

Persönliche PDF-Datei für Philipp Bonow, Sören Paul, Roy Eike, Mirko Hiller, Sabine Böttche, Nicole Lützenkirchen

Mit den besten Grüßen vom Georg Thieme Verlag

www.thieme.de

Einfluss der Covid-19- Pandemie auf die Versorgung von Dysphagiepatienten in Pflegeheimen

DOI 10.1055/a-1298-2190
neuroreha 2020; 12: 179–186

Dieser elektronische Sonderdruck ist nur für die Nutzung zu nicht-kommerziellen, persönlichen Zwecken bestimmt (z. B. im Rahmen des fachlichen Austauschs mit einzelnen Kollegen und zur Verwendung auf der privaten Homepage des Autors). Diese PDF-Datei ist nicht für die Einstellung in Repositorien vorgesehen, dies gilt auch für soziale und wissenschaftliche Netzwerke und Plattformen.

Verlag und Copyright:
© 2020 by
Georg Thieme Verlag KG
Rüdigerstraße 14
70469 Stuttgart
ISSN 1611-6496

Nachdruck nur
mit Genehmigung
des Verlags



Einfluss der Covid-19-Pandemie auf die Versorgung von Dysphagiepatienten in Pflegeheimen

Autoren

Philipp Bonow, Sören Paul, Roy Eike, Mirko Hiller, Sabine Böttcher und Nicole Lützenkirchen

Institute

Dysphagienetzwerk Deutschland e.V.

Schlüsselwörter

Dysphagie, Pflegeheime, Covid-19, Therapie, Diagnostik, Logopädie

Key words

Dysphagia, nursing home residents, Covid-19, treatment, diagnosis, speech and language therapists

eingereicht 19.10.2020

akzeptiert 17.11.2020

Bibliografie

DOI <https://doi.org/10.1055/a-1298-2190>
neuroreha 2020; 12: 179–186

© 2020. Thieme. All rights reserved.

Georg Thieme Verlag KG, Rüdigerstraße 14,
70469 Stuttgart, Germany

ISSN 1611-6496

Korrespondenzadresse

Philipp Bonow und Sören Paul
Dysphagienetzwerk Deutschland e.V.
Große Sommerleite 13
09456 Annaberg-Buchholz
Deutschland
E-Mail: kontakt@dnwd-ev.de
www.dnwd-ev.de

ZUSAMMENFASSUNG

Die SARS-CoV-2-Pandemie stellte in einem bundesweiten Lockdown die Versorgung von Patienten mit Dysphagie in Pflegeheimen vor große Schwierigkeiten. Mittels eines zweiteiligen Fragebogens wurden landesweit Pflegefachkräfte hinsichtlich der Versorgung von Patienten mit Dysphagie befragt. In diesem Artikel werden die Ergebnisse des ersten Fragenkomplexes vorgestellt. Es wurden Bedingungen hinsichtlich der Diagnostik sowie die Therapie von schluckgestörten Klienten in stationären Pflegeeinrichtungen untersucht.

Einleitung

Zu Jahresbeginn 2020 erreichte das neuartige Virus SARS-CoV-2 Deutschland und führte schließlich am 22. März zu einem Lockdown im Bundesgebiet. Doch bereits vor und auch nach dieser einmonatigen Maßnahme berichteten Schlucktherapeuten innerhalb des Dysphagienetzwerkes Deutschland e.V. von erheblichen Problemen bei der Versorgung in Pflegeeinrichtungen. In den Medien wurde darüber berichtet, dass Pflegeheime externem medizinischen Personal, darunter auch Logopäden, aufgrund des Besuchsverbots den Zugang verwehrten [1, 2]. In einer Onlineumfrage gaben 31 % der befragten Logopäden an, ihre Praxis vorübergehend geschlossen zu haben [3]. Die Versorgung mit Hygienematerial brach vielerorts ein. Die Pandemie hat etwas zutage gefördert, was sich bis dahin keiner vorstellen konnte: Vereinzelt erhielten Patienten mit Dysphagie keine Diagnostik bzw. Therapie. Jedoch ist nicht genau nachzuvollziehen, in welchem Umfang dies stattfand.

Das Ziel der vorliegenden Arbeit liegt zum einen darin, ein erstes Bild über die Situation der Versorgung von betroffenen Patienten in Deutschland zu zeichnen. Dies erfolgte anhand einer bundesweiten Umfrage für Pflegekräfte in stationären Einrichtungen. Zum anderen soll die Studie einen Beitrag zur Aufarbeitung der durch die Pandemie ausgelösten Probleme leisten. Neue Lösungen sollen

generiert werden, die die Versorgung der Patienten mit Dysphagie auch zukünftig sicherstellen. Die Hauptfragestellung war: Wie erfolgte Dysphagietherapie in Pflegeeinrichtungen während der ersten Wochen der Covid-19-Pandemie aus Sicht des Pflegepersonals?

Hintergrund

Dysphagie in Pflegeheimen

Ein ernst zu nehmendes Problem in Pflegeheimen stellt die Dysphagie dar. Bewohner, die daran leiden, weisen ein signifikant höheres Risiko auf, an einer Pneumonie zu erkranken, als Pflegeklienten ohne Dysphagie. Auch die Mortalität ist dadurch erhöht [4]. Die Prävalenz der Dysphagie in Pflegeheimen liegt laut Park et al. [5] bei 52,7 %. Zusätzlich treten Folgeerscheinungen auf. Sie können einhergehen mit Unterernährung, Dehydratation, Aspirationspneumonie, Erstickung [6]. Eine Dysphagie kann auch Gewichtsverlust und Druckgeschwüre verursachen [4]. Garon, Sierzant und Ormiston [7] wiesen in ihrer Auswertung von 2000 mittels Videofluorografie untersuchten Patienten bei 50,6 % eine Aspiration nach. Davon trat bei 25,9 % der Probanden eine stille Aspiration auf. In der Gruppe mit Demenz zeigten 67,9 % eine Aspiration und davon 68,1 % eine stille Aspiration. Die Prävalenz bei Heimbewohnern mit einer Demenz beträgt 1,6 Millionen und steigt stetig [8].

