

Zur Risikovermeidung im Dysphagiemanagement

Eine tabellarische Übersicht über risikobehaftete Situationen im Dysphagiemanagement und Maßnahmen zur Risikominimierung

Georg Newesely, Melanie Weinert, Manuela Motzko, Alois Holzer

ZUSAMMENFASSUNG. Eine therapeutische Handlung, bei der ein Fehler unterläuft, kann sich schwerwiegend auf die Gesundheit des Patienten auswirken. Dies gilt insbesondere für Tätigkeiten im Rahmen des Dysphagiemanagements, das besonders risikoträchtig ist. Werden die konkreten Risiken jedoch erkannt, kann die Einhaltung entsprechender Vorsichtsmaßnahmen zu einer Fehlervermeidung beitragen und die Gefahr einer Schädigung des Patienten verringern. In diesem Beitrag werden daher gefährliche Situationen und risikoreiche diagnostisch-therapeutische Interventionsschritte im Dysphagiemanagement aufgezeigt und Maßnahmen zur Risikominimierung vorgestellt.

Schlüsselwörter: Schluckstörung – Dysphagie – Therapeutenhaftung – critical incidents – Fehlervermeidung

Einleitung

Logopädische Interventionen dienen der Erhaltung, Verbesserung bzw. Wiederherstellung der Kommunikations- und Schluckfunktionen. Im Zusammenhang mit therapeutischen Tätigkeiten steht jedoch stets das Risiko im Raum, dass Fehler unterlaufen und dem Patienten dadurch ein Schaden zugefügt wird. Gerade das Dysphagiemanagement muss als potenziell risikoträchtig gelten, da sich fehlerhaftes Verhalten in der gesundheitlichen Situation des Betroffenen schwerwiegend auswirken kann. Hinter einem möglichen Schaden für den dysphagischen Menschen steht in weiterer Folge auch die Frage der Verantwortung des Dyspha-

gietherapeuten im ethischen, aber auch im straf- und schadensersatzrechtlichen Sinne. Schon das Wissen um Gefahren ermöglicht eine Fehlervermeidung durch entsprechende Vorsichtsmaßnahmen. Für das Dysphagiemanagement werden daher in diesem Beitrag gefährliche Situationen und risikoreiche diagnostisch-therapeutische Interventionsschritte aufgezeigt und Maßnahmen zur Minderung dieser Risiken zur Diskussion gestellt¹.

Kritische Vorfälle

Umfangreiche aktuelle Erhebungen der AutorInnen – auch unter Einbeziehung von Rechts-, Urteils- und Schadensdatenbanken – haben keine Erkenntnisse zu rechtserheblichen Schadensfällen im Zusammenhang mit einer logopädischen Intervention bei Dysphagie im deutschsprachigen Raum erbracht (Motzko & Weinert 2004). Dies heißt aber nicht, dass es generell nicht zu kritischen Vorfällen kommt.

Die Datenbank *CIRS medical.ch*² verweist in ihrer deutschen Sektion in Bericht Nr. 9118 auf einen Vorfall, bei dem versäumt worden ist, vor dem Entlocken einer Trachealkanüle ausreichend Sekret aus Mund- und Rachenraum abzusaugen, sodass der Patient eine große Menge Sekret aspiriert und in der Folge eine Aspirationspneumonie entwickelt hat. Den AutorInnen ist ein Vorfall bekannt, der für einen Dysphagiepatienten tödlich endete, da er in einem Pflegeheim bei einer

Dr. Georg Newesely ist Logopäde und Jurist, seit 2007 Dozent im Fachhochschul-Bachelor-Studiengang Logopädie an der FH Gesundheit in Innsbruck. Seine fachlichen Schwerpunkte auf dem Gebiet der Logopädie sind neurologisch bedingte Sprach-, Sprech- und Schluckstörungen.



Dr. Melanie Weinert ist akademische Sprachtherapeutin, Diplom-Heilpädagogin, Fachtherapeutin Dysphagie^{KDZ} sowie ausgebildet in der psychoanalytisch-systemischen Einzel-, Paar- und Familienberatung (SG). 2002 gründete sie und leitet seither mit Manuela Motzko das Kölner Dysphagiezentrum mit den Schwerpunkten der Patientenversorgung, Fortbildungen, Workshops und Vorträgen.



Manuela Motzko ist Logopädin und Fachtherapeutin Dysphagie^{KDZ}. Nach langjähriger Tätigkeit als klinische Logopädin an der HNO-Klinik der Universität zu Köln gründete sie 2002 mit Melanie Weinert das Kölner Dysphagiezentrum. Neben Leitungsaufgaben beschäftigt sie sich ausschließlich mit dem Symptom „Dysphagie“ im Bereich Diagnostik, Beratung und Fort- und Weiterbildung.



Mag. Alois Holzer ist Logopäde und Linguist. Von 1991 bis 2009 war er Direktor der Akademie für den logopädisch-phoniatrisch-audiologischen Dienst der Tiroler Landeskrankenanstalten, seit 2007 ist er Studiengangsleiter des Fachhochschul-Bachelor-Studiengangs Logopädie an der FH Gesundheit in Innsbruck.



- 1 Die Aufstellung erhebt – da niemals alle Eventualitäten und alle individuellen Umstände berücksichtigt werden können – keinen Anspruch auf Vollständigkeit. Auch kann eine bestimmte Therapiesituation ein gänzlich anderes Vorgehen notwendig machen. Daher sind die angeführten Vorschläge vor dem Hintergrund des konkreten Einzelfalls sachkundig zu prüfen. Die berufsrechtlich vorgegebenen Grenzen in der Behandlungskompetenz sind einzuhalten. Hinweise auf noch nicht erfasste Risiken und Vorschläge zur Risikovermeidung sowie kritische Anmerkungen nehmen die AutorInnen gerne entgegen.
- 2 Das CIRS® (Critical Incident Reporting System) wurde zur freiwilligen Meldung von unerwünschten Ereignissen im Rahmen von medizinischen Maßnahmen etabliert (Kaufmann et al. 2002).

