in Zahlen messen.

Während meiner direkten Beobachtungen kam es mehrmals zu Pflegefehlern. Teilweise zu sehr schweren, die in mehreren Fällen zu lebensgefährlichen Komplikationen führten. In den Beobachtungen leiteten die Pflegenden nur teilweise korrekte Hilfs- und Unterstützungsmaßnahmen bei Dysphagien ein. Oft beobachtete ich, dass die Mitarbeiter über eine Dys-

phagiesituation hinweg gingen, oder nicht vor Ort waren oder falsche Pflegemaßnahmen einleiteten. Diese Beobachtungen zogen sich über:

- die Mobilisationsmaßnahmen
- die Hilfsmittel zur Esseneingabe
- die Mahlzeitenauswahl
- die fachliche Einschätzung der Bewohnerressourcen
- bis hin zu ausbleibenden Notfallmaßnahmen nach Aspiration

Eine Wohnbereichsleiterin des Hauses ist aus ihrem Interesse heraus, gegen das Verschlucken der Bewohner tätig geworden und hat bei Dienstbeginn, mit Speisestärke Getränke andickt, die dann nach ein paar Stunden Kühlung dickflüssig angereicht werden konnten. Sie war an meiner Studie auch interessiert und fragte nach Verbesserungsvorschlägen und Tipps bei der Pflege von schluckgestörten Bewohnern. Mit Speisestärke anzudicken ist nur mit erkalteten Getränken möglich, die geplant angereicht werden. Spontan hilft dieses Vorgehen nicht. In solchen Situationen sind die Bewohner auf Andickungsmittel, die sofort wirken, angewiesen. Aber auch bei Vorhandensein der Andickungsmittel wurden sie teilweise nicht angewendet. Dies hatte schwere Folgen für die Bewohner.

In den dreißig Dokumentationen ist auffällig, dass selten pflegerische Rückschlüsse aus den Diagnosen einen Eingang in die Pflegeplanungen finden. Eine prospektive Steuerung des Pflegeprozesses ist nur ansatzweise anhand einfacher Pflegeprobleme zu erkennen. Komplexe Probleme konnten nicht in einem Prozess behandelt werden. Hervorzuheben ist, dass Außerachtlassen von pflegerischen Ableitungen aus psychischen Erkrankungen, die sich bei einigen Bewohnern bei der Einnahme der Mahlzeiten zeigten und einer Deutung ihrer Verhaltensweisen bedurft hätten. Eine exakte Formulierung und Redundanz konnte ich bei keiner der dreißig Pflegeplanungen finden. Die Ressourcen waren nicht umfassend, teilweise an der falschen Stelle oder ungenau formuliert. Die Pflegeziele waren in keiner Pflegeplanung operationalisiert, konkret und überprüfbar. Die Pflegeprobleme, insbesondere wenn diese über die körperlichen Defizite hinausgingen, waren nicht, oder nicht umfassend genug, formuliert.



Es wurden beispielsweise Ressourcen als Probleme beschrieben. Bei den Pflegeberichten fehlte oft der fachliche Rückschluss um konkrete Maßnahmen einzuleiten. Die geplanten „Leistungen“, die zur Erfassung der Pflegestufen herangezogen werden, waren beim überwiegenden Teil der Planungen ähnlich global beschrieben. Grundregeln der Rechtschreibung wurden bei fast allen Pflegeplanungen nicht eingehalten. Der Expertenstandard „Ernährungsmanagement“ fand keine Anwendung.

In meinen Beobachtungen konnte ich ein bewohnerorientiertes Verhalten nur in Ansätzen erleben. Die Anwesenheit der Pflegenden während der Mahlzeiten war sowohl in den Tagesräumen als auch bei den Einzelbeobachtungen wiederholt nicht gegeben. Selten konnte ich beobachten, dass Pflegende längere Gespräche mit den Bewohnern führten, eine freundliche Atmosphäre schafften, oder persönliche Worte oder wertschätzendes Verhalten gegenüber den Bewohnern praktizierten. Dieser Eindruck wurde zu einem Gesamteindruck verstärkt durch die veraltete, zweckmäßige Inneneinrichtung, dem Uringeruch auf den Bereichen und die altmodischen, hauswirtschaftlichen Rahmenbedingungen während der Mahlzeiten.

### 4.3 Beantwortung der Vorannahmen

Anhand der oben gewonnenen Erkenntnisse lassen sich die Vorannahmen beantworten.

1. *Durch die akustische Beobachtung eines Bewohners während der Mahlzeiten ist es Pflegenden möglich, Anzeichen von Schluckstörungen zu erkennen.*

Ja, es ist Pflegenden möglich durch eine akustische Beobachtung eines Bewohners während der Mahlzeiten Anzeichen von Schluckstörungen zu erkennen. Es ist ebenso möglich, ein akutes Verschlucken als Zwischenfall zuzuordnen und dem Bewohner beizustehen, Hilfe zu leisten oder Hilfe zu holen.

2. *Durch die akustische Beobachtung eines Bewohners während der Mahlzeiten ist es geschulten Pflegenden möglich, Anzeichen von Schluckstörungen zu erkennen.*

Ja, es ist geschulten Pflegenden möglich durch eine akustische Beobachtung eines Bewohners während der Mahlzeiten Anzeichen von Schluckstörungen zu erkennen und eine Zuordnung zu treffen, ob weitere unmittelbare Hilfsmaßnahmen, Veränderungen der geplanten Pflege oder eine Information des Arztes vorzunehmen sind.

3. *Durch die visuelle Beobachtung eines Bewohners während der Mahlzeiten ist es Pflegenden möglich, Anzeichen von Schluckstörungen zu erkennen.*

Ja, es ist Pflegenden möglich durch eine visuelle Beobachtung eines Bewohners in seinem Verhalten oder anhand seines Aussehens, während der Mahlzeiten Anzeichen von Schluckstörungen zu erkennen. Die visuelle Beobachtung ist schwerer als die akustische.

4. *Durch die visuelle Beobachtung eines Bewohners während der Mahlzeiten ist es geschulten Pflegenden möglich, Anzeichen von Schluckstörungen zu erkennen.*

Ja, es ist geschulten Pflegenden möglich durch eine visuelle Beobachtung eines Bewohners in seinem Verhalten, oder anhand seines Aussehens, während der Mahlzeiten Anzeichen von Schluckstörungen zu erkennen und eine Zuordnung zu treffen, ob weitere unmittelbare Hilfsmaßnahmen oder Veränderungen der geplanten Pflege oder eine Information des Arztes zu erfolgen hat.

## V. Diskussion

### 5.1 Diskussion der Forschungsergebnisse

Im Folgenden möchte ich die zentralen Ergebnisse, Erkenntnisse und Methoden der Arbeit diskutieren.

In Deutschland leben ca. 800.000 Menschen in Altenpflegeheimen. Wie viele von ihnen an einer Dysphagie erkrankt sind, kann aufgrund bisher fehlender Forschungsergebnisse und der erschwerten Möglichkeit der Diagnostik, nicht sicher gesagt werden (Prosiegel, 2002, S. 364) (Bartholomeyczik, 2009).

Gründe für die fehlende Forschung könnten die Multimorbidität und die kognitiven Einschränkungen der Bewohner sein, die eine Durchführung einer diagnostischen Untersuchung erschweren. Prosiegel betont in seinen Ausführungen die sozialökonomische Relevanz durch die Komplikationen einer Dysphagie. Durch die bis heute ausstehende Forschung gelingt es jedoch nicht, die Problematik einer breiten Fachöffentlichkeit bekannt zu machen. Dies wäre für die Durchsetzung von sozialpolitischen Forderungen jedoch von großer Bedeutung.