Pflegebedürftig sind auch Klienten, die an den Folgen eines Schlaganfalls leiden. Wurde bei ihnen eine Dysphagie nachgewiesen, verdreifachte sich das Risiko der Aspirationspneumonie [9]. Aspirieren die Betroffenen Nahrung, steigt das Risiko um das Fache [10]. In der Akutphase nach einem Apoplex lässt sich mittels einer FEES bei 64–80% der Betroffenen eine Dysphagie nachweisen [11]. 30% der Schlaganfallpatienten leiden auch nach der Akutphase an einer Dysphagie [12]. Doggett, Tappe und Allen [13] zeigten in ihrer Studie, dass bei 10–20% der Probanden mit Dysphagie innerhalb eines Jahres nach dem Apoplex eine Aspirationspneumonie auftrat. Laut Finlayson, Kapral und Allen [14] ist das nach dem Schlaganfall die zweithäufigste Todesursache. Nicht zu unterschätzen ist die Gefahr, dass Beatmungspatienten im Verlauf eine Dysphagie mit Aspiration entwickeln können [15, 16, 17]. Des Weiteren können Heimbewohner auch an einer Presbyphagie leiden [17].

Aerosole in der Dysphagietherapie

Die Dysphagietherapie findet je nach ärztlicher Verordnung über 30–60 Minuten [8] und direkt auf Gesichtshöhe des Patienten statt. Die Ausatemluft kann nasal, oral oder über die Trachealkanüle direkt in Richtung des Therapeuten strömen. Es besteht die Gefahr, dass bei Husten oder Niesen respiratorisches Aerosol oder Sputum austritt. Auch dem Patienten strömt die Ausatemluft des Logopäden entgegen. Aerosole können eine Ansteckungsquelle darstellen. Die Ausbreitung kann z. B. über Intubation, endotracheale Absaugung, Husten oder bei Herzdruckmassage erfolgen [18, 19, 20]. Auch wenn die Übertragung von SARS-CoV-2 noch nicht eindeutig geklärt ist, scheinen Aerosole und Schmierinfektionen hierbei eine Rolle zu spielen [21]. Da virushaltige Tröpfchen oder Aerosole beim Atmen, Sprechen, Husten oder Niesen freigesetzt werden können [22, 23], besteht ein erhöhtes Risiko für Therapeut und Patient.

Hygienische Maßnahmen im stationären Pflege-Setting

Hygiene ist ein essenzieller Faktor in der Diagnostik sowie in der Therapie. Für die Studie wurden Richtlinien gesucht, die im Zeitraum des Lockdowns Maßnahmen für Logopäden empfehlen, um eine Übertragung von Keimen über Luft zu verhindern. Überwiegend gab es Hygienerichtlinien für Pflegekräfte. Die DGKH [24] hat gegen die Gefahr der Kontamination Maßnahmen wie das Tragen einer unsterilen Schutzkleidung sowie Mund- und Nasenschutz veranlasst. Bei invasiven Eingriffen trägt die Pflegekraft sterile Schutzkleidung sowie Haarschutz. Die DGKH [24] verweist bei Gefahr durch eine aerosolbedingte Übertragung auf das Tragen von FFP2- und FFP3-Masken, die nur einmal getragen werden und nicht ab- bzw. wieder aufgesetzt werden dürfen. KRINKO [25] empfiehlt für das Absaugen tracheotomierter Klienten bei infektiösen Aerosolen einen Mund-Nasen-Schutz ohne Angaben bezüglich der Maskenart. Die Kontamination der Hände ist durch das Tragen von Handschuhen möglich, die nach unmittelbarer Kontamination oder Verschmutzung sowie nach jedem Patienten gewechselt werden müssen [24]. Die Gesellschaft beschreibt zusätzlich, welche Art von Handschuhen steril bzw. unsteril genutzt werden dürfen. Ein anschließendes Händedesinfizieren wird gefordert. Die Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention beim RKI gibt bezüglich der Händehygiene genaue Empfehlungen für Einrichtungen des Gesundheitswesens [26].

Für medizinisches Personal im Umgang mit SARS-CoV-2 haben Exner et al. [27] die WHO-Empfehlung aus dem Jahr 2018 adaptiert und Empfehlungen veröffentlicht, die aus Erfahrungen mit den akuten Respirationssyndromen SARS-CoV, MERS-CoV und 2019-CoV erhoben wurden. Im Rahmen der Studie werden nur Maßnahmen näher beschrieben, die für die Dysphagietherapie anpassbar sein können. Aerosolproduzierende Maßnahmen sollen in belüftbaren Räumen erfolgen. Das Personal muss bei einem Pflegeklienten neben einer dicht sitzenden FFP2-Maske (oder N95) auch einen Augenschutz sowie einen flüssigkeitsundurchlässigen, unsterilen Kittel tragen. Die Berufsgenossenschaft hat für therapeutische Praxen einen Infektionsschutz verfasst [28]. Eine genaue Anleitung, wie mit der Gefahr durch Covid-19 oder SARS-CoV in der Versorgung von Dysphagiepatienten umzugehen ist, wird darin nicht beschrieben.