■ Tab. 1: Allgemeine Risiken, mögliche Folgen bei Nichtbeachten der Maßnahme, Maßnahmen zur Verhinderung

	Risiko	Mögliche Folge bei Nichtbeachtung der Maßnahme	Präventionsmaßnahme
Allgemein 1	Informationsdefizite durch fehlerhafte Übergabe	Erhöhte Gefahr für Körperschädigung	Bei Übernahme/Übergabe des Patienten von/an Pflegedienst oder andere Gesundheitsberufe umfassend informieren hinsichtlich: <ul style="list-style-type: none"> ● Mobilisierbarkeit ● Gangsicherheit ● Rollstuhl- bzw. Rollatorpflichtigkeit ● Bettgitterpflicht ● Fixierung ● mögliche Schäden am Bewegungs- oder Stützapparat ● Compliance ● Infektionsgefahr ● außergewöhnliches Verhalten ● Dekompensationsereignisse (z.B. bei Hustenanfall)
Allgemein 2	Verschleppung von Keimen	Infektion	<ul style="list-style-type: none"> ● Hygienevorschriften genau einhalten, im Zweifelsfall mit Hygienebeauftragtem spezifische Hygienemaßnahmen besprechen ● Verbrauchsmaterial (Spatel, Gaze etc.), das einmal in ein Patientenzimmer gebracht wurde, dort belassen ● ggf. Arbeiten mit Handschuhen und Mundschutz ● ggf. Schutzkleidung tragen und im Patientenzimmer bzw. der Wohnung belassen ● Therapiedokumentationsunterlagen beim Patient belassen oder außerhalb des Raumes lagern ● Verwendete Larynxspiegel sterilisieren (lassen) ● Behälter (Röhrchen) für Eis nicht wieder verwenden ● Therapiegegenstände sorgfältig desinfizieren (lassen) ● Patienten, die das Therapiematerial anfassen, vor und nach der Therapie zur Händedesinfektion veranlassen ● bei Infektionsgefahr Information einholen bzw. Information weitergeben ● Patienten mit risikoreichen Besiedelungen/Infektionen (z.B. MRSA) am Ende eines Therapietages betreuen

■ Tab. 2: Risiken im Zusammenhang mit der Lagerung, mögliche Folgen bei Nichtbeachten der Maßnahme, Maßnahmen zur Verhinderung

	Risiko	Mögliche Folge bei Nichtbeachtung der Maßnahme	Präventionsmaßnahme
Lagerung 1	Becken- und/oder Wirbelsäulenschäden	erhöhte Gefahr für Körperschädigung	<ul style="list-style-type: none"> ● Schädigungen am Stütz- und/oder Bewegungsapparat entsprechend berücksichtigen ● Information einholen, ob eine Schädigung vorliegt ● Kenntnisse über Kontrakturen, Dekubitus und deren Lagerbesonderheiten anwenden ● Pflegedienst und/oder Physiotherapie einbeziehen
Lagerung 2	Aspiration bei Lagerung in Rückenlage	Retention, Penetration, Aspiration von Speichel, Nahrungsresten, Sondenkost, ggf. Magensäure und dadurch Erhöhung der Pneumoniegefahr	<ul style="list-style-type: none"> ● nach Essenseingabe die sitzende Position (aufrecht bzw. erhöht, mind. aber 30°) für die Dauer von mindestens 20 min aufrechterhalten ● nach Abschluss der Nahrungsgabe Mundraum von Bolusresten säubern bzw. „kleine Mundpflege“ durchführen ● bei Sondierung den Oberkörper ebenfalls in aufrechte bzw. erhöhte Position (mind. 30°) bringen zur Vermeidung eines gastralen Refluxes ● bei schlechter Verträglichkeit der Sondenkost und gleichzeitiger intraoraler Stimulation können zusätzlich Übelkeit, gesteigerte Würgreaktionen und Erbrechen auftreten (Notfallmaßnahmen beherrschen und ggf. Absauggerät griffbereit halten) ● nach Abschluss der Schlucktherapie den Patienten bei Bedarf in Seitlagerung bringen, damit Speichel- bzw. Bolusreste aus dem Mund fließen können ● bei Hinweis auf Aspiration mit Pflegedienst die passende Lagerung sicherstellen
Lagerung 3	Hängenbleiben mit dem Blasenverweilkatheter bzw. Harnbeutel beim Umlagern	Schmerzzufügung, Körperschädigung, Beschädigung des Katheters	<ul style="list-style-type: none"> ● Harnbeutel bei Lageänderungen des Patienten auf dessen Körper legen, an den Rollstuhl oder an Hosenbund des behandelnden Therapeuten klemmen ● Beim Hochfahren des Pflegebettes je nach Bauart auf ausreichende Länge des Katheterschlauches achten

■ Tab. 3: Risiken im Zusammenhang mit Diagnostik, mögliche Folgen bei Nichtbeachten der Maßnahme, Maßnahmen zur Verhinderung