Wenn für die 800.000 Menschen, die in deutschen Altenpflegeeinrichtungen leben, die von mir ermittelten Prozentwerte für eine Schätzung der Dysphagiehäufigkeit hochrechnet. Dann würden bei:

- 3 Prozent der Gesamtmenge = 48.000 Menschen eine Dysphagie haben
- 15 Prozent der Gesamtmenge = 120.000 Menschen eine Dysphagie haben
- 50 Prozent der Gesamtmenge = 400.000 Menschen eine Dysphagie haben.

Wenn man diese Zahlen mit denen anderer Forschungsarbeiten in einen Zusammenhang bringt, dann werden in Deutschland „240.000 Menschen die älter als 65 Jahre sind mit einer Pneumonie in Krankenhäusern behandelt“ (Seifart, 2008, S.2). Wie viele davon diese Lungenentzündung aufgrund einer Dysphagie erlitten haben, sollte dringend weiter erforscht werden.

Durch Schluckstörungen kann sich eine Aspirationspneumonie entwickeln, die radiologisch diagnostiziert und stationär behandelt werden muss. In deutschen Krankenhäusern werden pro Jahr etwa 800.000 Menschen (CAPNETZ, 2008, S.132), die an einer Pneumonie erkrankt sind, medizinisch behandelt. 240.000 von ihnen sind Menschen über 65 Jahre (Seifart, 2008, S.2). Je älter ein Mensch ist, umso wahrscheinlicher ist es, dass er durch eine Pneumonie Komplikationen erleidet und daran verstirbt. Die effektive medikamentöse Behandlung von Multimorbiden ist in der „Post-Antibiotika-Ära (Gastmeier, 2013)“ ein ernstzunehmendes Problem, und schlägt bundesweit mit einem geschätzten jährlichen monetären Aufwand von 500 Millionen Euro für die Krankenhausbehandlung zu Buche (CAPNETZ, 2008, S.132).

Die circa 800.000 Menschen, die in stationären Altenheimen leben (Destatis, Pflegestatistik 2011, S. 4), erkranken etwa zehn Mal so häufig an einer Pneumonie, wie Menschen der gleichen Altersgruppe, die nicht in einer stationären Altenhilfeeinrichtung leben (CAPNETZ, 2008, S.133). Gründe können die Multimorbidität und das sehr hohe Lebensalter sein, sodass ein ohnehin erhöhtes Krankheitsrisiko aufgrund eines reduzierten Immunstatus besteht. Neuste Forschungserkenntnisse zeigen, dass sich Pneumonien überwiegend multifaktoriell entwickeln. Diese Risikofaktoren zu erkennen und präventive Maßnahmen einzuleiten, ist gerade für den Bereich der stationären Altenpflege eine elementare Aufgabe der Pflegenden, da sie im direkten Kontakt zu den Bewohnern stehen und ein Arzt oder die Möglichkeit einer weiteren Diagnostik nicht immer zur Verfügung steht. In der „Postantibiotika- Ära“ ist es wichtiger denn je, diese Risikofaktoren zu erkennen, und nach ihrer Priorität einzuordnen. Dazu werden fachlich sehr gut ausgebildete Pflegenden benötigt, die ihr Wissen regelmäßig auf den neusten Stand pflegewissenschaftlicher Erkenntnisse bringen. Volkswirtschaftlich stehen diese Fortbildungskosten in Relation den Kosten der stationären Behandlung nosokomial erworbener Pneumonien gegenüber.

Seit Jahren wird in der Fachöffentlichkeit diskutiert, auf welche Art und Weise die Pflegequalität in Gesundheitseinrichtungen an den steigenden

Bedarfen von alten, multimorbiden Menschen angepasst werden kann. Eine interne Möglichkeit, die fachliche Qualität der Pflegenden zu ermitteln, bieten Audits und Pflegebegleitungen. Seit 2005 finden jährlich, externe Qualitätsprüfungen nach §§ 112, 114 SGB XI statt. Die Ergebnisse werden zum Beispiel im „Pflegelotsen“ des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen veröffentlicht. Sie sollen Laien und potentiellen Kunden eine Entscheidungshilfe bieten, die Pflegequalitäten der Einrichtungen gegeneinander abzuwägen.

Es kann nach der nichtteilnehmende Beobachtung von dreißig Bewohnern auf Schluckstörungen nicht genau nachvollzogen werden, wie die beforschte Einrichtung im xxx 2012 ein sehr gutes Qualitätsergebnis erhalten konnte, da sich elementare Mängel der Struktur-, Prozess-, und Ergebnisqualität durch alle Beobachtungen und Dokumentationsanalysen über die beforschten Monate Januar bis April 2013 hindurchzogen.

So ist an dieser Stelle zu diskutieren, ob es den Kostenträgern und den Trägern der Einrichtungen bei den nicht validen Qualitätsprüfungen wichtig ist, die schlechten Rahmenbedingungen in Pflegeeinrichtungen zu verbergen und den Deckmantel der Pflegequalität über die Missstände in Pflegeeinrichtungen zu legen. Die Kritik gilt der hauptsächlichen Überprüfung der Struktur- und Prozessqualität. Wie fachlich korrekt und bewohnerorientiert die tatsächlich durchgeführte Pflege der Bewohner stattfindet, wird nicht überprüft.

Ein weiteres Argument für die oben genannte These ist, dass eine kontinuierliche personelle Mindestbesetzung und eine Fachkraftquote von mindestens 50 Prozent als ausreichend bewertet werden. Aus Sicht des Risikomanagements sind dies zwei beitragende Faktoren für unerwünschte Ereignisse. Ebenso werden Mitarbeiter multinationaler Herkunft, mit unterschiedlichen Qualifikationen und Sprachvermögen, zusammen mit sprach- und wahrnehmungseingeschränkten, kranken Menschen in ein Abhängigkeitsverhältnis gebracht. In der Risikoforschung ist dies ein erhöhtes Risiko für eine nicht verstandene oder falsch interpretierte Kommunikation. Wenn man ein ähnliches Szenario auf ein Finanzgeschäft überträgt, würde jeder risikobewusste Anleger ein solches Geschäft unter diesen Bedin-

gungen ablehnen. Bei der Pflege von alten Menschen ist dies bundesweite Realität.

Ein weiterer Grund für die Zweifel an der Validität der Qualitätsprüfungen ist, dass in großen Teilen der Beobachtungen erkennbar war, dass die Mitarbeiter fachliche Wissensmängel hatten und inadäquate Handlungen daraus folgten. Dies zeigte sich auch an der nur in Grundzügen erkennbaren Pflegeprozessessteuerung, dem fehlenden roten Faden in der Bewohnerdokumentation sowie den fehlenden, aber dringend notwendigen Arztinformationen, bei schwer kranken Bewohnern. Bei den Mahlzeitenbegleitungen war zu beobachten, dass die Mitarbeiter teilweise unfähig waren, auf akute Pflegesituationen adäquat zu reagieren oder nicht anwesend waren.

Wie es bei dem beschriebenen Pflegestandard „Schluckstörungen“ für den Bereich: „Essen und Trinken“ zu einer MDK Gesamtbewertung von 1,0 kommt und die aktive Kommunikation mit Ärzten ebenso bewertet wird, wird aufgrund der von mir über drei Monate zurückverfolgten Pflegeplanung- und Pflegeberichts ausgewertungen kritisch hinterfragt. Aufgrund dessen lässt sich ebenso die als sehr gut bewertete individuelle Erfassung von Ernährungsressourcen und Risiken kritisch hinterfragen. Wenn die Qualitätsprüfer einen Mitarbeiter nach Inhalten des Qualitätshandbuches gefragt hätten, wäre die Situation des nicht für die Mitarbeiter zugänglichen QM-Handbuches offengelegt worden.

So lässt sich die These aufstellen, dass die Prüfungsinstanzen und einzelne Träger der Einrichtungen ein beiderseitiges Interesse daran haben könnten, ein nicht an der Realität angelehntes Prüfungsergebnis zu schaffen, um damit öffentlichkeitswirksam dafür zu sorgen, dass die realen Bedingungen in deutschen Pflegeeinrichtungen weitgehend unbemerkt bleiben.