Methoden

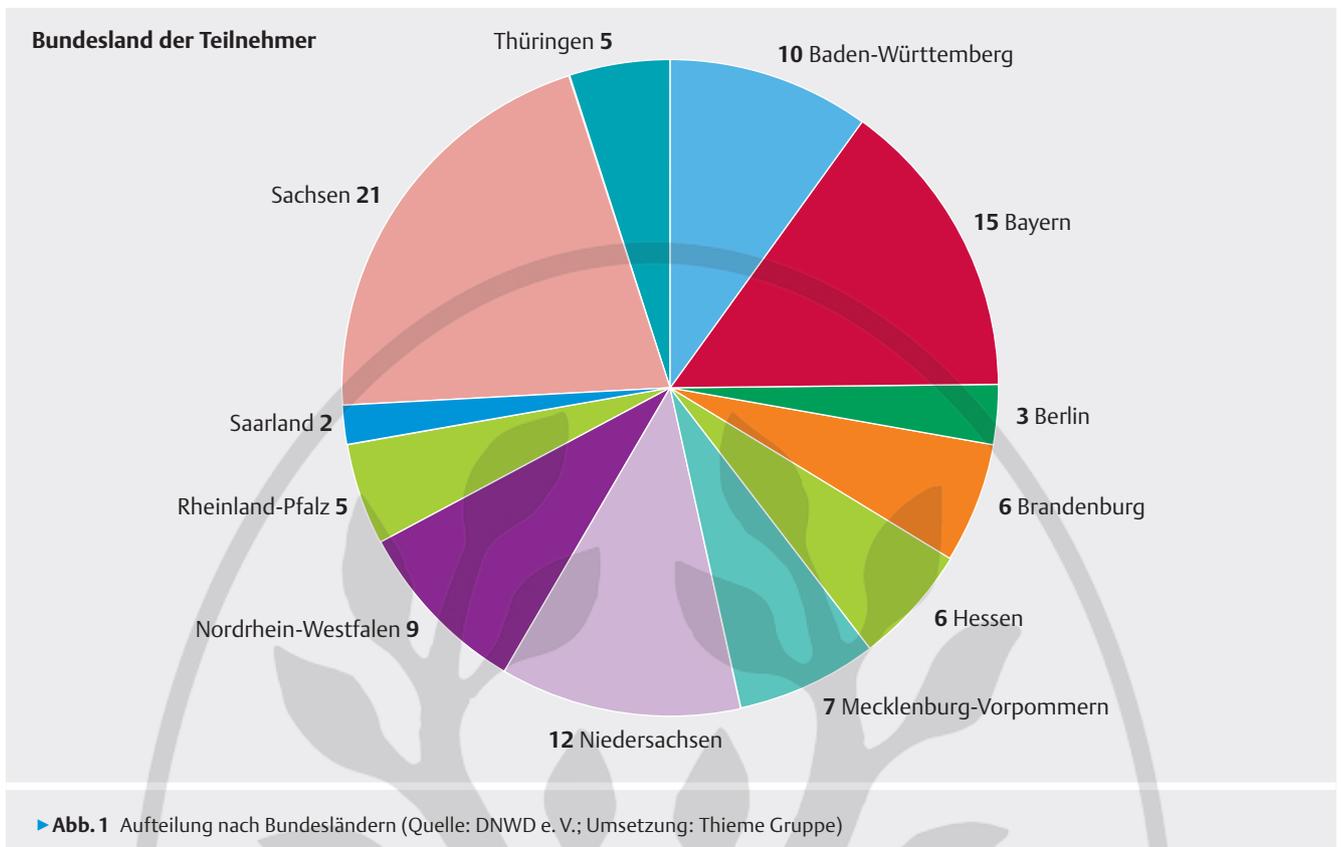
Um eine Einschätzung der Versorgungssituation zu erhalten, wurde eine quantitative Untersuchung mittels eines Onlinefragebogens durchgeführt. Dieser bestand aus insgesamt 25 Items, wobei 22 über eine sechsfach gestufte Likert-Skala (von „trifft voll zu“ bis „trifft überhaupt nicht zu“) zu beantworten waren. Diese thematisierten zum einen die grundsätzliche Einschätzung der Wichtigkeit von Dysphagietherapie und zum anderen die aktuelle Situation in den jeweiligen Einrichtungen (Einschränkungen, Hygienerichtlinien, Schutzausrüstung etc.). Die Einschätzung der Ausbildungsgrundlagen der Pflege im Bereich Dysphagie und Trachealkanülen sowie der Umgang mit Dysphagien wurde als Nebenfragestellung mit erhoben. Die anderen Fragen erfassten Art, Größe und Bundesland der Einrichtung des Umfrageteilnehmers. Die Umfrage war von 15.4.–15.5.2020 über www.umfrageonline.com abrufbar. Der Link zur Umfrage wurde deutschlandweit an 4934 Pflegeeinrichtungen, Seniorenheime, Intensivwohngruppen etc. gesandt. Insgesamt waren 101 Fragebögen auswertbar. Die Auswertung der Daten erfolgte über IBM SPSS Statistics 26. Die Ergebnisse wurden aufgrund der verwendeten Likert-Skala als ordinalskaliert angenommen. Folglich diente als Lagemaß der Median (\tilde{x}). Zur Berechnung von Korrelationen wurde Kendalls Tau verwendet und für die Unterschiede zwischen Gruppen der Mann-Whitney-U-Test.

Ergebnisse

Deskriptive Statistik

Die 101 auswertbaren Fragebögen kamen aus 12 Bundesländern (► **Abb. 1**). Die Einrichtungen wurden entsprechend ihrer Form gruppiert (► **Abb. 2**).

Bezüglich der Likert-skalierten Items zeigten sich einerseits deutliche Tendenzen, andererseits jedoch große Unstimmigkeiten zwischen den Befragten. Zwischen „trifft voll zu“ (1) und „trifft überhaupt nicht zu“ (6) bestanden zum Teil große Streuungen im Sinne der Interquartilsabstände (IQA). Einigkeit zeigte sich bei der Aussage, dass ein Ausbleiben von Schlucktherapie über mehr als 2 Wochen eine Bedrohung für die Gesundheit darstellt. Hier lag \tilde{x} bei „trifft zu“ (2), und der IQA 1 weist eine geringe Streuung auf. Dass Schlucktherapie auch in Zeiten von Pandemien durchgängig



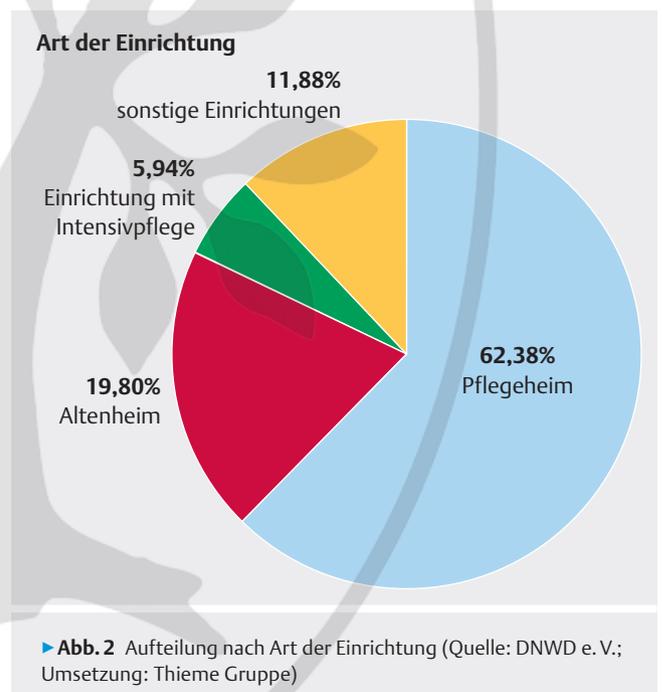
gewährleistet sein muss, wurde mit \bar{x} bei „trifft voll zu“ (1) noch eindeutiger beantwortet, wobei auch hier der IQA von 1 die Beantwortungshomogenität unterstreicht. Eine ebenfalls geringe Streuung bestand bei der Aussage, dass Therapeuten das Einhalten der geforderten Schutzmaßnahmen zugetraut werden kann. Dies wurde mit $\bar{x} = 2$ als „zutreffend“ bewertet.

Mit einer größeren Abweichung wurden Aussagen zum Wunsch nach Dysphagietherapie beurteilt. Sowohl das Item „Therapiewunsch durch den Patienten bzw. Angehörigen“ als auch das Item „Therapiewunsch durch das Pflegepersonal“ wurden als „zutreffend“ ($\bar{x} = 2$) bei einer mittleren Streuung (IQA 2) eingeschätzt. Es wurde unterstützt, dass Schlucktherapeuten Schutzmaterial (Kittel, Mundschutz, Handschuhe) entsprechend der Hygienerichtlinien selbst mitbringen sollten ($\bar{x} = 2$), jedoch mit mittlerer Abweichung (IQA 2). Hausinterne Hygienerichtlinien für externes medizinisches Personal wurden aufgestellt. Sie konnten als zutreffend ($\bar{x} = 2$), aber mit einem IQA von 2 bestätigt werden.