	Risiko	Mögliche Folge bei Nichtbeachtung der Maßnahme	Präventionsmaßnahme
Diagnostik 1	Bolus enthält Eiweiß, Fett oder Säure: bei Aspiration Schädigung der Lunge	Pulmotoxische Wirkung, gesteigerte Pneumoniegefahr	<ul style="list-style-type: none"> ● eiweiß-, fett- oder säurehaltige Prüfspeisen vermeiden ● Konsistenz auf das Ergebnis der klinischen Dysphagiediagnostik und der anamnestischen Daten abstellen ● Prüf-Boli aus „lungenneutralen“ Substanzen verwenden, z.B. angedicktes Wasser, ungesüßter, nur leicht gezogener Kräutertee – eventuell wenige Tropfen Lebensmittelfarbe beimischen, um den Zielbolus gut erkennbar zu halten ● ggf. Schluckproben unter Absaugbereitschaft durchführen ● für eine bessere Kontrolle über die Effektivität des Einschluckens und zum transstomatalen Absaugen von aspiriertem Material kann die Trachealkanüle bei einem selbsttragenden Tracheostoma entnommen werden (durch Arzt; durch Dysphagie-therapeut als funktionell therapeutische Maßnahme nur vorbehaltlich Zulässigkeit – unbedingt berufsrechtliche Vorgaben beachten!) <p>→ ein Dysphagietherapeut muss bei diesem Vorgehen den Patienten gut einschätzen können, Kenntnisse über das Kanülenmanagement und das endotracheale Absaugen besitzen, sowie Notfallmaßnahmen durchführen können</p>
Diagnostik 2	Boluskonsistenz unpassend	<ul style="list-style-type: none"> ● Bolusobstruktion, besondere Gefahr bei festen Boli ● Aspiration ggf. mit Hustenreaktion vermehrt bei flüssiger Konsistenz 	<ul style="list-style-type: none"> ● Boluskonsistenz wählen, die aufgrund der anamnestischen Daten am „einfachsten“ zu schlucken ist und aufgrund der klinischen Überprüfung der sensomotorischen Fähigkeiten im oropharyngealen Bereich am wenigsten Probleme für die jeweiligen betroffenen Schluckphasen erwarten lässt
Diagnostik 3	Vigilanz eingeschränkt	<ul style="list-style-type: none"> ● Sekundäre Dysphagie: Einschränkung der präoralen und oralen Phase infolge einer Verarbeitungsstörung des afferenten Inputs ● gemischte primäre und sekundäre Dysphagie 	<ul style="list-style-type: none"> ● Schluckversuch erst bei hinreichender Vigilanz (> 15 Min.) durchführen ● Information von Arzt oder über Pflegedokumentation einholen ● Leistungsfähigkeit des Patienten berücksichtigen ● Lagerung für Schluckversuch optimieren ● Untersuchung zeitlich mit dem übrigen „Tagesprogramm“ abstimmen und einen Zeitpunkt wählen, an dem der Patient nicht zu viel ermüdende Aktivitäten ausgeführt hat
Diagnostik 4	vasovagale Reizung nach Auslösung eines Würgreflexes durch taktile Reizung des Zungengrundes oder der Rachenhinterwand	Schluck-Synkope (swallow syncope)	<ul style="list-style-type: none"> ● bei der intraoralen Überprüfung sich langsam an die Reaktionen des Patienten herantasten, u.U. auf die Überprüfung der Auslösbarkeit der Würgreaktion verzichten ● Berühren des Zungengrundes bzw. der Rachenhinterwand vermeiden ● Anzeichen und Risiken eines vasovagalen Reizes berücksichtigen ● Vorerkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems berücksichtigen ● Notfallmanagement vorsehen
Diagnostik 5	Insuffizientes Husten bei Spinalmarkverletzung ab Segment C4 (oder höher) mit Zwerchfellparese	Stille Aspiration, Erhöhung der Pneumoniegefahr	<ul style="list-style-type: none"> ● Patientendokumentation (medizinisch, pflegerisch) bereits vor der Diagnostik sichten ● Patienten genau beobachten
Diagnostik 6	Verminderte laryngeale Schutzmechanismen (z.B. aufgrund laryngealer Paresen, laryngealer Sensibilitätsstörungen oder einer zentralnervösen Schädigung)	Stille Aspiration, Erhöhung der Pneumoniegefahr	<ul style="list-style-type: none"> ● für Schluckversuch nur dickflüssigen bis flüssigen neutralen Bolus verwenden, geringe Menge (max. halber Teelöffel) als Erstbolus <p>→ Kenntnis über die Grunderkrankung und deren neurologische und neuromuskuläre Auswirkungen</p>
Diagnostik 7	Auslösung einer massiven Hustenreaktion beim Schluckversuch	Atemnot, Vagusreiz, Bewusstlosigkeit, Erbrechen	<ul style="list-style-type: none"> ● Schluckversuch mit Bolus (soweit durchführbar) als letzten Schritt der klinischen Dysphagiediagnostik ● Prüf-Bolus richtig auswählen und reihen (je nach klinischem Befund Reihenfolge anpassen und/oder bestimmte Konsistenz gar nicht erst prüfen): <ol style="list-style-type: none"> 1. Speichel schlucken lassen 2. Flüssigkeit (leicht angedicktes Wasser oder Tee) schlucken lassen 3. breiige Konsistenzen schlucken lassen 4. nach Bedarf feste Konsistenzen (z.B. Butterkeks, Brot) prüfen ● Absauggerät bereithalten, besonders bei Patienten mit Tracheostoma ● Eigenschaften der verwendeten Trachealkanüle berücksichtigen ● gegebenenfalls „künstliche Nase“, Sprechventil und/oder Innenkanüle entfernen

unbeaufsichtigten Mahlzeit an einem Stück Brot erstickte; die mündliche Empfehlung der Dysphagie-therapeutin zu Kostart und Essensbegleitung wurden vom Pflegepersonal nicht befolgt; ein schriftlicher Vermerk in der Patientenakte und ein deutlich angebrachter schriftlicher Hinweis am Patientenbett fehlten. Bei einem anderen Vorfall geriet ein Patient in Atemnot, da eine Dysphagie-therapeutin die Trachealkanüle mit einem Stopfen verschlossen hatte, ohne sie vorher zu entblocken.

Die American Speech-Language-Hearing Association (ASHA) berichtet über den Beobachtungszeitraum von 1982 bis 1993 von 129 claim actions (gerichtsanhängige Verfahren) im Zusammenhang mit der Berufsausübung von „speech and language therapists“, davon 25 im Zusammenhang mit Fehlbehandlungen, bezeichnet als „improper procedure treatments“ (ASHA 1994). Wie viele dieser Verfahren sich auf Dysphagieintervention bezogen, ist der Studie leider nicht zu entnehmen.

