

Bachelorarbeit

Im Studiengang Logopädie – Fakultät Gezondheid & Techniek

**Dysphagien in der Altenpflege –
Empfehlung für ein Fortbildungsprogramm
(für das Personal in Altenpflegeeinrichtungen)**

Eingereicht von:

Lena Goldhorn (2046620)

Begleitet von:

Dipl. Logopädin Alexa Neubert-Debuschewitz

Silke Horn

Abgabedatum: 13.12.2010

© Alle Rechte vorbehalten. Nichts aus dieser Ausgabe darf in einer automatischen Datendatei vervielfältigt gespeichert oder in jeglicher Form oder Art und Weise veröffentlicht werden, sei es durch elektronisch-mechanische Mittel, durch Fotokopien, Aufnahme oder durch jegliche andere Form, ohne vorab um schriftliche Zustimmung der Hogeschool Zuyd gebeten zu haben.

© Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch mechanisch, door fotokopieën, opnamen of op enige andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van Hogeschool Zuyd.

Zusammenfassung:

Schluckstörungen können gerade bei älteren Menschen fatale Folgen haben.

Neben Mangelernährung und Gewichtsverlust, ist vor allem die Aspiration gefürchtet, da sie zu schweren Atemwegsinfektionen, den so genannten Aspirationspneumonien, führen kann.

Internationalen, in Altenpflegeheimen durchgeführten Studien zu Folge, liegt die Wahrscheinlichkeit eine Schluckstörung zu erleiden bei 50% - 70%, da die Inzidenz für zerebrovaskuläre, degenerative und andere neurologische Erkrankungen in dieser Altersgruppe besonders hoch ist.

Ein rechtzeitiges Erkennen durch die Altenpflegekräfte sowie der geschulte Umgang mit Schluckstörungen reduziert das Pneumonierisiko deutlich, senkt die Kosten für Krankenhausaufenthalte und erhöht Pflegequalität und –ergebnisse.

Federführende Autoren fordern für Pflegekräfte ein individuell, stadiengerechtes und symptomorientiertes Dysphagiemanagement, das sowohl präventive, diagnostische sowie therapeutische Maßnahmen umfasst.

Die Praxis jedoch zeigt, dass Altenpflegekräfte häufig nur mangelhaft im Umgang mit Schluckstörungen sowie Maßnahmen diese zu vermeiden, geschult sind.

Die bisherigen Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen für Pflegekräfte zum Thema Dysphagie variieren nicht nur inhaltlich stark, sondern im didaktisch–methodischem Aufbau, Frequenz, Dauer und praktischen Anwendbarkeit.

Ein einheitliches Vorgehen, das speziell auf Altenpfleger zugeschnitten ist und effektive Maßnahmen berücksichtigt, würde für eine verbesserte Qualitätssicherung in Altenpflegeeinrichtungen sorgen und auch im Rahmen der Risikoprävention u.a. die Mortalität minimieren. Die Ergebnisse dieser Literaturstudie sollen auf Grundlage einer internationalen Recherche eine Empfehlung für ein solches Fortbildungsprogramm liefern.

Schlüsselwörter:

Schluckstörung

Altenpflegekräfte

Fortbildung

Wissensstand

Summary:

Especially for the elderly, dysphagia can be fatal in many ways. Apart from malnutrition and weight loss, aspiration is one of the most dreaded complications, because it often leads to acute respiratory diseases.

According to international geriatric studies, the probability of suffering from dysphagia is about 50 to 70 percent, since cerebrovascular, degenerative and other neurological diseases are common in this age group. Early recognition through nursing staff and the trained handling of dysphagia may reduce the risk of pneumonia significantly; reduce the cost of hospitalization and increase the quality of the nursing care offered.

Leading authors ask for an individual, stadium adjusted and symptom oriented dysphagiamanagement, which would include preventive, diagnostic and therapeutic measures.

In practice, on the other side, the nursing staff appears to be neither sufficiently trained nor able to handle dysphagia problems in general. Until now, advanced training programs for nursing personnel concerning dysphagia, differ in the content and structure.

A uniform procedure, which is cater specific for the nursing staff would lead to higher quality standards in nursing homes and reduce mortality rates. The results of this literature study will give recommendations for this kind of programs based on the latest international research.

Keywords:

Dysphagia

Nursing staff

Training

Knowledge

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung	3
2. Theoretischer Hintergrund	4
2.1. Das physiologische Schlucken	4
2.1.1. Der physiologische Schluckvorgang	4
2.2. Dysphagie	5
2.2.1. Definition	6
2.2.2. Ursachen	6
2.2.3. Symptome und Folgen einer Dysphagie	6
2.2.4. Prävalenz von Dysphagien in Altenheimen	9
2.2.5. Leitlinien der Dysphagie	9
2.3. Veränderung der Schluckphysiologie im Alter	10
2.3.1. Primäre und Sekundäre Presbyphagien	11
2.3.2. Folgen von Presbyphagien	11
2.4. Presbyphagien in Zeiten des demographischen Wandels	12
2.5. Altenpflegepersonal	13
2.5.1. Kenntnisse und Fähigkeiten des Altenpflegepersonals bzgl. Dysphagien	14
2.6. Beeinflussende Faktoren im Bezug auf Fortbildungsmaßnahmen der Altenpflegepersonal	16
2.6.1. Fortbildungsbedürfnisse- und motivation	17
2.6.2. Methodisches Vorgehen der Fortbildung für das Altenpflege- personal im Bezug auf Dysphagien	18
2.7. Bestehende Fortbildungsprogramme	19
2.8. Fragestellungen und Hypothese	21
3. Methode	25
3.1. Zielsetzung	25
3.2. Suchstrategie	25
3.2.1. Verwendete Datenbanken	26

3.2.2. Suchtermini	26
3.3. Studienauswahl, Bewertungskriterien und Selektionskriterien der Artikel	27
3.4. Herangehensweise zur Beurteilung der Studien	29
4. Resultate	32
4.1. Bestehende Fortbildungsprogramme	32
4.2. Wissensstand der Altenpflegekräfte über Schluckstörungen	41
4.2.1. Wissensstand der Altenpfleger bzgl. des Anreichens von Nahrung	44
4.3. Wichtige Einschlusskriterien bei der Planung einer Dysphagie- Fortbildungsmaßnahme für Altenpflegekräfte	49
4.3.1. Motivation als Beeinflussender Faktor des Lernens	51
4.3.2. Beeinflussende Faktoren der Zufriedenheit durch Qualitätsverbesserungen	52
5. Diskussion	54
5.1. Evaluation der Ergebnisse	54
5.2. Diskussion und Interpretation	56
6. Anhang	72
7. Literatur	87

1. EINLEITUNG

Zu den primären Grundbedürfnissen des Menschen gehört die Nahrungsaufnahme. Sie dient der Energieversorgung des Körpers und ist darüber hinaus in unterschiedlichster Ausprägung fester Bestandteil gesellschaftlichen Lebens. Voraussetzung für die Bereitstellung der Energie, von der unsere Körperfunktionen in ihrer ganzen Komplexität abhängig sind, ist ein intakter Schluckvorgang. Es handelt sich hierbei um einen zumeist unwillkürlichen, hoch komplexen Vorgang, der Angriffsfläche für vielfältige Störungen bietet, die am häufigsten neuropathologischer Natur sind. Manifestierte Störungen des Schluckaktes werden als Dysphagie (Schluckstörung) bezeichnet und können fatale Folgen haben. Neben Mangelernährung und Gewichtsverlust ist vor allem die Aspiration gefürchtet, die zu Asphyxie und schweren Atemwegsinfektionen, sogenannten Aspirationspneumonien führen können.

Langmore et al. (2002) beschreiben die Dysphagie als wesentlichen Risikofaktor für Aspirationspneumonien, die, je nach Schwere der Erkrankung, häufig zu verlängerter Aufenthaltsdauer im Krankenhaus und damit zu hohen Kosten für das Gesundheitssystem führen. Die rechtzeitige Erkennung und der geschulte Umgang mit Dysphagien reduziert das Pneumonierisiko deutlich (Rosenvinge & Starke, 2005), senkt die Kosten im Gesundheitswesen und erhöht Pflegequalität und -ergebnisse (Langmore et al., 2002).

Der Schluckvorgang alternder Menschen unterliegt physiologischen Veränderungen, die sehr unterschiedlich ausgeprägt sein können. Diese Entwicklung nennt man primäre Presbyphagie (Kolb, 2000). Kommt es im Rahmen einer anderen Erkrankung des Alters, wie beispielsweise Demenz, Schlaganfall oder Parkinson Syndrom zu einer Schluckstörung, spricht man von einer sekundären Presbyphagie.

Internationalen, in Altenpflegeheimen durchgeführten Studien zu Folge liegt die Wahrscheinlichkeit einer Schluckstörung bei 50-75%, da die Inzidenz für zerebrovaskuläre, degenerative und andere neurologische Erkrankungen in dieser Altersgruppe besonders hoch ist. Zusätzlich erkranken viele der Altenpflegeheimbewohner an einer Pneumonie als unmittelbare Folge ihrer Dysphagie (Marrie, 2000; Kayser-Jones & Pengilly, 1999). Ausgerechnet jene Bewohner sind bis zu 20 Mal häufiger betroffen, die Unterstützung bei der Nahrungsaufnahme erhalten (Pelletier, 2004).

Die Ursache hierfür liegt zum einen in der unzureichenden Ausbildung des Pflegepersonals bezüglich des Dysphagiemanagements, auf der anderen Seite sind die zeitlichen Rahmenbedingungen für die Einnahme der Mahlzeiten ungenügend (Hoffmann, 2005; Kayser-Jones & Pengilly., 1999; Steele et al., 1997; Kolodny & Malek, 1991). Die Autoren fordern ein Dysphagiemanagement, das sowohl präventive und diagnostische als auch therapeutische Maßnahmen umfasst. Es sollte individuell, stadiengerecht und symptomorientiert auf den dysphagischen Patienten abgestimmt sein. Entscheidend hierfür sei eine frühe, qualifizierte und möglichste kontinuierliche Beratung und Begleitung von Patienten und Pflegepersonal (Rittig, Jäger & Füsgen, 2009).

Auf der anderen Seite weist die Studie von Hoffmann (2005) auf eine große Unzufriedenheit des Pflegepersonals hin, die in Zeitnot und mangelhaftem Angebot von Fortbildungen und interdisziplinärer Zusammenarbeit begründet liegt. Auch Zimmer, Albrecht & Weyerer (2000) beschrieb, dass die Arbeitsbedingungen des Pflegepersonals durch hohen Zeitdruck, einen schlechten Betreuungsschlüssel und Zeitmangel insbesondere im Bereich der psychosozialen Betreuung gekennzeichnet sind. Abgesehen von Maßnahmen, die seitens der Politik zu ergreifen wären, um die Betreuungssituation zu verbessern, sind sich die Autoren einig, dass sich nur durch verbesserte Fort- und Weiterbildungsangebote die Qualität des Dysphagiemanagements erhöhen lässt.

Schröder-Morasch (1999) zu Folge liegt die Dysphagieprävalenz in Altenpflegeheimen verglichen mit Akut- oder Rehabilitationseinrichtungen deutlich am höchsten. Dort gilt es also die Kompetenzen des Pflegepersonals, insbesondere Prävention und frühzeitiges Erkennen betreffend, zu verbessern (Kayser-Jones et al., 1999). Präventives Handeln nimmt, ebenso wie das Qualitätsmanagement, einen zunehmend wichtiger werdenden Stellenwert ein, sobald es um das Thema der pflegerischen Versorgung einer wachsenden Bevölkerungsgruppe pflegebedürftiger Älterer geht (Aplitz & Winter, 2004). In Diagnostik, Therapieplanung und Behandlung der Dysphagie sollte Logopäden die führende Rolle zukommen (Schröder-Morasch, 2003). Ein wichtiger Beitrag sollte sein, mit Hilfe anschaulicher, gut umsetzbarer Leitlinien eine Handlungsbasis beispielsweise zum Dysphagiemanagement für das Pflegepersonal zu gewährleisten.

Ziel dieser Bachelorarbeit ist es, einen internationalen Überblick über bestehende Fortbildungsprogramme zum Thema Dysphagie in der Altenpflege zu geben. Aus den

internationalen Studien sollen die Informationen und Teilbereiche mit hoher Effizienz herausgefiltert und somit eine Empfehlung erstellt werden, welche umfassend für Fortbildungsprogramme im Sektor Altenpflege und Dysphagiemanagement dienen könnte.

Im Folgenden Kapitel zwei, der theoretische Hintergrund dieser Studie erläutert werden. Ziel ist es zentrale, definitorische Grundlagen zu bestimmten Begrifflichkeiten zu geben bzw. diese näher zu beschreiben.

Das Kapitel drei beinhaltet den methodologischen Teil dieser Literaturstudie und beschreibt sowohl die Ein- als auch die Ausschlusskriterien nach denen die Artikel ausgewählt bzw. nach denen sie bewertet wurden.

Im darauf folgenden Kapitel vier werden die Ergebnisse des Ausschlussverfahrens präsentiert. Die einzelnen Artikel werden hierbei zusammengefasst und interpretiert.

Den Abschluss bildet das Kapitel fünf, welches eine Diskussion und Interpretation der erreichten Resultate und eine Empfehlung umfasst.

2. THEORETISCHER HINTERGRUND

In diesem Kapitel soll ein Einblick über die Komplexität des Schluckvorgangs, die momentane Situation in Altenpflegeheimen und das Vorhandensein von Dysphagiefortbildungsprogrammen für das Pflegepersonal auf Grundlage der aktuellen Forschungs- und Wissensstände gegeben werden.

2.1. Das physiologische Schlucken

Schlucken ist ein hoch komplexer neuromuskulärer Prozess, der laut Robbins et al. (2001) und Cunningham et al. (1991, zitiert durch Marik & Kaplan, 2003) sowohl willkürlich als auch unwillkürlich verläuft. Bei einem Schluckvorgang sind ca. 26 Muskelpaare und sechs Hirnnerven beteiligt (Kolb, 2000). Die Frequenz des Schluckens schwankt zwischen 580 und 2000 Mal pro Tag (Garliner 1974, Logemann 1998, zitiert durch Denk & Bigenzahn, 2001). Bartolome & Schröter-Morasch (2006) gehen davon aus, dass der Schluckakt zu den häufigsten Bewegungsvorgängen unseres Körpers gehört. Unterstützt wird dieser durch Schutzmechanismen in Form von Husten, Räuspern und Würgen, sodass die Möglichkeit von Speichel, Nahrung und Flüssigkeiten in die Luftröhre zu gelangen, anstatt in die Speiseröhre, reduziert sind.

Die Bartolome et al. (2006, S.16.) wird der Schluckvorgang wie folgt definiert:

„Der Schluckvorgang wird definiert als Transport von Nahrung, Flüssigkeit, Speichel und Sekret aus der Mundhöhle durch den Rachenraum und die Speiseröhre bis zum Magen“.

2.2.1. Der physiologische Schluckvorgang

Der normale Schluckvorgang dient der Aufnahme und dem Transport von Nahrung und Flüssigkeiten sowie dem Schutz der tieferen Atemwege vor einer Aspiration (Bigenzahn & Denk, 2001).

Der Schluckvorgang wird traditionell nach Magendie (1836) und Franke (2008) in drei Phasen eingeteilt. Hierzu gehören die orale, pharyngeale und ösophageale Phase. Logemann (1998) und Smith Hammond & Goldstein (2006) gehen jedoch von vier Phasen aus, da sie die orale Vorbereitungsphase von der oralen Phase getrennt

betrachten. Niers (2000) hingegen teilt den Schluckvorgang in fünf Phasen ein. Hierzu gehören die präorale, Kau-, Transport-, pharyngeale und die ösophageale Phase (siehe Tabelle 2.1.).

Tab.2.1. Die Phaseneinteilung des Schluckvorgangs

Phaseneinteilung des Schluckvorgangs nach Niers (2000)	
Präorale Phase	<ul style="list-style-type: none"> - Sehen - Erkennen - Riechen - Speichelsekretion - Nahrung wird zum Mund geführt
Kauphase	<ul style="list-style-type: none"> - Lippenschluß - Kieferschluß - Velum in Anteriorstellung - Kieferrotation - Einspeicheln - Schmecken - Zungen- und Wangenaktivität - Sammeln des Bolus
Transportphase	<ul style="list-style-type: none"> - Velopharyngealer Verschuß - Zungenspitzenhebung - Tonisierung des M. buccinator - Bolustransport in den Oropharynx
Pharyngeale Phase	<ul style="list-style-type: none"> - Schluckreflexauslösung - Reflektorische Atemunterbrechung
Ösophageale Phase	<ul style="list-style-type: none"> - Bolustransport in den Ösophagus - Schließen des M. cricopharyngeus - Senken des Velums - Senken und Öffnung des Larynx - Aufrichten der Epiglottis - Einsetzen der Atmung - Reinigungswelle

Niers (2000) ist es aber trotz aller Trennung und Klassifikation in unterschiedliche Phasen wichtig, deutlich zu machen, dass keine absolute Trennung zwischen den Phasen herrscht, da die einzelnen Prozesse in einander übergehen.

Die präorale und orale Phase werden von Weinert & Motzko (2004) als willkürliche und die pharyngeale und ösophageale Phase als unwillkürliche Prozesse des Schluckvorgangs bezeichnet.

2.2. Dysphagie

Dysphagien, auch in der leichtesten Ausprägung, stellen eine wahrnehmbare Behinderung dar, sind bei jeder Altersklasse als alarmierendes Zeichen zu werten und sollten umgehend abgeklärt werden (Hildebrandt, 2004).

2.2.1. Definition

Dysphagie ist die medizinische Bezeichnung für Schluckstörung und stammt aus dem Griechischen. „Dys“ steht für geminderte Funktionsfähigkeit und „phagie“ kann mit essen übersetzt werden (Weinert & Motzko, 2004).

Genauso wie für die Phasenaufteilung des Schluckvorgangs in der Literatur kein Konsens besteht, existieren keine einheitlichen Definitionen für Schluckstörungen.

Dysphagia: Painful or difficult swallowing may result from local mouth or throat disorders, anxiety, or certain central nervous system disorders

(Barret et al., 1994, S. 221).

Schluckstörungen: Veränderung der oder Störungen der Schluckfähigkeit vom Mund bis zum Mageneingang (Wied & Warmbrunn, 2007, S. 664).

Eine komprimierte und gut verständliche Zusammenfassung legt Böhme (2003) dar:

Störung der Aufnahme, der Zerkleinerung oder des Transportes von

Nahrung/Flüssigkeiten in der oralen, pharyngealen oder ösophagealen Phase, einschließlich des Transports von Speichel und Sekret.

2.2.2. Ursachen

Bigenzahn (1999) teilt die Ursachen für Dysphagien in drei große Teilbereiche auf. Hierzu gehören strukturelle Veränderungen der am Schluckakt beteiligten Organe, neurologische Ursachen und psychisch bedingte Ursachen.

Prosiegel (2003) hat durch seine neurologische Untersuchung festgestellt, dass durch einen Hirninfarkt die Wahrscheinlichkeit an einer Schluckstörung zu erkranken, bei 80% liegt. Des Weiteren haben 70% nach einem Schädelhirntrauma, 60% nach einer Hirnstammläsion und 50% der Morbus Parkinson- Patienten eine Schluckstörung.

Eine Weitere große Gruppe stellen die Schluckstörungen im Alter dar. Bedingungen hierfür können zum Beispiel Bewegungs- und Mobilitätsstörungen, Demenzerkrankungen oder Antriebsstörungen einer Schluckstörung sein (Weinert & Motzko, 2003).

2.2.3. Symptome und Folgen einer Dysphagie

Im internationalen Sprachraum unterscheidet man oropharyngeale und ösophageale Schluckstörungen (Langmore et al., 1998). Die oropharyngealen Schluckstörungen äußern sich im Auftreten von Husten, vermehrtem Nachschlucken, gurgelnden Atemgeräuschen oder rauem gurgelndem Stimmklang (Kayser-Jones, 1997; Steele et al., 1997). Es kann jedoch auch zum Ausfall solcher Symptome in der oropharyngealen Schluckstörung kommen. Hierbei kann es sich dann um eine stille Aspiration handeln, welche nur durch eine radiologische Untersuchung bestimmt werden kann. Die stille Aspiration tritt jedoch meistens nur basierend auf einer neurologischen Grunderkrankung auf, da es hierbei zu einem Sensibilitätsverlust im Larynx-Pharynxbereich kommt. (Weinert & Motzko, 2004).

Bei den ösophagealen Schluckstörungen, die nicht unmittelbar nach der Flüssigkeits- oder Nahrungsaufnahme auftreten müssen, sind ebenfalls als gefährlich einzustufen, da sie meist zu spät oder überhaupt nicht als solche diagnostiziert werden. Der Betroffene kann, bei möglichen postedeglutiven Aspirationen z.B. auf Grund ösophagealer Motilitätsstörung bzw. Devertikeln Folgeerscheinungen von einer deutlichen Gewichtsabnahme, Mangel an Sauerstoffversorgung, Lungenveränderung, Kurzatmigkeit, vermehrter Schleimbildung, zeitweiligem Temperaturanstieg, entzündlichen Blutbilderveränderungen und pathologischen Röntgen-Thorax- und Bronchoskopiebefunden anzeigen (Bartolome, 1999).

Die Symptome einer Dysphagie können genauso wie die Folgen sehr vielseitig sein und betreffen oftmals mehr als eine Schluckphase. Bartolome (1999) teilt die Symptome mit ihren Folgen, die sogenannten Pathomechanismen, in drei Schwerpunkte ein (siehe Tab.

2.2.).

Tab. 2.2. Die Pathomechanismen von Bartolome (1999)

- 1 Die geschluckte Substanz verfolgt den falschen Weg. Dies führt zu nasaler oder laryngealer Penetration (oberhalb der Stimmlippen) oder zu Aspiration (unterhalb der Stimmlippen).
- 2 Der Transport ist unvollständig. Bolusreste (Residuen) verbleiben im Mund - und oder im Rachenraum.
- 3 Die geschluckte Substanz fließt wieder zurück. Saurer Mageninhalt fließt in die Speiseröhre oder in den Rachen zurück (Reflux).

Die Aspiration (eindringen von Nahrung oder Flüssigkeit unterhalb der Stimmlippen) wird von Bartolome (1999) als bedrohlichster Faktor der Dysphagie eingestuft. Abhängig vom Zeitpunkt der Aspiration unterscheidet man wiederum drei Formen (siehe Tab. 2.3.).

Aspirationen können als Folgeerscheinung Lungenentzündungen, die so genannten Pneumonien auslösen. Eine Pneumonie kann durch aspirierte Nahrung oder Flüssigkeiten entstehen. Das Eintreten von Fremdkörpern in die Lungenflügel kann eine Schädigung des Gewebes verursachen und eine Entzündungsreaktion hervorrufen (Hoffmann, 2005). Bei Aspirationspneumonie handelt es sich um multifaktorielle Phänomene, welche nicht als einzelne Faktoren ursächlich als Auslöser gesehen werden können. Zu den Risikofaktoren zählen Medikamente, der gesundheitliche Status, der Zahnstatus und der Ernährungsstatus (Langmore et al., 1998).

Die Folgen einer Aspirationspneumonie werden in vielen nationalen und internationalen Aufsätzen mit erhöhten Sterblichkeits- und Todesursachenraten statistisch festgehalten (Smith Hammond & Goldstein, 2006; Marik & Kaplan, 2003; Paterson, 1996). Selbst wenn die Aspirationspneumonie diagnostiziert und behandelt wird, bleibt eine Sterblichkeitsrate von 40%-70% bestehen (Bosker, 1990, zitiert von Kayser-Jones, 1999). Nicht erkannte oder gar falsch diagnostizierte Dysphagien führen

Ekberg et al., 2002; Kayser-Jones, 1997; Smith Hammond & Goldstein, 2006; Robbins et al. 2001; Paterson, 1996).