Der Wunsch nach Austausch mit dem Schlucktherapeuten über betroffene Heimbewohner und deren Einschränkungen mittels digitaler Medien (Telefon, Internet etc.) in Zeiten einer Pandemie wurde als „zutreffend“ bei IQA 2 verifiziert.

Bei den anderen aufgeführten Items war die Einschätzung der Teilnehmer deutlich weniger eindeutig bzw. wiesen die Ergebnisse eine große Streuung auf. So wird der Kontakt zu Therapeuten über digitale Medien zwar gewünscht, jedoch wurde das tatsächliche Stattfinden eines Austausches mit „nicht zutreffend“ ($\bar{x} = 5$) bewertet. Hierbei bestand jedoch eine breite Streuung (IQA 3).

Als „eher nicht zutreffend“ ($\bar{x} = 4$) wurden die Aussagen bewertet, nach denen die Leitung der Einrichtung Therapien nicht gestatte oder der Therapeut die Schlucktherapie selbst ablehnte. Die ex-



treme Abweichung (Ablehnung durch Leitung – IQA 4; Ablehnung durch Therapeuten – IQA 3) zeugt jedoch von Heterogenität in den jeweiligen Einrichtungen. Dass therapeutische Inhalte durch Pflegepersonal abgedeckt werden, wurde als „eher nicht zutreffend“ ($\bar{x} = 4$) tendenziell abgelehnt, wobei der IQA 2 eine stärkere Homogenität in der Bewertung zeigt.

Die größte Unentschiedenheit und Heterogenität zeigte sich bei Aussagen zum vorhandenen Hygienematerial. Es wurde bei $\bar{x} = 4$ als „eher nicht zutreffend“ bewertet, dass generell (durch Einrichtung/Therapeuten) ausreichend Schutzmaterial entsprechend der Hygienerichtlinien zur Verfügung steht, wobei der IQA von 3 eine erhebliche Streuung der Ergebnisse anzeigt. Die Bewertung der Aussage zur Versorgung der Therapeuten mit Schutzmaterial durch die Einrichtung bewegte sich mit $\bar{x} = 3,5$ genau zwischen „trifft eher zu“ und „trifft eher nicht zu“. Auch hier wies der IQA von 3 auf eine erhebliche Streuung hin.

Unterschiede zwischen den Gruppen Verglichen wurden die Bundesländer mit zweistelliger Teilnehmerzahl. Hierbei zeigten sich keine Unterschiede zwischen den Gruppen. Auch zwischen Pflegeheimen und Altenheimen waren keine Unterschiede erkennbar.

Zusammenhänge zwischen den Antworten Des Weiteren wurden die einzelnen Bewertungen auf Korrelationen hin untersucht. Bei Betrachtung aller 101 Fragebögen zeigten sich dabei teilweise signifikante Zusammenhänge. So korrelierten 4 Aussagen untereinander jeweils deutlich ($p < ,000$): die Aussagen zur Gefahr des Ausbleibens von Schlucktherapie, zur Wichtigkeit der Gewährleistung von Schlucktherapie während einer Pandemie, der Patientenwunsch sowie der Wunsch der Pflegekräfte nach Schlucktherapie während der Pandemie.

Außerdem gab es eine positive Korrelation ($p < ,000$) zwischen generellem Vorhandensein von Schutzausrüstung und der Aussage, dass Pflegeeinrichtungen Therapeuten mit entsprechendem Hygienematerial versorgen können. Eine negative Korrelation ($p < ,000$) bestand entsprechend zwischen der Aussage, dass Pflegeeinrichtungen Therapeuten mit Schutzmaterial versorgen können und dass Therapeuten dieses Material selbst stellen sollten.

Eine schwächere, jedoch signifikant negative Korrelation ($p = ,035$) gab es zwischen der Ablehnung der Therapie durch die Heimleitung und dem Vorhandensein hausinterner Hygienerichtlinien für externes medizinisches Personal.

Zusätzlich wurden nur die Fragebögen betrachtet, in denen die Heimleitung Therapie ablehnte. Hierbei zeigte sich ein Zusammenhang ($p = ,003$) zwischen dem Nichtgestatten der Therapie und der Forderung, dass Therapeuten selbst Schutzmaterial mitbringen sollen.

Diskussion

Methodendiskussion

Ziel der Arbeit war die Erfassung der Situation in der Dysphagietherapie in einer frühen Phase der Pandemie. Aufgrund der rasanten Entwicklung musste deshalb zügig ein Messinstrument entwickelt werden. Eine Überprüfung der Gütekriterien psychometrischer Tests und eine tiefgreifende literaturgeleitete Fragebogenkonstruktion [29] konnten deshalb nicht durchgeführt werden. Fokus in der Entwicklung wurde deshalb auf Items, Ökonomie und die Wahl der Skala gesetzt. Als Themengebiete wurde die generelle Einschätzung der Wichtigkeit von Dysphagietherapie, die aktuelle Situation in den Einrichtungen (Einschränkungen, Hygienerichtlinien, Schutzausrüstung etc.), die Einschätzung der Ausbildungsgrundlagen der Pflege im Bereich Dysphagie und Trachealkanülen sowie

der Umgang mit Dysphagien gewählt. Dadurch sollte das Thema Schluckstörungen sowohl generell als auch in Bezug auf die Pandemiesituation aufgegriffen werden.

Mit 25 zu beantwortenden Fragen erhielt das aufgrund ihres hohen Arbeitsaufkommens zeitlich stark eingeschränkte Pflegepersonal einen zügig zu beantwortenden Fragebogen. Detaillierte Fragen konnten somit zwar nicht gestellt werden, jedoch war ein Überblick über Grundfragen möglich und die Gefahr zu ausgeprägter Drop-outs bei zu langem Fragebogen wurde minimiert [29]. Als Skalierung wurde eine sechsfach gestufte Likert-Skala genutzt, da eine Tendenz zur Mitte somit verringert werden konnte [30], jedoch eine solide statistische Verwertung der Daten damit möglich war. Die Itemformulierung wurde mit dem Ziel der Einfachheit und Verständlichkeit zur Reduktion möglicher Akquieszenz vorgenommen. Eine entsprechende Überprüfung auf diese Merkmale wurde nicht durchgeführt [31].