Risiken

Beim Dysphagiemanagement in der Logopädie handelt es sich um Risiken, die sich aus konkreten diagnostischen und therapeutischen Vorgängen und Handlungsschritten im Rahmen der Arbeit mit Dysphagiepatienten ergeben können. Im Mittelpunkt stehen Fehlbeurteilungen der verbliebenen Schluckfähigkeit und der damit verbundenen Aspirationsgefahr sowie fehlerhafte Therapiemaßnahmen, die jeweils als eine nicht selten

■ **Tab. 4: Risiken im Zusammenhang mit Therapie, mögliche Folgen bei Nichtbeachten der Maßnahme, Maßnahmen zur Verhinderung**

	Risiko	Mögliche Folge bei Nichtbeachtung der Maßnahme	Präventionsmaßnahme
Therapie/ Pflege 1	Inhalation von Fremdkörpern (z.B. Bartstoppeln bei Trockenrasur) durch offene Trachealkanüle	Aspiration, Erhöhung der Pneumoniegefahr	durch Pflegedienst und Angehörige <ul style="list-style-type: none"> ● Nassrasur statt Trockenrasur ● Trachealkanüle mit Schutzkappe oder „künstlicher Nase“ verschließen ● Tracheostomaschutzlätzchen verwenden ● Patienten aufklären und anleiten
Therapie/ Pflege 2	Eindringen von Fremdflüssigkeit (Duschwasser, Pflegemittel) in den Trachealraum über offene Trachealkanüle	Aspiration, Dyspnoe, Erhöhung der Pneumoniegefahr	<ul style="list-style-type: none"> ● Trachealkanüle mit Schutzkappe oder „künstlicher Nase“ verschließen ● Trachealkanüle bzw. Tracheostoma abdecken („Duschschutz“ verwenden) ● Patienten aufklären und anleiten
Therapie/ Pflege 3	Cuff der blockbaren Trachealkanüle ist undicht	Reizung der endotrachealen Schleimhaut, (stille) Aspiration, Erhöhung der Pneumoniegefahr	<ul style="list-style-type: none"> ● endotracheales Absaugen³ ● bei nicht vorhandenem spontanen Husten ggf. gekoppelt mit „wet voice“ und/oder brodeligen Atemgeräuschen an stille Aspiration denken ● Cuffdruck überprüfen (über Druck des Manschettenkontrollbällchens bzw. mittels Cuffdruck-Messgerät), ggf. Druck anpassen ● Cuff auf Beschädigung überprüfen (beschlagenes bzw. feuchtes Manschettenkontrollbällchen) ● Arzt/Pflegedienst (extramural: Angehörige) informieren ● Patienten aufklären und anleiten
Therapie/ Pflege 4	Verunreinigung des Tracheostomas	Verschleppung von Keimen, Infektion	durch Pflegedienst/Angehörige <ul style="list-style-type: none"> ● Tracheostoma und Trachealkanüle optimiert pflegen ● Patienten aufklären und anleiten
Therapie/ Pflege 5	Verlegung der „künstlichen Nase“ durch Sekret bei geblockter Trachealkanüle	Atemnot, Lebensgefährdung	<ul style="list-style-type: none"> ● „künstliche Nase“ und/oder Innenkanüle entfernen und reinigen (ersetzen) ● erhöhte Aufmerksamkeit ● mit Kanülenart und deren Handling vertraut sein ● Patienten aufklären und anleiten
Therapie/ Pflege 6	verstärkter Hustenreiz trotz suffizient geblockter Trachealkanüle	Pneumonie, Atemnot, Lebensgefährdung	<ul style="list-style-type: none"> ● endotracheales Absaugen³ ● „Beruhigung“ der Atmung abwarten ● Entzündungszeichen (z.B. Körpertemperatur) prüfen, um eine mögliche Infektion der unteren Atemwege zu erkennen ● Arzt/Pflegedienst (extramural: Angehörige) informieren
Therapie/ Pflege 7	Gefahr, dass Patient aus Pflegebett fällt	Selbstgefährdung, Körperschädigung	<ul style="list-style-type: none"> ● nach der Therapie angemessene Abschlusslagerung durchführen ● Bettgitter hochziehen ● Pflegedienst bzw. Angehörige informieren
Therapie/ Pflege 8	Nichtbeachtung der Empfehlungen des Dysphagie-therapeuten durch Pflegedienst oder Angehörige des Patienten	erhöhte Gefährdung, Gefahr der Pneumonieentwicklung	<ul style="list-style-type: none"> ● Therapieinhalte und Besonderheiten entsprechend Dokumentationspflicht schriftlich in der Patientenakte vor Ort und der logopädischen Patientenakte festhalten ● Dokumentation bei Bedarf auch wiederholen ● deutlich sichtbaren schriftlichen Hinweis am Pflegebett anbringen – Hinweis auf z.B. „kein Essen, kein Trinken“ mit Datum und Unterschrift ● zuweisenden Arzt über Verlauf (Schwierigkeiten) informieren und Anweisung einholen

3 Die Befugnis zum endotrachealen Absaugen und zu bestimmten Maßnahmen im Rahmen des Trachealkanülenmanagements ist für Logopäden und andere mit Dysphagiepatienten arbeitende Berufsgruppen bislang keiner abschließenden Klärung zugeführt worden und wird in der Praxis höchst unterschiedlich gehandhabt. Die berufsrechtlich vorgegebenen Grenzen in der Behandlungskompetenz sind einzuhalten.

■ Tab. 5: Risiken im Zusammenhang mit therapeutischer Nachsorge bzw. Pflege, mögliche Folgen bei Nichtbeachten der Maßnahme, Maßnahmen zur Verhinderung