Tab. 2.3. Die drei Formen der Aspiration

Aspirationsarten	Mögliche Ursachen
1. Prädeglutitiv	Oropharyngeale Störungen
	Gestörte orale Bolusverarbeitung
	Gestörte orale Boluskontrolle
	Gestörte oraler Bolustransport
	Verzögerte/fehlender Reflexauslösung
	Eingeschränkter des laryngealen Verschuß
2. Intradeglutitiv	Eingeschränkter Larynxelavation
3. Postdeglutitiv	Eing. Velopharyngealer Verschuß
	Eing. Zungenbasisretraktion
	Eing. Pharyngeale Kontraktion
	Eing. Larynelevation nach anterior
	Öffnungsstörung des OÖs
	Zenkersches Divertikel
	Ösophageale Störungen
	Tracheoösophageale Fistel
	Achalasie
	Gastroösophagealer Reflus
Ösophageale Stenose	

Die Untersuchung von Kikuchi et al. (1994, zitiert von Marik & Kaplan, 2003) zeigten, dass in einem Altenheim 71% der Betroffenen mit Lungenentzündungen ursächlich an einer stillen Aspiration erkrankt waren. Loeb et al. (1999) untersuchten die Risikofaktoren, welche zur Entstehung einer Lungenentzündung bei

Altenpflegeheimbewohner positiv beitragen würden. Das Ergebnis dieser Studie zeigte, dass die Hauptfaktoren, um an einer Lungenentzündung zu erkranken, Medikamente und Schwierigkeiten beim Schlucken waren.

2.2.4. Prävalenz von Dysphagien in Altenheimen

Dysphagien treten immer häufiger bei älteren Menschen auf (Sandhaus, 2006), jedoch begünstigt nicht nur der Prozess des Alterns die Dysphagien, sondern das vermehrte Auftreten von Komplikationen (Kayser-Jones & Pengilly, 1999) durch die Häufung von Erkrankungen. Aufgrund ihres physischen und mentalen veränderten Status stellen Ältere somit eine gefährdete Risikogruppe dar. Die Studie von Böhme (2003) belegt, dass 30%-50% aller Pflegeheimbewohner unter einer Schluckstörung leiden.

Steele et al. (1997) stellten fest, dass bei 68% der Bewohner von Altenpflegeheimen eine Schluckstörung vorliegt.

Rittig et al. (2009) untersuchten anhand von aktuellen Daten die Prävalenz und die Bedeutung der Dysphagie in deutschen geriatrischen Einrichtungen. Die Erhebung wurde auf drei Haupterkrankungen fokussiert: Demenz, Schlaganfall und Parkinson. Außerdem wurden Klienten mit anamnestischen oder klinischen Hinweisen auf mögliche Dysphagien in die Erhebung mit einbezogen. Alle 1873 Teilnehmer wurden anhand einer klinischen Schluckuntersuchung (Danielstest) untersucht. 42% der Teilnehmer mit einer oben genannten Grunderkrankung erreichten eine mittelschwere bis schwere Dysphagie. Die hohe Prävalenz unterstreicht den Stellenwert dieser häufig unterschätzten Thematik.

2.2.5. Leitlinien der Dysphagie

Rittig et al. (2009) fordern, aufgrund der Ergebnisse ihrer Studie eine Primärdiagnostik durch ein standardisiertes an geriatrische Besonderheiten adaptiertes Dysphagiemanagement. Ein klar strukturiertes Dysphagiemanagement sollte laut der Forscher im geriatrischen Bereich folgende Aspekte beinhalten:

- ausreichend Flüssigkeits- und Nahrungszufuhr in angemessener Zeit ermöglichen
- Schutz der tiefen Atemwege gewährleisten
- teure und tragische Sekundärkomplikationen vermindern

- unnötige Einschränkungen der Lebensqualität vermindern

Hierbei ist das Hauptziel, dem Betroffenen die Fähigkeit zurückzugeben, wieder selbstbewusst und sicher Essen zu können und Freude dabei zu verspüren (Schindler & Kelly, 2002).

Als Hilfestellung könnten hierfür die Dysphagie-Leitlinien im beruflichen Alltag der Pflegekräfte ein wichtiges Kontrollinstrument darstellen. Denn die Dysphagien-Leitlinien haben zum Ziel, Ärzten und Pflegepersonal einen zusammenhängenden Überblick über Definition, Diagnostik und Behandlung zu geben. Der Leitfaden soll nicht als Standardverfahren der Versorgung des Patienten gesehen werden (SIGN, 2010) vielmehr muss er individuell an den Patienten angepasst werden. Denn die Leitlinien beinhalten alle aktuellen klinischen Daten, unter der Berücksichtigung der neusten wissenschaftlichen Erkenntnisse und Technologien. Diese Richtlinien bilden die wichtigste Grundlage einer interdisziplinären Zusammenarbeit und aus diesem Grund stellen diese eines der wichtigsten Instrumente in der Klinik und der Pflege dar. Sollte es zu abweichendem Handeln kommen, wird von der SIGN (2010) empfohlen, diese unmittelbar und vollständig in der Patientenakte zu vermerken (Leitlinien, s. Anhang 6. 1.).

2.3. Veränderung der Schluckphysiologie im Alter

Der Schluckvorgang ist permanent präsent und unterliegt altersabhängigen Veränderungen (Schindler & Kelly, 2002). Diese strukturellen und verhaltensbezogenen Folgen des Alterns scheinen relativ konsistent über alle physiologischen Systeme zu verlaufen. Aus anatomischer und physiologischer Perspektive sind ältere Organsysteme in der Regel langsamer und weisen abnehmende Stärke, Stabilität, Koordination und Ausdauer auf (Gleeson, 1999). Jedoch zeigen sich beim Mensch zwischen dem biologischen und kalendarischen Alter erhebliche Unterschiede auf. Somit ist festzuhalten, dass Alterungsprozesse fließend und mit unterschiedlichen Geschwindigkeiten und Schwerpunkten verlaufen. Grundsätzlich sind sie abhängig von persönlicher Konstitution, Erkrankungen, Lebensgewohnheiten und individuellen Kompensationsstrategien (Niers, 2000).

Der Verlauf des Älterwerdens geht mit physiologischen Veränderungsprozessen einher, welche meist unbemerkt verlaufen und ausnahmslos alle Schluckphasen betreffen. Diese Umbauprozesse verlaufen meist ohne klinische Auffälligkeiten oder können von dem

Betroffenen ausreichend kompensiert werden. Sollte es jedoch zu altersbedingten Veränderungen des Schluckablaufs kommen, die sich zum Beispiel durch ein verändertes Kauverhalten zeigen, spricht man von Presbyphagien (Niers, 2000). Diese Art der Schluckstörung kann im Verlauf zu Unterernährung, Veränderungen der Körperfunktionen und somit zu einer Verstärkung der Störung führen.

2.3.1. Primäre und Sekundäre Presbyphagien

Presbyphagie im Allgemeinen ist die medizinische Bezeichnung altersbedingter Veränderung des Schluckablaufs. Presbyphagie stammt aus dem Griechischen, somit steht „presby“ für altes und „pahgie“ für essen.

Es werden primäre und sekundäre Presbyphagien unterschieden. Primäre Presbyphagien sind Schluckstörungen, die ausschließlich auf altersbedingte Veränderungen des Schluckvorganges zurückzuführen sind, hier mit sind strukturelle Veränderungen der Muskulatur und anderer wichtige am Schluckakt beteiligte Vorgänge gemeint. Sekundären Presbyphagien hingegen liegen zusätzlich krankheitsbedingte Veränderungen des Schluckvorganges zugrunde (Ginocchio et al., 2009 & Kolb, 2000).

2.3.2. Folgen von Presbyphagien

Zu den altersbedingten Abbauprozessen von primär Presbyphagien gehören laut Niers (2000) und Rittig et al. (2009) eine Reduktion der Neuroplastizität sowie der Speichelproduktion, Initiierungs- und Adaptionverzögerung, eine eingeschränkte Atem-Schluck-Koordination, eine Verlängerung der Reaktionszeit, Gewebe- und Organveränderung, Muskelathrophie, ein verschlechterter Zahnstatus und eine geminderte Wahrnehmungsempfindung der Geschmacksknospen.

Krankheitsbedingten Schluckstörung im Alter werden oftmals ausgelöst durch zum Beispiel Morbus Parkinson, Demenz oder Schlaganfall. Bei diesen sekundären Presbyphagie kommt häufig zu gravierenden Veränderungen am Kiefer (Umbau der Alveolarkämme). Vermehrt gehen Gebissanomalien oder ungenau sitzende Prothesen mit diesen Veränderungen einher, sodass der Kauvorgang zwangsweise verändert wird und Mahlzeiten auf spezielle Speisen beschränkt werden müssen. Daraus resultiert oftmals eine Fehlernährung oder das Risiko einer kompletten Nahrungsverweigerung (Niers, 2000). Zusätzlich stellen die häufig im Geriatrischen Bereich verabreichten Mehrfachmedikationen ein Problem dar, denn die unterschiedlichen Substanzklassen

können einen negativen Einfluss auf den Schluckvorgang haben (Rittig et al., 2009). Hierzu gehören zum Beispiel die Über- oder Unterproduktion des Speichels, Sensibilitätseinbuße und Geschmack- und Geruchsveränderungen.

2.4. Presbyphagien in Zeiten des demographischen Wandels

Die Gesellschaft unterliegt einem kontinuierlichen Wandel. Eine der bedeutsamsten Entwicklungen des 20. Jahrhunderts (in westlichen Industrieländern) ist der Rückgang der Geburtenraten und der Anstieg der durchschnittlichen Lebenserwartung. Dieser Anstieg von Hochbetagten (80 Jahre und älter, 2009, Statistisches Bundesamt) führt nicht nur zu einer Zunahme von gesunden Lebensjahren, sondern auch gegen Ende der Lebensphase zu einer Ausdehnung des Rückgangs körperlicher und kognitiver Möglichkeiten (Seidl, 2010). Die Veränderungen der gesellschaftlichen Strukturen bedingen auch die familiären Zusammenhänge. Dieser Wandel in der Familie führt dazu, dass ein immer größer werdender Anteil von älteren Menschen bei Pflegebedürftigkeit immer weniger auf familiäre Unterstützung zurückgreifen kann, sodass ihr Einzug in Altenpflegeheime oft unumgänglich ist (Lubinski, 2006).

In den letzten 20 Jahren hat sich die stationäre Pflege für ältere Menschen in Deutschland stark verändert. Während Altenheime, bedingt durch die Einführung der Pflegeversicherungen, fast komplett aus der Versorgungslandschaft verschwunden sind, steigt die Anzahl der vollstationären Altenpflegeheime kontinuierlich an. So wird zwischen 2005 und 2020 eine Steigerung von 2,13 Millionen auf rund 2,68 Millionen pflegebedürftigen Menschen verzeichnet (Statistisches Bundesamt, 2008). Der Anstieg beträgt somit 26% und bis 2030 wird sich eine weitere Erhöhung von 39% (2,95 Millionen) ergeben. Generell gilt jedoch in Deutschland ambulant vor stationärer Betreuung (Statistische Ämter des Bundes und der Länder, 2008). Somit werden Pflegeheime zunehmend von akuten Pflegefällen eingenommen, sodass über 55% der Menschen eine Aufenthaltsdauer von ca. sechs Monaten oder weniger haben (Kayser-Jones, 1997). Murtaugh (1990, zitiert von Kayser-Jones, 1997) prognostizierte, dass 51% der Frauen und 32% der Männer, die im Jahr 1990 65 Jahre alt geworden sind, in Altenpflegeheimen untergebracht werden müssen. Wie bereits erläutert, schwankt die Prävalenz von Dysphagien in Altenpflegeeinrichtungen bei den internationalen und nationalen Studien zwischen 30% - 68% (Kayser-Jones, 1999; Paterson, 1996; Rittig et al., 2009 & Steele, 1997). Kayser-Jones et al. (1999) und Steele et al. (1997) versuchten

bereits vor Jahren diesem häufigen Auftreten in Altenpflegeheimen anhand von gezielten Untersuchungen auf den Grund zu gehen. Die Ergebnisse dieser Studien bemerkten gravierende Defizite bei den Mahlzeiten im Bezug auf das Anreichen von Essen durch das Pflegepersonal.

2.5. Altenpflegepersonal

Im §6 der Heimpersonalverordnung (Bundesministerium der Justiz, 1998) wird grundlegend zwischen *Fachkräften*, *Altenpflegehelfer/innen* sowie vergleichbaren *Hilfskräften* unterschieden. Grund dafür sind die unterschiedlichen Inhalte und zeitlichen Rahmenbedingungen der Ausbildung (§6 Heimpersonalverordnung, 2008).

So haben Altenpfleger/innen eine dreijährige Berufsausbildung absolviert, in der sie Kenntnisse und Fähigkeiten zur selbstständigen und eigenverantwortlichen Ausübung der Tätigkeit in einem Altenpflegeheim vermittelt bekommen haben. Altenpflegehelfer/innen haben eine einjährige Ausbildung durchlaufen, in der lediglich Basiswissen vermittelt wird. Hilfskräfte gehören zum ungelernten Personalstamm und müssen keinen Abschluss vorweisen (§6 Heimpersonalverordnung, 2008).

Das Berufsleben des Altenpflegepersonals hat sich in den letzten Jahrzehnten durch Erhöhung der Arbeitszeiten und Senkung der Lohnkosten stark verändert. Erschwerend kommen die geringe gesellschaftliche Akzeptanz, die hohen psychischen und körperlichen Belastungen sowie Personalknappheit hinzu (Zimber et al., 2000). Fehlende Qualifikation, die dadurch entstehende Unsicherheit und zusätzlicher Zeitdruck erschweren die Arbeit massiv. Des Weiteren ist der allgemeine Erwartungsdruck durch die Pflegeversicherung und durch die Zunahme des Konkurrenzdrucks unter den verschiedenen Anbietern von ambulanter und stationärer Pflege stetig vorhanden (Zimber et al., 2000).

Kipping (2000) untersuchte anhand eines Fragebogens die Stressbelastung von Pflegepersonal während ihrer Ausbildung und später im Berufsleben. 447 Fragebögen wurden ausgewertet (80%) und zusammengefasst. Die wichtigen Aspekte, die hierbei von den Teilnehmer als belastend und anstrengend empfunden wurden, waren auf der einen Seite die dauerhafte Schichtarbeit, die teilweise ohne Pausen verliefen und auf der anderen Seite die mangelhafte Unterstützung von Aufsichtspersonal und somit oftmals die alleinige Verantwortung einer ganzen Station. Als ein weiterer, wichtiger

Stressfaktor wurde die Erfüllung von verschiedensten Erwartung benannt, sowie der fehlende Kenntnis- und Wissenstand und daraus resultierend die Angst, einen Fehler zu machen, vermerkt. Eine Studie von Kayser-Jones (1997) belegt, dass in 88% der amerikanischen Altenpflegeheimen eine Unterbesetzung des Personals vorzufinden ist. Diese unzureichende Personalausstattung wirkt sich gerade bei den Mahlzeiten negativ aus (Zimber et al., 2000). So ist es nicht möglich, jedem einzelnen Bewohner ausreichend Hilfestellung beim Essen zu geben, was zur Folge hat, dass unberührte Teller aus zeitlichen Gründen wieder zurück in die Küche gestellt werden. Diese Problematik kann ein Grund für die häufig beobachtete Gewichtsabnahme von Altenpflegeheimbewohnern sein.

2.5.1. Kenntnisse und Fähigkeiten des Altenpflegepersonals bezüglich Dysphagien

Benati, Coppola & Delvecchio (2009) untersuchten den Umgang mit Dysphagien in einem Pflegeheim anhand von spezifisch geschultem Pflegepersonal und nicht spezialisiertem Pflegepersonal. Es wurden zwei Gruppen gebildet und von den teilnehmenden Patienten das Körpergewicht vor Beginn der Untersuchung dokumentiert. Gruppe A, bestehend aus 57 Patienten mit Dysphagien und Demenz, wurde von Ärzten und nicht spezialisiertem Pflegepersonal betreut. Gruppe B, 27 Patienten mit Dysphagien und Demenz, wurden von speziell geschultem Pflegepersonal betreut. Die Ergebnisse zeigten, dass die Patienten aus Gruppe A häufiger wegen Aspirationspneumonien im Krankenhaus waren (18% in Gruppe B nur 1%), öfter an Flüssigkeitsmangel litten (20%, in Gruppe B nur 7%) und die Patienten nach Beendigung der Studie in Gruppe B ein Gewichtsverlust von mehr als 5% nachgewiesen werden konnte. Die Resultate dieser Untersuchung zeigen, dass durch Fachpersonal nicht nur das Wohlempfinden der Patienten gesteigert werden kann, sondern auch enorme Kosten durch Krankenhausaufenthalte eingespart werden können.

Dysphagien können viele negative gesundheitliche Folgen mit sich bringen. Essentiell für die Prävention dieser Gesundheitsrisiken ist daher die Anleitung derer, die Menschen mit Dysphagien unterstützen. Im Alltag wird diese Herausforderung an das Altenpflegepersonal gestellt, deren Aufgabe es ist, den Betroffenen während der Nahrungsaufnahme Unterstützung zu leisten (Chadwick et al., 2002) und nicht nur für die körperliche Pflege verantwortlich zu sein (Pearson et al. 2004).

Diese Herausforderung untersuchten Kayser-Jones & Pengilly (1999) und konnten erhebliche Defizite beim Altenpflegepersonal im Umgang mit Dysphagikern feststellen.

So zeigte sich, dass ein Großteil des Personals keine Kenntnisse darüber besaß, dass eine aufrechte Körperhaltung von 90 Grad vor Erstickung und Aspiration schützen kann. Genauso herrschte große Verwunderung darüber, dass Dysphagiker keine flüssigen Getränke ohne Andickung zu sich nehmen sollten, um das Risiko einer Aspiration zu verringern. Die praktische Umsetzung während des Anreichens von Nahrung von kleinen und wohltemperierten Nahrungsmengen konnten Kayser-Jones & Pengilly (1999) nur selten beobachten. Stattdessen wurde das Essen meist viel zu heiß oder bereits kalt angereicht und die Nahrung nicht mundgerecht zugeschnitten. Das Endergebnis dieser sechsmonatigen Untersuchung zeigte drei Hauptkritikpunkte (siehe Tab. 2.5.1.)

Tab. 2.5. Hauptkritikpunkte der Untersuchung von Kayser-Jones et al. (1999)

1. falsche Positionierung der Bewohner während der Mahlzeiten
2. inadäquate Nahrungskonsistenz und Mengenverhältnisse
3. Vorverurteilung der Betroffenen als „schwierige Esser“.

McHale et al. (1998, zitiert von Sandhaus et al., 2009 und Pelletier, 2004) zeigten, dass die wenigsten Pflegekräfte eine Überprüfung der Schluckfähigkeit vornahmen, bevor die Nahrung angereicht wurde. Des Weiteren hatten die Pflegekräfte Schwierigkeiten, ihre Kenntnisse und Fähigkeiten im Bezug auf Dysphagien zu verbalisieren. Aus diesem Grund waren kaum schriftliche Dokumentationen über die Ernährung oder das Schluckverhalten der Heimbewohner in den Akten wiederzufinden (Runions et al. 2004, zitiert von Sandhaus et al., 2009). Gerade bei der Schluckstörung stellt die korrekt und zeitnahe Dokumentation einen wichtigen Faktor dar, sollte das Pflegepersonal jedoch kein ausreichend Wissen über Schluckstörungen haben, wie es Pelletier (2004) in ihrer Studie feststellte, können sie dieser Anforderung selbstverständlich nicht gerecht werden. Die Folgen des Unwissens wies Marrie (2000) in ihrer Untersuchung auf. Marrie (2000) stellte fest, dass von 100 Pflegewohnheimen 33 Einrichtungen eine stationäre Aufnahme ins Krankenhaus infolge von Lungenentzündungen dokumentiert hatten.

Im deutschen Sprachraum untersuchte Hoffmann (2007) den Wissensstand über Schluckstörungen beim Pflegepersonal in Altenpflegeeinrichtungen. Das Ergebnis zeigte das Vorhandensein von korrektem Wissen beim Pflegepersonal, aber auch auf

fehlerhaftes Verhalten und irrtümliche Annahmen. Hieraus ging deutlich hervor, dass insbesondere die praktische Umsetzung der Theorie defizitär verlief. Diese Unwissenheit kann zu schwerwiegenden Konsequenzen führen.

Das Pflegepersonal stellt eine wichtige Rolle im Bezug auf Dysphagien dar und benötigen ausreichendes Wissen und Erfahrung, um situationsbezogen Handeln zu können (Reuther, 2009). Logopäden sind meist nur temporär in den Altenpflegeheimen anzutreffen. Aus diesem Grund sollte das Personal in der Lage sein, Dysphagien rechtzeitig zu erkennen und die Informationen an einen entsprechenden Arzt oder die zuständige Logopädin weiterzuleiten (Kayser-Jones, 1999; Reuther, Schreier & Bartholomeyczik 2009). Fest steht jedoch, dass die meisten Dysphagiker durch ein systematisches Interview, genaue Observation und ein Schluck-Screening vom Pflegepersonal identifiziert werden könnten (Westergren, 2006, zitiert von Sandhaus, 2009).

Allgemein gilt es festzuhalten, dass sowohl die nationalen als auch internationalen Studien belegen, dass ein enormer Mangel an Wissen in den Bereichen Anatomie und Physiologie des Schluckens besteht (Hoffman, 2007; Colodny & Malek, 1991; McHale, et al. 1998; Pelletier, 2004). Um dieses und weiteres Unwissen zu reduzieren, fordern verschiedene Autoren (Colodny & Malek 1991; Reuther et al., 2009; Kayser-Jones, 1999; Hoffmann, 2005) ein stärkeres Fort- und Weiterbildungsangebot für das Altenpflegepersonals sowie eine größere Beteiligung.

2.6. Beeinflussende Faktoren im Bezug auf Fortbildungsmaßnahmen der Altenpflegekräfte

Der berufliche Alltag der Pflegekräfte verläuft dauerhaft unter der Anleitung und Anweisung der Ärzte bzw. der Personalleitung. Somit verfolgen die Pflegekräfte oftmals Instruktionen ohne Handlungsabläufe oder Anordnungen in Frage stellen zu dürfen oder zu müssen (Miller & Krawczyk, 2001).

Eine nicht zu unterschätzende Rolle im Bezug auf Fort- und Weiterbildung spielt die Einverständnis, die sogenannte „Compliance“ bei Pflegekräften. Diese wurde laut Colodny (2008) in wenigen Studien tatsächlich untersucht, jedoch scheint es bereits eine große Diskrepanz zwischen den Erwartungen der Logopäden und den Pflegekräften zu geben (Miller & Krawczyk, 2001). Dieses Unstimmigkeit kann zur Folge haben, dass

aufgrund des nicht Einhaltens von Empfehlungen der Logopäden und dem nicht Annehmen von neuem Wissen, Patienten massive gesundheitliche Verschlechterungen ertragen müssen (Colodny, 2001). Die Studie von Miller & Krawczyk (2001) weist darauf hin, dass die Pflegekräfte vermehrt kontinuierlich an ihren Gewohnheiten festhalten und ein Wandel zum Beispiel auch aus zeitlichen Aspekten oftmals nur schleppend in Gang gebracht wird. Des Weiteren muss festgehalten werden, dass die Überzeugung der Pflegekräfte, institutionelle Faktoren und die Charakteristika der Bewohner sehr wichtige beeinflussende Aspekte darstellen, um Veränderungen überhaupt zuzulassen.