Als Zeitfenster der Datenerhebung wurde ein Monat festgesetzt, um aktuelle sowie zeitnahe Daten zu erhalten und diese auswerten zu können. Der Link zur Umfrage wurde online und per E-Mail mit entsprechendem Anschreiben verschickt. Dadurch erhöhte sich die Wahrscheinlichkeit der Nichterfüllung schriftlicher Umfragen zwar [32], jedoch konnten mehr potenzielle Teilnehmer, verteilt auf das gesamte Bundesgebiet, erreicht werden.

Zur Auswertung der Daten wurde die Likert-Skala konservativ als ordinalskaliert angenommen, da ein klares Intervall zwischen den Items nicht bestand. Folglich wurden zur anschließenden Testung der Median, der Interquartilsabstand und Kendalls Tau sowie der Mann-Whitney-U-Test verwendet [33].

Ergebnisdiskussion

Von 4934 versendeten Links wurden bei 142 Rückläufern 101 Fragebögen vollständig beantwortet. Der Grund für die verhältnismäßig geringe Beteiligung ist nicht eindeutig feststellbar. In Bezug auf die herrschende Pandemie ist anzunehmen, dass die Pflegekräfte einer hohen Arbeitsbelastung ausgesetzt waren. Der Fokus in einer solchen Ausnahmesituation könnte somit in der Aufrechterhaltung der Grundversorgung liegen. Inwieweit die Dysphagie im Fokus behalten wurde, ist schwer einzuschätzen.

Die hohe Teilnehmeranzahl in Sachsen ergibt sich daraus, dass ein stärkerer Bezug zu den Untersuchern bestand und dadurch eine höhere Compliance bezüglich der Umfrage vorlag.

Aufgrund der Teilnehmerzahl können die Ergebnisse nicht generalisiert werden, jedoch traten Faktoren zutage, die die Grundlage weiterer Forschungsarbeiten darstellen können.

Innerhalb der Beantwortung ergaben sich 41 Drop-outs, hauptsächlich, als die Fachkenntnis zu Schluckstörungen ermittelt werden sollte. Es besteht die Möglichkeit, dass vereinzelt Unsicherheiten im Umgang mit dem Thema Dysphagie vorlagen. In der Studie von Ekberg und Woisard [34] gaben Pflegekräfte unterschiedliche Antworten. Einige äußerten, dass durch Beobachtung des Klienten beim Essen eine Dysphagie leicht erkennbar ist. Andere meinten, es wäre schwer, eine Schluckstörung zu erkennen. Ein anderer Grund für die Unvollständigkeit könnte die Positionierung der Items auf den hinteren Rängen des Fragebogens sein. Auch führten Fragen mit einer Fremdeinschätzung (z. B. Patientenwunsch) zu einem Abbruch der Beantwortung. Hier scheint sich eine Zurückhaltung im

Perspektivwechsel zu zeigen bzw. die Beimessung nicht ausreichender Qualifikation zur Fremdeinschätzung.

Wie aus den Ergebnissen hervorgeht, kam es zu vermehrten Therapieunterbrechungen. Ab welchem Zeitraum dies zu einer Verschlechterung des Zustands führt, ist aus der derzeit bekannten Studienlage nicht ersichtlich. Ein wichtiger Bestandteil in der Dysphagietherapie ist der Aufbau von schluckrelevanten Muskeln [35, 36]. In der Studie von Vigelsø et al. [37] konnte nachgewiesen werden, dass schon nach 2 Wochen ein signifikanter Muskelabbau in den Beinen durch eine Immobilität stattfindet. Somit besteht die Vermutung, dass auch die Schluckmuskulatur ohne ein gezieltes Training an Masse verliert. Vor allem bei Patienten mit einer nachgewiesenen Aspiration, die oral keine Nahrung aufnehmen dürfen, wird eine Therapieunterbrechung über einen längeren Zeitraum eine negative Auswirkung auf die Prognose haben, da die schluckrelevante Muskulatur nicht beansprucht wird. Die erste Frage wurde gewählt, um den Fokus auf die Dysphagie zu lenken. Die eindeutige Lage und Streuung der Fragen zur generellen Relevanz von Schlucktherapie und zur Frage der Durchführung während der Pandemie verdeutlichen, dass den Teilnehmern die Wichtigkeit der Therapie von Dysphagie bewusst ist.

Der Wunsch von Patienten und Pflege wurde bestätigt, jedoch mit einer größeren Streuung. Das könnte Ausdruck von Vorsicht sein, je nachdem, wie sich die Pandemie entwickelt. Auch die Angst vor der Verbreitung des Virus in Einrichtungen könnte den Wunsch

nach Dysphagietherapie relativiert haben. Schließlich ist auch aufgrund einer Fremdeinschätzung ein vorsichtigeres Antwortverhalten mit Tendenz zur Mitte möglich. Entsprechende Aufklärung über die therapeutischen Möglichkeiten während einer solchen Situation (Teletherapie etc.) wäre eine Option, den Wünschen der Patienten nachzukommen, ohne diese zu gefährden.

Die Aussagen, ob die Leitung der Einrichtung oder die Logopäden die Therapie ablehnten, führten zu keiner eindeutigen Tendenz bei einer gleichzeitig großen Streuung. Hierbei kann die soziale Erwünschtheit eine eindeutige Entscheidung vermindern. Auch eine unzureichende Kommunikation über Entscheidungen der Leitung oder die Absage der Therapie durch die Logopäden kann zu einem solchen Ergebnis führen, wenn der eigentliche Grund für eine Therapieabsage nicht deutlich ausgedrückt wird. Aussagen über die Möglichkeit zur Therapie müssen also zukünftig eindeutig durch Leitung und Therapeuten kommuniziert werden. Dass lediglich die Einrichtungen logopädische Versorgung verweigern, erscheint aufgrund der Unterlassung durch die Therapeuten nicht zutreffend.

Größere Homogenität bestand bezüglich der Einschätzung der Pflege, schlucktherapeutische Inhalte zu übernehmen. In einzelnen Ausbildungsordnungen wird zwar die Dysphagie im Lehrplan aufgeführt, jedoch ist nicht ersichtlich, wie umfangreich das Wissen über diese Disziplin gelehrt wird [38, 39]. Das Ergebnis der Frage nach schlucktherapeutischer Unterstützung durch Pflegekräfte könnte als ein Anzeichen von Unsicherheit bezüglich Dysphagien gedeutet



tet werden. Es wäre aber auch möglich, dass die Pflegekräfte die Kompetenzen klar abgrenzen und bestimmte Leistungen fokussieren. Die Fragestellung lässt eine genauere Analyse bezüglich der Kompetenzen nicht zu.