Es kann in dieser Diskussion nur angeschnitten werden, dass eine gesellschaftliche Debatte an einer anderen Stelle geführt werden sollte, ob sich ein wohlhabendes Industrieland einen humanen und an den Stand der Forschung angepassten Umgang mit einem Lebensabschnitt erlauben

möchte, der nicht mehr geprägt ist von Leistungsgedanken oder der Gegenüberstellung der entstehenden Behandlungskosten, sondern die moralische Frage aufwirft, wie eine reiche Nation mit den gesellschaftlichen Folgen des demographischen Wandels umgeht. An gleicher Stelle kann diskutiert werden, ob sich eine finanzielle Förderung von sehr gut ausgebildeten Pflegenden in Altenhilfeeinrichtungen sich nicht gegenüber einer teuren Krankenhausbehandlung, die einer nicht qualifizierten Pflege geschuldet ist, wirtschaftlich rechnet. Aus kostenkalkulatorischer Sicht dürften sich die jährlichen Investitionen in Schulungen der Altenpflegenden um Aspirationspneumonien zu vermeiden bundesweit unter 500 Millionen Euro bewegen.

Die Diagnostik um eine Dysphagie zu erfassen kann auf mehrere Weisen erfolgen. Ein Schlucktest für Hochaltrige wurde bisher nicht entwickelt, da die kognitive Einschränkung ein Ausschlusskriterium für die Durchführung eines solchen ist. Die meisten Tests haben ihren Ursprung in der Neurologie und man kann mit ihnen sehr genaue Aussagen darüber machen, in wie weit die Fähigkeiten des Schluckens unterschiedlicher Konsistenzen bei einem Menschen vorliegen.

Das „GUSS-Screening“ wird auch von Pflegenden in österreichischen Krankenhäusern angewendet. Sie wurden vorab in der Einleitung von Notfallmaßnahmen und in der Durchführung des Tests geschult. Solch ein Vorgehen wäre auch für Altenhilfeeinrichtungen denkbar und könnte die Anzahl der erkannten Dysphagien stark erhöhen. Als Voraussetzungen wären eine theoretische Reflexionsfähigkeit, die fachlich einwandfreie Anwendung des Tests und das Wissen über Erste-Hilfe-Maßnahmen elementar. Die Krankenbeobachtung, die Reflexion der eigenen Arbeit und die daran angepasste veränderte Pflege wurden von mir nur in groben Ansätzen bei den Pflegenden beobachtet. Deshalb kann ich die Empfehlung der Einführung des „GUSS-Screenings“ oder eines Assessments für die beobachtete Einrichtung nicht aussprechen. Es stellt sich die Frage, ob eine andere Methode helfen würde, Hinweise auf Schluckstörungen zu erkennen, dem Bewohner dabei aber nicht durch aktives Tun zu schaden. Die von mir durchgeführte Nichtteilnehmende Beobachtung könnte aus



meiner Sicht eine geeignete Methode sein. Sie ist von Pflegenden, die Grundkenntnisse in der Physiologie und der Pathologie des Schluckens haben, anwendbar. Die Durchführung der Beobachtung wäre zu jeder Zeit denkbar. Wenn sie zu Beginn des Einzugs zusammen mit einer Pflegeanamnese erfolgen würde, wäre von Beginn des Aufenthaltes an eine Dysphagieprophylaxe möglich. Der Arzt oder Logopäde könnte bei Bedarf eine weitere Diagnostik und Therapie durchführen.

Ob meine positiven Ergebnisse von 50% der beobachteten Fälle tatsächlich positiv sind, kann nur mit weiterer Diagnostik geklärt werden. Aber es gibt Hinweise auf die Sensibilität der Methode. Bei allen Bewohnern, die von den Pflegenden als schluckgestört dokumentiert wurden, konnte ich ebenfalls Schluckstörungen beobachten. Die beiden ärztlich diagnostizierten Bewohner mit Schluckstörungen wurden auch von mir als schluckgestört beobachtet. Ausserdem konnte ich anhand der Diagnosen Komorbidität finden, die mit einer Schluckstörung in Zusammenhang stehen könnten.

## **5.2 Gültigkeit der Untersuchungsergebnisse**

Die Beobachtungen lassen zusammen mit der Pflegedokumentation ein Bild entstehen, welches durchgängig die riskanten Situationen beschreibt, in denen die Bewohner mit Schluckstörungen ihre Mahlzeiten einnehmen. Die Analyse der Pflegeplanung unterstützt den Eindruck der Beobachtungen, dass alltägliche Handlungen und Verhaltensweisen der Pflegenden erhebliche Wissenslücken aufzeigen. Diese Einblicke werden durch Zuhilfenahme der beschriebenen wissenschaftlichen Erkenntnisse anderer Forscher sehr deutlich. So ist das Ziel der Feldforschung erfüllt.

Der Forschungsprozess wurde von vielen fachlichen Diskussionen begleitet. Dieser Prozess war sehr wertvoll für mich und machte es mir möglich meine Beobachtungen mit den Beobachtungen oder Erfahrungen anderer zu vergleichen. Ich bin der Auffassung, dass sich an diesen Gesprächen auch eine zukünftige Entwicklung der Pflege alter Menschen deutlich macht. An diesen Diskussionen beteiligten sich in diesem Fall sowohl

Akademiker als auch nicht akademisch vorgebildete Menschen im Alter zwischen 20 und 85 Jahren. Unter ihnen waren sowohl Pflegewissenschaftler, Ärzte, Pflegefachkräfte, leitende Pflegende als auch fachfremde Personen. Die Gespräche führten zumeist über eine Einführung in die Themen: Patientensicherheit, Dysphagie, Altenpflege und Altern in Deutschland zu den von mir gemachten Beobachtungen. Sie führten zuerst in eine oft starke Betroffenheit. Wenn es um die gemeinsame Entwicklung von Lösungsansätzen ging, wurden zumeist eigene, persönlich zu organisierende Vorstellungen vom Altern und vom Alter besprochen. Keiner der Gesprächspartner konnte sich vorstellen, freiwillig in ein Altenheim einzuziehen. Wenn dies bei schwerer Krankheit der Fall sein sollte, war allen Beteiligten bewusst, dass es Menschen aus ihrem Umfeld geben sollte, die für das Wohl desjenigen Sorge tragen würden. In diesem Zusammenhang wurde die Anfertigung einer Patientenverfügung diskutiert. Es gab bei vielen den Wunsch, zusammen mit liebgewordenen Menschen in einer individuellen Gemeinschaft zu leben und auch in diesem Umfeld zu sterben. Einige zogen den selbst verantworteten Freitod vor. Interessant war auch zu beobachten, dass akademisch gebildete Menschen weniger daran glaubten, dass die Pflegewissenschaft einen Einfluss auf die Weiterentwicklung, im Sinne einer Verbesserung der Situation für alte Menschen in Pflegeeinrichtungen hat, als dies Nichtakademiker taten. Das Argument der in Zukunft nicht mehr zu finanzierenden Pflege, dem Pflegegenotstand und der medizinischen Versorgung wurde in diesem Kontext ebenso häufig genannt. Vom systemischen Lösungsansatz der Bewohnersicherheit waren die meisten überzeugt. Die Ergebnisqualität der Pflege in Altenhilfeeinrichtungen wurde oft in Frage gestellt, besonders im Kontext der jährlich durchgeführten Qualitätsprüfungen nach dem Wohn- und Teilhabegesetz und des Sozialgesetzbuch XI, §§112, 114.