2.6.1. Fortbildungsbedürfnisse- und motivation

Wie in Kapitel 2.5.1. dargelegt, fordern Colodny & Malek bereits 1991 eine Erhöhung der Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen, um die Unwissenheit von Pflegepersonal über Dysphagien zu minimieren. Bis heute gibt es keine einheitlich standardisierten Fortbildungsverfahren. Dies zeigen die unterschiedlichen, in Kapitel 2.7. aufgelisteten Fortbildungsprogramme, die sehr variantenreich aufgebaut sind. Es wurde jedoch in den letzten Jahren ein vermehrter Bedarf an Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen sowie an Beratung und Anleitung im Arbeitsalltag festgestellt (Hoffmann, 2007). Auch Coles et al., (1995), O'Loughlin & Shanley (1998), und Shield & Hughes (1998) stellten fest, dass der Bedarf an Schulungen, um das Erkennen und den Umgang mit Schluckbeschwerden und Kommunikationsproblemen zu identifizieren, steigend ist. Zusätzlich sollten Fortbildungen dem Altenpflegepersonal ermöglichen, ihre berufliche Entwicklung weiter zu verfolgen und somit ihren Aufgaben mit Sicherheit und Kompetenz gegenüberzutreten nachkommen zu können. Denn selbst das Pflegepersonal mit mehrjähriger beruflicher Erfahrung muss die geriatrischen Kenntnisse und Fähigkeiten erneuern und auffrischen, um den altersspezifischen Herausforderungen gerecht zu werden (Barba & Fay 2009).

Eine nicht zu unterschätzende Rolle bei der erfolgreichen Teilnahme an einer Fortbildung spielt die Motivation. Murphy (2006) stellte diese als wichtigen Teil des Lernprozesses dar. Stark beeinflussend sind hier die Faktoren der *intrinsischen* und *extrinsischen* Motivation. Die intrinsische Motivation bezieht sich auf das persönliche Interesse des Individuums, sich neue Dinge aneignen zu wollen. Die extrinsische Motivation betrifft das Geschehen um die Person herum, wobei dieser keinerlei

Kontrolle zugesprochen wird (Bechtel et al., 2010).

Generell wichtig erscheinen durch den Lehrenden, somit der extrinsische Faktor, die Vermittlung von Stimulation, Regulation und die Aufrechterhaltung der Begeisterung der Altenpflegekräfte.

Als Hilfestellung sollten dazu den Altenpflegekräften verschiedene Motivations- und Lerntheorien angeboten werden, die im Prozess der mitarbeitenden Pflegekräfte zu mehr Stabilisierung bzw. Steigerung der Motivation genutzt werden können (Murphy, 2006).

Bezüglich der intrinsischen Motivation können laut Bechtel, Friedrich & Kerres (2010) die Motive, um sich selber weiterzubilden individuell oder sozial sein und sich auf bewusst oder unbewusster Ebene entweder verstärken oder gegenseitig hemmen. Das Übereinstimmen unbewusster und bewusster Motivation ist jedoch für die Altenpflegekräfte die wichtigste Basis der Zufriedenheit in ihrem beruflichen Alltag.

2.6.2. Methodisches Vorgehen der Fortbildung für Altenpflegekräfte im Bezug auf Dysphagien

Um ein neues Fortbildungskonzept anwendbar zu gestalten, müssen bestimmte Kriterien erfüllt sein. Grundvoraussetzung dafür sind die theoretische Darstellung, die praktische Anweisung und der Transfer in den beruflichen Alltag (Jung, 2007). In der Anwendungsphase in den Alltag bekommen die Pflegekräfte die Möglichkeit, sich mit dem neu Erlernten vertraut zu machen oder die alten Routineverfahren bei Missfallen wieder aufzunehmen (Jung, 2007). Durch das Annehmen von neuen Konzepten kommt es bei der Pflegeperson zu einer Qualitätsverbesserung, die große Auswirkungen auch auf die Sicherheit und Kompetenz haben (Berlowitz et al., 2003).

Die bisherigen Fort- und Weiterbildungsprogramme für Pflegekräfte im Bezug auf Dysphagien variieren sehr stark in ihren Inhalten sowie der Dauer und praktischen Anwendbarkeit und es sind keine standardisierten Verfahren vorhanden (Rittig et al., 2009). Auch die methodisch-didaktische Anleitung ist sehr verschieden gestaltet. Aufgrund dessen untersuchten Miller & Krawczyk (2000) die zu berücksichtigenden Aspekte bei der Erstellung von Fortbildungen für Pflegekräfte und kamen auf folgende Resultate. Die Fortbildungen sollten somit Folgendes beinhalten:

1. einfache, verständliche und effektive Kommunikation

2. sofort anwendbare, praktische Demonstrationen
3. Berücksichtigung der unterschiedlichen Lehr- und Lernstile
4. zu Beginn sollten Erwartungen besprochen werden
5. Verbindung von theoretischer Vermittlung und praktischen Situationen,

um die Dysphagie als gemeinsame Problemdarstellung zu präsentieren und um einen effektiven Transfer in den beruflichen Alltag zu gewährleisten.

2.7. Bestehende Fortbildungsprogramme

Hansell & Heinemann (1996) untersuchten anhand ihrer Studie das Wissen der Pflegekräfte im Bezug auf Kenntnisse von Risikofaktoren, Komplikationen und therapeutischen Interventionen von Dysphagien. Hierfür stellten die Autoren eine Kontrollgruppe und eine Experimentalgruppe aus Pflegekräften zusammen. Diese zwei Gruppen nahmen alle an einem Pretest teil. Daraufhin folgten Fortbildungsmaßnahmen für die Experimentalgruppe mit einer differierenden Intensivität und mit Hilfsmitteln. Die Kontrollgruppe erhielt keine Fördermaßnahmen. Am Ende, nachdem alle drei Gruppen den letzten Posttest durchgeführt hatten, konnten signifikante Unterschiede im Bereich der Kenntnisse und Fähigkeiten im Bezug auf Dysphagien verzeichnet werden. Jedoch waren keine signifikanten Unterschiede in den beiden Experimentalgruppen festzustellen, obwohl Gruppe B mehr Basiswissen erlernt hatte und für den Berufsalltag „Pocket cards“ erhielt, auf denen Hilfestellung in Form von Interventionen und Risikofaktoren im Bezug auf Dysphagien zusammengefasst waren. Allgemein konnte jedoch in allen Gruppen festgestellt werden, dass im beruflichen Alltag vermehrt und schneller, Menschen mit Dysphagien von den Pflegekräften identifiziert und an Logopäden oder entsprechende Ärzte weitergeleitet wurden.

Letztendlich zeigt diese Studie, dass eine Fortbildung nicht nur eine Steigerung der Fähigkeiten der Pfleger bewirkt, sondern auch eine Minimierung von Komplikationen und somit die finanziellen negativen Auswirkungen auf das Gesundheitssystem wesentlich gesenkt werden können (Hansell & Heinemann, 1996).

O'Loughlin & Shanley (1998) untersuchten die Effektivität des Programms „Swallowing on a Place“. Dafür machten sie zwei Untersuchungen getrennt voneinander mit jeweils

15 Pflegekräften. Ziel war es, den Altenpflegern die Fähigkeit zu vermitteln, ungeschultes Personal anzuleiten im Bereich der Dysphagie anzuleiten. Hierzu mussten sie selber die Fähigkeiten erlernen Dysphagien zu identifizieren, zu bewerten und somit den Umgang mit Schluckstörungen zu verbessern. Die Forscher modifizierten das Programm, in dem sie zwei Checklisten zur Überprüfung von Dysphagien und eine Schluckpflegeplan entwarfen. Der theoretische Teilbereich der Fortbildung war auf drei Termine á vier Stunden angesetzt. Die Referentinnen waren zwei Ergotherapeuten, eine Ernährungsberaterin und eine Logopädin. Die erste Unterrichtseinheit beschäftigte sich mit der Anatomie, Physiologie, pathologischen Schluckvorgängen, Warnzeichen, Presbyphagien, Zusammenhänge mit Demenz und dem Einfluss von Medikamenten auf das Schluckverhalten. Des Weiteren wurden den Teilnehmer die zwei Checklisten und der Schluckpflegeplan vorgestellt und durch ein Video der sichere Schluckvorgang verdeutlicht. In der zweiten Unterrichtseinheit wurden der „Swallowing Management Index“ und der „Swallowing Care Plan“ präsentiert und genau erläutert. In der letzten Unterrichtseinheit wurde intensiv auf den Bereich Ernährung eingegangen und die Richtlinien für das Anreichen bestimmter Konsistenzen erläutert. Zwischen der zweiten und dritten Unterrichteinheit wurde der praktische Teil der Fortbildung im Zeitraum von einem Monat durchgeführt. Die Teilnehmer hatten die Aufgabe eine Fortbildung für ihre Kollegen im Bereich Dysphagiemanagement und Schluckbeschwerden zu erstellen und durchzuführen. Zusätzlich wurden sie von einem Supervisor während ihrer Arbeit beobachtet und bekamen Feedback. In der dritten Stunde durften die Teilnehmer einen eigenen „Swallowing Management Plan“ erstellen und hatten die Aufgabe, diesen an ihre Kollegen weiter zu geben. Die Ergebnisse zeigten, dass die Teilnehmer eine deutliche Steigerung an Wissen über Schluck-Management erzielt hatten. Der Nutzen regelmäßiger Bewertung und Dokumentation wurde erkannt und etabliert. Außerdem wurden Zusammentreffen unter den Kollegen vereinbart, um über Schluckstörungen zu diskutieren und neu erworbenes Wissen weitergeben zu können. Somit hat sich dieses Programm zu einem „Stand-alone-Kit“ entwickelt, denn durch die Unterrichtsmaterial und Handout waren die Pfleger nun in der Lage eigenständig Veränderung in ihrem Arbeitsalltag durch die Wissensbereicherung der Fortbildung vorzunehmen.

Shaw & May (2001) untersuchten die Effektivität von Schlucktrainings in 16 Pflegeheimen an 113 Pflegekräften. Das Training beinhaltete einen theoretischen und

einen darauf folgenden praktischen Teil. Die Vor- und Nachuntersuchung erfolgte mithilfe eines Fragebogens. Die Items wurden nach drei Parametern ausgewertet: ‚Nicht Gewusst‘, ‚Gewusst‘, ‚Falsch‘. Alle Parameter wiesen im Posttest signifikante Verbesserungen auf. Am deutlichsten verbessert zeigten sich die Fragen zu Anzeichen von Aspirationen, Anpassung von Nahrungskonsistenzen und Auswahl von Trinkgefäßen. Die Autoren vermuten als Folge dieses Trainings eine Reduktion von Lungenentzündungen und demzufolge einen Rückgang von Krankenhausaufenthalten.

Eine Studie von Davis & Copeland (2005) überprüfte die Effektivität eines computerbasierten Dysphagietrainings bei Pflegekräften. Die Maßnahme enthielt 45 PowerPoint Folien mit den Inhalten: Anatomie und Physiologie, Risikofaktoren, Handhabung von Ernährung, Flüssigkeitszufuhr und Verabreichung von Medikamenten. Die Postuntersuchung zeigte mit Hilfe eines Fragebogens einen signifikanten Unterschied zwischen der Experimental- und der Kontrollgruppe, die keine Intervention erhielt. Zusätzlich wurde die Subgruppe (PflegerInnen vs. PflegehelferInnen) verglichen. Hier konnten keine signifikanten Unterschiede festgestellt werden. Die Autoren weisen darauf hin, dass ein computerbasiertes Training zwar effektiv ist, ein traditionelles Training aber nicht ersetzen, aber als eine Komponente in der Ausbildung von Pflegekräften fungieren kann.

In der explorativen Studie von Chadwick et al. (2002) wurde untersucht, wie groß der Kenntnisstand über die Dysphagie-Leitlinien ist und was tatsächlich von den Empfehlungsmaßnahmen in der Praxis umgesetzt wurde. An der Untersuchung nahmen 46 Pfleger teil, die alle Patienten mit Dysphagien betreuten. Mit Hilfe eines strukturierten Interviews wurden Daten erhoben, um diese mit Beobachtungsdaten derselben Personen zu vergleichen. Anschließend fand ein Training für die Teilnehmer statt, welches von zehn Logopäden durchgeführt wurde. Hierbei wurde speziell auf die Dysphagie Leitlinien und individuell auf einzelne Patienten eingegangen. Die individuelle Betreuung wurde über drei Monate fortgeführt. Die Ergebnisse des Trainings zeigten, dass es den Pflegekräften wesentlich leichter fiel, Maßnahmen zur Beurteilung des Essens sowie die Handhabung spezieller Utensilien zu erlernen und zu erinnern, als ein Training allein basierend auf psychosozialen Hilfestellungen wie Zuspruch, Unterstützung und Interaktion während der Mahlzeiten.

Eine mögliche Erklärung, sei, dass die Anleitung zur psychosozialen Interaktion während des Trainings weniger anschaulich vermittelt und vor allem situationsabhängig und damit weniger routinemäßig eingeübt werden konnte. Routine während der Mahlzeiten stellt insofern ein Problem dar, als dass sich schnell Fehler einschleichen und sich im täglichen Ablauf manifestieren können. Gefährlich wird es dann, wenn bei Unsicherheiten nicht die Leitlinien, sondern Rat von Kollegen in Anspruch genommen wird und so unter Umständen Fehler ihre Verbreitung finden.

2.8. Fragestellungen und Hypothesen

Wie die Fortbildungsprogramme zeigen, konnten signifikante Erfolge bzgl. des Umgangs mit Dysphagikern beim Pflegepersonal erzielt und somit zu einer Verbesserung der Lebensqualität der Altenheimbewohner beigetragen werden. Logopäden sind selten in Altenpflegeheimen fest angestellt und somit bleibt die Weitervermittlung von speziellem Wissen an das Pflegepersonal oftmals auf der Strecke (Kayer-Jones, 1999). Daraus resultiert, dass sich das Pflegepersonal aus eigener Initiative fort- und weiterbilden muss. Magnus (2001) zeigte in seiner Studie, dass das Pflegepersonal in der Lage ist, langfristig Dysphagie-Screenings durchzuführen und das Management von Schluckstörungen zu übernehmen. Jedoch reicht das alleinige Handeln des Pflegepersonals selten aus, denn die oft komplexe Krankheitsgeschichte eines Dysphagikers erfordert meist die Behandlung durch ein interdisziplinäres Team. Der Logopäde spielt hierbei eine besonders wichtige Rolle. Durch sein Fachwissen im Bereich der Schluckstörungen kann er das Pflegepersonal in Alltagssituationen anleiten und trainieren (Kayer-Jones, 1999). Der Logopäde ist jedoch nicht nur durch seine Ausbildung im Bezug auf Schluckstörungen spezialisiert, sondern besitzt auch die grundlegenden Kenntnisse über die beeinflussenden Faktoren des biologischen, physischen, psychischen und sozialen Älterwerdens. Somit ist er bestens ausgestattet, um entsprechend effiziente und sensible Beurteilungen und Fortbildungen in Altenpflegeheimen vorzunehmen zu können (Lubinski, 2006).

Durch die stetige Zunahme an Pflegebedürftigen wird der Bedarf an Fortbildungsmaßnahmen im Bereich Dysphagien weitgehend steigen. Da die Prävention mit zu einer der wichtigen Kernkompetenzen des Logopäden gehört, wird es Zeit ein einheitliches effektives Fortbildungsprogramm zu entwickeln, um dieses in den Pflegeeinrichtungen anzubieten.

Diese Bachelorarbeit hat zum Ziel einen internationalen Überblick über einzelne Elemente und vollständig bestehende Fort- und Weiterbildungsprogramme zu geben. Es soll ein Vergleich bereits bestehender Studien zum Thema „Dysphagien in der Altenpflege“ vorgenommen werden. Durch diesen Vergleich sollen die wichtigsten Informationen zusammengetragen werden um am Ende eine umfassende Empfehlung für Dysphagie- Fort- und Weiterbildungsprogramme für das Altenpflegepersonal geben zu können. Auf diese Weise wird es möglich sein ein Konzept zu erstellen, welches bereits evaluierte Teilbereiche mit hoher Effizienz aus unterschiedlichen Programmen zusammenfügt.

Die daraus entwickelte Fragestellung lautet:

Inwiefern ändern sich die Kompetenzen des Personals in Altenpflegeeinrichtungen durch Dysphagie-Fortbildungen gemessen am Zustand der betroffenen Patienten?

Zusätzlich wurden noch ein paar weitere Nebenfragen aufgestellt, die eng mit dem komplexen Thema verknüpft sind und beantwortet werden sollen:

Nebenfragen:

- Gibt es Empfehlungen bzw. Effektivitätsnachweise für Fortbildungsinhalte, Dauer, Zeitpunkte, Teilnehmerumfang, Praktikabilität für den Alltag usw.?
- Inwiefern beinhaltet die Ausbildung zum Altenpfleger bzw. Altenpflegehelfer das Thema Dysphagie?
- Gibt es Angaben/Studien über die Fort-& Weiterbildungsmotivation von Altenpflegern bzw. Altenpflegehelfern?
- Welche Gründe führen zu einer Entscheidung für oder gegen eine Weiter- und Fortbildung?
- Welche sind die Bedürfnisse und beeinflussende Faktoren?
- Welche methodisch-didaktischen Aspekte sind für die Erstellung und Durchführung einer Fortbildung zu beachten?
- Welche Kompetenzen benötigen Altenpfleger bzw. Altenpflegehelfer für die rechtzeitige Erkennung und den adäquaten Umgang mit Dysphagien?
- Welche Fortbildungsangebote (national und international) gibt es im Bereich Dysphagie für Altenpfleger bzw. Altenpflegehelfer und welche Inhalte werden in

diesen behandelt?

Die daraus resultierenden **Hypothesen** sind:

- Dysphagie-Fortbildungen haben einen positiven Einfluss auf die Kompetenzen des Personals in Altenpflegeeinrichtungen.
- Die Effektivität von Fortbildungen ist abhängig von der Dauer, der Frequenz, den Inhalten, dem didaktisch-methodischen Aufbau, dem Verhältnis von Theorie und Praxis und der Motivation des Pflegepersonals.

Die Resultate dieser Bachelorarbeit sollen einen Beitrag dazu liefern, ein standardisiertes Fort- oder Weiterbildungsprogramm für Altenpflegekräfte zu erstellen.

Aufgrund des begrenzten Umfangs der vorliegenden Arbeit können hierbei lediglich Empfehlungen für Fort- oder Weiterbildungsprogramme und keine vollständigen Konzepte dargeboten werden.

3. METHODE

In diesem Kapitel wird die methodische Vorgehensweise der Literaturstudie dargestellt. Es soll die genaue Herangehensweise der Literaturrecherche erläutert werden und es wird genauer beschrieben mit welchen Selektions- und Bewertungskriterien die einzelnen Artikel bewertet wurden, um in den Hauptteil der Bachelorarbeit aufgenommen zu werden.

3.1. Zielsetzungen

Ziel dieser Literaturstudie war es, durch bereits vorhandene Studien den aktuellen Forschungsstand zum Thema ‚Dysphagie in der Altenpflege‘ darzustellen. In vielen Studien wurde über das mangelhafte Wissen der Altenpfleger und die nicht einheitlichen Verfahren von Dysphagie-Fortbildungsprogrammen festgestellt und besprochen. In dieser Bachelorarbeit sollten die Folgen von Dysphagien erläutert werden und die vorhandenen Fortbildungsprogramme für Altenpflegekräfte zusammengetragen und einander gegenübergestellt werden. Die Studien sollen zusammengetragen werden und eine Empfehlung für Dysphagie-Fortbildungen ergeben. Anhand dieses Verfahrens können Bereiche sowie Teilaspekte von Fortbildungsprogrammen, deren Effektivität bewiesen wurde in aufbauenden Fortbildungskonzepten gebündelt berücksichtigt werden und als Basis für weiterführende Projekte sowie als Wissenserweiterung für in diesem Gebiet tätige Logopädinnen dienen. Als Studiendesign wurde eine systematische Literaturanalyse bestehender Studien ausgewählt, um den momentanen Forschungsstand zusammenzufassen. Denn die Ausgangshypothese dieser Arbeit besteht darin, ob die Dysphagie-Fortbildungen einen positiven Einfluss auf die Kompetenzen der Altenpflegekräfte haben und inwiefern diese Programme in ihrer Effektivität von der Dauer, Frequenz, den Inhalten, dem didaktisch-methodischen Aufbau, dem Verhältnis von Theorie und Praxis als auch der Motivation des Pflegepersonals abhängig sind.

3.2. Suchstrategie

Die systematische Literatursuche wird in verschiedenen elektronischen Datenbanken und ausgewählten Zeitschriften durchgeführt. Zudem werden Bachelor- und Masterarbeiten bzw. Diplom- und Magisterarbeiten, sowie Dissertationen über die Suche in Universitätsbibliotheken (Aachen, Bielefeld, Köln und Heerlen) einbezogen.

3.2.1 Verwendete Datenbanken

Für die Literatursuche wurden vier Datenbanken und zwei Zeitschriften durchsucht.

Datenbanken:

- Pubmed
- Science Direct
- Cochrane Library
- JADE

Zeitschriften:

- Dysphagia
- Journal of Gerontological Nursing

Die Zeitschriften, die durch das Handsearch' - Verfahren gesichtet wurden, decken zum Einen den dysphagischen („Dysphagia“) und zum Anderen den Aspekt der Pflegekräfte („Journal of gerontological Nursing“) ab.

3.2.2. Suchtermini

Es wurde von folgender Fragestellung ausgegangen:

Inwiefern ändern sich die Kompetenzen des Personals in Altenpflegeeinrichtungen durch Dysphagie-Fort- und Weiterbildungen gemessen am Zustand der betroffenen Patienten?

Hieraus werden folgende Suchtermini abgeleitet und in Kombination (OR und AND) in die Datenbanken eingegeben:

- Dysphagia
- Deglutition disorder (s)
- Swallowing disorder (s)

und in Kombination mit:

- Training
- Education

und in Kombination mit:

- Motivation

- Knowledge
- Prevalence

und in Kombination mit:

- Nurse (s)
- Nursing
- Nursing staff
- Nursing home (s)

und in Kombination mit:

- Speech and Language Therapy

und in Kombination mit:

- Dysphagia Guidelines
- Definition Dysphagia

Es entstanden insgesamt 45 unterschiedliche Suchtermini-Kombinationen (siehe Anhang 2).

3.3. Studienauswahl, Bewertungskriterien und Selektionskriterien der Artikel

Die Studienauswahl für den Ergebnissteil durchläuft drei systematisch aufgebaute Phasen (siehe Tab. 3.1.).

Tab. 3.1. Phasen und Beurteilung der Studienauswahl

Phasen	Beurteilung
Erste Phase	Beurteilung der Titel
Zweite Phase	Bewertung des Abstracts
Dritte Phase	Bewertung des Volltexts

Bewertungskriterien, die bei der Auswahl der Studien vorgenommen werden, lassen sich durch eine dreistufige Skala kennzeichnen. Sie können zudem durch die Attribute mit einer bestimmten Wertigkeit kombiniert werden (Dalemans et al., 2007) siehe Tab. 3.2..

Tab.3.2. Skalenniveaus und Wertigkeiten der Bewertungskriterien der Artikel

Skalenniveau	Wertigkeit
Relevant	2

Eventuell relevant	1
Unrelevant	0

Zur Vereinfachung von der Studienaushwahl und den Bewertungskriterien werden zusätzlich Selektionskriterien gezielt eingesetzt.

Die allgemeinen Selektionskriterien betreffen:

- Die Ausgewählten Studien sollten in den Jahrgängen zwischen 1995 und 2010 publiziert worden sein.
- Prinzipiell werden internationale und nationale Reviews quantitative und qualitative Studien aufgenommen. Hierbei soll jedoch darauf geachtet werden, dass in die qualitativen Forschungsprojekte mehr als sechs Teilnehmer eingebunden sind (Dalemans et al., 2007).
- Die Artikel sollten auf deutsch oder englisch verfasst sein.

Die Selektionskriterien bezüglich des Titels:

- Es sollen mindestens zwei von den sechs vorgegeben Variablen im Titel genannt sein.

Variable 1: Personal in Altenpflegeeinrichtungen

Variable 2: Patienten mit Dysphagien/Presbyphagien

Variable 3: Eine Art von Fortbildung/Training/Kurs u.ä..

Variable 4: Dysphagie Leitlinien

Variable 5: Logopäden/Sprachtherapeuten

Variable 6: Motivation bzw. Bedürfnisse

Selektionskriterien bezüglich der Abstracts:

- Die Relevanz (=Wertigkeit 1) der Untersuchung soll bereits im Abstract deutlich werden.
- Eine Kurzbeschreibung von den Methoden und Ergebnissen sollte bereits im Abstract dargestellt werden.