	Risiko	Mögliche Folge bei Nichtbeachtung der Maßnahme	Präventionsmaßnahme
Therapie 1	Entgleiten von Eis bei der intraoralen thermotaktilen Stimulation	Obstruktion mit resultierender Atemnot, Aspiration, Erhöhung der Pneumoniegefahr	<ul style="list-style-type: none"> keine Eiswürfel verwenden Eisstäbchen abbruchssicher herstellen: Wasser zusammen mit reißfestem Zwirn oder Holzstäbchen gefrieren lassen besser: nicht-toxische Eissprays (Dentalbedarf) auf feuchtem Watteträger oder einen in Eiswasser getauchten Larynxspiegel A0 verwenden für Schlucken (Nachschlucken) ausreichend Zeit geben
Therapie 2	Wasser als Schmelzprodukt von Eisstäbchen bei der intraoralen themotaktilen Stimulation	Erhöhung der intraoralen Bolusmenge, dadurch ggf. orale Kontrolle erschwert und Gefahr des Leakings mit folgender Aspiration erhöht, Erhöhung der Pneumoniegefahr	<ul style="list-style-type: none"> keine Eiswürfel/Eisstäbchen verwenden nicht-toxische Eissprays (Dentalbedarf) auf feuchtem Watteträger oder einen in Eiswasser getauchten Larynxspiegel A0 verwenden
Therapie 3	Schmerztriggenung während der intraoralen thermotaktilen Stimulation	Schmerzzufügung	<ul style="list-style-type: none"> Zähne nicht mit Eis berühren auf Hyperästhesien achten vor Eisanwendung Mundbefund erstellen hinsichtlich: Zahnstatus, Mundschleimhaut, Zahnhäse bei Parodontose, intraoraler Bisswunden, Prothesendruckstellen Information über mögliche Probleme bei der Mundpflege einholen
Therapie 4	Schmerztriggenung während der extraoralen thermotaktilen Stimulation	Schmerzzufügung	<ul style="list-style-type: none"> extraorales Eis rasch trocken tupfen andere Stimulusqualität (taktil) wählen bei nicht kooperationsfähigen Patienten auf Schmerzreaktionen (Erhöhung von Tonus, Atemfrequenz) sowie Sauerstoffsättigung achten
Therapie 5	Beißreaktion bei intraoraler Stimulation	Körperschädigung, insbesondere Zahnschädigung	<ul style="list-style-type: none"> tonusregulierende Lagerung als Basis für jede Form der Stimulierung (extraoral, intraoral) herstellen kleinschrittig vorgehen: mit Stimulation an mundferner Körperregion (Hand/Fuß, Arm/Bein) beginnen, um die Akzeptanz einer oralen (intraoralen) Stimulation zu fazitätieren die Gefahr einer Beißreaktion ist oft ein Phänomen bei oraler/intraoraler Deprivation bei Z.n. schweren Hirnschädigungen; therapeutisches Ziel sollte daher eine allmähliche Verbesserung der gesamtkörperlichen Wahrnehmung sein schwerst betroffene Patienten profitieren durch Vorgehen nach der sog. Basalen Stimulation (Aufbau von Wahrnehmung, Körperschema etc.) Finger des Patienten als Stimulusmedium verwenden Verhaltensmuster analysieren: Welche Stimulation löst eine Beißreaktion aus, welche Stimulation erfolgt ohne Beißreaktion? Überforderung durch Überreizung verhindern
Therapie 6	Überforderung (psychisch und physisch)	Ablehnung, Rückzug; besonders Patienten mit schwerer Hirnverletzung antworten auf Überforderung mit Beißreaktionen	<ul style="list-style-type: none"> Dauer einer Therapieeinheit dem Leistungsvermögen des Patienten entsprechend variabel gestalten – Tagesprogramm des Patienten berücksichtigen und Therapieeinheit, wenn möglich, an weniger beanspruchten Tagen/Tagesabschnitten planen besonders bei Erkrankungen mit hoher Ermüdungstendenz (Amyotrophe Lateralsklerose, Myasthenia gravis etc.) ggf. Raum für Beratungsgespräche geben, Auftragsklärung und Therapieziele besprechen
Therapie 7	Überdrehung des Kopfes zur Seite (Rotation) bzw. Überstreckung nach oben (Reklination) bei Haltungsveränderung und Schluckmanövern	Karotissinus-Syndrom (Blutdruckabfall), ausgelöst durch Karotissinus-Reflex (Hering-Reflex) bei hypersensitivem Karotissinus-Reflex oder allgemeinen HWS-Problemen	<ul style="list-style-type: none"> Vorerkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems, besonders Zustand der Karotiden (z.B. bei Karotisstenose) berücksichtigen mögliche Schädigungen der Halswirbelsäule (z.B. Z.n. schwerer Distorsionsverletzung, Morbus Forestier, degenerative HWS-Erkrankungen etc.) berücksichtigen Kopf im Rahmen einer PNF bis max. 45 Grad seitwärts drehen Achtung bei Reklination (Extension) des Kopfes, vor allem bei älteren Patienten vermeiden auf Schmerzreaktionen des Patienten achten Patienten nach der Therapie ggf. über aufgetretenen Muskel- oder Kopfschmerz befragen
Therapie 8 Massage 1	fehlindizierte manuelle Massage im Halsbereich: Karotisgabelung	Plaque-Mobilisierung, Embolie-Gefahr „Karotis(sinus)massage“	<ul style="list-style-type: none"> Zustand der Halsschlagadern (z.B. Karotisstenosen) berücksichtigen keine Massage im Bereich der Karotisgabelung durchführen