Ob für eine Einrichtung die Einführung eines Assessments als singuläre Maßnahme geeignet scheint, verneinten alle Befragten. Das aber in einem organisationalen Veränderungsprozess Fortbildungen der Mitarbeiter auch zu Themen wie Schluckstörungen und dem sicheren Anreichen von Mahlzeiten einen positiven Effekt haben könnten, war für die Mehrheit vorstellbar. Ob ein Dysphagie-Assessment im Alltag angewendet wird, bezweifel-

te die Mehrheit, aus dem Wissen heraus, dass bisher die Pflegenden die Dokumentation nicht prozesssteuernd einsetzen und es erhebliche Wissens- und Sprachprobleme gibt.

Ein weiterer Diskussionspunkt war ein offensichtlich falsches Verhalten sowie das Anwenden von Gewalt, welche für die Pflegenden selbst nicht sichtbar war oder zur nachträglichen Reflexion geführt hätte. Aber auch das die Pflegenden nicht regelmäßig bei ihrer Arbeit geschult und überprüft werden. Dazu wurden die Auswirkungen einer langjährigen Systemzugehörigkeit auf Sinneswahrnehmungen der Mitarbeiter und die Wahrnehmung der eigenen Arbeitsqualität diskutiert. Auch wurde das gegenseitige Schützen der Mitarbeiter kommuniziert. Nicht anders kann der wochenlange Schmerzzustand einer Bewohnerin erklärt werden, aus dem zumindest dem Pflegebericht nach Konsequenzen zog. Die von den Mitarbeitern zusammen genommene Pause konnte unter sozialen Aspekten nachvollzogen werden. Hier fehlt aber auch der Blick der Mitarbeiter auf die Situation der Bewohner. Auch wurde die grobe Gabe von Mahlzeiten als ein Ausdruck von gefühltem psychisch Druck, durch externe Prüfungsinstanzen, auf die Mitarbeiter diskutiert.

Dass die Prüfer den Fokus nicht auf der Ergebnisqualität legen, also die Art und Weise wie eine Pfl egetätigkeit durchgeführt wird bewertet wird, sondern allein ob durch die Pflegemaßnahme das Pflegeziel erreicht wurde. Zum Beispiel das Flüssigkeitsziel. Andererseits wurde von Pflegenden anderer Einrichtungen von einer Art Wettbewerb berichtet, der das Abarbeiten von Pflegeleistungen in den Vordergrund stellt, damit die nachfolgende Arbeiterschicht nicht behaupten kann, dass nicht ausdauernd und viel gearbeitet wurde. Dies wäre das Prinzip der „Satt und Sauber Pflege“. Die Kollegen würden dann erfahren, dass eine Bewohnerin eine bestimmte Menge an Flüssigkeit zu sich genommen hat. Wie sie diese erhielt wird nicht berichtet. Es wurden arbeitsrechtlichen Konsequenzen für nötige Mitarbeiter gefordert, bis zu arbeitsrechtlichen Konsequenzen für die Einrichtungsleitung, da sie die Gesamtverantwortung für das Wohlergehen der Bewohner und der Mitarbeiter trägt.

Eine ähnlich beobachtbare Situation konnte nicht identifiziert werden. Jedoch konnte innerhalb des Masterstudiums, im Rahmen einer Organisationsanalyse in einer anderen Altenhilfeeinrichtung teilnehmend beobachtet werden, wie Gewalt in der Pflege aus einer Überforderungssituation und einem Mangel an Fachwissen entstand. Da es in der Pflege zu Gewalt- und Machtausübungen kommt, wurde durch Grund gut beforscht.

### **5.3 Einbettung der Beobachtungen in den Kontext anderer Forschungsarbeiten**

Durch die Wahl einer qualitativen Beobachtungsmethode sind die gewonnenen Erkenntnisse nicht ohne weiteres auf andere Forschungsarbeiten zu übertragen. Die Tiefe der individuellen Beobachtungen macht sie für meine Forschung so wertvoll, aber auch einzigartig. Aus meiner Kenntnis heraus hat sich bisher keine deutschsprachige Forschungsarbeit mit der nichtteilnehmenden Beobachtung von Schluckstörungen bei alten Menschen in Altenhilfeeinrichtungen befasst. Eine Literaturstudie von Bartholomeyczik, aus dem Jahr 2009 befasste sich mit dem Thema Schluckassessments für die Altenhilfe. Sie kam zu dem Schluss, dass es an Forschungsergebnissen für diesen Bereich mangelt. Zum gleichen Schluss kam Prosiegel 2005. Ob es internationale qualitative Forschungen mit einer ähnlichen Fragestellung gibt, konnte ich, trotz intensiver Recherche nicht eruieren. Ich erhoffe mir, dass eine weitere Forschung auf diesem Gebiet, insbesondere in einem interdisziplinären Forschungsteam aus Ärzten, Therapeuten und Pflegewissenschaftlern sehr interessante und dringend benötigte Ergebnisse liefert.

### **5.4 Stärken der Arbeit**

Die Stärken der vorliegenden Arbeit sehe ich in der sehr ausführlichen Literaturrecherche und der damit gewonnenen Expertise. Dies bildete die Grundlage für die Methodenauswahl, die ausführliche Planung der nichtteilnehmenden Beobachtung und der Formulierung der Forschungsannahmen. Im Forschungsfeld ließen sich die aus Studien und methodischen Lehrbüchern bekannten Erkenntnisse, mit den realen Beobachtun-

gen sinnvoll in eine Beziehung setzen. Die Aufarbeitung der Ergebnisse fand durch Zusammenführung der Bewohnerdokumentation sowie der Beobachtungen statt und wurde von einer fachlichen Expertise begleitet. Sie schuf ein klares Bild des untersuchten Feldes. Die zentralen Ergebnisse konnten zusammengeführt werden und wurden mit Aussagen anderer Forschungsarbeiten hinterlegt. Die Hypothesen wurden beantwortet. Die Diskussion wurde ausführlich und fachlich sauber geführt. Die Empfehlungen sind in der Praxis anwendbar und manageriell begründet.

### **5.5 Limitationen der Arbeit**

Die Forschung wurde begrenzt durch die zeitliche Grenzen der Qualifikationsarbeit und die volle Berufstätigkeit während der Feldforschung als auch der anschließenden Anfertigung der Arbeit. Finanziell war kein großes Budget für die Forschung erforderlich.

## VI. Empfehlungen

Die nichtteilnehmende Beobachtung erfordert ein Wissen über Anzeichen von Schluckstörungen. Sie ist eine bewohnerorientierte, nichtinvasive und kostengünstige Möglichkeit, die Bewohner während der Mahlzeiten auf Anzeichen von Schluckstörungen zu beobachten.

Die nichtteilnehmende Beobachtung ist keine diagnostische Methode, aber aufgrund meiner Erfahrungen ist sie in Kombination mit einer Dokumentationsanalyse sehr geeignet Hinweise auf Schluckstörungen auch bei kognitiv eingeschränkten Menschen zu erkennen. Wenn diese Methode mit der Analyse der Dokumentation auf Hinweise von Schluckstörungen kombiniert wird, ist sie meiner Meinung nach sehr praxistauglich. Sie kann jederzeit, auch wiederholt angewendet werden. Betriebswirtschaftlich ist sie sehr empfehlenswert, da keine teuren Gerätschaften oder Lizenzen angeschafft werden müssen.

Nötig wird eine Finanzierung der Schulungsmaßnahmen und der fachlichen Begleitung der ersten Beobachtungen. Da die Methode nicht invasiv ist und jede Form von kognitiver Einschränkung und Multimorbidität einschließt, hat sie aus meiner Sicht einen sehr großen Vorteil gegenüber den Assessment-Methoden. Geschulte Examinee können die Beobachtung durchführen. Die Pflegehelfer sollten in der Durchführung und in der Wahrnehmung von Essen anreicherung geschult werden. Anatomische Kenntnisse werden nicht vorausgesetzt.