Selektionskriterien bezüglich der Volltexte:

- Die Volltexte müssen eine deutliche Darstellung der Methoden sowie eine genaue Beschreibung der angewandten Messinstrumente aufweisen. Des Weiteren sollten statistische Analysen nachvollziehbar sein.
- Die Resultate sollten auf das Pflegepersonal und die durchgeführten Fortbildungen eingehen.
- Volltexte sollten das Studiendesign, die Population, das verfolgte Ziel und eine kritische Stellungnahme zu den erreichten Ergebnissen sowie ein hohes Evidenzlevel vorweisen.
- Es sollten die angewendeten Messinstrumente genauer beschrieben werden.
- Sollte es sich um Fallberichte handeln, werden diese von dem Ergebnisteil ausgeschlossen.

3.4. Herangehensweise zur Beurteilung der Studien

In Anlehnung an das Critical-Review-Formular (siehe Anhang 3) werden die Zusammenfassungen der gefundenen Literatur in objektiver Form zusammengefasst. Um eine Klassifikation der Literatur vornehmen zu können, wird das Klassifikationssystem der Cochrane Collaboration angewendet (siehe Tab 3.3.).

Tab. 3.3. Klassifikationssystem der Cochrane Collaboration

STUFE	EVIDENZ-TYP
Ia	Evidenz auf der Grundlage von Meta-Analysen randomisierter, kontrollierter Studien
Ib	Evidenz aufgrund geringstenfalls einer randomisierten, kontrollierten Studie
IIa	Evidenz aufgrund nicht weniger als einer gut angelegten, kontrollierten Studie ohne Randomisierung
IIb	Evidenz aufgrund mindestens einer gut angelegten, quasi-experimentellen Studie
III	Evidenz aufgrund gut angelegter nicht experimenteller deskriptiver Studien (hierzu gehören z.B: Fall-Kontroll-Studien)
	Evidenz auf Grundlage von Berichten/ Meinungen von Expertenkreisen, Konsensuskonferenzen und /oder klinische Erfahrung anerkannter

IV Autoritäten

Um die Qualität der ausgewählten Studie bewerten zu können, finden hier für zwei Kriterienliste von Dalemans et al. (2008) Anwendung (siehe Tab. 3.4. und Tab 3.5.). Diese werden im Anhang (6. 4.) unter Tab. 6.2. aufgeführt.

Die Kriterienlisten nach Dalemans et al. (2008) wurden zusätzlich zu den selbst aufgestellten Selektionskriterien als Orientierung der Bewertung von Studien verwendet (s. Anhang 6.4.Tab. 6.2.). Im Zeitraum vom 15. August 2010 bis zum 15. Oktober 2010 fand die Recherche innerhalb der oben genannten Datenbanken und den Suchtermini statt. Hierbei wurden 1.594 Artikel gefunden.

Die Zahl 1.594 setzt sich aus den Ergebnissen der Datenbanken und der Zeitschriften zusammen. Bei dieser Anzahl der Artikel kann eine Überlappung nicht ausgeschlossen werden, sodass es teilweise zu einer doppelten bis hin zu mehrfachen Berücksichtigung gekommen sein kann.

Tab. 3.4. Methodological Quality Criteria List for Quantitative Studies

Methodological Quality Criteria List for Quantitative Studies	
Informativity	
Yes =1 No=0	
a.	The purpose of the study is clearly described
b.	The method of the data collection is properly described
c.	The main outcomes to be measured are clearly described in the introduction or methods section
d.	The description of the characteristics of the population is sufficient
e.	The response rate is >70%, or the information of the non-responders is sufficient
f.	The main findings of the study are clearly described: simple outcome data should be reported for all major findings
Subtotal (max. 6)	
External Validity	
g.	The subjects asked to participate are representative of the population from which they were recruited
h.	The inclusion and exclusion criteria are described
i.	The age range is specified
j.	The study period is described
Subtotal (max 4)	
Internal validity	
k.	The data are prospectively collected
l.	A comparison group is used and properly described
m.	The measurement instrument (s) is /are described
n.	The main outcome measure used are accurate (valid and reliable)
o.	Age specific and gender specific outcomes are reported
Subtotal (max 5)	

Total (max 15)

Tab. 3.5. Methodological Quality Criteria List for Qualitative Studies

Methodological Quality Criteria List for Qualitative Studies	
Informativity	
	Yes =1 No=0
a. The purpose of the study is clearly described	
b. The method of the data collection is properly described	
c. The description of the characteristics of the population is sufficient	
d. A full range of possible cases or settings is sampled	
e. The main findings of the study are clearly described: written account should include sufficient data to judge whether interpretations are supported by the data	
f. A wide range of different perspectives is described	
Subtotal (max. 6)	
Reliability /validity	
g. Use of data triangulation	
h. Use of investigator triangulation	
i. Use of methodology triangulation	
j. Use of respondent validation (member checking)	
k. Attention to negative cases	
l. Reflexivity: personal and intellectual bias is made plain at the outset	
m. The main outcome measure used are accurate (valid and reliable)	
n. Age specific and gender specific outcomes are reported	
Subtotal (max 8)	
Total (max 14)	

Von den 1.594 Artikel wurden durch die Bewertung des Titels 270 als relevant eingestuft und in die nähere Auswahl integriert. Von den 270 Artikeln wurden dann durch die oben genannten Bewertungskriterien 39 Abstracts als relevant betitelt. Am Ende blieben 13 wichtige Studien für den Ergebnisteil dieser Arbeit übrig, die aufgrund ihres Inhaltes des Volltexts als relevant bewertet wurden. Diese 13 Studien sind im folgenden Kapitel ausführlich dargestellt.

4. RESULTATE

Im folgenden Kapitel werden die zehn Studien dargestellt, die zur Beantwortung der Fragestellungen dieser Bachelorarbeit aufgenommen wurden. Zusätzlich befindet sich im Anhang (6.4., Tab. 6.3) eine kurze Zusammenfassung der wichtigsten Inhalte. Die präsentierten Studien beinhalten die Darstellung des Wissensstandes von Altenpflegekräften rund um das Thema der Dysphagien, generelle Effektivitätsnachweise von Dysphagie-Fortbildungsprogrammen, verschiedene Formen von Fortbildungsprogrammen, didaktisch-methodische Vorgehensweisen, Bedürfnisse und Motivationen von Altenpflegekräften sowie Gründe, Fortbildungsprogramme vermehrt einzusetzen und welchen relevanten Faktoren die Logopäden in dieser gesamten Thematik haben.

4.1. Bestehende Fortbildungsprogramme

Es gibt eine kleine Anzahl an Fortbildungsprogrammen im Bereich Dysphagie in der Altenpflege, jedoch ob diese auch generell effektiv sind, wurde von wenigen Forschern ergründet. Diese Wissenslücke nahmen Shaw & May (2001) zum Anlass, eine Studie durchzuführen mit der Fragestellung: Können Fortbildungen das Wissen von Altenpflegepersonal im Bereich Schlucken und Kommunikation verbessern?. Um ein objektives Bild über die Effektivität ihrer Fortbildungsprogramme zu bekommen, erstellten die Forscher einen Pre- und einen Posttest, welcher vor und nach der Fortbildung in Form von Fragebögen verteilt wurden. Die 113 Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Fortbildung „Schlucken“ wurden zunächst mit theoretischem Wissen konfrontiert, bevor sie auch einzelne praktische Strategien ausprobierten. Die Teilnehmer, die sich für den Schwerpunkt „Kommunikation“ in der Fortbildung eingeschrieben hatten, erhielten ebenfalls zunächst einen theoretischen Überblick und in der praktischen Ausübung wurden Rollenspiele zur Verdeutlichung von Kommunikationsstörungen simuliert dargestellt.

Die Fortbildungen wurden von zwei Logopäden durchgeführt. Es wurde explizit darauf geachtet, dass keine Fremdwörter verwendet wurden und als methodisches Mittel diente zusätzlich ein Flip-Chart zur visuellen Hilfestellung.

Der Vergleich von Pre- und Posttest zeigte hochsignifikante Verbesserungen. Somit konnte erfolgreich das Wissen über die Wichtigkeit einer aufrechten Positionierung der

Altenheimbewohner vermittelt werden, sowie das Unwissen über die Anpassung der Nahrungskonsistenzen aufgehoben werden. Des Weiteren bewirkte die Fortbildung ein besseres Verständnis für die Relevanz der Überweisung an das Fachpersonal bei Verdacht einer Dysphagie, die Anwendung von Trinkbechern sowie das Wissen von spezifischen Indikatoren bzgl. einer Aspiration einzuschätzen.

Es konnte eine deutliche Verbesserung des Wissens der Pflegekräfte durch die Fortbildung erzielt werden, wodurch sich die Hypothese von Shaw & May (2000) bestätigen ließ; Fortbildungsprogramme können den Wissenstand der Altenpflegekräfte im Bereich Dysphagien signifikant erhöhen und somit, laut der Forscher, auch Atemwegsinfektionen potenziell reduzieren, wodurch wiederum Krankenhausaufenthalte minimiert werden können.

Eine deutliche Reduzierung von Atemwegsinfektion und Pneumonien konnte anhand des computerbasierten Dysphagietraining von Davis & Copeland (2005) festgestellt werden. Die Forscher befassten sich mit der Fragestellung, ob computerbasierte Dysphagie-Trainingsprogramme bei den Altenpflegern zu einem erhöhten Wissensstandard führen würden. Die Impulse für die Überlegungen kamen von der American Society for Training and Development, denn sie stellten fest, dass computerbasierte Trainingsprogramme kostengünstiger, zeitlos, anpassungsfähig sind und die Messbarkeit besser gewährleistet ist.

Im Auftrag der American Society for Training and Development wurden eine Gruppe von Forschern und Logopäden zusammengestellt, die gemeinsam ein computerbasiertes Fortbildungsprogramm für Altenpflegekräfte erstellten. Bei der Erstellung des Programms erschien der American Society for Training and Development die Anwesenheit der Logopäden als sehr wichtig, da sie davon ausgehen, dass Logopäden wichtige Fachkräfte im Bereich der Schluckstörungen darstellen. Denn ihre Aufgabe basiert im klinischen Alltag darauf, Schluckstörungen bei Betroffenen zu erkennen und das Pflegepersonal anzuleiten, um die Störung zu verringern oder gar aufzuheben. Aus diesem Grund sollte laut der American Speech-Language-Hearing-Association, der logopädische Berufszweig, nicht nur für die Diagnosestellung und Therapie von Patienten mit Schluckstörungen verantwortlich sein, sondern vermehrt auch die Notwendigkeit erkennen, dass Personal, das mit solchen Krankheitsbildern in Kontakt kommt, aufzuklären und gegebenenfalls auszubilden.

Das computerbasierte Fortbildungsprogramm wurde von 123 Altenpflegekräften getestet. Diese Teilnehmer wurden in eine Experimentalgruppe, eine Kontrollgruppe und eine Subgruppe unterteilt. Die Kontrollgruppe nahm, wie die anderen Gruppen, an den Pre- und Posttests teil und erhielt keine weitere Intervention. Die Experimentalgruppe erhielt in Form des computerbasierten Dysphagie-Trainings eine Interventionsmaßnahme, welches sich als interaktives Lernprogramm darstellte. Die Pflegekräfte mussten innerhalb von vier Wochen das Training eigenständig an ihrem Arbeitsplatz durchführen. Für den zeitlichen Arbeitsaufwand wurden 30 Minuten veranschlagt. Die 45 Arbeitsfolien beinhalteten die Themen: physiologisches Schlucken, Anatomie, Physiologie, Risikofaktoren für Dysphagien und Richtlinien für die Regulierung von Ernährungsweise, Flüssigkeitszufuhr und Medikation. Das Programm basiert einerseits auf Graphiken, andererseits auf Textbausteinen und die Benutzer erhielten ihr Feedback bei der Beantwortung von Fragen auditiv oder in Textform. Sollten die Pfleger weniger als 90% korrekt beantwortet haben, war der Training nicht bestanden und es bedurfte einer Wiederholung, um am Posttest nach vier Wochen teilnehmen zu können.

Anhand der Subgruppe, welche sich aus den Pflegern und Pflegehelfer zusammengesetzt hatte, sollte zusätzlich erforscht werden, ob die unterschiedlichen Ausbildungsqualifikationen (Pfleger und Pflegehelfer) einen signifikanten Effekt im Bezug auf den Lerneffekt nach dem Training haben würden. Wie in Tab. 4.1 zu sehen ist, zeigte sich durch die Auswertung des Pre- und Posttest, dass bei der Subgruppe kein signifikanter Unterschied im Lerneffekt nachgewiesen werden konnte (innerhalb der Subgruppe; Pfleger: $p = 0.833$ und Pflegehelfer: $p = 0.527$). Sehr wohl konnten jedoch signifikante Unterschiede in der Experimentalgruppe und der Kontrollgruppe festgehalten werden ($p = 0.0001$), sowie in der Auswertung der Experimentalgruppe zwischen Pre- und Posttest ($p = 0.0001$). Das Computerprogramm hatte den Effekt, dass es dem Benutzer die Möglichkeit gab, eigenverantwortlich die eigenen Kompetenzen zu verbessern. Die Ergebnisse dieses Trainings ergaben nicht nur eine signifikante Verbesserung des Wissenstandes im Bezug auf Dysphagien-Management im Gegensatz zur Kontrollgruppe, sondern es konnte zusätzlich festgestellt werden, dass knapp ein halbes Jahr später die Pneumonieraten um 59,6% in den Einrichtungen der Teilnehmer gesenkt wurden. Dieser positive Faktor ist dem Trainingsprogramm zuzurechnen. Schlussendlich kamen Davis & Copeland (2005) jedoch zu dem Ergebnis, dass

computerbasierte Trainingsprogramme zwar effektiv sind, jedoch in der Gesundheitspflege traditionelle Verfahren nicht vollständig ersetzen können.

Tab. 4.1. Ergebnisse der Untersuchung von Davis & Copeland (2005)

Mean scores on pretest and posttest for experimental and control groups and by job class



Denn diese moderne Herangehensweise setzt unweigerlich Kenntnisse und Fähigkeiten im Umgang mit dem Computer voraus und kann auf manch Einem, der diese Fertigkeiten nicht besitzt, eher abschreckend als motivierend wirken. Zusätzlich fordert es von den Einrichtungen, in welchen computerbasierte Trainingsprogramme durchgeführt werden, eine materielle Ausstattung, die aus Kostengründen nur von wenigen Institutionen gestellt werden können. Trotzdem appellieren die Autoren an die logopädische Fachwelt, dieses neue Medium nicht außer Acht zu lassen und mehr in die Trainingsprogramme zu integrieren.

Zu den traditionellen Fortbildungsprogrammen ohne digitale Integrierung gehört das Konzept von Hansell & Heinemann (1996). Sie überprüften anhand ihrer Studie das Wissen der Pflegekräfte im Bezug auf Kenntnisse von Risikofaktoren, Komplikationen und therapeutischen Interventionen von Dysphagien. An der Untersuchung nahmen Pflegekräfte aus zwei verschiedenen Krankenhäusern teil. Die Teilnehmer wurden in eine Experimental- und eine Kontrollgruppe aufgeteilt. Zunächst wurde bei allen Beteiligten ein Pretest abgenommen. Danach nahmen die Pflegekräfte der Experimentalgruppen A und B an einer Dysphagie-Fortbildung teil. Gruppe A (n= 20) erhielt ein 60 minütiges Fortbildungsprogramm und anschließend folgte der erste Posttest. Nach einem Monat führte diese Gruppe einen 2. Posttest aus. Gruppe B (n= 15) bekam im Gegensatz zur Gruppe A über einen Monat „pocket cards“, auf denen Hilfestellungen, Risikofaktoren und Interventionsmaßnahmen bei Dysphagien vermerkt

waren, ausgehändigt. Vor der Vergabe dieser Karten und nach einem Monat machte Gruppe B ebenfalls einen Pre- und Posttest.

Die Kontrollgruppe (n= 19) erhielt nur einen Pretest und nahm einen Monat später an einen Posttest teil. Die Endergebnisse zeigten, dass die Experimentalgruppe signifikante Unterschiede im Wissensbereich über Dysphagien zwischen den Pre- und Posttests erzielt hatte ($p = < .05$). Bei der Kontrollgruppe war kein signifikanter Unterschied festzustellen ($p = -0.31$). Somit konnte bewiesen werden, dass eine Fortbildungsmaßnahme das Wissen der Pflegekräfte verbessert. Zusätzlich konnte auch durch die Ergebnisse der Experimentalgruppe gezeigt werden, dass bei intensiveren Programmen das Wissen auch noch nach einem Monat vorhanden war. Generell konnte bei allen Gruppen festgestellt werden, dass alle Teilnehmer wesentlich mehr Patienten in ihrem Arbeitsumfeld als Dysphagiker identifizierten. Der Anstieg der Identifikation von dysphagischen Patienten erhöhte sich bei der Kontrollgruppe auf 56% und in der Experimentalgruppe, in Gruppe A um 28% und in der Gruppe B um 25% . Zusätzlich hatten die Pflegekräfte deutlich öfter die einzelnen Patienten mit dysphagischen Symptomen Logopäden oder zuständigen Ärzten gemeldet.

Es konnte ein signifikanter Unterschied zwischen der Experimentalengruppe nach dem Pretest und dem 1. Posttest ($p= < .05$) festgestellt werden. Jedoch wurde kein Unterschied ($p = .372$) im Bezug auf den Wissensstand zwischen dem 1. und dem 2. Posttest, weder in Gruppe A und noch in Gruppe B, herausgefunden. Dies zeigte, dass die „pocket cards“ mit den unterschiedlichen Hilfestellungen die Kompetenz der Pflegekräfte nach einem Monat nicht positiv verstärkt hatten. Somit konnte durch die Studie von Hansell & Heinemann (1996) in der Experimentalgruppe eine deutliche Verbesserung des Wissens der Pflegekräfte in Bezug auf Kenntnisse von Risikofaktoren, Komplikationen und therapeutischen Interventionen von Dysphagien schlussendlich nachgewiesen werden.

Eine gute Kombination von theoretischen Wissen und praktischer Anwendung stellt das „Swallowing... one a Place“ (SOAP) Programm dar. SOAP ist ein Fortbildungsprogramm, welches vom *Zentrum für Bildung und Forschung über das Altern und das innere West Geriatrie Rehabilitationszentrum* in Australien entwickelt wurde. Es wurde speziell für Altenpflegekräfte entwickelt und soll den Teilnehmern die Möglichkeit geben, aktuelle Überprüfungs- und Managementverfahren zu erlernen, sowie das erlernte Wissen

praktisch anzuwenden und an Kollegen weiter zugeben. Es umfasst vier unterschiedliche Assessment- und Management-Instrumente, die für den beruflichen Alltag der Altenpflegekräfte von großem Nutzen sein können. Zur Verdeutlichung sind die vier Teilbereiche in Abb. 4. 1 dargestellt.

Der erste Bereich des Programms ist die sogenannte „Prefeeding Assessment Checklist“, welche Anwendung findet bei Verdacht auf eine Schluckstörung. Hierbei werden der Wachheitszustand, die Stimmqualität, die Zungenbewegungen und die Hustenkraft überprüft. Sollten hierbei keine Auffälligkeiten bestehen und der Betroffene in der Lage sein, seine Nahrung oral zu sich zu nehmen, kann zum zweiten Bereich des SOAP-Programms übergegangen werden. Sollte sich jedoch der Verdacht bestätigen und bereits in der ersten Überprüfung Auffälligkeiten auftreten, dann sollte die Pflegekraft das entsprechende Fachpersonal informieren. Bei dem zweiten Schritt der sogenannten „Swallowing Assessment Checklist“ wird der Betroffene während des Essens observiert. Die Pflegekraft untersucht anhand der Checkliste die orale und pharyngeale Schluckphase.

Während der oralen Phase liegt das Hauptaugenmerk auf der Funktion der Lippen, der Zunge und ob der Observierte in der Lage ist, die Nahrung komplett zu schlucken oder ob Reste in den Wangentaschen hinterlassen werden. In der pharyngealen Phase wird besonders am Ende auf die eventuell veränderte Stimmqualität sowie die Husten- oder Räusperreaktionen geachtet. Zusätzlich sollen die Pflegekräfte in dieser Observationszeit auf die Selbstständigkeit, Positions- und Körperhaltungsschwierigkeiten und kognitive Verhaltensweisen des Betroffenen achten.

Mit den Informationen aus den vorangegangenen Untersuchungen sollte die Pflegekraft nun den dritten Bereich des SOAP-Programms, den „Swallowing Management Index“, durchführen. Hierbei handelt es sich um ein zehneitiges Dokument, welches alle potentiellen Schluck- und Essstörungen und Strategien zur Bewältigung der Probleme beinhaltet. Diese Anweisungen sind extra für Pflegekräfte formuliert worden und somit, laut der Forscher auch praktikabel. Anhand dieser Information soll im letzten Schritt des SOAP-Programms ein individueller „Swallowing Care Plan“ für den Betroffenen erstellt werden. O’Loughlin & Shanley (1998) untersuchten die Effektivität dieses Programms. Die Rahmenbedingungen des theoretischen Fortbildungsprogramms umfassten

insgesamt drei Termine á vier Stunden (siehe 2.7.). Der praktische Teilbereich, welcher den Transfer der Theorie darstellte, wurde durch einen Logopäden in den Altenpflegeheimen supervidiert und bewertet. Zusätzlich hatten die 30 Teilnehmer die Aufgabe, ein Seminar für ihre Arbeitskollegen durchzuführen sowie einen „Swallowing Mangement Plan“ aufzustellen. Dieser Management Plan sollte über Gefahren, Handeln in Notfällen, adaptive Hilfsmittel, modifizierte Ernährung und Überprüfung von Schluckproblemen Aufschluss geben. Insgesamt verlief die Studie von O’Loughlin & Shanley (1998) über einen Zeitraum von drei Monaten und es wurden nach jeder Unterrichtseinheit, die Inhalte sowie die Relevanz der Themenwahl durch die Teilnehmer evaluiert.

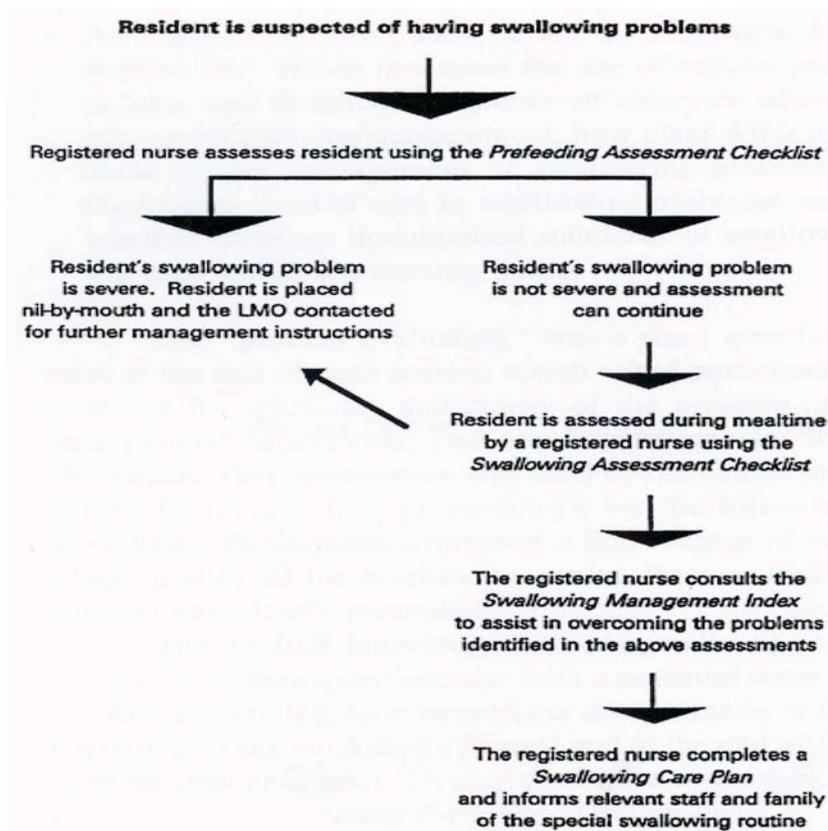


Abb. 4.1. Die Teilbereiche des SOAP-Programms

Dies gab dem Referent die Möglichkeit über die Zufriedenheit der Teilnehmer informiert zu werden und bei Bedarf Änderungen vorzunehmen. Die Altenpfleger äußerten eine

hohe Zufriedenheit und gaben, die Inhalte als sehr relevant an und gut verstanden zu haben.