Die deutliche Zustimmung dafür, dass Schlucktherapeuten die Einhaltung von Schutzmaßnahmen zugetraut werden kann, spiegelt das Vertrauen in die Arbeit innerhalb der Patientenversorgung wider. Aufgrund der Aussagenformulierung besteht jedoch im Rahmen der sozialen Erwünschtheit die Tendenz zur Zustimmung. Eine Ablehnung der Therapie vor dem Hintergrund der Hygienrichtlinien der jeweiligen Einrichtungen scheint folglich unzulässig.

Die Heterogenität der Einschätzungen bezüglich der Versorgung der Schlucktherapeuten mit Schutzmaterial und dessen generelles Vorhandensein unterstreicht die angespannte Situation bezüglich Kitteln, Handschuhen etc. zu Beginn der Pandemie [40, 41, 42]. Der Wunsch, dass Schlucktherapeuten selbst Schutzmaterial mitbringen sollten, ist eine Konsequenz daraus.

Die Aufstellung hauseigener Richtlinien fand meist statt, jedoch erlaubt die Streuung die Annahme, dass die Pflegeheime kein offiziell übergreifendes Hygienekonzept erhalten haben, was den Zugang von externen Therapeuten regelte.

Auch die Ermöglichung eines Austauschs zwischen Pflege und Therapie unter Nutzung moderner Medien wurde als wünschenswert eingeschätzt, fand jedoch nicht in allen Einrichtungen statt. Wieso auf der einen Seite der Wunsch besteht, aber dennoch ein interdisziplinärer Austausch kaum Anwendung findet, kann mittels der Fragestellung nicht ermittelt werden. Es ist auch nicht ersichtlich, ob es nur von Seiten der Pflegekräfte abgelehnt wurde oder ob es auch an den Logopäden lag. Rüegg und Steiner [43] benennen das Problem der fehlenden Diskussion durch fehlende Kooperation auf beiden Seiten.

Interessant ist die Korrelation zwischen der Ablehnung der Therapie durch die Leitung der Einrichtung und dem Nichtvorhandensein hausinterner Hygienrichtlinien. Eine Ursache für die Ablehnung ist aufgrund der Datenlage nicht eindeutig festzustellen. Ein Ausschluss von externen Therapeuten zielt darauf ab, die Heimbewohner vor einer Ansteckung zu schützen. Wie schon erläutert, konnten Studien [18] und offizielle Empfehlungen [27] aufzeigen, dass das Ansteckungsrisiko durch das Tragen von Schutzkleidung sowie durch bestimmte Umgebungsvoraussetzungen verringert werden kann. Aufgrund der Dynamik der Pandemie ist es nachzuvollziehen, dass die Entscheidungsträger schnelle Maßnahmen zum Wohl ihrer Klienten treffen mussten. Der Fragebogen lässt keine Rückschlüsse zu, ob der Heimleitung die Studienlage hinsichtlich der Schutzkleidung bzw. auch der offiziellen Empfehlungen im Umgang mit kontaminiertem Aerosol bekannt war. Des Weiteren kann nicht eruiert werden, ob den Heimleitern die Konsequenz der Therapieunterlassung für den einzelnen Heimbewohner mit einer Dysphagie ersichtlich war.

Fazit/Ausblick

Eine Pandemie, wie sie Anfang des Jahres 2020 ausgelöst wurde, stellt nicht nur Therapeuten, sondern auch Pflegeheime bezüglich der Versorgung von Dysphagiepatienten vor enorme Schwierigkeiten. Wie die vorliegende Studie bestätigt, war in der Zeit des Lockdowns die logopädische Versorgung von Patienten mit Dyspha-

gie in einzelnen Pflegeheimen unterbrochen. Was ein Aussetzen der Therapie für Folgen hat, ist bisher nicht untersucht worden.

Weshalb Pflegeheime den Zugang für Therapeuten verweigern bzw. aus welchen Gründen Therapeuten Termine nicht durchführen, geht aus den Daten nicht hervor. Jedoch ist der Zusammenhang, wenn auch nur schwach, zwischen fehlenden Hygienestandards und Zugangsverbot für Therapeuten interessant. Es könnte eine gewisse Unsicherheit im Umgang mit externen Therapeuten bezüglich der Hygiene geben.

Aus Gesprächen mit Mitgliedern des Dysphagienetzwerks Deutschland (DNWD) e. V. lässt sich eine Verlegenheit im Umgang mit Covid-19 erkennen. In keiner offiziellen Hygieneempfehlung oder -richtlinie für den deutschen Raum waren zu Beginn sowie auch während des Lockdowns Handlungsanweisungen für eine sichere Durchführung der Therapie beschrieben. Einzig aus Studien sowie den Hygienerichtlinien aus der Pflege konnten Hygienestandards für eine sichere Dysphagietherapie abgeleitet werden [24, 25, 27]. Auch wenn Hygieneempfehlungen für die Versorgung von Patienten mit Dysphagie im Verlauf der Pandemie verfasst wurden [28, 44], müssen Hygienestandards zwischen Therapeuten und Heimleitung klar kommuniziert werden. Nur so ist die Sicherstellung der Versorgung gewährleistet. Um das Infektionsrisiko während einer Befunderhebung oder Therapie bei Patienten mit Dysphagie besser nachvollziehen zu können, wären weitere Untersuchungen notwendig.

Generell und auch speziell in Krisenzeiten wäre ein reger Austausch zwischen Therapie und Pflege wichtig, um Schluckstörungen rechtzeitig zu erkennen und schnell weitere zielgerichtete Maßnahmen einzuleiten [43]. Aus der Datenlage ist zu erkennen, dass ein interdisziplinärer Austausch vonseiten der Pflegekräfte positiv gewertet und erwünscht wird. Es sollten weitere Kanäle (Videokonferenzen, telefonische Beratung etc.) für einen effektiven interdisziplinären Austausch seitens der Kostenträger zugelassen und kosteneffizient dotiert werden.

Von einigen Pflegeheimen wurde Schutzkleidung für die Therapeuten gestellt. In anderen Einrichtungen mussten Therapeuten ihre eigene Ausrüstung mitbringen. Positiv zu werten ist die Korrelation zwischen dem Vorhandensein von Schutzmaterial und der Bereitstellung der Ausrüstung für Therapeuten. Dies deutet auf einen kollegialen Umgang zwischen Therapie und Pflege als Einheit zur Versorgung von Bewohnern mit einer Dysphagie hin. Ein großes Problem waren der Mangel an Schutzausrüstung sowie der organisatorische und finanzielle Mehraufwand [40, 41, 42]. Auch wenn alle Beteiligten Hygienestandards einhalten, muss die Versorgung des Heilmittelsektors mit Schutzausrüstung gesichert sein. Auch der finanzielle Mehraufwand durch den erhöhten Verbrauch muss zukünftig abgedeckt sein und kann nicht allein auf den Schultern der Therapeuten lasten.