Wenn Bewohner einziehen, könnte die erste Einnahme einer Mahlzeit oder eines Getränks von einer geschulten Pflegenden begleitet werden. Ideal wäre es, wenn die pflegeprozesssteuernde Pflegefachkraft diese Beobachtung durchführt. Sie hätte Zugriff auf die Diagnosen und könnte nach der Beobachtung passende Maßnahmen für den Bewohner planen und bei Bedarf den betreuenden Arzt informieren.

Wenn eine Dysphagie diagnostiziert wurde oder der Bewohner eine Nahrungskarenz hat kann Die Beobachtung abgebrochen werden. Die Beobachtung sollte auch während des Aufenthaltes des Bewohners bei Verschlechterung seines Befindens, einem Aspirationseignis, einer nicht auf andere Weise erklärbaren Verringerung des Körpergewichts, einer nicht auf andere Weise erklärbaren Veränderung des Ess- und Trinkverhaltens durchgeführt werden. Daran würde sich die akustische und visuelle Beobachtung des Bewohners anschließen. Zur Erleichterung der Erfassung können die von mir im ersten Teil der Arbeit erfassten Kriterien aufgeführt werden und dann von dem Beobachter angekreuzt werden.

Daher lautet meine Empfehlung, diese Methode in einer Kombination mit einer Schulungsmaßnahme von Fachwissen zu Schluckstörungen sowie der Beobachtungsmethode selbst, statt der Einführung eines Assessments, in der Einrichtung einzuführen.

Wenn eine Beurteilung des Situs angebracht wäre, könnten Dysphagieexperten eines Medizinischen-Versorgungs-Zentrums, welches sich in der unmittelbaren Nähe der beobachteten Einrichtung befindet, mit einer portablen FEES- Diagnostikeinheit in die Einrichtung kommen und die Bewohner bei denen ein Verdacht besteht, untersuchen. Aus der Zeit meiner Tätigkeit als Einrichtungs- und Pflegeleiterin habe ich damit sehr gute Erfahrungen gemacht und ich denke dies ist auch für andere Einrichtungen, eine gangbare Lösung.

### **6.1 Managerielle Ableitungen aus den Analysen**

Aus den Analysen der nichtteilnehmenden Beobachtungen können folgende managerielle Ableitungen getroffen werden.

- Aus den Beobachtungen und dem bisher Beschriebenen lässt sich eine Schwäche in der Übernahme von Führungsverantwortung, Führungsstrukturen und dem Führungshandeln aller manageriellen Ebenen erkennen. Es wird exemplarisch deutlich, wie sich managerielle Entscheidungen in einer Organisation fortsetzen und sich, ohne, dass sie von funktionierenden Sicherheitsbarrieren aufgehalten

werden, zu solchen unerwünschten Ereignissen wie der fahrlässigen Versorgung stark schluckgestörter Bewohner bis hin zu Gewaltanwendung und Machtmissbrauch gegenüber Schutzbefohlenen entwickeln.

- Wenn das Ziel des konfessionellen Trägers eine gewaltfreie Pflege ist, kann es zu einer strategischen Entscheidung der Organisation kommen, sich mit einer Offenheit und Enttabuisierung gegenüber der Anwendung von Gewalt und Macht in der Pflege auseinanderzusetzen.
- Danach können organisationale Veränderungsprozesse eingeleitet werden. In diesem Fall benötigt die Organisation fachliche, finanzielle und zeitliche Ressourcen für eine Erkenntnisentwicklung und die Ausbildung neuer Führungswege, mutige Verantwortungsübernahme und im besten Sinne christliches Überzeugungshandeln seitens des Managements und der Mitarbeiter.
- Sollen sich die Veränderungen im Verantwortungs- und Kompetenzbereich eines jeden einzelnen Mitarbeiters fortsetzen, brauchen diese ebenso persönliche und fachliche Begleitung, zum Beispiel in Form von Teamcoaching und Pflegebegleitungen, damit sie im Alltag die neuen Wege mitgehen können. Aus meiner Sicht wäre eine Investition in erfahrene interne und externe Begleitungen, zur Vermittlung von Fachwissen und regelmäßig durchgeführte Team- und Einzelcoachings, dafür hilfreich.
- Ebenso empfehlenswert wäre der Entschluss, der Zuhilfenahme eines neutralen, erfahrenen, externen Beraters für Organisationsentwicklung in Anspruch zu nehmen. Dieser soll die bisherigen Strukturen und Prozesse analysieren und dabei helfen, ein Qualitätssystem zum Beispiel nach der speziell für Gesundheitseinrichtungen entwickelten „DIN EN 15224:2011“ zu entwickeln und umzusetzen. Der Vorteil der neuen DIN Norm ist, dass sie zum Beispiel Aspekte der Patientensicherheit und die evidenzbasierten be-



ziehungsweise wissensbasierten Versorgung und die körperliche, psychische und soziale Unversehrtheit der Bewohner mit einbindet.

## 6.2 Assessment

Da sich die nichtteilnehmenden Beobachtungen in meinen Erfassungen von Schluckstörungen so bewährt haben, empfehle ich dieses Vorgehen als geeignetes Instrument für die Erkennung von Schluckstörungen in der Altenpflege. Der Vorteil der Methode ist, dass sie jederzeit, an jedem Platz des Hauses, examinieren, geschulten Mitarbeitern zur Verfügung steht.

Die Beobachtung sollte auch während des Aufenthaltes des Bewohners, bei Verschlechterung seines Befindens, einem Aspirationseignis, einer nicht auf andere Weise erklärbaren Verringerung des Körpergewichts und einer nicht auf andere Weise erklärbaren Veränderung des Ess- und Trinkverhaltens durchgeführt werden. Zur Erleichterung der Erfassung können die von mir erfassten Kriterien aufgeführt werden und können dann von dem Beobachter angekreuzt werden.

Um den Mitarbeitern die Beobachtung und die Analyse zu erleichtern, können anhand eines vorbereiteten Bogens, wichtige Punkte der Dokumentationsanalyse aufgeführt werden.

In der Kopfzeile sollten aufgeführt werden:

- das aktuelle Datum und die Uhrzeit
- der Namen des durchführenden Mitarbeiters
- die persönlichen Daten des Bewohners
- das Einzugsdatum
- Informationen zur Wieder-Aufnahme aus einer Gesundheitseinrichtung
- Diagnosen

Wenn eine Dysphagie diagnostiziert wurde oder der Bewohner eine Nahrungskarenz hat, endet die Dokumentationsanalyse.

Wenn neurologische Erkrankungen oder Paresen des Kopfes und/oder des Körperstamms bekannt sind, kann die Beobachtung gezielter erfolgen. Ebenso nach einer Operation des Mund-, Rachen-, Hals- und Magenbereichs.

Die Ursache einer Pneumonie kann, wenn möglich, beim behandelnden Arzt erfragt werden.

### 6.3 Die Fortbildung der Mitarbeiter

Da Pflegenden eine entscheidende Rolle bei der Erkennung von Schluckstörungen zukommt, benötigen sie Fachwissen um in der Praxis zu entscheiden, ob der Bewohner von Pflegemaßnahmen profitiert oder eine therapeutisch/ diagnostische Intervention notwendig ist. Nachdem die Forschungsannahmen beantwortet werden konnten und sich dabei herausgestellt hat, dass Fachwissen über Dysphagie dazu beiträgt, Schluckstörungen besser zu erkennen und einzuordnen, sollen nun Überlegungen zur sinnvollen Übertragung des Fachwissens an die Pflegenden erfolgen. Es sollen zum Thema: „Pfleger bei Schluckstörungen –Die Einführung eines Assessmentbogens zur Erkennung von Schluckstörungen“, zwei Fortbildungen geplant werden. Eine für Fach- und eine für Hilfskräfte. Die Fachkräfte sollen zu Schluckstörungen geschult werden und in die Anwendung des Assessmentbogens eingeführt werden. Die Pflegehilfskräfte sollen ein Grundwissen über Schluckstörungen erhalten und in eigenem Erleben und in praktischen Übungen ein Gefühl dafür entwickeln, wie es ist, eine Schluckstörung zu haben und bei den Mahlzeiten auf Pflegemaßnahmen angewiesen zu sein. Vor der Fortbildung sollten alle Pflegenden, unabhängig von ihrer Qualifikation, in der Einleitung von Erste-Hilfe-Maßnahmen geschult sein.