Das SOAP-Programm, welches den Teilnehmern unter anderem in den Theoriestunden näher gebracht wurde, sollte bei Verdacht einer Schluckstörung eines Altenpflegeheimbewohners den Pflegekräften die Möglichkeit geben, eigenständig das Problem zu identifizieren, zu überprüfen und gezielte Behandlungen durchzuführen. Durch den Vergleich von Pretest, Posttest und einer Follow-Up Untersuchung nach drei Monaten konnten, zeigten schlussendlich die Nachmessung signifikante Verbesserungen ($p = < 0.005$) im Bereich des Dysphagie-Managements und der Wissensvermittlung an die Kollegen (s. Tabelle 4.3.).

Tab. 4.3. Darstellung der Ergebnisse der Untersuchung von O'Loughlin & Shanley (1998)

Comparison of applied knowledge pretest and posttest scores				
	<i>n</i>	Mean	Standard deviation	Significance
Pretest	30	24.5333	6.862	<0.0005*
Posttest	30	29.6667	5.921	

**p* value for a 2-tailed t-test.

Clarity of AINs about swallowing management pretest and 3 months follow-up				
	<i>n</i>	Mean	SD	Significance
Pretest	24	2.7917	0.884	0.003*
Follow-up	24	3.5000	1.063	

**p* value for a 2-tailed t-test.

Comparison of applied knowledge pretest and 3 months follow-up scores				
	<i>n</i>	Mean	SD	Significance
Pretest	24	25.000	6.331	<0.0005*
Follow-up	24	31.1667	4.824	

**p* value for a 2-tailed t-test.

Comparison of overall management pre-test and 3 months follow-up				
	<i>n</i>	Mean	SD	Significance
Pretest	24	2.8333	0.917	0.001*
Follow-up	24	3.6250	1.013	

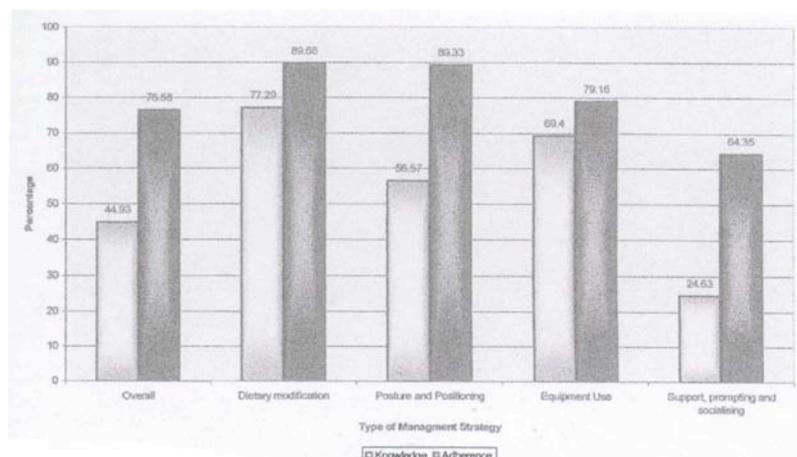
**p* value for a 2-tailed t-test.

In den letzt genannten Dysphagie-Fortbildungen ging es um das Erlernen und deren Weitergabe von neuem Wissen und dessen Umsetzung in den beruflichen Alltag. Chadwick et al. (2002) widmeten sich hingegen der Fragestellung, wie groß der Kenntnisstand über die Dysphagie-Leitlinie ist und was tatsächlich durch vorangegangene Empfehlungsmaßnahmen in der Praxis von den Pflegekräften umgesetzt wurde. Die 40 Teilnehmer dieser Untersuchung erhielten, referiert durch einen Logopäden, ein zwei-tägiges Trainingsprogramm. Die Inhalte dieses Programms umfassten das Basiswissen von Schluckstörungen und deren assoziierten gesundheitlichen Problemen sowie das Management von Dysphagien. Im weiteren

Verlauf wurden die Teilnehmer während ihres beruflichen Alltags von Logopäden begleitet. Die Logopäden hatten nicht nur die Aufgabe, die Pflegekräfte zu observieren, sondern auch auf das Handeln Feedback zu geben und Wissensfragen zu stellen. Bei dieser mündlichen Befragung ging es auch um das Einnehmen der korrekten Sitzhaltung, spezielles Equipment zum Essen, Konsistenzen des Essens und Trinkens, diätische Maßnahmen sowie die Unterstützung und Aufforderung während der Mahlzeiten. Die Antworten und Handlungen wurden von Logopäden innerhalb der dreimonatigen Beobachtung schriftlich festgehalten und am Ende durch das SPSS-Programm statistisch (siehe Anhang 4.) ausgewertet. In der folgenden Tabelle (s. Tab.4.4.) sind die Prozentwerte der Ergebnisse angegeben.

In Folge des Trainings zum Dysphagie-Management durch Logopäden zeigte sich, dass es den Pflegekräften wesentlich leichter fiel, Maßnahmen zur Zubereitung des Essens sowie die Handhabung spezieller Utensilien zu erlernen und zu erinnern, als die psychosozialen Hilfestellungen wie Zuspruch, Unterstützung und Interaktion während der Mahlzeiten zu aktivieren. Es konnten signifikante Verbesserungen im Umgang mit Managementstrategien in der Nachuntersuchung festgestellt werden ($p < 0.001$). Zusätzlich konnte eine signifikante Relation nachgewiesen werden zwischen dem besseren Verständnis und den Risikofaktoren und somit der Einhaltung und Beachtung von Dysphagie-management Strategien ($p < 0.05$). Daraus resultierte ein signifikant verbessertes ($p < 0.05$) Verhältnis von Betreuung, deren Antrieb und das Knüpfen von Kontakten zu den Betreuenden. Weiterhin wurde eine signifikante Verbesserung in der gesamten Anzahl von Empfehlungen durch die Logopäden und dem Wissen durch die Leitlinien nachgewiesen werden ($p < 0.05$).

Tab. 4.4. Ergebnisse der Untersuchung von Chadwick et al. (2002)



Ein regelmäßiges Auffrischen der Kenntnisse im Rahmen eines Trainings ist somit laut der Forscher unumgänglich, möchte man die Qualität des Wissensstandes aufrechterhalten.

Ein weiterer Erklärungsansatz zur Diskrepanz zwischen Wissen und Anwendung desselben findet sich möglicherweise bei der Unterscheidung von semantischer und verfahrenstechnischer Gedächtnisleistung. Je komplexer die Beschreibung einzelner Strategien in den Leitlinien, desto geringer ist die Wahrscheinlichkeit der korrekten Ausführung.

Einzelne Hilfestellungen korrekt auszuführen mag einfacher sein als sie verbal korrekt zu beschreiben. Abgefragtes Detailwissen repräsentiert somit möglicherweise nicht die Fähigkeit der korrekten Durchführung und ist somit kein idealer Outcome Parameter.

Ein Training zum Dysphagie Management sollte den Autoren zu Folge also die Bekämpfung falschen Wissens, die Ermutigung der Betreuer, sich regelmäßig mit den Dysphagie-Leitlinien auseinanderzusetzen und sich die Hintergründe zu veranschaulichen, zum Ziel haben. Darüber hinaus wären spezifischere Informationen zur Unterstützung und Motivation in den Leitlinien wünschenswert.

4.2. Wissensstandard der Altenpflegekräfte über Schluckstörungen

Hoffmann (2007) wollte mit ihrer Studie nicht primär ein neues Konzept bei den Altenpflegekräften überprüfen, sondern viel mehr den Wissensstandard über Schluckstörungen beim Altenpflegepersonal in Altenpflegeheimen festhalten und anhand eines Fragebogens die gesamte personelle Versorgungssituation sowie die möglichen Zusammenhänge zwischen einzelnen Variablen herausfiltern. An der Befragung, mit 47 offenen und geschlossenen Fragenstellungen, nahmen insgesamt 153 Altenpfleger teil. An der Stichprobe nahmen nur 8,9% männliche Pflegekräfte teil und insgesamt waren über 52,3 % über 41 Jahre alt. Die teilnehmenden Personen stammten aus verschiedenen Berufsgruppen. 41,8% waren Altenpfleger, 30,1% waren Altenpflegerhelfer sowie 15,7% Krankenpfleger. Diese drei Berufsklassen stellten die Mehrheit dar, der restliche Anteil stammte aus anderen Berufsfeldern, die jedoch ebenfalls alle im Altenheim tätig waren. Anzumerken ist bei dieser Darstellung, dass die gut ausgebildete Berufsgruppe (examinierte Altenpfleger) in dieser Untersuchung die Mehrheit darstellte, dies habe jedoch laut Hoffmann (2007) wenig mit der beruflichen

Alltagssituation gemein, da häufig ein größerer Anteil an Altenpflegerhelfern vertreten sei. Aus der Stichprobe heraus wurde eine kleine Kontrollgruppe (N=10) erstellt. Diese Gruppe bestand aus gut geschulten Altenpflegekräften in Bereich Dysphagie und nahm an der Befragung von Hoffmann (2005) gleichermaßen teil. Die Fragestellungen waren in zwei Hauptteile unterteilt. Hierzu gehörte zum Einem der Status in den Heimen und zum Anderem die Frage nach Symptomen, Verhaltensweisen und Maßnahmen bei Aspiration.

Durch die Befragungen konnten folgende Resultate erzielt werden: in Bezug auf den Status in den Heimen vermerkten 13,7 %, nur einem bis zwei Bewohnern das Essen anreichen zu müssen. Die Hälfte der Kontrollgruppe hingegen berichtete von vier Betroffenen, die Hilfe benötigten. Insgesamt 96,1% der Teilnehmer hatten Schluckstörungen in ihren Einrichtungen bei Bewohnern erkannt und 92,2% hatten diese bereits in einer konkreten Situation offensichtlich wahrgenommen. Hilfestellung für die Betroffenen, wie das Andicken von Flüssigkeiten, hatten insgesamt jedoch nur 2,0% in Anspruch genommen. Laut 42,6% der Befragten hätten sie insgesamt für die Unterstützung der Mahlzeiten ca. 10-15 Minuten Zeit. Hilfestellungen während der Essenssituation durch Fachkräfte, wie zum Beispiel durch Logopäden, hätten bis dato nur 1,3% erhalten. Hingegen berichtete die Kontrollgruppe von 70% der Hilfestellung durch Fachpersonal. Hauptproblem seien bei der Hilfeleistung beim Essen, Zeitprobleme (12,4%), sowie fehlendes Personal (2,6%).

15% der Interviewten sahen einen großen Bedarf an Fort- und Weiterbildungen, sowie den Wunsch, ihre Kenntnisse in Bezug auf Schlucktechniken zu verbessern und diese durch Anleitung in dem beruflichen Alltag integrieren zu können. Es hatten nur 14,1% der Altenpflegekräfte an einer Schulung teilgenommen, bei der Kontrollgruppe waren es 20%. Die Probanden kritisierten den zeitlichen Mangel und die geringe Zusammenarbeit der unterschiedlichen Fachdisziplinen. Jedoch äußerten nur 5,9% den Wunsch, interdisziplinär zusammenarbeiten zu wollen.

Die Befragten äußerten grundsätzlich ein recht gutes und sicheres Selbstbild in Bezug auf das Können und ihr Handeln. So konnte durch den Fragebogen festgehalten werden, dass 46% der Meinung waren, eine gute Lagerung während der Mahlzeiten gewährleisten zu können und beim Verschlucken eines Bewohners sich nicht hilflos zu fühlen.

Im Bezug auf die Fragestellung der klinischen und körperlichen Anzeichen einer vorliegenden Schluckstörung gaben die Pflegekräfte eine Vielzahl an unterschiedlichsten Symptomen an. 17% der Probanden ließ die Frage komplett unbeantwortet. Die Antworten der Kontrollgruppe waren alle richtig, bei den anderen Gruppen kam es häufig zu undifferenzierten Antworten, sodass ein signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen der Nicht-examinierten, examinierten und der Kontrollgruppe ermittelt werden konnte ($p = .01$). Falsche Angaben, die von den Altenpflegekräften (2,6%) genannt wurden, waren z.B.: Bluthochdruck, erhöhter Puls, Schweißausbruch, Verschlucken durch Reden während der Mahlzeit u.s.w.. Unspezifische Warnzeichen, wie zum Beispiel die erhöhte Körpertemperatur, wurden von keinem Teilnehmer als Symptom einer Schluckstörung genannt.

Bei der offenen Befragung von „Verhaltensregeln im Umgang mit Schluckstörungen“ kam es zu hochsignifikanten Unterschieden in den drei Gruppen ($p = .00$). Insgesamt wurden 17,6% der Fragebögen in diesem Teilbereich nicht ausgefüllt, die Angaben aus der Kontrollgruppe hingegen waren komplett vorhanden. Nur ein minimaler Anteil erwähnte die Mundhygiene (1,3% der Altenpflegekräfte; 0% der Kontrollgruppe) und die Hochlagerung des Oberkörpers (0,7% der Altenpflegekräfte; 0% der Kontrollgruppe).

Bei der offenen Fragestellung nach „Maßnahmen bei Problemen oder Aspirationen“ (siehe Tab. 4.2.) kam es zu einem signifikanten Unterschied ($p = .004$). Insgesamt wurden 26,2 % falsche Antworten geben und 17,6% ließen diese Frage unbeantwortet. Viele verkannten die Fragestellung und fügten eher langfristige Antworten wie z.B. „Kostumstellung“ oder „Fieberkurvenkontrolle“ als richtige Antwort hinzu.

Abgesehen von den konkreten Fragen an die Probanden untersuchte Hoffmann (2007) noch einen weiteren Bereich und zwar die Einflüsse von Ausbildung, Alter und Berufserfahrung im Bezug auf den Wissensstand im Umgang mit Schluckstörungen. Hierzu dienten die Berufserfahrung, das Alter und der Ausbildungsstand als unabhängige Variable. Denn Hoffmann (2007) vermutete, dass diese einen wichtigen Faktor in Bezug auf fehlerfreies bzw.

Tab. 4.2. Verteilung der genannten Maßnahmen bei Aspiration der Altenpflegekräfte und der Kontrollgruppe (Hoffman, 2007)

	Genannte Maßnahmen bei Aspiration	AG	KG
akut wichtig	Hochsetzen/ Aufrichten	21,6%	
	Fachpersonal holen	15,1%	
	Aufhören/ Unterbrechen mit Essenreichen	14,4%	60%
	Mund leeren	13,1%	20%
	Notarzt rufen, Erste Hilfe Maßnahmen leisten	11,5%	
	Oberkörper nach vorne, unten beugen	5,9%	
	Heimlich Manöver	3,9%	
	Absaugen	2,6%	50%
akut nachrangig	Bewohner beruhigen, bei ihm bleiben	13,2%	
	Verbale Aufforderung zu Husten, Räuspern, Schlucken, Atmen	10,5%	
	Hände nach oben/ Arme hochhalten	6,5%	
	Flüssigkeit anbieten	5,9%	
	Zahnprothesen rausnehmen	2,9%	
	Auslösen Schluckreflex (unspezifische extraorale Massagen)	2,0%	
langfristig	Rücksprache mit Ärzten, Küche, Kollegen	13,1%	70%
	Nur kleine Portionen geben, langsames Tempo	10,4%	
	Kost modifizieren (u.a. Andicken, Pürieren)	8,5%	20%
	Einsatz von Hilfsmitteln (u.a. Schnabelbecher)	3,3%	
	Therapeuten mit einbeziehen	1,3%	
	Fieberkurve/ Allgemeinzustand beobachten	0,7%	
falsch	Auf Rücken klopfen	15,7%	
	Auf die Seite lagern	9,8%	20%
	Undifferenziert (Beobachten, kommt auf Situation an, Ursache ermitteln)	9,8%	10%
	Bewohner schütteln	2,0%	
	Sonstiges	0,7%	
	(Quiensche Heringslage)		

fehlerhaftes Wissen ergeben würden. Die Ergebnisse zeigten, dass das Alter keinen entscheidenden Faktor ergab, hingegen konnte zwischen der Berufserfahrung und dem Wissen ($p = .001$) ein statistisch positiver, linearer Zusammenhang ermittelt werden. Die Ergebnisse der Untersuchung von Hoffmann (2005) bestätigten ein relativ gutes theoretisches Fachwissen der Altenpflegekräfte, jedoch einen enormen Mangel an praktischer Umsetzung.

4.2.1. Wissensstand der Altenpflegehelfer bzgl. des Anreichens von Nahrung

Wie bereits Hoffmann (2007) in ihrer Untersuchung erwähnte, sind nicht die examinierten Altenpflegekräfte am häufigsten in Altenpflegeheimen vertreten, sondern, unter anderem aus Kostengründen, ein hoher Prozentsatz an Altenpflegehelfern. Diese examinierten Helfer werden nicht nur überwiegend dem pflegerischen Part der Bewohner zugeweiht, sondern übernehmen sehr häufig die Betreuung während der Mahlzeiten (Langmore et al., 2002).

Pelletier (2004) widmete sich dieser Berufsgruppe und wollte anhand ihrer Studie den Kenntnisstand über Dysphagien und dem Anreichen von Nahrung erforschen. Die

Ergebnisse der aufgenommenen Videobeobachtungen und die der Interviews wurden mit Fachliteratur und Unterrichtsmaterial der Altenpflegehelfer verglichen und danach ausgewertet.

Es handelt sich hierbei um eine qualitative Inhaltsanalyse der Altenpflegehelfer, wobei folgende vier Hauptfaktoren mit einbezogen wurden:

- das Anreichen der Nahrung durch die Pflegekräfte und das darauffolgende Positionieren der Betroffenen nach dem Essen,
- Techniken für die Fütterung
- Kommunikationsverhalten der Pflegekräfte während der Mahlzeiten.

Nach der praktischen Ausübung, die über Video aufgenommen wurde, nahmen die Teilnehmer an einem Interview teil und sollten ihre Videoaufnahme kritisch bewerten.

Als Ergebnis lässt sich folgendes festhalten: Die Altenpflegehelfer ließen einen guten Kenntnisstand über die Positionierung, sowie die pflegerischen Maßnahmen nach den Mahlzeiten erkennen.

Festgehalten werden muss jedoch auch, dass z.B. die korrekte, aufrechte und gerade Positionierung der Bewohner während den Mahlzeiten, oftmals nicht vorlag. Der häufigste Fehler bei der eigentlich aufrechten Körperhaltung war eine zu starke Neigung des Rumpfes. Es wurde durch die Befragung und die praktische Darstellung des Videos deutlich, dass die Altenpflegehelfer zwar alle wussten, dass sie die Bewohner während der Mahlzeiten aufrecht positionieren sollten, dieses theoretische Wissen aber oftmals nicht in die Praxis umsetzten. Der Vergleich mit dem theoretisch erlernten Wissen während der Ausbildung und aus Fachbüchern kann nicht als mangelnde Wissensvermittlung aufgefasst werden. Denn in allen fachlichen Texten und Unterrichtseinheiten wird einheitlich darauf hingewiesen, die Bewohner in einer aufrechten Position Hilfestellung zu geben. Darüber hinaus wurden sie dazu instruiert, auf Augenhöhe mit den Bewohnern zu sitzen, um den Eindruck zu vermeiden, in Eile zu sein.

Insgesamt zeigten die Pfleger hervorragende Kenntnisse über die korrekte Körper-Positionierung für das Anreichen von Nahrung und über die Vorbereitung der Tablett, jedoch wurden diese nicht konsequent praktisch umgesetzt.

Im Bezug auf pflegerische Tätigkeiten nach den Mahlzeiten wurde die Mundhygiene durchweg praktisch ausgelassen. Lediglich drei der Altenpflegehelfer erwähnten bei der Beurteilung, dass diese eine wichtige Maßnahme sein könnte. Bei ausdrücklicher Nachfrage

über das Auslassen dieser Methode vermerkten die Befragten, dass ihnen bewusst sei, dass sie Mundpflege nach jeder Mahlzeit durchführen sollten, ihnen dafür jedoch die Zeit fehle.

In der Fachliteratur von Altenpflegern ist die Wertschätzung hinsichtlich der Mundhygiene nach den Mahlzeiten zwiespalten. Zwei Artikel empfehlen Mundpflege nach jeder Mahlzeit (Sorrentino, 2000), einer empfiehlt Mundpflege vor den Mahlzeiten (Hegner et al., 1999) und ein weiterer empfiehlt Mundpflege „nur bei Bedarf“ (Wolgin, 2000).

Während der Essenssituation demonstrierten die meisten Pflegehelfer angemessene Hilfestellungen (Reaktion innerhalb von 60 Sekunden auf demonstrierte oder verbale Bedürfnisse, Abwischen des Gesichts, Entfernung von Essensresten von der Kleidung), jedoch bei der direkten Nahrungsaufnahme bemerkte nur eine Pflegekraft während der kritischen Beurteilung ihres Handelns, dass eine Hilfeleistung notwendig gewesen wäre.

Somit macht es den Anschein, als würden Altenpflegehelfer instinktiv Hilfestellungen geben, wie zum Beispiel das Abwischen vom Mund während der Mahlzeiten, aber keine direkten Hilfestellung geben, um das Essverhalten der Betroffenen zu verbessern.

Der Vergleich zur Fachliteratur zum Thema direkte Hilfestellung, verwies nur auf eine Empfehlung von Hilfestellung der Bewohner nach Bedarf.

Alle Befragten zeigten rudimentäre Kenntnisse über die Anzeichen und Symptome von Dysphagien. Sie waren sich alle dessen bewusst, dass das Auftreten von Würgen, Husten und oralen- oder Kauschwierigkeiten auf Dysphagie hinweisen könnte. Bemerkenswert war der Mangel an Kenntnissen über die Erkennung eher subtiler Anzeichen oropharyngealer Dysphagie, wie zum Beispiel das Räuspern oder die belegte Stimme. Lediglich ein Pfleger erwähnte eine gurgelnde Stimme oder Pneumonie als ein mögliches Anzeichen für Dysphagie während des Interviews.

Husten ist das meist verbreitete Dysphagie-Symptom, das bei den Bewohnern während der Beobachtung der Mahlzeiten von den Forschern beobachtet wurde. Jedoch wurde dieses Symptom von den Pflegehelfern zumeist nicht bemerkt. In den seltenen Fällen, in denen ein Pfleger das Husten eines Bewohners als Reaktion auf eine Flüssigkeit bemerkte, wurde dies nicht an Kollegen weitergegeben, geschweige denn das Getränk andickt. Typischerweise wurde daraufhin die Nahrung in entweder einfach langsameren Tempo oder in geringeren Mengen angeboten. Dies steht in direktem Gegensatz zu den Aussagen der Pfleger. Sie erklärten, dass sie eine Krankenschwester bei einer eventuellen Erkennung von Schluckstörungen informieren würden.

Der Vergleich der Literatur zeigt, dass zwei Fachbücher die Symptome von Dysphagie gar nicht ansprechen (Hegner et al., 1999, Sorrentino, 2000). Nur ein Fachbuch veröffentlicht eine umfassende Liste mit Anzeichen und Symptomen, sowie mit einer Beschreibung von Dysphagie-Diäten (Sorrentino, 1999). Mit dieser Ausnahme von Sorrentino (1999) beschrieben alle anderen Artikel lediglich spezielle Diäten bezüglich des Nahrungsgehaltes und Erleichterung der Verdauung, wobei strukturell modifizierte Diäten für Personen mit Dysphagie nicht vorliegen. Ein Aspirationsrisiko wurde nur in Verbindung mit Sondenernährung erwähnt. Keines der Fachbücher berichtete von dem Risiko der Aspiration oder Pneumonie als Folge von Dysphagie oder Fütterungstechniken.