Dank Diese bundesweite Studie wurde von dem Dysphagienetzwerk Deutschland e. V. initiiert. Einen besonderen Dank gebührt den teilnehmenden Pflegekräften, die sich trotz der hohen Arbeitsbelastung durch die Covid-19-Pandemie Zeit für die Beantwortung der Fragen genommen haben.

Interessenkonflikt

Die Autorinnen/Autoren geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Autorinnen/Autoren



Philipp Bonow

Ist seit 2006 Logopäde und hat einen Master of Science in Logopädie. Außerdem ist er Fachtherapeut für Dysphagie, 1. Vorstandsvorsitzender des Dysphagienetzwerks Deutschland e. V. und arbeitet in eigener Praxis seit 2011.



Sören Paul

Ist Logopäde und hat einen Master of Science in Therapiewissenschaften. Weiterhin ist er Inhaber zweier logopädischer Praxen in Dresden sowie Dozent für neurogene Kommunikationsstörungen und Dysphagie an der DPFA Dresden und der Hochschule Fresenius Idstein.



Roy Eike

Ist selbstständiger Logopäde, Fachtherapeut für Dysphagie sowie Vorstandsmitglied im Dysphagienetzwerk Deutschland e. V.



Mirko Hiller

Ist Logopäde mit einem Master of Science in Neurorehabilitation, 2. Vorstandsvorsitzender des Dysphagienetzwerks Deutschlands e. V., Geschäftsführer und fachlicher Leiter „Das Dysphagiezentrum“, Fachlicher Leiter „Dysphagiezentrum Erzgebirge“ am Helios Klinikum Aue, zertifizierter FEES-Ausbilder der DGN, DSG und

DGG sowie FEES Instructor European Society for Swallowing Disorders (ESSD).



Sabine Böttcher

Ist seit 2000 Logopädin, Vorstandsmitglied im Dysphagienetzwerk Deutschland e. V. und leitende Organisatorin für „Das Dysphagiezentrum“. Des Weiteren ist sie freiberuflich auf Honorarbasis in logopädischen Praxen tätig.



Nicole Lützenkirchen

Ist Logopädin und seit 2015 in eigener Praxis mit dem Schwerpunkt Dysphagie tätig. Außerdem ist sie Vorstandsmitglied im Dysphagienetzwerk Deutschland e. V.

Literatur

- [1] Norddeutscher Rundfunk (Writer). Corona: Viele Heime lassen keine Therapeuten ins Haus. NDR Nachrichten 7.5.2020
- [2] Lehn B von. Wie Corona die Arbeit im Pflegeheim verändert. Im Internet: www.pflegen-online.de/wie-corona-die-arbeit-im-pflegeheim-veraendert; Stand: 27.10.2020
- [3] Deutsche Apotheker- und Ärztekbank. Heilberufler in Zeiten von Corona: Fokus Logopäden. Im Internet: www.dbl-ev.de/fileadmin/Inhalte/Dokumente/Service/Meldungen/2020/20200508_Auswertung_Stimmungsbild_Corona_Logopaeden.pdf; Stand: 27.10.2020
- [4] Jucic Peladic N, Orlandoni P, Dell'Aquila G et al. Dysphagia in nursing home residents: Management and outcomes. *J Am Med Dir Assoc* 2019; 20: 147–151. doi:10.1016/j.jamda.2018.07.023
- [5] Park YH, Han HR, Oh BM et al. Prevalence and associated factors of dysphagia in nursing home residents. *Geriatr Nurs* 2013; 34: 212–217. doi:10.1016/j.genurse.2013.02.014
- [6] Kayser-Jones J, Pengilly K. Dysphagia among nursing home residents. *Geriatr Nurs* 1999; 20: 77–82; quiz 84. doi: 10.1053/gn.1999.v20.970111999
- [7] Garon BR, Sierzant T, Ormiston C. Silent aspiration: Results of 2,000 video fluoroscopic evaluations. *J Neurosci Nurs* 2009; 41: 178–185; quiz 186–177
- [8] Gemeinsamer Bundesausschuss. Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses Richtlinie über die Verordnung von Heilmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung. Berlin: Bundesanzeiger; 2016
- [9] Daniels SK, Brailey K, Priestly DH et al. Aspiration in patients with acute stroke. *Arch Phys Med Rehabil* 1998; 79: 14–19. doi:10.1016/s0003-9993(98)90200-3
- [10] Martino R, Foley N, Bhogal S et al. Dysphagia after stroke: Incidence, diagnosis, and pulmonary complications. *Stroke* 2005; 36: 2756–2763. doi:10.1161/01.STR.0000190056.76543.eb
- [11] Mann G, Hankey GJ, Cameron D. Swallowing disorders following acute stroke: Prevalence and diagnostic accuracy. *Cerebrovasc Dis* 2000; 10: 380–386. doi:10.1159/000016094
- [12] Prosiel M, Buchholz D. Mit Schluckstörungen assoziierte neurologische Erkrankungen. In: Bartolome G, Schröter-Morasch H, Hrsg. Schluckstörungen: Diagnostik und Rehabilitation. München: Elsevier GmbH; 2014: 208–250
- [13] Doggett DL, Tappe KA, Mitchell MD et al. Prevention of pneumonia in elderly stroke patients by systematic diagnosis and treatment of dysphagia: An evidence-based comprehensive analysis of the literature. *Dysphagia* 2001; 16: 279–295. doi:10.1007/s00455-001-0087-3
- [14] Finlayson O, Kapral M, Hal R et al. Risk factors, in patient care, and outcomes of pneumonia after ischemic stroke. *Neurology* 2011; 77: 1338–45. Doi: 10.1212/WNL.0b013e31823152b1
- [15] Heidler MD, Bidu L, Friedrich N, Völlner H. Oral feeding of long-term ventilated patients with a tracheotomy tube. Underestimated danger of dysphagia. *Med Klin Intensivmed Notfmed* 2015; 110: 55–60. doi:10.1007/s00063-014-0397-5
- [16] Winklmaier U, Wüst K, Wallner F. Evaluation des Aspirationsschutzes blockbarer Trachealkanülen. *HNO* 2005; 53: 1057–1062. doi:10.1007/s00106-005-1263-9
- [17] Lee ML, Kim JU, Oh DH et al. Oropharyngeal swallowing function in patients with presbyphagia. *J Phys Ther Sci* 2018; 30: 1357–1358. doi:10.1589/jpts.30.1357
- [18] Liu W, Tang F, Fang LQ et al. Risk factors for SARS infection among hospital healthcare workers in Beijing: A case control study. *Tropical Medicine & International Health* 2009; 14: 52–59. doi:10.1111/j.1365-3156.2009.02255.x
- [19] Ofner M, Lem M, Sarwal S et al. Cluster of severe acute respiratory syndrome cases among protected health care workers. *Toronto, April 2003. Can Commun Dis Rep* 2003; 29: 93–97
- [20] Seto WH, Tsang D, Yung RW et al. Effectiveness of precautions against droplets and contact in prevention of nosocomial transmission of severe acute respiratory syndrome (SARS). *Lancet* 2003; 361(9368): 1519–1520. doi:10.1016/s0140-6736(03)13168-6