Es ist geplant zwei Fortbildungseinheiten für die zwei Mitarbeitergruppen, in einem gesamten Zeitumfang von circa fünf Stunden durchzuführen. Die Fortbildungen können in der Einrichtung stattfinden und sollten im Wechsel Anteile aus Theorie und Praxis enthalten.

Zur Einführung findet nach der Begrüßung eine kurze Besprechung des Ablaufes der zwei Veranstaltungen statt. Um die Aufmerksamkeit der Teilnehmer zu fördern und sie in das Thema Schluckstörungen einzuführen, können verschiedene Getränke und Lebensmittel in verschiedenen Konsistenzen, Geschmacksrichtungen und Temperaturen zum Probieren gereicht werden. Die Mitarbeiter können dann ihre Wahrnehmungen dazu schildern.

Danach werden die Mitarbeiter gebeten, dass sich bei jeder praktischen Einheit zwei wechselnde Personen zur Verfügung stellen, die die Situation still beobachten und anschließend den Kollegen berichten.

Im nächsten Schritt wird der physiologische Schluckakt theoretisch in einfachen Worten, anhand von bildlichen Darstellungen und Filmen, beispielsweise anhand einer Videofluoroskopie erklärt. Dabei wird der fachliche Anspruch an die Examinierten höher sein, als an die Pflegehilfskräfte. Danach folgt ein praktischer Teil. Es werden Getränke und Lebensmittel mit künstlich herbeigeführter, eingeschränkter Sinneswahrnehmung, beispielsweise dem Lutschen eines Stückchen Eis, mit verschlossenen Gehörgängen oder mit geschlossenen Augen, oder nur mit einer Hand zu sich genommen. Zwei Teilnehmer beobachten dies und berichten. Dann schließt sich eine theoretische Einführung in die Entstehung von Schluckstörungen an. Mit einfachen bildlichen Darstellungen und Beispielen aus der Praxis. Dann werden einem freiwilligen Mitarbeiter der in einem Lehnstuhl mit hochgestellten Beinen, oder in einem Bett, der in einem Winkel von etwa 30° eingestellt ist, Getränke, Schokolinsen und etwas zu Essen mit einem Löffel und mit einer Schnabeltasse gereicht. Die Schokolinsen sollen das Mundgefühl einer Tablette nachempfinden lassen. Danach erfolgt die theoretische Einführung in die Folgen einer Dysphagie. In diesen Teil können auch Erfahrungsberichte der Mitarbeiter einfließen. Der erste Fortbildungstag ist dann beendet.

Der zweite Fortbildungstag beginnt damit, dass ein freiwilliger Kollege in eine 30° Seitenlage gelagert wird, mit einer Oberkörperhochlagerung von etwa 30°. Ich werde vor das Bett treten und ein Getränk mit Schnabelbecher, eine Brühe mit einem großen Löffel, mehrere kleine Schokolinsen auf einem Teelöffel und ein Fruchtkompott anreichen. Danach soll derjenige für etwa zehn Minuten den Raum verlassen. Die zwei Beobachter werden gebeten ihre Beobachtungen mitzuteilen. Anschließend soll der wieder anwesende Kollege beschreiben, welche Sinnes- und Körpererfahrungen er während des Experiments gemacht hat.

Dem gleichen Mitarbeiter wird im Anschluss daran, im Stuhl sitzend mit der anreichenden Person im Augenkontakt die verschiedenen Komponen-

ten angereicht. Beide Personen berichten dann ihre Erfahrungen. Die Beobachter berichten ebenso ihre Beobachtungen. Für die Pflegehilfskräfte ist damit die Fortbildung beendet. In der Fortbildung der Eximierten findet im Anschluss die Vorstellung des: „Assessmentbogen zur Erkennung von Anzeichen einer Schluckstörung“ statt.

## VII. Fazit

*„Anmerkung: Jede Organisation legt die oberste Leitung fest, die für das Qualitätsmanagement verantwortlich ist. Der Erfolg des Qualitätsmanagementsystems wird in hohem Maß von der persönlichen Selbstverpflichtung der obersten Leitung bestimmt, die für das Qualitätsmanagementsystem, einschließlich Management der klinischen Risiken und Patientensicherheit und deren Umsetzung verantwortlich ist (E DIN EN 15224:-01, 2013, S.22, Kapitel 5).“*

Mit dem einführenden Zitat soll diese Arbeit auch abgeschlossen werden. Das Zitat hat mich im Laufe der Erstellung dieser Arbeit sehr angesprochen. Es beschreibt auf einfache Weise welche Wirkungen von der Leitung einer Organisation ausgehen. Das Besondere für mich an diesem Zitat ist, dass expliziert die Verantwortung der Leitung für die Patientensicherheit und die Umsetzung des klinischen Risikomanagements angesprochen werden. Wenn dies zukünftig durch meine ausgesprochenen Empfehlungen und die Schulung der Mitarbeiter in der Organisation besser gelingt, hat sich diese Arbeit nicht nur für mich gelohnt.

Das Thema der Dysphagien in Altenpflegeeinrichtungen finde ich forschungs- und praxisrelevanter denn je, sodass ich mir sehr gut vorstellen kann, im Rahmen meiner beruflichen Entwicklung dieses Feld weiter zu beforschen. Ich wünsche mir, dass die Forschung in diesem Gebiet in einem Team aus Wissenschaftlern unterschiedlicher Fachbereiche möglich ist, sodass die Ergebnisse der Beobachtungen auch diagnostisch verifiziert werden können.