In der Ausbildung der Altenpfleger wurde nur über die Terminologien der Dysphagie-Diät speziell auf ihre Einrichtungen ausgerichtet gesprochen (Diät-Level, Begriffe der Viskosität von Flüssigkeiten). Demnach basieren die Daten lediglich auf Informationen, die freiwillig während den Interviews geliefert wurden oder in den im Unterricht verwendeten Handouts vorgegeben waren.

Hinsichtlich der Fähigkeiten des Anreichens von Nahrung zeigten die Pflegehelfer wenig praktische Kenntnisse. So wurden oftmals große Mengen mit einer zu hohen Geschwindigkeit den Bewohnern angereicht. Während der Interviews schienen sich die Pfleger nicht darüber bewusst zu sein, dass ihre Anreicherungstechnik die Dysphagie verschlimmern könnte und das Risiko von Gesundheitsbeschwerden verstärken könnte. Einige der Pfleger äußerten Frustration darüber, dass kein Training angeboten würde, das erklärt, wie sie mit schwierigen Problemen beim Anreichen von Nahrung umgehen sollten. Viele Pfleger berichteten, dass sie den Umgang mit Problemen beim Anreichen

von Nahrung von anderen Pflegern bei der Arbeit gelernt hätten. Die Vorgehensweisen wie sie Nahrung anzureichen haben, die sie bei der Arbeit erlernten, sind hauptsächlich darauf ausgerichtet, die orale Aufnahme zu verstärken. Eine beliebte Strategie der Pflegehelfer, um überhaupt eine orale Nahrungszufuhr stattfinden zu lassen, auch wenn darunter die ausgewogene Ernährung nicht gewährleistet werden konnte, ist die Verwendung von gesüßten Lebensmitteln und Flüssigkeiten.

Keine der Fachliteratur diskutierte den Umgang mit schwierigem Fütterungs-Verhalten der Altenheimbewohner noch den institutionellen Druck innerhalb einer bestimmten Zeitperiode füttern zu müssen. Die Artikel enthielten nur generelle Instruktionen über verbale Anregung zum Essen. Darüber, wie man die Essenssituation angenehm gestaltet und dass man z.B. mit $\frac{1}{2}$ Teelöffel füttert und niemals „zwangs-füttert“ bzw. den Bewohner zum Essen drängt.

Während der Interviews demonstrierten die Pflegehelfer angemessene Kenntnisse bezüglich des Hauptgrundes, weshalb ein Bewohner gefüttert werden müsse, wie z.B. mentale oder physische Probleme. Einige Pfleger erklärten, dass eine Vielzahl psychologischer Probleme zu Fütterungs-Abhängigkeit bzw. der Notwendigkeit der Fütterung führen können, jedoch wurde die externe Validität dieser Gründe nicht verifiziert. Somit ist nicht bekannt, ob Pfleger verzerrte Auffassungen darüber besitzen, dass manche Bewohner Fütterungs-Unterstützung benötigen (aus Gründen wie z.B. Manipulation, Wut oder Angst). Zudem empfanden einige wenige der Pflegehelfer, dass institutionelle Faktoren zu der Fütterungs-Abhängigkeit führen könnte, wenn z.B. das Essen unappetitlich aussähe oder zu wenige Mitarbeiter eingeteilt würden.

Im Bereich der Kommunikationsfähigkeiten konnten bei den Altenpflegehelfern während der Mahlzeiten nur geringe praktische Anwendung festgestellt werden. Es wurde den Bewohnern oftmals lediglich ein kommunikativer Anreiz, z.B. durch die Begrüßung vor der Mahlzeit, gegeben. Während des Interviews machten jedoch viele Pfleger deutlich, dass theoretisch ein interaktives Verhalten wichtig sei. Die über die Videosequenzen beobachteten Äußerungen der Teilnehmer während der Fütterung waren meist kurze, befehlende Phrasen zum Essen oder Trinken, wie z.B. „Komm schon. Sei lieb. Nimm einen Schluck“ oder „Trink das. Trink das.“ Hauptsächlich initiierten die Pfleger eher Äußerungen, die sich auf die Mahlzeit bezogen, wie z.B. „Wie war das? Ziemlich gut?“ oder „Willst du noch mehr Suppe?“, als solche, die sich auf Themen

beziehen, die von persönlichem Interesse der Bewohner sein könnten. Während des Interviews berichteten einige der Pfleger von Unbehagen bei dem Versuch, mit Bewohnern zu sprechen, die nicht sprachen oder nicht sprechen konnten. Die Pflegehelfer kommentierten nicht die kurzen, befehlenden Phrasen, die auf dem Video zu sehen waren. Nur einige wenige sagten während dem Interview, dass die Pfleger auch über andere Themen als das Essen während den Mahlzeiten sprechen sollten. Jedoch war es geläufig für die Pfleger, sich mit ihren Mitarbeitern während der Mahlzeiten über ihre eigenen persönlichen Themen zu unterhalten (manchmal quer über den Essensaal), wobei die Bewohner nicht in das Gespräch miteinbezogen werden. Es wurde deutlich, dass einige Helfer frustriert waren, wenn die Bewohner während der Mahlzeiten nicht richtig aßen, woraufhin Äußerungen folgten wie: „Du fühlst dich einfach zu faul, nicht wahr?“ (in einem lustigen Ton) oder „Wenn du nicht essen willst, dann gehe ich jemand anderem helfen, der essen will“. Diese Arten der Interaktion waren sehr häufig auf den Videoaufnahmen zu sehen. Lediglich einige Pfleger schienen in der Lage zu sein, mit den Bewohnern eine verständliche und persönliche Konversation zu führen und initiierten teilweise auch Diskussionsrunden.

Die Fachbücher und Unterrichtsmaterialien liefern hierbei keine spezifischen Empfehlungen bezüglich der Kommunikation mit einem Bewohner während der Mahlzeiten. Die einzige Empfehlung, die Altenpflegehelfer von ihren Ausbildern bekamen, war, dass sie einen freundlichen Umgang während der Mahlzeit mit dem Bewohner pflegen sollten. Sie sollten das Essen vor dem Verzehr benennen, d.h. dem Bewohner erklären, was es zu Essen gäbe, bevor mit der Anreicherung der Nahrung begonnen würde. Durch dieses Verfahren sollten die persönlichen Vorlieben und Abneigungen der Bewohner herausgefunden werden und notfalls eine andere Mahlzeit serviert bekommen. Auf den Videoaufnahmen benannten weniger als die Hälfte der Pfleger das servierte Essen oder erfragte die Vorlieben. In weniger als 60% der Zeit überließen die Pfleger den Bewohnern die Entscheidung über die Reihenfolge der gewünschten Nahrungsmittel. Während der gemeinsamen Betrachtung der Videoaufnahmen bemerkten weniger als die Hälfte der Pfleger, dass das Essen auf den Tellern verbal identifiziert werden sollte oder dass den Bewohnern eine Wahl über die Reihenfolge gelassen werden sollte .

Diese Studie von Pelletier (2004) zeigt deutlich, dass die Altenpflegehelfer bereits in ihrer Ausbildung sehr begrenztes Wissen über Dysphagien vermittelt bekommen und

auch die Fachliteratur sehr widersprüchlich auf dieses Thema eingeht. Diese Wissenslücken beziehen sich auf alle Probanden, weshalb somit Defizite der Wissensvermittlung in einzelnen Lehreinrichtungen für Altenpflegehelfer ausgeschlossen werden können. Somit fordert auch Pelletier (2004) verstärkten Einsatz von Fortbildungsmaßnahmen. Denn nur so kann eine qualitative Verbesserung in den Altenheimen gewährleistet werden.

4.3. Wichtige Einschlusskriterien bei der Planung einer Dysphagie-Fortbildungsmaßnahme für Altenpflegekräfte

Miller & Krawcuzyk (2001) beschäftigten sich in ihrer Übersichtsarbeit mit der Fragestellung, wie und in welchem Ausmaß ein Fortbildungsprogramm von Logopäden für Pflegekräfte gestaltet werden sollte. Die Forscher stellen hier zwei wichtige Faktoren in den Vordergrund. Hierzu gehört auf der einen Seite ein kultureller und auf der anderen Seite ein systemischer Faktor. Der kulturelle Faktor, welcher bei der Planung einer Fortbildung laut der Forscher mit integriert werden sollte, beinhaltet die Fragestellung, wie sich die Pflegekräfte selber in Relation zu anderen Berufen und zum Thema Dysphagie wahrnehmen. Sehen sie sich als Teil des interdisziplinären Teams oder nur als ausführende Kraft?. Gehen die Pflegekräfte davon aus, dass durch die Weitergabe an Wissen ihnen noch mehr Verantwortung übertragen wird?. In vielen Studien wird die Frage umgangen, wie Pflegekräfte gerne lernen und arbeiten, denn von ihren Gewohnheiten, so zeigen einige Untersuchungen, weichen sie nur ungern ab. Der Grund dafür liegt bereits in der Ausbildung und dem ständigen Folgen von Instruktionen und der in seltenen Fällen gegebenen Möglichkeit, persönlich Entscheidungen treffen zu können. Diese Verhaltensweise sollten bei der Gestaltung eines neuen Fortbildungsprogramms dringend beachtet werden, damit keine unrealistischen Erwartungen an die Pflegekräfte gestellt werden, die sie schlussendlich nicht erfüllen können. Somit sollte der methodisch-didaktische Aufbau einer Fortbildung durch folgende Aspekte gekennzeichnet sein:

- Neue Konzepte sollten einfach und verständlich erklärt sein

- Es sollte sichergestellt werden, dass neuen Ansichten offensichtlich und umgehend von Nutzen sind
- Der Referent sollte mit klaren praktischen Beispielen neues Wissen verdeutlichen
- Es sollte darauf geachtet werden, dass sich jeder Teilnehmer auf dem gleichen Wissensstand befindet und jeder die Möglichkeit hat, das Erlernte in seinen beruflichen Alltag zu integrieren.

Zusätzlich sollte darauf geachtet werden, dass jedes Individuum andere Lernstile bevorzugt (Kelly, 2000). So preferieren die Einen das Lernen anhand von Analysieren und Untersuchen von Theorien und die Anderen profitieren durch das Experimentieren mit Methoden. Es liegt in der Hand des Referenten, die Lern- und Lehrstile an die Teilnehmer anzupassen und eine gute Balance dieser zu finden, sodass alle gleichermaßen von der Wissensvermittlung profitieren können (Kelly, 2000).

Miller & Krawczyk (2001) legen großen Wert darauf, dass in einer Fortbildung die Erwartungen der Teilnehmer besprochen werden. Die Teilnehmer sollen aktiv in die Fortbildung mit eingebunden werden und ihre eigenen Erfahrungen preisgeben können.

Die Lernenden sollen die Möglichkeit haben, einen Transfer von theoretischem Wissen in die Praxis umzusetzen und im weiteren Verlauf sollen sie ihr eigenes Handeln reflektieren.

Der zweite wichtige beeinflussende Faktor bei der Erstellung von Fortbildungsprogrammen stellt der Systemfaktor dar. Hierbei geht es um die Ansichten der unterschiedlichen Fachdisziplinen sowie die Diskrepanzen der einzelnen Berufsgruppen.

Somit sollte laut Miller & Krawczyk (2001) eine Dysphagie-Fortbildung nicht einfach aus den Lösungsansätzen der Logopäden bestehen, sondern es sollte geschaut werden, wie alle Fachdisziplinen involviert werden können, um diese Störung einzudämmen. Dies soll nicht Aufgabe einer Fachdisziplin sein, sondern es sollte als Team agiert werden. Dennoch betonen die Forscher, dass es im Aufgabenbereich der Logopäden liegt, das spezifische Wissen an die anderen Berufsgruppen heranzutragen und Sorge dafür zutragen, dass dokumentiert wird, Standards eingehalten werden und Hilfsinstrumente für Betroffene vorhanden sind.

Das Wichtigste bei einer Störung wie der Dysphagie sei jedoch gerade die Teamarbeit. Diese zeichnet sich dadurch aus, dass unterschiedliches Fachwissen kombiniert wird und somit die Komplexität einer Störung gesamtheitlich betrachtet und eine Lösung gemeinsam erarbeitet werden kann (Rothberg, 1981). Jedoch zeigt die Realität, dass die unterschiedlichen

Fachdisziplinen, vor allem die Pflegekräfte, sich nicht als Teil des interdisziplinären Teams sehen. Die Logopäden gehen häufig davon aus, ein Teil des gesamten Teams zu sein, jedoch durch ihre häufig unregelmäßige Anwesenheit in den Einrichtungen sind sie zu selten in Teamsitzungen anwesend. Weitere Hindernisse können fehlende Kommunikation sowie unterschiedliche Auffassungen sein, die eine Teamarbeit in ihrer Effektivität stark einschränken können (West & Slater, 1996).

Da eine interdisziplinäre Zusammenarbeit für die gesundheitliche Versorgung eine sehr wichtige Rolle spielt, kommen Miller & Krawczyk (2001) zu dem Ergebnis, dass an den Dysphagie-Fortbildungen unterschiedliche Fachdisziplinen teilnehmen sollten, um unterschiedliche Meinungen und Kenntnisse in Verbindung setzen zu können. Somit würde der Profit aller Beteiligten sich wesentlich erhöhen. Hierbei spielen jedoch die Logopäden eine wichtige Rolle, dieses Umdenken in Gang zu bringen. Sie gelten als Experten in Bezug auf Dysphagien. Aus diesem Grund müssen sie in der Lage sein, ihre beruflichen Aufgaben genauer zu prüfen und gewisse traditionelle Barrieren zu überschreiten und somit Teilaspekte an anderes Fachpersonal weiterzugeben. Gerade bei der Schluckstörung handelt es sich um ein Krankheitsbild, welches im Gesamtsystem behandelt werden muss und nicht einer Berufsgruppe zugeschrieben werden darf.

4.3.1. Motivation als Beeinflussender Faktor des Lernens

Laut Murphy (2005) stellt die Unterstützung als einen wichtigen Teilbereich der Motivation dar sowie Aufrechterhaltung, Engagement und Enthusiasmus. Sollte die Motivation nicht mehr vordergründig sein, ist es sehr schwer, etwas neu zu lernen. Denn um etwas lernen zu wollen, stellt Motivation den Hauptfaktor dar. In der Erwachsenenbildung geht der Prozess des Lernens oftmals von einer freiwilligen Entscheidung aus. Sollte es hierbei zu Niederlagen kommen, so wie sie in der Fallstudie von Murphy (2005) berichtet wurden, ist es nicht nur die Aufgabe des Lernenden, sich erneut zu motivieren, um den Lernprozess wieder aufnehmen zu können, sondern auch die der Lehrer / Dozenten sollten den Lernenden wieder motivieren können. Dies geschieht laut Murphy (2005) am besten durch Stimulation, Regulation und eine Aufrechterhaltung der Begeisterung am Lernen. Murphy (2005) spricht davon, dass es die Pflicht der Lehrenden sein müsste, auch individuell auf einzelne Lernende einzugehen, die durch eine Niederlage oder Überforderung eventuell eine Stagnation erfahren.

Die intrinsische Motivation spielt eine enorm wichtige Rolle in Bezug auf das Lernen. Ist sie nicht gewährleistet, kann es zu schlechteren Ergebnissen des Lernens kommen. Diese negativen Faktoren können jedoch durch externe Aspekte wie das Geben von Sicherheit und Anerkennung minimiert werden. Des Weiteren sollte der Lehrende seine Wahl der Lernmethode gezielt auf das Pflegepersonal abstimmen (Murphy, 2005). Hierzu gehört z.B. das direkte Einbinden von praktischen Übungen aus dem beruflichen Alltag sowie das kleinschrittige Einführen von der Theorie in die Praxis.

4.3.2. Beeinflussende Faktoren der Zufriedenheiten durch Qualitätsverbesserungen

Berlowitz et al. (2003) beschäftigten sich mit der generellen Fragestellung, inwiefern Qualitätsverbesserungen in Altenpflegeheimen durchgeführt werden. Hierfür stellen die Autoren fünf Hypothesen auf, anhand derer die Forscher ihre Studie durchführten. Die Hypothesen lauten:

1. Pflegeheime unterscheiden sich hinsichtlich der Einführung von Qualitätsverbesserungspraktiken.
2. Ein höherer Grad an Qualitätsverbesserungsmaßnahmen ist bei denjenigen Pflegeheimen zu erwarten, die die stärkste Gruppen- und Entwicklungskultur aufweisen.
3. Qualitätsverbesserungsmaßnahmen werden positiv assoziiert mit Mitarbeiter-Zufriedenheit.
4. Qualitätsverbesserungsmaßnahmen werden positiv assoziiert mit der Übernahme von Richtlinien und der Durchführung bester Praktiken.
5. Qualitätsverbesserungsmaßnahmen in Pflegeheimen werden assoziiert mit besseren risiko-abhängigen Patienten-Ergebnissen.

Insgesamt wurden 1781 Personen aus Altenpflegeheimen befragt. Vollständige Befragungen wurden von 1065 Mitarbeitern erfasst, bei einer Gesamt-Antwortquote von 60%. Die Gesamtantwortquote im Verhältnis zu den Positionen in den Pflegeheimen wird in Tabelle 4.8. dargestellt. Die höchste Antwortquote wurde dabei bei den

Oberschwestern festgestellt (82%), die die Befragung vollständig abgeschlossen haben, und am niedrigsten bei den Ärzten mit lediglich 54%. Die gesamte Antwortquote der Pflegeheime rangiert zwischen 39% bis 85%, wobei 31 der 35 befragten Pflegeheime jeweils mindestens eine Antwortquote von 50% aufwiesen. Die Teilnehmer waren typischerweise erfahrene Mitarbeiter in der Gesundheitsfürsorge, 96% der Oberschwestern und 71% der Pflegehelfer die mehr als zehn Jahre Berufserfahrung hatten.

Es gab beträchtliche Unterschiede zwischen den Pflegeheimen bezüglich des Ausmaßes der Qualitätsverbesserungsmaßnahmen (quality improvement implementation, weiterhin QI) was somit Hypothese 1 unterstützt ($p < .001$). Die Durchführung von Qualitätsverbesserungsmaßnahmen war erheblich größer ($p = .003$) bei Pflegeheimen, die im Westen der USA lokalisiert waren im Vergleich zu denen im Süden oder Osten. Es wurden keine Unterschiede in der Durchführung von QI festgestellt in Bezug zur Einrichtungsgröße, dem Unterrichtsstatus oder städtischer bzw. ländlicher Lage.

Tab. 4.7. Rückmelderate der angeschriebenen Befragten

	Nurse Manager	Registered Nurse	Licensed Practical Nurse	Nursing Aide	Physician	Others
No sent	88	441	424	573	88	167
No returned	72	266	247	314	48	118
Response	82%	60%	58%	55%	54%	71%

Bezüglich Hypothese 2 konnte festgestellt werden, dass diejenigen Pflegeheime, die eine starke Gruppen- und Entwicklungskultur hatten, auch einen höheren Grad an Qualitätsverbesserungsmaßnahmen aufwiesen ($p < .001$).

Die Angestellten waren grundsätzlich zufrieden hinsichtlich ihrer Arbeit bzw. Arbeitsstelle. Der Mittelwert der Zufriedenheit (\pm SD) auf einer 5-Punkt-Skala (5= sehr hoch, 1= sehr niedrig) lag bei 3.68 ± 1.03 und die Reichweite zwischen den Pflegeheimen rangierte von 3.19 bis 4.18. Pflegeheime mit einem höheren Grad an

Qualitätsverbesserungsmaßnahmen hatten durchschnittlich auch ein höheres Level an Zufriedenheit innerhalb der Mitarbeiter, was somit Hypothese 3 bestätigt ($p < .001$).

Die Studienergebnisse ergaben verschiedene Erkenntnisse hinsichtlich Hypothese 4.

Die Forscher konnten statistisch signifikante Assoziationen zwischen dem Ausmaß bzw. dem Grad der Qualitätsverbesserungsmaßnahmen und der von den Belegschaft berichteten Übernahme der Klinischen Praxis-Leitlinien zur Prävention feststellen ($p < .001$).

Dies deutet darauf hin, dass bei Bewohnern in Pflegeheimen mit durchschnittlich niedrigeren Qualitätsverbesserungsmaßnahmen voraussichtlich eher Entwicklungen von gesundheitlichen Problemen zu erwarten sind, hingegen bei Bewohnern von Pflegeheimen mit höheren durchschnittlichen Qualitätsverbesserungsmaßnahmen die Entwicklung gesundheitlicher Beeinträchtigungen weniger zu erwarten sind.

5. Diskussion

In dem nun folgenden Kapitel sollen die wichtigsten Ergebnisse dieser Literaturstudie zusammengefasst und interpretiert werden. Um einen besseren Überblick zu gewährleisten werden diese im Folgenden anhand der Hypothesen strukturiert wiedergegeben. Hieraus wird im weiteren Verlauf eine Empfehlung für Dysphagie-Fortbildungen erstellt. Daran anschließend, folgt eine kritische Reflektion bezüglich der methodischen Durchführung der Literaturstudien sowie eine Empfehlung für Folgestudien. Das Kapitel schließt mit einer Schlussfolgerung zu dieser Studie ab.

5.1. Evaluation der Ergebnisse

Das Ziel dieser Bachelorarbeit war es herauszufinden inwiefern sich die Kompetenzen des Altenpflegepersonals durch Dysphagie-Fortbildungen verändern, gemessen am Zustand der betroffenen Patienten. Zusätzlich sollten acht weitere Nebenfragen berücksichtigt werden, mit dem Ziel, am Ende dieser Arbeit, eine umfassende Empfehlung für Fortbildungsprogramme im Bereich der Altenpflege geben zu können.

Die Nebenfragen lauten:

- Gibt es Empfehlungen bzw. Effektivitätsnachweise für Fortbildungsinhalte, Dauer, Zeitpunkte, Teilnehmerumfang, Praktikabilität für den Alltag usw.
- Inwiefern beinhaltet die Ausbildung zum Altenpfleger bzw. Altenpflegehelfer das Thema Dysphagie?
- Gibt es Angaben/Studien über die Fort- und Weiterbildungsmotivation von Altenpflegern bzw. Altenpflegehelfern?
- Welche Gründe führen zu einer Entscheidung für oder gegen eine Weiter- und Fortbildung?
- Was sind die Bedürfnisse und beeinflussende Faktoren?
- Welche methodisch-didaktischen Aspekte sind für die Erstellung und Durchführung einer Fortbildung zu beachten?
- Welche Kompetenzen benötigen Altenpfleger bzw. Altenpflegehelfer für die rechtzeitige Erkennung und den adäquaten Umgang mit Dysphagien?
- Welche Fortbildungsangebote (national und international) gibt es im Bereich Dysphagie für Altenpfleger bzw. Altenpflegehelfer und welche Inhalte werden in diesen behandelt?

Aus der Zusammenfassung dieser Fragestellungen ergaben sich zwei Hypothesen, die anhand dieser Bachelorarbeit überprüft werden sollten.

1. Haben Dysphagie-Fortbildungen einen positiven Einfluss auf die Kompetenz des Altenpflegepersonals?
2. Ist die Effektivität von Fortbildungen abhängig von Dauer und Frequenz, von Inhalt und didaktisch-methodischem Aufbau, von der Motivation sowie von dem Verhältnis Theorie und Praxis.

Um diese Fragestellungen zu beantworten und eine Empfehlung für Dysphagie-Fortbildungsprogramme geben zu können, wurde eine systematische Übersichtsarbeit bestehender Studien angefertigt und die Studienergebnisse aus den Jahren 1995 bis 2010 zusammengefasst und vorgestellt.

5.2. Diskussion und Interpretation der Ergebnisse

Möchte man der Fragestellung nachgehen, ob die Kompetenz der Altenpflegekräfte durch Fortbildungsprogramme gesteigert werden kann, bedarf es zunächst einer genaueren Betrachtung der Definition des Begriffes Kompetenz.