	Risiko	Mögliche Folge bei Nichtbeachtung der Maßnahme	Präventionsmaßnahme
Therapie 8 <i>Massage 2a</i>	fehlindizierte Anwendung von Geräten zur Schmerzbehandlung und Tonusregulation (z.B. Schallwellengerät) im Halsbereich (etwa bei Z.n. Radiatio)	Plaque-Mobilisierung, Emboliegefahr	<ul style="list-style-type: none"> ● ärztliche Anweisung einholen ● Zustand der Halsschlagadern (z.B. Arteriosklerose, Z.n. Karotis-Obliteration) berücksichtigen ● keine Anwendung bei Risikopatienten, z.B. nach Schlaganfall ● Halsweichteile (vorderer Hals, seitliche Muskelstränge) aussparen ● Anwendung beschränken auf M. trapezius im Schulter- und Nackenbereich
Therapie 8 <i>Massage 2b</i>	unvorsichtige Anwendung von Geräten zur Schmerzbehandlung und Tonusregulation (z.B. Schallwellengerät) im Halsbereich (etwa bei Z.n. Radiatio)	Kreislaufprobleme, z.B. Schwindelgefühl, Schwindelanfall (Vertigo)	<ul style="list-style-type: none"> ● Patienten während der Anwendung nach aktuellem Befinden befragen ● Massage-Anwendung auf max. 10 min Dauer beschränken ● für stabile und sichere Sitzhaltung sorgen (damit sich der Patient bei Ohnmacht nicht verletzen kann) ● den Patienten genau beobachten (Gesichtsfarbe beachten: bei Eintreten von Blässe Massage sofort beenden) ● aktive Bewegungsübungen zur Aktivierung des Kreislaufes anschließen ● bei einem wenig kooperativen Patienten Schallwellengerät nicht anwenden, da situativ-konkrete Rückmeldungen nicht zu erwarten sind
Therapie 9	Symptomverschlechterung bei Patienten mit Erkrankungen wie z.B. amyotropher Lateralsklerose im Rahmen repetitiver Bewegungsübungen oder/und bei großem Kraftaufwand	Ermüdung, erhöhte allg. Gefährdung und auch Verschlechterung der oralen Fähigkeiten (auch der Nahrungsaufnahme)	<ul style="list-style-type: none"> ● auf individuelle, tageszeitabhängige Leistungsfähigkeit des Patienten eingehen ● logopädische Therapie mit anderen Therapien und pflegerischen Maßnahmen abstimmen ● ausreichend Erholungsphasen mit der Möglichkeit zu Entspannungsübungen vorsehen
Therapie 10	Symptomverschlechterung bei wiederholter muskulärer Belastung bei Patienten mit Myasthenia gravis	Ermüdung, erhöhte allg. Gefährdung und auch Verschlechterung der oralen Fähigkeiten (auch der Nahrungsaufnahme)	<ul style="list-style-type: none"> ● auf individuelle, tageszeitabhängige Leistungsfähigkeit des Patienten eingehen ● logopädische Therapie mit anderen Therapien und pflegerischen Maßnahmen abstimmen ● ausreichend Erholungsphasen mit der Möglichkeit zu Entspannungsübungen vorsehen
Therapie 11a	Überreizung der Mund- und/oder Nasenschleimhaut beim Riechen an Geruchsträgern bei olfaktorischer Stimulation	Fehlstimulation, möglicherweise Schleimhautirritation	<ul style="list-style-type: none"> ● stark reizende Duftstoffe oder Duftträger (z.B. unverdünnten Essig) vermeiden
Therapie 11b	Auslösen von Würgereaktionen und Brechreiz bei nicht angepasster olfaktorischer und/oder gustatorischer Stimulation	Unbehagen, Ablehnung und Erbrechen; dadurch ggf. auch Aspiration von Erbrochenem, Erhöhung der Pneumoniegefahr	<ul style="list-style-type: none"> ● Gerüche und Geschmacksstoffe nach Vorlieben des Patienten auswählen ● beachten, dass bei Hirnnervenschädigung die olfaktorische und/oder gustatorische Reizwahrnehmung verändert sein kann ● beachten, dass es bei Z.n. SHT, bei Morbus Alzheimer und bei Morbus Parkinson Geruchsfehlwahrnehmungen (Anosmie, Hyposmie, Parosmie) auftreten können ● starke Gerüche gegen Ende einer Sondenkostgabe vermeiden ● Eigengeruch und -geschmack von Handschuhen, Kompressen etc. beachten (viele Patienten bringen damit negative Erfahrungen in Verbindung) ● Kost und Getränke geschmacklich auf individuelle Vorlieben abstimmen
Therapie 12 <i>Esstraining 1</i>	Verbrennung und/oder Verbrühung der Mundschleimhaut an heißem Bolus	Schmerzzufügung, Gewebeschädigung	<ul style="list-style-type: none"> ● den Bolus vor Eingabe auf richtige Temperatur prüfen (mit eigenem Besteck vorher testen) ● auf intraorale Sensibilitätsstörung achten
Therapie 12 <i>Esstraining 2</i>	unadäquate Kohlehydratzufuhr bei Patienten mit Diabetes mellitus	Stoffwechsellentgleisung	<ul style="list-style-type: none"> ● Information über Gehalt an Broteinheiten (BE) bei Diätassistenz einholen ● bei Insulinpflichtigkeit Kostart und -menge mit dem Pflegedienst zur Insulinberechnung abstimmen ● zugeführte Kostart und -menge dokumentieren
Therapie 12 <i>Esstraining 3</i>	Empfehlen oder Verabreichen nicht angepasster Sonderkost	Obstruktion, Retention, Penetration, Aspiration, Erhöhung der Pneumoniegefahr	<ul style="list-style-type: none"> ● Sonderkostform/Koststufe gemäß dem Ergebnis der Dysphagiediagnostik empfehlen und dokumentieren ● „schwierige“ (inhomogene, heterogene) Konsistenzen (z.B. kleine Einzelteile wie Erbsen, Konsistenzenmix wie Nudelsuppe), faserige Lebensmittel wie Bohnen, Fleisch etc. meiden ● Angehörige und Pflegedienst aufklären und einbeziehen, besonders bei Notwendigkeit einer oralen Nahrungskarenz