## VIII. Literaturverzeichnis

- Alagiakrishnan**, K.; Bhanji, R. A.; Kurian, M. (2013): Evaluation and management of oropharyngeal dysphagia in different types of dementia: A systematic review (1).
- Badke-Schaub**, P.; Hofinger, G.; Lauche, K. (Hg.) (2012): Human Factors. Psychologie sicheren Handelns in Risikobranchen. 2. Aufl. Berlin: Springer.
- Balasubramaniam** S., J.; Corcoran, R.; et al. (2008): Reducing the risk of aspiration pneumonia among elderly patients in long-term care facilities through oral health interventions. In: *J Am Med Dir Assoc* 9 (2), S. 128–135.
- Bales**, C. W.; Seel Ch. (2009): Handbook of clinical nutrition and aging. 2. Aufl. Totowa, N.J: Humana Press (Nutrition and Health).
- Balzer**, K.; Butz, St. et al.;(2013): Beschreibung und Bewertung der fachärztlichen Versorgung von Pflegeheimbewohnern in Deutschland. In: *Deutsche Agentur für „Health Technology Assessment“ des Deutschen Instituts für Medizinische Dokumentation und Information*. Köln.
- Bartolome**, G.; Buchholz, D. (Hg.) (2010): Schluckstörungen. Diagnostik und Rehabilitation. 4. Aufl. Elsevier, Urban und Fischer. München.
- Bautmans** I., Demartean J. et al. (2008): Dysphagia in Elderly Nursing Home Residents with severe Cognitive Impairment can be attenuated by Cervical Spine Mobilization. In: *Journal of Rehabilitation* (40), S. 755–760.
- Becker**, A. (2009): Klinisches Risikomanagement. *Vorlesungsskript und Präsentation*. Katholische Hochschule NRW, Köln.
- Becker**, A. (2010): Patientensicherheit. *Vorlesungsskript und Präsentationen*. Katholische Hochschule NRW, Köln.
- Bonnert**, J. Kaiser M. (2006): Wenn Verschlucken lebensbedrohlich wird. Dysphagie nach Schlaganfall - in der Praxis erkennen. In: *Der Hausarzt* (14), S. 2–5.
- Borr**, Ch. (2007): Zervikale Auskultation in der Dysphagie Diagnostik. eine Evaluationsstudie. Dissertation. Universität Bielefeld, Arbeitsgruppe Klinische Linguistik. Bielefeld.
- Bortz**, J.; Bortz-Döring, N. (Hg.) ( 2010): Forschungsmethoden und Evaluation. Für Human- und Sozialwissenschaftler ; 4. Aufl. Springer-Medizin-Verlag, Heidelberg.
- Burian**, M. (1999): Oropharyngeale Dysphagien. Ätiologie, Klinik, Diagnostik und Therapie von Schluckstörungen. Thieme, Stuttgart.
- Chouinard** J. et al. (1998): Weight Loss, Dysphagia, and Outcome in Advanced Dementia. *Dysphagia*, Volume 13, (June), S. 151-155.
- Crary**, M.; Sura, L.; et.al. (2012): Dysphagia in the Elderly: Management and Nutritional Considerations. *Clinical Interventions in Aging*; (7): S. 287–298.
- Daniels**, S. K. (1998): Aspiration in patients with acute stroke. In: *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation* Volume 79 (January), S. 14–19.
- DESTATIS** (Hg.) Heiko Pfaff (2013): Pflegestatistik - Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung - Deutschlandergebnisse. Statistisches Bundesamt. Wiesbaden.
- Deutsche Norm**: DIN EN 15224.2013, Deutsches Institut für Normung e.V., Beuth Verlag, Berlin.
- Dosa**, D. (2005): Should I hospitalize my resident with nursing home-acquired pneumonia? In: *J Am Med Dir Assoc* 6 (5), S. 327–333.
- Easterling**, C. S.; Robbins, E. (2008): Dementia and Dysphagia. In: *Geriatric Nursing* 29 (4), S. 275–285.

- Eisenstadt, S. E.** (2010): Dysphagia and aspiration pneumonia in older adults. In: *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners* 22 (1), S. 17–22.
- Ewig, S.** (2011): Nosocomial pneumonia: de-escalation is what matters. In: *The Lancet Infectious Diseases* 11 (3), S. 155–157.
- Groves, P. S.; Meisenbach, R. J.; et al.** (2011): Keeping patients safe in healthcare organizations: a structuration theory of safety culture. In: *J Adv Nurs* 67 (8), S. 1846–1855.
- Heuwinkel-Otter A. / Nümann-Dulke A.** (2010): Menschen pflegen. Pflegediagnosen für die Kitteltasche. Springer, Heidelberg.
- Höffken, G.** (Hg.) (2009): S3-Leitlinie der Paul-Ehrlich-Gesellschaft für Chemotherapie, der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie, der Deutschen Gesellschaft für Infektiologie und vom Kompetenznetzwerk CAPNETZ zu Epidemiologie, Diagnostik, antimikrobieller Therapie und Management von erwachsenen Patienten mit ambulant erworbenen unteren Atemwegsinfektionen sowie ambulant erworbener Pneumonie. Paul-Ehrlich-Gesellschaft für Chemotherapie. 2. Aufl. Thieme. Stuttgart, New York.
- Jablonski, R. A.** (2005): The Role of Biobehavioral, Environmental, and Social Forces on Oral Health Disparities in Frail and Functionally Dependent Nursing Home Elders. In: *Biological Research For Nursing* 7 (1), S. 75–82.
- Kemmler, S.** (2010): Schlucken? Das geht nicht mehr! In: *Heilberufe* 62 (6), S. 13–14.
- Kruse, R. L.; Mehr, D. R.; et al.** (2005): Antibiotic treatment and survival of nursing home patients with lower respiratory tract infection: a cross-national analysis. In: *Ann Fam Med* 3 (5), S. 422–429.
- Langmore, S. E.; Terpenning, M. S.; et al.** (1998): Predictors of aspiration pneumonia: how important is dysphagia? In: *Dysphagia* 13 (2), S. 69–81.
- Leslie, P.** (2003): Investigation and management of chronic dysphagia. In: *BMJ* 326 (7386), S. 433–436.
- Leslie, P.; Drinnan, M. J.; et al.** (2004): Reliability and Validity of Cervical Auscultation: A Controlled Comparison Using Video fluoroscopy. In: *Dysphagia* 19 (4), S. 231–240.
- Loeb, M.** (1999): Risk Factors for Pneumonia and Other Lower Respiratory Tract Infections in Elderly Residents of Long-term Care Facilities. In: *Archives of Internal Medicine* 159 (17), S. 2058–2064.
- Lohmann, J. A.** (1975): Dysphagia in Parkinsonism (1). *JAMA*. (6), Vol 231.
- Lohmann, J. A.; Gensler, G.; et al.** (2008): A Randomized Study of Three Interventions for Aspiration of Thin Liquids in Patients with Dementia or Parkinson's Disease. In: *Journal of Speech, Language, and Hearing Research* 51 (1), S. 173–183.
- Marik, P. E.** (2001): Aspiration Pneumonitis and Aspiration Pneumonia (9). *N Engl J Med*; 344: (1), S. 665-671.
- Marik, P. E.; Kaplan, D.** (2003): Aspiration Pneumonia and Dysphagia in the Elderly. In: *Chest* 124 (1), S. 328–336.
- McClave, St. A.; DeMeo, M. T.; et al.** (2002): North American Summit on Aspiration in the Critically Ill Patient: consensus statement. In: *JPEN J Parenter Enteral Nutr* 26 (6 Suppl), S. S80-5.
- Metheny, N. A.** (2011): Preventing aspiration in older adults with dysphagia. In: *ORL Head Neck Nurs* 29 (3), S. 20–21.
- Montoya, A.; Mody, L.** (2011): Common infections in nursing homes: a review of current issues and challenges. In: *Aging Health* 7 (6), S. 889–899.
- Muder, R. R.; Aghababian, R. V.; et al.** (2004): Nursing home-acquired pneumonia: an emergency department treatment algorithm. In: *Curr Med Res Opin* 20 (8), S. 1309–1320.
- National Center for Emerging and Zoonotic Infectious Diseases** (Hg.) (2012): Guidance for Control of Carbapenem-resistant Enterobacteriaceae (CRE). Division of Healthcare Quality Promotion. USA.