...Kompetenz umschreibt also nicht primär spezifische Fähigkeiten oder Fertigkeiten, die in bestimmten Situationen eingesetzt werden können, sondern die grundlegende Fähigkeit, Wissen situationsgerecht in Handlungen umzusetzen, die zur Entwicklung, Innovation oder Problemlösung beitragen. Wissen wird erst durch die Verknüpfung mit Handlungsfähigkeit und Handlungsmotivation zur Kompetenz. Kompetenzen sind demnach „Meta-Fähigkeiten“, die selbstgesteuertes Handeln und Entwicklung ermöglichen (Zaugg, 2006S.3).

Laut Kaufholt (2006) setzt sich Kompetenz aus den Elementen Wissen, Fähigkeit oder Fertigkeit, Motiv und emotionale Disposition zusammen. Kaufholt (2006) beschreibt Wissen als die professionelle Handlungsoption, welche sich durch eine Verarbeitung von

Informationen zu einer Wissensstruktur herausbildet. Diese wiederum stellt die Voraussetzung für das Handeln und somit auch für Fähigkeiten und Fertigkeiten dar. Die Motive werden von Kaufholt (2006) als latente Dispositionen bezeichnet, welche das Handeln auf bestimmte Ziele ausrichtet, d. h. sie legen fest, wie eine Situation wahrgenommen und bewertet wird. Emotionale Disposition soll nach Kaufholt (2006) als Komponente subjektiven Erlebens verstanden werden, welche die Motivation und das Handeln bestimmt.

Folgt man dieser Erklärung, so können die Fortbildungsprogramme von Chadwick et al. (2002), Davis & Copeland (2005), Hansell & Heinemann (1996) und von O'Loughlin & Shanley (1998) als Kompetenzerweiterung angesehen werden. Diese Programme zeichnen sich dadurch aus, dass sie Wissen vermitteln, mit dessen Hilfe die Teilnehmer Fähigkeiten und Fertigkeiten zunächst theoretisch erlernen aber auch in der Lage waren, das Erlernte in der beruflichen Handlungssituation zielgerichtet und motiviert in die Praxis umzusetzen, also einen Wissenstransfer zu leisten.

Im Bemühen die Kompetenz des Pflegepersonals im Altenheim bezüglich des Dysphagiemanagements zu steigern, ist es wichtig sich ein Bild des Ist-Zustandes zu verschaffen. Es ist kein Geheimnis, dass der Betreuungsschlüssel im Altenpflegeheim den täglichen Anforderungen qualitativ leider oft nicht gerecht wird. Häufig bestimmen Zeitdruck und Frustration des Pflegepersonals den Alltag (Kipping, 2000).

In Zeiten des demographischen Wandels mit einer rasant wachsenden Zahl Pflegebedürftiger, ist nicht nur eine quantitative sondern gerade auch eine qualitative Leistungssteigerung der pflegerischen Maßnahmen notwendig (Becker, 1995, S. 45). Fortbildungsmaßnahmen sind ein wichtiger Bestandteil der Qualitätskontrolle, da mit steigender Anzahl der zu Betreuenden schnelles, effektives Erkennen und die entsprechende Einschätzung der Hilfebedürftigkeit beispielsweise bei einer Dysphagie von großer Bedeutung sein können.

Kenntnisse im Umgang mit Dysphagien werden offenbar nur teilweise im Rahmen der Ausbildung zum Altenpfleger vermittelt (Pelletier, 2004).

Gerade im Bereich Dysphagie, in dem durch Fehleinschätzungen schwerwiegende, mitunter tödlich verlaufende Komplikationen hervorgerufen werden können, sind

Weiterbildungsmaßnahmen, die über die Inhalte der Altenpflegeausbildung hinausgehen, dringend erforderlich (Chadwicke et al., 2002; Kayser-Jones & Pengilly, 1999).

Wie die Untersuchung von Pelletier (2004) zeigt, ist die Wissensvermittlung während der Ausbildung der Altenpflegekräften im Bereich der Dysphagien sehr mangelhaft.

Pelletier (2004) verglich in einer Studie erlerntes theoretisches Wissen mit den praktischen Kenntnisse und Fähigkeiten von Altenpflegehelfern zum Thema Dysphagiemanagement und stellte fest, dass die Diskrepanz sehr groß war. Auf der Suche nach möglichen Erklärungen für teils vorhandenes theoretisches Wissen, das sich in der täglichen Anwendung jedoch mangelhaft darstellte, musste Pelletier (2004) feststellen, dass nur in einem Artikel der untersuchten Fachliteratur zur Altenpfleger-Ausbildung Symptome und Anzeichen für Dysphagien vermerkt waren. Zusätzlich herrschte in der Fachliteratur ein großer Zwiespalt im Bezug auf die Durchführung von regelmäßiger Mundhygiene. Des Weiteren stellt Pelletier (2004) fest, dass in keinem Fachbuch über das Risiko von Aspirationen und Pneumonien in Folge einer Dysphagie und oder fehlerhaften Fütterungstechniken hingewiesen wurde. Dieses Unwissen führt zu fehlerhaftem Verhalten und dieses wiederum unter Umständen zu gravierenden gesundheitlichen Einschränkungen der Betroffenen.

Kayser-Jones (1997) hatte schon früh herausgefunden, dass der geschulte, richtige Umgang mit Dysphagiepatienten gerade im Bereich der Essenzubereitung und Anreicherung die Gefahr einer Aspirationspneumonie deutlich reduzieren kann.

Um eine effektivere und effizientere Versorgung der Altenheimbewohner gewährleisten zu können, forderten Hansell & Heinemann (1996) bereits 1996 dass mehr Gelder für Fortbildungsmaßnahmen freigegeben werden sollten da gerade im Gesundheitssektor Bildung ein wertvolles Gut sei und eine Notwendigkeit darstellt. Finanzielle Mittel, die in die Wissenserweiterung des Personals investiert würden, könnten in der Folge Kosten reduzieren, dank einer geringeren Rate vermeidbarer gesundheitlicher Komplikationen der Altenheimbewohner, reduzieren (Hansell & Heinemann, 1996).

Durch Fortbildungsmaßnahmen findet eine Qualitätsverbesserung statt, welche nicht nur zur Entlastung der Pflegekräfte führt, sondern auch den Bewohnern zu Gute kommt.

Die Untersuchung von Berlowitz et al. (2003) befasste sich mit der Fragestellung inwiefern Qualitätsverbesserung zu einer höheren Zufriedenheit und Kompetenz seitens des Pflegepersonal führen würde. Die Ergebnisse zeigten, dass die Zufriedenheit des Personals durch Qualitätsverbesserungen erhöht werden konnte, ein Zustand der auch am Wohlbefinden der Patienten zu messen war.

Ein Vergleich zeigte, dass in Altenheimen mit geringer Qualitätsverbesserung eher gesundheitliche Probleme der Bewohner zu erwarten waren, als in Einrichtungen, in denen großer Wert auf qualitative Leistungssteigerungen durch kompetente Fortbildungen gelegt wurde (Berlowitz et al., 2003).

Eine Qualitätsverbesserung in Form von externen Fortbildungen werde laut Rohleder (1999, S. 64) sehr häufig nicht angenommen, wenn damit Versorgungsschwierigkeiten der eigenen Familie sowie eine Übernachtung auswärts einhergingen. Aus diesem Grund falle es der Personalleitung oftmals schwer angemessene Anreize für das Personal zu schaffen.

Interne Maßnahmen zeichnen sich dadurch aus, dass auch ungelerntes Pflegepersonal davon profitieren könnte. Davis & Copeland (2005) bestätigten anhand ihrer Studie, dass es zu gleichwertigen Lerneffekten zwischen den Pflegehelfern und den examinierten Pflegekräften gekommen sei, wenn interne Fortbildungen abgehalten wurden. Dies stellt eine wichtige Erkenntnis dar, denn die Untersuchung von Hoffmann (2007) und Davis & Copeland (2005) zeigten, dass die Altenpflegehelfer in der Anzahl der Fortbildungsteilnehmer den deutlich geringeren Prozentsatz ausmachten. Gerade diese Berufsgruppe ist aber maßgeblich mit dem direkten Umgang durch Pflege und Betreuung der Altenheimbewohner betraut (Hoffmann, 2007).

O' Loughlin & Shanley (1998) wiesen darauf hin, dass die examinierten Altenpfleger die Aufgabe hätten, die Altenpflegehelfer auf Gefahren hinzuweisen sowie Anleitung zu geben, wie das sichere Anreichen von Nahrung bei den Altenheimbewohnern funktioniere. Chadwick et al. (2002) verwiesen darauf, dass durch die Weitergabe dieser Art von Information sich fehlerhaftes Verhalten schnell einschleichen und manifestieren könnte, wenn das Vermittelte nicht hinterfragt würde.

Dies hängt einerseits mit der Stellung der Altenpflegekräfte zusammen, die sich häufig nur als Ausführende nicht aber als eigenständig handelnde Fachperson verstehen und

andererseits mit der enormen Stressbelastung, der die Pflegenden tagtäglich ausgesetzt sind (Kipping, 2000). Stressbelastung kommt nicht nur durch den knappen Personalschlüssel zustande, sondern auch durch die Vorgabe von Zeitrastern nach denen die Pflegekraft zu handeln hat. Diese Zeitstruktur gibt z.B. vor, dass für die mundgerechte Zerkleinerung 2-3 Minuten und für die Nahrungsaufnahme während der Hauptmahlzeiten 15-20 Minuten veranschlagt werden dürfen (PflegestufeInfo, 2010).

Die Untersuchung von Steele et al. (1997) weist jedoch daraufhin das eine Mindestdauer von 29 Minuten für die Essenssituation von Nöten ist, um individuell auf den Klienten und seine Bedürfnisse eingehen zu können. Ausgehend von dieser Zeitspanne scheint es Kayser-Jones (1997) völlig unzureichend, dass eine Pflegekraft eine ganze Station während der Mahlzeiten betreue. Sie fordert einen größeren qualifizierten Personalschlüssel, zumindest während der Mahlzeiten. Damit würde die Essenssituation auch wieder einen höheren gesellschaftlichen Faktor erlangen und nicht nur Abfertigung einer Tätigkeit darstellen.

Der erhöhte Einsatz von Pflegepersonal allein reicht jedoch nicht aus, um den Problemen während der Mahlzeiten gerecht zu werden. Die oft komplexe Krankheitsgeschichte eines Dysphagikers erfordert die Behandlung durch ein interdisziplinäres Team.

Dem Logopäden kommt als Experte im Bereich der Schluckstörung, eine besonders wichtige Rolle zu. Dank seines Fachwissens ist es ihm möglich die präventiven, diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen zu beherrschen. Eine weitere wichtige Kernkompetenz seines Handels stellt die Supervision im Rahmen der Prävention dar (dbl, 1998). Fortbildungen spielen dabei eine wichtige Rolle und sollten effizient und sensibel auf die Bedürfnisse des Pflegepersonals abgestimmt sein. (Lubinski, 2006). Zukünftig werden im Gesundheitswesen standardisierte Versorgungsprozesse und Entwicklungen einen immer höheren Stellenwert erreichen (NVLf, 2003). Diese Entwicklung hat jedoch in Deutschland bei den Logopäden bis dato nur unzureichend stattgefunden.

Die innerhalb der Bachelorarbeit vorgestellten Fortbildungsprogramme belegen alle eine statistisch signifikante Verbesserung des Wissensstandes in Bezug auf Dysphagie bei den Altenpflegekräften.

Es konnte zunächst bei Chadwick et al. (2002) festgestellt werden, dass die Anwendung von Dysphagie-Managementstrategien wie z.B. die spezielle Zubereitung von Mahlzeiten, die Auswahl von speziellen Hilfsmitteln für das Essen und auch die Überweisung an einen Logopäden bei einem Verdacht auf Dysphagie, nach der Fortbildung wesentlich besser umgesetzt und häufiger im beruflichen Alltag integriert wurde als vor der Weiterbildung.

Basierend auf der Analyse der Daten des Fortbildungsprogramms von O'Loughlin & Shanley (1998) konnte zudem festgehalten werden, dass eine deutliche Verbesserung des Dysphagie-Managements auch unter Verwendung von Formularen zu deren Identifikation und Bewertung stattfand. Zudem wurden regelmäßig interne Treffen der Altenpflegekräfte zur Besprechung von Dysphagien in den beruflichen Alltag integriert.

Die Untersuchungsergebnisse von Shaw & May (2001) wurden anhand einer Vor- und Nachuntersuchung, mithilfe eines Fragebogens, ermittelt. Es konnte erfolgreich Wissen über eine aufrechte Positionierung der Altenheimbewohner, sowohl vor und als auch nach den Mahlzeiten, die spezielle Anpassung von Nahrungskonsistenzen, eine korrekte Anwendung von Trinkbehältern und die Anzeichen für eine Aspiration vermittelt werden.

Diese eindeutig positiven Aspekte, lassen sich auch in den Studien von Hansell & Heinemann (1996) finden. Die Experimentalgruppe der Studie zeigte eine deutliche Verbesserung der Kenntnisse im Bereich der Einschätzung von Risikofaktoren, Komplikationen und notwendiger therapeutischer Intervention. Dies konnte anhand einer Nachuntersuchung durch einen Fragebogen belegt werden.

Ähnlich verhielt es sich bei Davis & Copeland (2005), deren computerbasiertes Fortbildungsprogramm in der Nachuntersuchung, ebenfalls durch einen Fragebogen, einen signifikanten Unterschied zwischen der Experimental und der Kontrollgruppe zeigte. Die Autoren machten leider keine expliziten Angaben darüber in welchen Bereichen eine Verbesserung der Experimentalgruppe stattgefunden hatte.

Aber sie verwiesen darauf, dass sich dank ihrer Interventionsmaßnahme die Pneumonierate, in der Institution der experimentellen Teilnehmer, innerhalb von sechs Monaten auf 59,6% reduzieren ließ. Das computerbasierte Fortbildungsprogramm erfüllte somit die anspruchsvolle Aufgabe über die rein theoretische

Wissensvermittlung hinaus, den Transfer in den beruflichen Alltag zu gewährleisten.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass sich durch die Fortbildung von Shaw & May (2001) der Wissensstand der jeweiligen Teilnehmer verbessert hat. Ob diese neuen Erkenntnisse jedoch auch erfolgreich in den beruflichen Alltag transferiert werden konnten bleibt mangels einer Nachuntersuchung bis dato unbeantwortet.

Was sich bei Shaw & May (2001) nicht zeigen ließ, ließ sich durch die Follow Up Untersuchungen von Chadwick et al. (2002), Hansell & Heinemann (1996), O'Loughlin & Shanley (1998), sowie von Davis & Copeland (2005) belegen. Ihre Studien zeigen, dass das neu erlernte theoretische Wissen bei entsprechender Vermittlung tatsächlich im beruflichen Alltag auch praktisch umgesetzt werden konnte.

Somit lässt sich für vier der fünf ausgewählten Fortbildungsprogramme sicher sagen, dass es eine echte Kompetenzerweiterung gegeben hat. Die eingangs formulierte 1. Hypothese, dass Fortbildungen generell einen positiven Einfluss auf die Kompetenz der Altenpflegekräfte haben, kann demnach als bewiesen angesehen werden.

Die dargestellten Fortbildungsprogramme zur Dysphagie für Altenpflegekräfte unterscheiden sich stark in Inhalt, methodisch-didaktischem Aufbau, Frequenz und Dauer der Programme, sowie dem Verhältnis von Theorie und Praxis.

Möchte man nun der eingangs formulierten 2. Hypothese nachgehen, so bedarf es einer genaueren Betrachtung der o.g. Faktoren.

Insbesondere die zeitlichen Rahmenbedingungen der Fortbildungsprogramme in den untersuchten Studien variierten sehr stark: mitunter von einem Tag bis hin zu drei Monaten, wie es bei Chadwick et al. (2002) und O'Loughlin & Shanley (1998) der Fall gewesen ist. Lediglich einen Monat beanspruchten Davis & Copeland (2005) sowie Hansell & Heinemann (1996) für ihre Fortbildungsmaßnahme. Das kürzeste Fortbildungsprogramm von nur einem Tag Dauer wurde von Shaw & May durchgeführt.

Shaw & Mays (2001) überprüften die Steigerung des Wissensstandes der Teilnehmer direkt nach ihrer Intervention. Hierbei erzielten sie ein statistisch signifikant, positives Ergebnis. Weitere Nachmessungen zur Langzeitüberprüfung der Effektivität wurden nicht vorgenommen, wodurch sich die Nachhaltigkeit der von ihnen vermittelten

Kenntnisse nicht beurteilen ließ.

Langzeitmessungen dienen der Überprüfung ob das innerhalb des Fortbildungsprogramms erlernte, theoretische Wissen auch im späteren Verlauf in den beruflichen Alltag transferiert werden konnte, und haben damit hohen Aussagewert. Ohne solche Nachfolgeuntersuchungen bleibt der Erfolg einer Fortbildung fraglich, wie bei Pelletier (2004) und Kayser-Jones (1999) beschrieben.

Bei der Observation der Altenpflegekräfte während der Mahlzeiten stellten Pelletier (2004) und Kayser-Jones (1999) fest, dass bis zu 71% der Altenpfleger keine Korrektur der Haltungspositionierung bei den Altenheimbewohner während des Essen vornahmen. In der späteren Befragung gaben jedoch alle Altenpfleger an, dass eine korrekte Sitzposition ein wichtiger Faktor sei, um vor Komplikationen wie der Aspiration bei Dysphagien zu schützen.

Auch die Untersuchung von Hoffmann (2007) bestätigt, dass die Altenpflegekräfte zwar über theoretische Kenntnisse zum Dysphagiemanagement verfügten, jedoch im praktischen Umgang mit der Schluckstörung große Defizite aufwiesen. Somit bedarf es nicht nur der Vermittlung des theoretischen Wissens, sondern auch einer Überprüfung des Verhaltens der Altenpflegekräfte bei der praktischen Umsetzung (Kayser-Jones et al., 1999).

Im Gegensatz zu Shaw & May (2001) gehen die drei anderen Studien von Chadwick et al. (2002) und O'Loughlin & Shanley (1998), auf die von Kayser-Jones et al. (1999) geforderte Follow-Up-Untersuchung ein, um die Nachhaltigkeit der erworbenen Kompetenzen durch den Transfer von Wissen in die Praxis zu überprüfen.

Die Langzeiteffektivität des interaktiven computerbasierten Fortbildungsprogramms von Davis & Copeland (2005), welches über einen Monat verlief, wurde nicht explizit überprüft, Jedoch zeigten sich im Verlauf eines halben Jahres deutlich reduzierte Pneumonieraten. Hieran lässt sich indirekt ablesen, dass die Teilnehmer dieses Programms in der Lage waren ihr erlerntes Wissen in den Alltag zu integrieren und präventive Maßnahmen korrekt durchzuführen.

Ähnliche Angaben konnten auch durch die Untersuchung von Hansell & Heinemann (1996) nach einem Monat gemacht werden. Die Teilnehmer ihrer Fortbildung (sowohl Kontrollgruppe, als auch die Experimentalgruppe) waren nach einem Monat in der Lage

eine wesentlich größere Anzahl der Bewohner als Dysphagiker zu identifizieren und veranlassten die Überweisung an den entsprechenden Facharzt. Des Weiteren mussten dank der therapeutischen Intervention durch die Pflegekräfte weniger Dysphagiker eine Therapie in Anspruch nehmen.

Ob die Faktoren Dauer und Frequenz allerdings einen alleinigen Einfluss auf die Effektivität der Teilnahme an einer Fortbildung darstellen bleibt ungeklärt, da eine dahingehende Untersuchung, in den Studien nicht stattgefunden hat.

Vergleicht man das Verhältnis zwischen Theorie und Praxis der einzelnen Fortbildungsprogramme so können große Unterschiede festgestellt werden.

Je länger die allgemeine Dauer der Fortbildungsprogramme angesetzt war, umso höher war auch die Frequenz der Seminartreffen, in denen das theoretische Wissen vermittelt wurde. Die insgesamt veranschlagte Dauer wirkte sich auch auf den praktischen Anteil der Fortbildung aus. So war die praktische Anleitung der Teilnehmer in der Untersuchung von Chadwick et al. (2002) und O'Loughlin & Shanley (1998) über einen Zeitraum von ca. drei Monaten verlaufen, wohingegen bei Shaw & May (2001) Hansell & Heinemann (1996) und Davis & Copeland (2005) auf eine praktische Ausübung des Erlernten ganz verzichtet wurde.

Bei den hier dargestellten Fortbildungsprogrammen lässt sich über die inhaltliche Vermittlung sagen, dass auf das Basiswissen der Anatomie, der Physiologie und der Pathologie des Schluckvorgangs jeweils umfassend eingegangen wurde. Chadwick et al. (2002) und Davis & Copeland vermerkten zusätzlich, die Dysphagie-Leitlinien integriert zu haben. Die einzige detaillierte Beschreibung der Fortbildungsinhalte wurde von O'Loughlin & Shanley (1998) angegeben. Aus diesem Grund lässt sich anhand der Ergebnisse der anderen Untersuchungen nur mutmaßen, welche Inhalte die Ausbilder den Teilnehmern vermittelt haben könnten.

Ebenfalls zu wünschen übrig lassen die mangelhafte Beschreibung der methodisch-didaktischen Vorgehensweise.

Die Didaktik fragt nach dem „was“ gelernt werden soll, hiermit ist laut Klafki (1970, S.

64-65) der Inhalt eines Lernprozesses gemeint, welcher sowohl bewusst als auch unbewusst geschehen kann.

Die Methodik beschäftigt sich hingegen mit dem „wie“ etwas an den Lernenden vermittelt werden soll, und macht sich hierfür unterschiedliche Medien, Form und Gestaltung sowie die spezielle Organisation des Inhaltes zu Nutze (Klafki, 1970, S.64). Betrachtet man nun die Fortbildungen unter dem Aspekt der Methodik zeigt sich, dass Shaw & May (2001) ein Flip-Chart zur visuellen Unterstützung anwendeten und den Gebrauch von Fremdwörtern vermieden. Davis & Copeland (2005) setzten als methodisches Mittel das computerbasierte Trainingsprogramm ein, und Hansell & Heinemann (1996) übergaben der Experimentalgruppe B „pocket cards“ auf denen die wichtigsten Risikofaktoren und Komplikationen als Kontrollinstrument nochmals vermerkt waren. In den Untersuchungen von Chadwick et al. (2002) und O’Loughling & Shanley (1998) wurde die methodische Vorgehensweise durch praktische Anleitung und Observation von Logopäden durchgeführt.

Der Faktor –Motivation- wird von keiner der erwähnten Studien in die Konzeption der Fortbildungsprogramme mit eingebunden, wengleich Motivation für das Lernen bekanntermaßen einen wichtigen Stellenwert einnimmt (Murphy, 2005).

Zusammengefasst kann die 2. Hypothese, aufgrund der vorhandenen Datenlage nicht eindeutig belegt oder widerlegt werden. Es können lediglich Teilaspekte als abhängige Faktoren betrachtet werden, die im Folgenden in die Empfehlung mit eingebunden werden.

Empfehlung:

Um eine umfassende Empfehlung aussprechen zu können, sollen zunächst die Rahmenbedingungen zur Konzeptbildung erläutert werden. Hierbei spielt die Implementierung, eine wichtige Rolle. Laut Jung (2007) versteht man unter Implementierung:

...Prozess der Verwirklichung eines Konzeptes, in dessen Folge dieses durchgeführt, durchgesetzt, zur Anwendung gebracht wird- und damit in den realen organisatorischen Wandel überführt wird. Dieser Wandel äußert sich in Veränderungen der Struktur- und Prozessmerkmale der Organisation.

Grol & Wensing (2004) beschäftigten sich mit der Fragestellung wie die Umsetzung von Leitlinien und Innovation am Besten anhand von Implementierung an die Teilnehmer transferiert werden könnte. Hierzu teilten die Forscher den Vorgang in fünf Veränderungsphasen auf. Diese umfassen: die Orientierungsphase, Erkenntnis, Akzeptanz, Veränderung und die Aufrechterhaltung.