	Risiko	Mögliche Folge bei Nichtbeachtung der Maßnahme	Präventionsmaßnahme
Therapie 12 <i>Esstraining 4</i>	Verflüssigung von Dickungsmitteln (Gelatine, Johannisbrotkernmehl) bei längerer Verweildauer in der Mundhöhle	Posteriores Leaking, Penetration, Aspiration, Erhöhung der Pneumoniegefahr	<ul style="list-style-type: none"> ● einfache küchengebräuchliche Geliermittel (Gelatine, Johannisbrotkernmehl) nur unter besonderer Vorsicht verwenden ● Dickungsmittel verwenden, die eigens für Menschen mit Schluckstörung hergestellt werden (ggf. amylase-unempfindliche Mittel), nach Herstellervorschriften ● nach längerem Stehenlassen eines zugelassenen Getränks die Konsistenz nochmals prüfen
Therapie 12 <i>Esstraining 5</i>	Brennwert von Dickungsmitteln bei Patienten mit Diabetes mellitus	Stoffwechsellgleichung	<ul style="list-style-type: none"> ● Information pro Dickungsmittel über Gehalt an Broteinheiten (BE) einholen ● bei Insulinpflichtigkeit des Patienten die Menge an Dickungsmittel an den Pflegedienst melden ● auch bei speziell für Dysphagiepatienten entwickelten Dickungsmitteln Brennwert berücksichtigen
Therapie 12 <i>Esstraining 6</i>	Änderung der Darreichungsform von Medikamenten (z.B. gemörserte Tabletten)	Veränderte Wirkung des Medikaments (Verlust der Retardwirkung, Zerstörung der Wirkstoffe durch Magensäure etc.)	<ul style="list-style-type: none"> ● die ärztlich verordnete Darreichungsform darf nicht ohne Rücksprache mit dem Arzt geändert werden ● der Logopäde beschränkt sich auf die Beratung, welche Darreichungsform für ein möglichst sicheres Einschlucken geeignet ist
Therapie 13 <i>Ernährungs-sonden 1</i>	PEG in situ	Undichtheit, Beschädigung der Medizinprodukte, Körperschädigung	<ul style="list-style-type: none"> ● bei einer Auffälligkeit Arzt/Pflegedienst (extramural: Angehörige) informieren
Therapie 13 <i>Ernährungs-sonden 2</i>	Nasogastrale Sonde (NGS) in situ	Undichtheit, Beschädigung, des Medizinproduktes, Körperschädigung	<ul style="list-style-type: none"> ● richtige Lage regelmäßig kontrollieren ● eine (durch den Patienten vorgenommene) Lageveränderung dem Arzt/Pflegedienst (extramural: Angehörigen) melden
Therapie 14	Unterlassen der Reposition einer Sicherheitsfixierung beim Patienten mit Selbstgefährdung: temporäres Lösen einer medizinisch indizierten Fixierung der Hände eines Patienten am seitlichen Gitter des Pflegebettes	Entfernung der Ernährungs-sonde durch den Patienten, mögliche weitere Selbstschädigung	<ul style="list-style-type: none"> ● für die Dauer der diagnostischen (therapeutischen) Maßnahme Armfixierung lösen und Lagerung für die Therapiesituation optimieren ● Patienten in Leistungsposition bringen ● ursprüngliche Lagerung (mit Hilfe des Pflegedienstes) wieder herstellen ● Sicherheitsfixierung aktivieren ● mit Pflegepersonal ggf. über Möglichkeiten diskutieren, eine Fixierung mittelfristig zu umgehen (Medikamentenumstellung, Aktivierung, Flüssigkeitszufuhr etc.)
Therapie 15	endotracheales Absaugen von Sekret	Verletzungen (Blutungen) der Trachealschleimhaut; Vagusreiz und in der Folge Herzrhythmusstörungen; Atelektasen; Schmerzzufügung; möglicherweise Körperschädigung	<p>durch Arzt/Pflegedienst; durch Dysphagieherapeuten als funktionell therapeutische Maßnahme vorbehaltlich Zulässigkeit³:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Anweisung des therapieverordnenden Arztes beachten bzw. Absprache mit Arzt und ggf. der Pflegedienstleitung treffen ● auf Sterilität achten: bei bestimmten, weniger multimorbiden Patientengruppen kann es ausreichen, auf Sauberkeit zu achten und den Kontakt der Absaugkatheterspitze mit „unreinen“ Bereichen (Bettdecke, Bettkante, Fußboden, Absauggerät) zu vermeiden, ohne komplett steril arbeiten zu müssen ● Absaugkatheter ohne Sog (Abknicken des Katheterschlauches oder geöffneter „Fingertip“) einführen ● maximale Tiefe = Kanülenlänge plus 1 bis max. 2 cm ● nicht unter Sog an einer Stelle pausieren ● Dauer des Absaugens max. 10 sec ● Katheter, der zum Absaugen von Sekret aus Mund- und Nasenhöhle verwendet wurde, sollte nicht endotracheal verwendet werden ● Trachealsekret auf Bolusreste bzw. Sondenkost (refluxbedingt) prüfen
Therapie 16	Verschließen einer geblockten Trachealkanüle mit Stopfen	Atemnot, Lebensgefahr	<ul style="list-style-type: none"> ● geblockte Trachealkanüle nicht mit Stopfen verschließen ● Trachealkanüle vor Verschließen mit Stopfen zuverlässig entblocken ● mit Kanülenart und deren Handling vertraut sein ● Kanüledurchmesser kontrollieren – sicherstellen, dass Restlumen in der Trachea für die physiologische Atmung ausreicht ● Patienten aufklären und anleiten
Therapie 17	Entblocken der Trachealkanüle	Aspiration, massive Hustenreaktion, Atemnot, Vagusreiz	<ul style="list-style-type: none"> ● Patienten aufrecht lagern ● zuerst intraoral und den Kanülenbereich außen absaugen (Tracheostomarand, um die Trachealkanüle herum; in der Trachealkanüle und knapp darunter), anschließend nach Bedarf über Absaugvorrichtung subglottisch Sekret absaugen, dann erst Trachealkanüle unter Absaugbereitschaft entblocken³ ● Speichel schlucken lassen ● ständig absaugbereit sein

	Risiko	Mögliche Folge bei Nichtbeachtung der Maßnahme	Präventionsmaßnahme
Therapie 18	Entfernen der Trachealkanüle	Kollabierung des Tracheostoma-Lumens, Atemnot, Lebensgefahr	durch Arzt; durch Dysphagie-therapeut als funktionell therapeutische Maßnahme nur vorbehaltlich Zulässigkeit (unbedingt berufsrechtliche Vorgaben beachten!)
Therapie 19	horizontale Lagerung unmittelbar nach Abschluss des Schluckversuches/Esstrainings	Aspiration von Residuen aus Mundraum, Erhöhung der Pneumoniegefahr	<ul style="list-style-type: none"> ● Inspektion der Mundhöhle nach Beendigung des Schluckversuches bzw. nach Ende des Esstrainings ● „Kleine Mundpflege“ durchführen ● Aufrechte Sitzposition beibehalten (ca. 20 min) und Pflegedienst (Angehörige) über diese Notwendigkeit informieren

unterschätzte und tückische Quelle für ein erhöhtes Risiko mit möglicherweise auch lebensbedrohlichen Folgen herhalten müssen.