- Nogueira**, R. (2013): Swallowing disorders in nursing home residents: how can the problem be explained? In: *CIA*, S. 221.
- Oh**, E. ; Weintraub, N.; Dhanani, S. (2004): Can we prevent aspiration pneumonia in the nursing home? In: *J Am Med Dir Assoc* 5 (3), S. 174–179.
- Palecek**, E. J.; Teno, J. M.; et al. (2010): Comfort Feeding Only: A Proposal to Bring Clarity to Decision-Making Regarding Difficulty with Eating for Persons with Advanced Dementia. In: *Journal of the American Geriatrics Society* 58 (3), S. 580–584.
- Palmer**, J. L.; Metheny, N. A. (2008): How to Try This. Preventing Aspiration in Older Adults with Dysphagia. In: *AJN, American Journal of Nursing* 108 (2), S. 40–48.
- Patti**, F.; Emmi, N.; et al. (2002): Neurogenic dysphagia: physiology, physiopathology and rehabilitative treatment. In: *Clin Ter* 153 (6), S. 403–419.
- Petroianni**, A.; Ceccarelli, D.; (2006): Aspiration pneumonia. Pathophysiological aspects, prevention and management. A Review. In: *Panminerva Med* 48 (4), S. 231–239.
- Pluschinski**, P. Weil, K. (2006): Hohe Prävalenz von Aspirationen bei geriatrischen Patienten mit Dysphagie. Eine Replikationsstudie. Otto-Fricke-Krankenhaus Bad Schwalbach, S. 1.
- Polverino**, E.; Dambrava, P.; et al. (2010): Nursing home-acquired pneumonia: a 10 year single-centre experience. In: *Thorax* 65 (4), S. 354–359.
- Prosiegel**, M., Wagner-Sonntag E. Scheicher M. (1997): Neurogene Schluckstörungen. In: *Aktuelle Neurologie*, S. 194–203.
- Prosiegel** M.; Bartolome G. et al. (2005): Neurogene Dysphagien. Leitlinien für Diagnostik und Therapie in der Neurologie. Leitlinien 2005 der DGNKN.
- Prosiegel**, M.; (2002): Schluckstörungen bei neurologischen Patienten. Eine prospektive Studie zu Diagnostik, Störungsmustern, Therapie und Outcome. In: *Nervenarzt; Springer-Verlag* (73), S. 364–370, zuletzt geprüft am 23.03.2013.
- Prosiegel**, M.; (2003): Qualitätskriterien und Standards für die Diagnostik und Therapie von Patienten mit neurologischen Schluckstörungen Neurogene Dysphagien – Leitlinien 2003 der DGNKN.
- Prosiegel**, M.; (2012) DGNKN: Neurogene Dysphagien. Entwicklungsstufe 1. In: *Leitlinien für Diagnostik und Therapie in der Neurologie*. Thieme, Stuttgart.
- Prosiegel**, M.; Riecker, A.; et al. (2012): Dysphagiemanagement in der akuten Schlaganfallphase (12). *Der Nervenarzt*, Volume 83, S. 1590-1599.
- Prosiegel**, M.; Weber, S. (2010): Dysphagie. Diagnostik und Therapie ; ein Wegweiser für kompetentes Handeln. 2. Aufl. Springer-Verlag, Berlin, Heidelberg.
- Reason**, J. T. (1990): Human Error. Cambridge, New York: Cambridge University Press.
- Reason**, J. T. (1997): Managing the risks of organizational accidents. Aldershot, Hants, England, Brookfield, Vt., USA: Ashgate.
- Robbins**, J. A.; Gensler, G.; et al. (2008): Comparison of 2 interventions for liquid aspiration on pneumonia incidence: a randomized trial. In: *Ann Intern Med*. 148 (7), S. 509–518.
- Robert-Koch-Institut** (Hg.) (2010): Epidemiologisches Bulletin. Aktuelle Daten und Informationen zu Infektionskrankheiten und Public Health (14). Berlin.
- Schiemann**, D. (Hg.) (2009): Expertenstandard Ernährungsmanagement zur Sicherstellung und Förderung der oralen Ernährung in der Pflege. [einschließlich Kommentierung und Literaturanalyse]. Unter Mitarbeit von Prof. Dr. Doris Schiemann. Hochschule Osnabrück. 1. Aufl. Osnabrück: DNQP (Schriftenreihe des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege).Osnabrück.
- Scolapio**, J. S. (2007): Decreasing aspiration risk with enteral feeding. In: *Gastrointest Endo Clin N Am* 17 (4), S. 711–716.

- Seifart**, C. (2008): Oft Lebensgefahr für ältere Menschen. Ambulant erworbene Pneumonie. In: *Pharmazeutische Zeitschrift online* (44). Online verfügbar unter <http://www.pharmazeutische-zeitung.de/?id=7082>.
- Shekelle** P. G.; Pronovost, P. J.; Wachter R. M.; et al. (2013): The Top Patient Safety Strategies That Can Be Encouraged for Adoption Now. In: *Annals of Internal Medicine* Volume 158 • (Number 5 (Part 2)), S. 365-W-175, zuletzt geprüft am 22.03.2013.
- Shigemitsu**, H.; Afshar, K. (2007): Aspiration pneumonias: under-diagnosed and under-treated. In: *Curr Opin Pulm Med* 13 (3), S. 192–198.
- Simon**, M.; Reuther, S.; Bartholomeyczik, S. (2009): Screening-Verfahren zur Identifikation einer Dysphagie bei älteren Menschen – Ein systematischer Literaturüberblick. In: *Pflege* 22 (3), S. 193–206.
- Slavkin**. H. (2000): Relationship of Dental and Oral Pathology to Systemic Illness. Contemp Updates Linking Evidence and Experience. In: *JAMA: The Journal of the American Medical Association* (284, No.10), S. 1215–1217.
- Smith**, P. W.; Bennett, G.; (2008): SHEA/APIC Guideline: Infection Prevention and Control in the Long-Term Care Facility, July 2008. In: *Infect Control Hosp Epidemiol* 29 (9), S. 785–814.
- Suiter**, D. M.; Leder, S. B. (2008): Clinical Utility of the 3-ounce Water Swallow Test. In: *Dysphagia* 23 (3), S. 244–250.
- Szafara**, K. L.; Kruse, R. L.; et al.(2012): Mortality Following Nursing Home–Acquired Lower Respiratory Infection: LRI Severity, Antibiotic Treatment, and Water Intake. In: *Journal of the American Medical Directors Association* 13 (4), S. 376–383.
- Teramoto**, S.; Yamamoto, H.; et al. (2004): A novel diagnostic test for the risk of aspiration pneumonia in the elderly. In: *Chest* 125 (2), S. 801–802.
- Trapl**, M. (Hg.) (2010): Neurogene Dysphagien. Diagnostik, Assessment und Rehabilitation. Springer, Wien.
- Vincent**, Ch. (2006): Patient safety. Edinburgh, New York: Churchill Livingstone.
- Wachter**, R. M. (2010): Fokus Patientensicherheit. Fehler vermeiden, Risiken managen. Berlin, [New York, NY]: ABW, Wiss.-Verl.; McGraw-Hill.
- Weaver** S. J. (Volume 158): Promoting a Culture of Safety as a Patient Safety Strategy. A Systematic Review. In: *Annals of Internal Medicine* 5 March 2013 (Number 5 (Part 2)), S. 369-W-176.
- Zenner** P.M., D. S. (1995): Using Cervical Auscultation in the Clinical Dysphagia Examination in Long-Term Care. In: *Dysphagia* (10), S. 27–31.

## IX. Erklärung

Hiermit versichere ich, dass ich die vorliegende Arbeit zum Thema:

„Die Entwicklung eines praxisorientierten und transferfähigen Dysphagie-Assessments als Beitrag zur Bewohnersicherheit.

Eine nichtteilnehmende Beobachtung von Bewohnern einer Altenhilfeeinrichtung bei der Einnahme von Mahlzeiten.“

Selbstständig und ohne unerlaubte Hilfe verfasst und keine anderen als die angegebenen Hilfsmittel benutzt habe. Die Stellen der Arbeit, die anderen Quellen im Wortlaut oder dem Sinn nach entnommen wurden, sind durch Angabe der Herkunft kenntlich gemacht.

Bonn, 25.07.2013

Judith Hammerschmidt

## X. Dank

Sehr herzlich möchte ich Herrn Professor Dr. Andreas Becker für die konstruktive Begleitung der Arbeit danken. Sie war von wertvollen Gesprächen, guten Hinweisen, optimistischer Geduld und viel Humor begleitet. Besser hätte sie nicht sein können. Herzlichen Dank!

„Das Denken ändert die Richtung.“

Ausserdem möchte ich allen wunderbaren und stärkenden Herzensmenschen, Wegbegleitern und Wegbereitern sehr herzlich danken. Ohne Euch wären für mich das Studium und die berufliche Entwicklung nicht möglich gewesen.

Ganz besonders möchte ich den fleißigen Menschen danken, die diese Arbeit immer wieder Korrektur gelesen haben.

Herzlichen Dank Euch ALLEN!