- [21] Klompas M, Baker MA, Rhee C. Airborne transmission of SARS-CoV-2: Theoretical considerations and available evidence. *Jama* 2020. doi:10.1001/jama.2020.12458
- [22] Haslbeck K, Schwarz K, Hohlfeld J et al. Submicron droplet formation in the human lung. *Journal of Aerosol Science* 2010; 41: 429–438. doi:10.1016/j.jaerosci.2010.02.010
- [23] Ji Y, Qian H, Ye J, Zheng X. The impact of ambient humidity on the evaporation and dispersion of exhaled breathing droplets: A numerical investigation. *Journal of Aerosol Science* 2017; 115. doi:10.1016/j.jaerosci.2017.10.009
- [24] Deutsche Gesellschaft für Krankenhaushygiene. Kleidung und Schutzausrüstung für Pflegeberufe aus hygienischer Sicht. *Hyg Med* 2016; 41: 186–192
- [25] Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO) beim Robert Koch-Institut. Infektionsprävention in Heimen: Empfehlung der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention beim Robert Koch-Institut (RKI). *Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz* 2005; 48: 1061–1080
- [26] Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO) beim Robert Koch-Institut. Händehygiene in Einrichtungen des Gesundheitswesens: Empfehlung der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO) beim Robert Koch-Institut (RKI). *Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz* 2016; 59: 1189–1220
- [27] Exner M, Walger P, Eggers M et al. Infektionspräventions- und Kontrollmaßnahmen während der medizinischen Versorgung von Patienten bei Verdacht auf Infektion mit dem neuen Corona-Virus (2019-nCoV). Im Internet: www.krankenhaushygiene.de/informationen/7363; Stand: 27.10.2020
- [28] Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege, BGW. Im Internet: www.bgw-online.de/SharedDocs/Downloads/DE/Arbeitssicherheit_und_Gesundheitsschutz/Gesund-und-sicher-Arbeiten/Sichere-Seiten/Therapeutische_Praxen/Infektionsschutz-Artikel_Download.pdf?__blob=publicationFile; Stand: 27.10.2020
- [29] Bühner M. Einführung in die Test- und Fragebogenkonstruktion. München: Pearson Studium; 2011
- [30] Moosbrugger H, Kelava A. Testtheorie und Fragebogenkonstruktion. Berlin: Springer; 2008
- [31] Bogner K, Landrock U. SDM Survey Guidelines – Antworttendenzen in standardisierten Umfragen. Mannheim: gesis – Leibnitz-Institut für Sozialwissenschaften; 2015
- [32] Sedlmeier P, Renkewitz F. Forschungsmethoden und Statistik in der Psychologie. München: Pearson Studium; 2008
- [33] Bortz J. Statistik für Human- und Sozialwissenschaftler. Berlin: Springer; 2006
- [34] Ekberg O, Hamdy S, Woisard V et al. Social and psychological burden of dysphagia: Its impact on diagnosis and treatment. *Dysphagia* 2002; 17: 139–146. doi:10.1007/s00455-001-0113-5
- [35] Antunes EB, Lunet N. Effects of the head lift exercise on the swallow function: A systematic review. *Gerodontology* 2012; 29: 247–257. doi:10.1111/j.1741-2358.2012.00638.x
- [36] Robbins J, Kays SA, Gangon RE et al. The effects of lingual exercise in stroke patients with dysphagia. *Arch Phys Med Rehabil* 2007; 88: 150–158. doi:10.1016/j.apmr.2006.11.002
- [37] Vigelsø A, Gram M, Wiuff C et al. Six weeks' aerobic retraining after two weeks' immobilization restores leg lean mass and aerobic capacity but does not fully rehabilitate leg strength in young and older men. *J Rehabil Med* 2015; 47: 552–560. doi:10.2340/16501977-1961
- [38] Bayerisches Staatsministerium für Unterricht und Kultus. Lehrpläne und Ausbildungspläne für die Berufsfachschule für Pflege: Ausbildung zur Pflegefachfrau bzw. zum Pflegefachmann. München: Staatsinstitut für Schulqualität und Bildungsforschung; 2020. Im Internet: www.isb.bayern.de/download/23102/bfs_lp_pflegefachmann.pdf; Stand: 27.10.2020
- [39] Sächsisches Staatsinstitut für Bildung und Schulentwicklung Comenius-Institut. (2005). Lehrplan für die Berufsfachschule: Gesundheits- und Krankenpflege Gesundheits- und Kinderkrankenpflege. Im Internet: www.schule.sachsen.de/lpdb/web/downloads/lp_bfs_gesundheits-%20und%20krankenpflege.pdf?v2; Stand: 27.10.2020
- [40] Deutscher Bundesverband für Logopädie e. V. Beschaffung von Hygieneschutz-ausrüstungen für logopädische Praxen. Im Internet: www.dbl-ev.de/fileadmin/Inhalte/Dokumente/Service/Meldungen/2020/Brief_dbl_an_Jens_Spahn_BMG_Schutz-ausruestung_Final.pdf; Stand: 27.10.2020
- [41] Ärzteblatt. COVID-19: Ärzte und Pflegekräfte hatten trotz Schutzkleidung ein erhöhtes Risiko. Im Internet: www.aerzteblatt.de/nachrichten/115224/COVID-19-Aerzte-und-Pflegekraefte-hatten-trotz-Schutzkleidung-ein-erhoehtes-Risiko; Stand: 27.10.2020
- [42] Salzmann M. Covid-19-Epidemie: Dramatischer Mangel an Schutzausrüstung. Im Internet: www.wsws.org/de/articles/2020/03/23/mask-m23.html; Stand: 27.10.2020
- [43] Rüegg R, Steiner J. Dysphagie – Logopädische Kompetenz für die Pflege. *Forum Logopädie* 2020; 34: 6–10
- [44] Deutsche interdisziplinäre Gesellschaft für Dysphagie. (2020). Corona-Ticker. Im Internet: www.dg-dysphagie.de/; Stand: 27.10.2020