Risikominderung

Hinsichtlich eines fachbezogenen Vorgehens lege artis sei auf die vorliegenden Leitlinien (Prosiegel 2008), Guidelines (ASHA) und die einschlägige Literatur (etwa Bartolome & Schröter-Morasch 2010, Prosiegel & Weber 2010, Ickenstein et al. 2009) verwiesen. Die tabellarischen Aufstellungen weisen auf potenziell schadensträchtige Handlungen und Situationen im Dysphagiemanagement hin und zeigen Möglichkeiten zur Risikominderung auf. Die Risiken sind gegliedert in Allgemeine Risiken (Tab. 1), Risiken in Zusammenhang mit der Lagerung (Tab. 2), Risiken in Zusammenhang mit Diagnostik (Tab. 3), Risiken in Zusammenhang mit Therapie (Tab. 4) sowie Risiken in Zusammenhang mit der therapeutischen Nachsorge bzw. Pflege (Tab. 5).

Resümee

Das Erkennen möglicher Fehlerquellen und richtige Schritte zu deren Vermeidung tragen zur Qualitätssicherung des Dysphagiemanagements in der Logopädie bei. Es wird aufgezeigt, 1) wo gefährliche Momente in den einzelnen Handlungen im Rahmen von Diagnose, Therapie und in das Berufsfeld der Logopädie reichenden Pflegemaßnahmen liegen können und 2) wie durch entsprechende Handlungsweisen das Risiko eines Schadens für einen Patienten minimiert werden kann. Dabei kommt es auf eine erhöhte Sensibilisierung für Gefahren und ein entsprechendes Risikobewusstsein der in den diagnostisch-therapeutischen Prozess involvierten Angehörigen der beteiligten Berufsgruppen an. Die systematische Auseinandersetzung mit Gefahren, die Identifizierung möglicher Fehlerquellen und das Einhalten risikomindernder Handlungsschritte können dazu beitragen, aus Fehlern resultierende Ereignisse zu vermeiden und Patienten vor

Schaden zu bewahren. Dabei ist Wissen über kritische Vorfälle, die sich – mit oder ohne Folgen für einen Patienten – ereignet haben, sehr wichtig. Sie sollten genau analysiert und kritisch diskutiert werden.

Die AutorInnen danken Dr. med. M. Prosiegel, wissenschaftlicher Leiter des Zentrums für Schluckstörungen an der mgi-Fachklinik Bad Heilbrunn, für die kritische Durchsicht und fachkundige Expertise.

LITERATUR

- Bartolome G. & Schröter-Morasch, H. (2010). *Schluckstörungen. Diagnostik und Rehabilitation*. München: Elsevier, Urban & Fischer
- Kaufmann, M., Staender, S., von Below, G., Brunner, H.H., Portenier, L. & Scheidegger D. (2002). Computerbasiertes anonymes Critical Incident Reporting: ein Beitrag zur Patientensicherheit. *Schweizerische Ärztezeitung* 83 (47), 2554-2557
- Ickenstein, G.W., Hofmayer, A., Lindner-Pfleggar, B., Pluschinski, P., Riecker, A., Schelling, A. & Prosiegel, M. (2009). Manual for the NOD step-wise concept – Standardisation of diagnostic and therapeutic procedures for neurogenic oropharyngeal dysphagia (NOD). *Neurologie & Rehabilitation* 15 (6), 342-354
- Motzko, M. & Weinert, M. (2004). Haftungsrecht in der Dysphagie-therapie. *Forum Logopädie – Beruf und Verband* 2 (18), 11-14
- Prosiegel, M. (2008). Neurogene Dysphagien. In: Diener, H.C. & Putzki, N. (Hrsg.), *Leitlinien für Diagnostik und Therapie in der Neurologie* (908-919). Stuttgart: Thieme
- Prosiegel M. & Weber S. (2010). *Dysphagie. Diagnostik und Therapie – Ein Wegweiser für kompetentes Handeln*. Berlin: Springer

Internet

- ASHA – American Speech-Language-Hearing Association (1994). *Professional liability and risk management for the audiology and speech-language pathology professions*. (Technical Report). http://www.asofono.org/docs/responsabilidad_profesional.pdf (08.03.2011)
- CIRS® Deutschland: www.cirsmedical.de (08.03.2011)
- CIRS® Österreich: www.cirsmedical.at (08.03.2011)
- CIRS® Schweiz: www.cirsmedical.ch (08.03.2011)
- ASHA-Guidelines (Chapter "swallowing disorders"): www.asha.org/members/ebp/compendium/ (08.03.2011)

DOI dieses Beitrags (www.doi.org)

10.2443/skv-s-2011-53020110302

AutorInnen

- Dr. Georg Newesely
Mag. Alois Holzer
FH-Bachelor-Studiengang Logopädie, FH Gesundheit
fhg-Zentrum für Gesundheitsberufe Tirol GmbH
Innrain 98 · A-6020 Innsbruck
georg.newesely@fhg-tirol.ac.at
alois.holzer@fhg-tirol.ac.at
www.fhg-tirol.ac.at
- Manuela Motzko
Dr. rer. medic. Melanie Weinert
Kölner Dysphagiezentrum
Venloer Str. 389 · D-50825 Köln
info@dysphagiezentrum.de
www.dysphagiezentrum.de
www.fachtherapeut-dysphagie.de

SUMMARY. Risk avoidance and management on dysphagia

Erroneous therapeutical intervention may threaten a patient's health. This holds also true for the management of dysphagia, because there are manifold risks accompanying diagnostic and therapeutic activities. Noting the individual risks is crucial for an adherence of recommended caveats to avoid failures when working with the patient. The aim of this paper is, therefore, to show risky situations and moments in the process of handling a diagnostic or therapeutic intervention strategy for a dysphagic patient. A main focus is brought to techniques able to avoid dangerous results as well as, to minimize potential risks and critical incidents.

KEY WORDS: Swallowing disorder – dysphagia – improper procedure treatments – critical incidents – risk avoidance