In der Orientierungsphase sollte die Erläuterung und Klärung des Konzeptes erfolgen, um ein Interesse und die Beteiligung an dem neuen Konzept zu schaffen. Die Strategie könnte in Form von Kurzinformationen, Aufmerksamkeit erregen und Konfrontation der Arbeitsergebnisse erfolgen.

In Bezug auf die Erkenntnisse sollten die Teilnehmer die Innovation verstehen, einen Überblick über den Ablauf und die Ergebnisse der Arbeit erhalten. Zur Verdeutlichung können hierfür Fortbildungsmaterial, Gruppenarbeiten, Feedback und Informationen der praktischen Probleme hilfreich sein.

Die Akzeptanz soll eine positive Einstellung oder die Entscheidung zur Veränderung darstellen. Hierfür sind die Vorschläge der Teilnehmer und Diskussionsrunden wichtige Teilaspekte.

Die Veränderung zielt auf die Anpassung an den praktischen Bereich ab. Dies kann z.B. durch die Anpassung des Schulungsmaterial sein, sowie die Umgestaltung des Konzeptes durch klein-schrittiges Vorgehen.

Der letzte entscheidende Faktor stellt die Aufrechterhaltung dar. Hierbei geht es um die Integration in die Routine und die Organisationsstrukturen. Diese sollten einer regelmäßigen Kontrolle unterliegen

Ausgangspunkt für die Erstellung einer Fortbildung für Altenpflegekräfte, sollten die aktuellsten Forschungsergebnisse bzw. Leitlinien sein (EUROPA-Empfehlung, 2001). Die Identifizierung des Problems sollte genauestens eruiert werden, mit dem Ziel ein Konzept zu entwickeln, welches zu einer Verbesserung innerhalb der betroffenen Berufsgruppe beiträgt (Jung, 2007).

Für die Planung eines Fortbildungsprogramms bedarf es klar definierter Ziele unter der Berücksichtigung von Meilensteinen, einer guten Koordination der Teilnehmer und einem gut strukturierten Zeitplan (Jung, 2007). Um eine gute Vermittlung der ausgewählten Inhalte zu gewährleisten sollten verschiedene Strategien und Maßnahmen erfolgen, um sicherzustellen, dass die unterschiedlichen Lerntypen gleichermaßen profitieren. Bero et al. (1998) zeigten durch ihre Literaturstudie, dass eine Kombination aus Vorträgen, Erinnerungs- und Entscheidungshilfen, Feedback (engl. für Rückmeldung), Aktivierung der Teilnehmer z.B. durch Gruppenarbeiten oder Diskussionen einen positiven Effekt in Bezug auf die Effektivität einer Fortbildung haben. Weniger erfolgreich in der Wissensvermittlung und dem Transfer in den beruflichen Alltag seien hingegen Fortbildungsmaterial in Papierform sowie passive Qualifizierungstreffen (z.B. Vorträge und Tagungen).

Generell sollten die Entwicklungsverläufe getestet, und somit auch die Umsetzung der Planung überprüft werden. Am Ende sollte eine Evaluation stattfinden und wenn notwendig eine Anpassung des Konzeptes erfolgen, indem neue Strategien und eine zusätzliche Untersuchung des eigentlichen Problems berücksichtigt werden.

Im Bezug auf die methodisch-didaktische Herangehensweise sollte laut Miller & Krawczyk (2001) zunächst die Erwartungen der Altenpflegekräfte an die bevorstehende Fortbildung besprochen werden. Dies gibt dem Logopäden nicht nur die Möglichkeit sich ein Bild über die Bedürfnisse der Teilnehmer zu machen, zugleich kann überprüft werden, ob die richtigen Inhalte der Fortbildung vorab zusammengestellt wurden. Im weiteren Verlauf sollte der Logopäde darauf achten, die Inhalte ohne Fremdwörter (Shaw & May, 2001), so einfach und verständlich wie möglich zu erklären. Es sollte für die Teilnehmer sichergestellt werden, dass das neue Wissen offensichtlich und umgehend von Nutzen für sie ist. Um komplexe Vorgänge wie z.B. den Schluckakt oder die Untersuchung einer Videofluoroskopie zu verdeutlichen sollten Medien wie Videoaufnahmen einbezogen werden (O'Loughlin & Shanley, 1998). Die Darstellung eines Kehlkopfes sollte anhand eines Modells erläutert werden (Chadwick et al., 2002). Ebenso sollten die praktischen Demonstrationen, sei es in Gruppen oder durch einen Teilnehmer einen wichtigen Bestandteil während der Fortbildung einnehmen (Miller & Krawczyk, 2001).

Es sollte darauf geachtet werden, dass sich die Teilnehmer alle auf dem gleichen

Wissensstand befinden. Dies kann durch die abwechslungsreiche Anwendung von Lern- und Lehrstilen unterstützt werden (Miller & Krawczyk, 2001). Ein sehr wichtiger Teilbereich stellt die Verbindung von theoretischer Vermittlung und praktischen Übungssituationen dar, um die Dysphagie in ihrer Komplexität zu präsentieren und um einen effektiven Transfer in den beruflichen Alltag zu gewährleisten. Zusätzlich können auch die computerbasierten Trainingsprogramme als Wiederholung von Inhalten für die Teilnehmer von großem Nutzen sein (Davis & Copeland, 2005).

Die Inhalte der theoretischen Vermittlung sollen sich zunächst mit der Anatomie, Physiologie und den pathologischen Schluckvorgängen auseinandersetzen. Im Folgenden soll auf die Warnzeichen von Aspiration und deren Risikofaktoren hingewiesen werden (Davis & Copeland, 2005; Chadwick et al., 2002). Des Weiteren soll der Logopäde die Teilnehmer über Presbyphagien, den Zusammenhänge mit anderen Erkrankungen und den Einfluss von Medikamenten auf das Schluckverhalten aufklären (O'Loughlin & Shanley, 1998) beschäftigen.

In der praktischen Umsetzung sollten die Logopäden die Teilnehmer begleiten, um diese während ihrer Arbeit zu observieren und ihnen ein Feedback bzw. Hilfestellung geben zu können (Chadwick et al., 2002; O'Loughlin & Shanley, 1998).

Eine einfache aber sehr effektive Maßnahme ist die korrekte Haltungsposition vor, während und auch unmittelbar nach den Mahlzeiten. Das Anpassen von Nahrungs- und Flüssigkeitskonsistenzen sollte anschaulich erklärt, und auf die Wichtigkeit des kommunikativen Umgangs während der Mahlzeiten muss aufmerksam gemacht werden. Darüber hinaus sollten Anzeichen einer Aspiration sowie deren Risikofaktoren sicher erkannt werden können. Die Anwendung von Hilfsmitteln zur Essensanreicherung sowie die Dokumentation von Auffälligkeiten sollten ebenfalls vermittelt werden. (Chadwick et al., 2002; O'Loughlin & Shanley, 1998).

Im Rahmen der Qualitätssicherung ist es wichtig eine Vereinheitlichung von Fortbildungsprogrammen zu gewährleisten, die sich an den internationalen und nationalen Dysphagie-Leitlinien orientieren sollte (SIGN, 2010). Leitlinien haben zum Ziel eine Sicherung und Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung der Patienten zu ermöglichen. Sie berücksichtigen zusätzlich systematisch entwickelte

Entscheidungshilfen, jeweils angepasst an die Bedürfnisse und Einstellungen der Patienten. Bei Befolgung, führen Leitlinien zur Vermeidung von unnötigen oder überholten medizinischen Maßnahmen und helfen damit Kosten, sowie unerwünschte Schwankungen im Bereich der medizinischen Versorgung einzusparen (KBV, 1997). Inhaltlich gehen die Dysphagie-Leitlinien unter anderem auf den Schutz der tiefen Atemwege ein, zeigen auf wie teure und tragische Sekundärkomplikationen vermindert werden können und wie die ausreichende Flüssigkeits- und Nahrungszufuhr in einem angemessenen zeitlichen Rahmen ermöglicht werden sollte.

Wie von vielen Forschern (Kayser-Jones et al. 1999, Kolodny & Malek, 1991, Rittig et al., 2009) gefordert, sollte ein einheitliches Dysphagiemanagement eingeführt werden, welches präventive, diagnostische und therapeutische Maßnahmen umfasst und dem Teilnehmer einer Dysphagie-Fortbildung als möglichst standardisierter Ablauf angeboten werden kann.

In dem nun folgenden Punkten soll auf die kritische Betrachtung der Literaturstudie eingegangen werden. Die Entscheidungsfindung für die richtige Thematik einer Bachelorarbeit hat zu Beginn viel wertvolle Zeit in Anspruch genommen. Zusätzlich wurde nicht wie anfänglich geplant die Arbeit von zwei Studenten erstellt, sondern schlussendlich nur von einer Studentin ausgeführt. Der Umfang der Bachelorarbeit wurde nur in Bezug auf die methodische Vorgehensweise geändert, der geplante Inhalt blieb weiterhin bestehen. Durch die Anpassung der methodischen Vorgehensweise wurde die Verwendung der internationalen Datenbanken von sieben auf vier Suchmaschinen (Pubmed, Science Direct, JADE und Cochrane Library) reduziert. Dafür wurden statt einer zwei Zeitschriften (Dysphagia und Journal of Gerontological Nursing) mittels „hand searching“ nach relevanten Artikeln durchsucht. Insgesamt fand eine Limitierung der Vorgehensweise für dieses vielseitige Thema statt.

Die aufgestellten Selektionskriterien wurden anfänglich aufgrund der eigenen Wissenserweiterung verändert. Ursprünglich sollten nur die Artikel mit aufgenommen werden, die von 2000 - 2010 publiziert wurden. Aufgrund der geringen Datenlage in Bezug auf die Fortbildungsprogramme wurde die Auswahl um die Jahrgänge zurück bis 1995 erweitert. Diese Entscheidung wurde mit dem Fund zweier wichtiger Fortbildungsmaßnahmen belohnt. Im theoretischen Hintergrund wurde auch auf noch

ältere Literatur zurückgegriffen, um z.B. die unterschiedlichen Definitionen zum Thema Schluckphasen widerzuspiegeln.

Die Suchtermini wurden in 47 Variationen kombiniert. Dies führte zu einem sehr langen Suchprozess in den einzelnen Datenbanken. Die gefundenen Ergebnisse wiederholten sich sehr häufig und trotz neuer Kombinationseingabe wurden selten neue Artikel mit aufgerufen. Um ein einheitliches Vorgehen zu bewahren, wurden alle Datenbanken mit den gleichen Suchtermini und Kombinationen durchsucht. Da der Fokus dieser Arbeit auf die Altenpflegekräfte und die Vielfältigkeit von Dysphagien abzielte, wurden Studien zu Fortbildungen mit der Thematik Aphasie und deren Begleitsymptome nicht mit einbezogen.

Die Auslese der gefundenen Fortbildungsprogramme erwies sich quantitativ als sehr eingeschränkt. Inhaltlich variierten sie sehr stark, ebenso in der methodisch-didaktischen Vorgehensweise. Auch die Probanden Anzahl differierte stark, sodass sich der Vergleich der einzelnen Programme als schwierig erwies. Zur Auswertung der Fortbildungsprogramme wurden häufig Fragebögen verwendet, die sich auf den Inhalt der Fortbildungsmaßen bezogen. In keiner der Fortbildungen wurde ein objektives Messverfahren angewendet, um die Effektivität nachweislich zu überprüfen; die Vergleichswerte wurden generell aus den Voruntersuchen entnommen. Der Grund dieses Auswertungsverfahrens liegt natürlich darin begründet, dass es eben noch keine standardisierten Programme gibt anhand derer sich ein objektives Messverfahren ableiten ließe.

Trotz der defizitären Datenlage im Dysphagie- Fortbildungsbereich, konnten Teilbereiche entnommen werden und mithilfe erweiterter Literaturrecherche war es möglich eine Empfehlung für zukünftige Fortbildungsprogramme zu erstellen.

Aus diesen kritischen Anmerkungen ergeben sich folgende Überlegungen für weiterführende Untersuchungen. Es sollte ein einheitliches Fortbildungsprogramm erstellt werden, das sich auf die hier vorgestellten Empfehlungen stützt und an einer repräsentativen Probandenzahl untersucht werden sollte. Die Problematik, dass es sich bei der Dysphagie um ein sehr facettenreiches Krankheitsbild handelt bleibt leider bestehen, und somit sind die Möglichkeiten der Vergleichbarkeit des Patientenkollektivs sicher eingeschränkt. Umso wichtiger ist es die Effizienz des Fortbildungserfolges mit objektivierbaren Messverfahren zu validieren. Deutliche Relevanz ist in den

Nachuntersuchungen zuzusprechen, um die Nachhaltigkeit des Lern- und Lehrerfolges dokumentieren zu können..

Schlussfolgernd soll noch einmal auf die Hauptfragestellung, in wie fern sich die Kompetenz des Altenpflegepersonals durch Dysphagie-Fortbildungen verändern lässt, gemessen am Zustand der betroffenen Patienten, eingegangen werden. Dass die Fortbildungsprogramme zu einer Kompetenzerweiterung führen, wurde eindeutig belegt. Eine Verbesserung des Zustands der Patienten konnte ebenfalls anhand von Nachuntersuchung wie z.B. bei Davis & Copeland (2005) durch eine Senkung der Pneumonierate belegt werden.

Es gilt fest zu halten, dass die Dysphagie ein Störungsbild mit unterschiedlichsten Ausprägungen und Schweregraden darstellt und somit die Verantwortung der Betreuung und Behandlung nicht nur auf eine Berufsgruppe beschränkt sein sollte. Dysphagien fordern in ihrer vielfältigen Ausprägung eine interdisziplinäre Zusammenarbeit, die sich Leitlinienorientiert zum Ziel setzen sollte Prävention, Früherkennung und Therapie der Dysphagien zu optimieren.

Wie bereits in der Einleitung erwähnt, kommt der logopädischen Disziplin im Dysphagiemanagement eine große Verantwortung zu. Gerade im Bereich der Prävention von Dysphagien und ihren Komplikationen gilt es noch verstärkt tätig zu werden. Insbesondere im Rahmen der Anleitung zur Früherkennung, die der Berufsgruppe obliegt, die am engsten mit der täglichen Pflege der Patienten betraut ist, in diesem speziellen Fall sind dies Altenpfleger/Innen, sollten Fortbildungsmaßnahmen verbessert und immer wieder angeboten werden. Die logopädische Fachwelt sollte das Defizit an Fortbildungsmaßnahmen schnellsten erkennen und ihrer Verantwortung gerecht werden. Ein standardisiertes Dysphagiemanagement sowie qualitativ einheitliche Dysphagie Fortbildungsprogramme mit Schwerpunkt auf die praktische Anwendung präventiver Maßnahmen können ein wichtiger Schritt in die richtige Richtung sein. Verbesserung kann über Fortbildungsmaßnahmen hinaus leider nur mit entsprechendem Zeitaufwand und einem guten Betreuungsschlüssel langfristig gesichert werden.

Es ist höchste Zeit zu überlegen, wie eine optimale Versorgung einer stetig ansteigenden Zahl Pflegebedürftiger bei gleichzeitiger Kostenexplosion im Gesundheitssektor und

beständiger Rationalisierung gerade im Personalbereich zukünftig zu gestalten ist. Keine leicht zu lösende Aufgabe, soviel steht fest.

Take Home Messages

Ein durch Logopäden erstelltes, einheitliches Dysphagiemanagement, das auch Eingang in die Fortbildungsprogramme in der Altenpflege findet, hilft Patienten mit dem komplexen Störungsbild Dysphagie vor schwerwiegenden Komplikationen zu schützen.

6. ANHANG:

Anhang 1: Dysphagie-Leitlinien

Diagnostik neurogener Dysphagien inkl. Trachealkanülenmanagement

Entwickelt von der BKQM im dbl,

frei gegeben vom Bundesvorstand im Januar 2010

Definition:

„Neurogene Dysphagien sind Schluckstörungen infolge neurologischer Erkrankungen“ (DGN, 2008). Dabei sind vorrangig die orale Phase und/oder die pharyngeale Phase betroffen (vgl. ebd). Nähere Angaben zu den zugrunde liegenden Pathomechanismen sowie zur spezifischen Symptomatik bei neurogenen Dysphagien finden sich beispielsweise in DGNKN (2003), in Bartolomé & Schröter-Morasch (2006) sowie in DGN (2008).

Ätiologie und Epidemiologie:

Als häufigste Ursache neurogener Dysphagien gilt der Schlaganfall (> 50%). Eine Aufstellung weiterer Dysphagieursachen und -häufigkeiten findet sich in DGN (2008).

Auswirkungen einer Dysphagie:

Neurogene Dysphagien treten bei Patienten mit und ohne Trachealkanüle auf und führen bei den Betroffenen¹ in der Regel zu Einschränkungen der physischen Gesundheit sowie der Lebensqualität verschiedenster Schweregrade. Einschränkungen der Lebensqualität und der sozialen Teilhabe treten bei fast allen Patienten mit Dysphagie als Folgeerscheinung auf und resultieren unter anderem aus folgenden Primärsymptomen:

- gestörte Nahrungsaufnahme,
- beeinträchtigte Speichelkontrolle,
- unzureichende Kalorien- bzw. Flüssigkeitszufuhr und
- erhöhter zeitlicher Aufwand für die Mahlzeiten.

Eine spezifische Auflistung von Folgeerscheinungen und Komplikationen bei neurogener Dysphagie findet sich in der Fachliteratur (z. Bsp. Dikeman und Kazandijan, 1995 in Bigenzahn & Denk, 1999, Prosiegel, 2002, DGNKN, 2003, DGN, 2008).

Diagnostik von Dysphagien:

Die Diagnostik bei Patienten mit neurogener Dysphagie (ggf. mit Trachealkanüle) ist in der Regel eine interdisziplinäre Aufgabe, weil „neurogene Dysphagien im Grenzgebiet

zahlreicher medizinischer/therapeutischer Disziplinen angesiedelt sind“ (DGNKN 2003). Beteiligte Berufsgruppen können Ärzte (Hausarzt bzw. Klinikarzt, ggf. Neurologe, HNO- Arzt, Radiologe bzw. Phoniater), Logopäden, ggf. andere Therapeutengruppen sowie Pflegepersonal bzw. andere Betreuungspersonen sein. Die Diagnostik kann im stationären oder im ambulanten Kontext erfolgen. Bei akuten Schlaganfallpatienten kann eine frühzeitige Schluckdiagnostik das Risiko einer Aspirationspneumonie signifikant senken (DGN, 2008:20).

Logopäden werden auf ärztliche Verordnung tätig und sind obligater Bestandteil der interdisziplinären Dysphagiediagnostik. Dabei übernehmen sie entscheidende Aufgaben in der Befunderhebung:

- Erhebung der Eigen- bzw. Fremdanamnese
- klinische Untersuchung des Schluckablaufs sowie der am Schluckvorgang beteiligten Funktionen und Organe
- Feststellen des Aspirationsrisikos
- ggf. Empfehlung zu weiterführenden Untersuchungsverfahren und Maßnahmen im Bereich Trachealkanülenmanagement
- Ernährungs- und ggf. Therapieempfehlung
- Beratung und Aufklärung der Betroffenen

Auf Grund der Heterogenität des Patientenspektrums bei neurogener Dysphagie ist das Vorgehen in der logopädischen Diagnostik entsprechend angepasst und individuell.

Zu berücksichtigende Faktoren sind unter anderem:

- Vigilanz, Kooperationsfähigkeit und Körperhaltung des Patienten
- die medizinische Situation (wie zum Beispiel Vorhandensein einer Trachealkanüle bzw. Ernährungssonde, pathologische Lungenbefunde)
- andere Begleitstörungen des Patienten (wie zum Beispiel Aphasie, Apraxie, Hemiparese o.ä.)

Ausführliche Hinweise zum Patientenklintel und Auswirkungen auf das diagnostische Vorgehen findet sich in (Bartolomé & Schröter-Morasch, 2006, Bigenzahn & Denk, 1999, Nusser-Müller-Busch, 2004).

Generell erfolgt das Vorgehen in der logopädischen Untersuchung hypothesengeleitet, in Abhängigkeit vom medizinischen Zustand des Patienten sowie an der ICF orientiert

(vgl. ICF, dimdi, 2004). Die o.g. Symptome der neurogenen Dysphagie werden in der logopädischen Diagnostik identifiziert und deren Auswirkung auf die Alltagsfähigkeiten des Patienten abgeleitet. Logopäden sind zur hypothesengeleiteten Vorgehensweise in der Befunderhebung neurogener Dysphagien ausgebildet und fachlich kompetent, um eine aussagekräftige klinische Diagnostik durchführen, auswerten und interpretieren zu können.

Ziel der logopädischen Diagnostik ist es in jedem Fall, unter Berücksichtigung der individuellen Fragestellung, der neurologischen Grunderkrankung sowie klinischer (Vor-) Befunde für den Patienten eine adäquate Ernährungsform zu bestimmen. Diese kann diätetische Anpassungen, Einsatz von Hilfsmitteln, Haltungsmodifikationen und/oder Schlucktechniken beinhalten. Ggf. werden im Rahmen der logopädischen Befunderhebung auch Maßnahmen für das Trachealkanülenmanagement festgelegt (z. Bsp. Mundhygiene, Entblockungsprocedere). Des Weiteren erfolgt nach der logopädischen Diagnostik ggf. die Indikationsstellung für eine logopädische Therapie.

Methodisch stehen hierfür vorwiegend orientierende Verfahren und Screeninginstrumente zur Verfügung (vgl. DGN 2008, DGN und DGNKN 2003, Bartolomé & Schröter-Morasch 2006:453-457), sowie psychometrisch validierte Fragebögen bzgl. der Lebensqualität (SWAL-QOL in der dt. Übersetzung von Prosiegel, Wagner-Sonntag und Koch in Stanschus, 2006:29-36).

Standardisierte Verfahren wurden für die klinische Dysphagiediagnostik noch nicht entwickelt (vgl. auch Wagner-Sonntag, in Prosiegel, 2002:53). Jedoch wird in vielen Quellen der 50-ml Wassertest in Kombination mit der Untersuchung der pharyngealen Sensibilität bzw. Pulsoxymetrie als ausreichend sensitives und spezifisch messendes Instrument empfohlen (DGN, 2008:6f., vgl. auch Bartolomé & Schröter-Morasch, 2006:156).

Für Patienten mit Trachealkanüle stehen zusätzlich spezielle Färbetests zur Verfügung (Bartolomé & Schröter-Morasch, 2006, Herbst, 2002). Dabei wird explizit darauf hingewiesen, dass eine geblockte Trachealkanüle ein Aspirationsrisiko vermindern, aber nie ganz verhindern kann (vgl. auch DGN, 2008:11). Als fakultativ durchzuführende apparative Zusatzuntersuchungen bei neurogener Dysphagie haben sich in der klinischen Praxis die Videofluoroskopie und Videoendoskopie durchgesetzt, die sich in ihrer Aussagekraft ergänzen und von Ärzten durchgeführt werden (DGNKN, 2003, vgl. auch Siegmüller & Bartels, 2006). Zur Zusammenfassung der Ergebnisse und späteren Outcomemessung können verschiedene Dysphagiescores genutzt werden (z.B. BODS I und II von Bartolomé & Schröter-Morasch, 2006, Outcome-Skala Schluckbeeinträchtigung, Prosiegel, 2002, vgl. auch DGN, 2008).

Logopäden sind in der Diagnostik neurogener Dysphagien an der Schnittstelle verschiedenster Berufsgruppen tätig. Die erfolgreiche Kommunikation im multidisziplinären Team und oftmals auch mit den Angehörigen des Betroffenen stellt

eine wesentliche Aufgabe im erfolgreichen Dysphagiemanagement dar. Ziel ist es, die erhobenen Befunde zu vermitteln, einen effektiven Ernährungsmodus zu etablieren und mögliche Gesundheitsrisiken einer Schluckstörung zu minimieren.

Demnach ist Teil der logopädischen Diagnostik -je nach Kontext und Schweregrad der Dysphagie- auch die Aufklärung des Betroffenen bzw. des sozialen Umfelds (d.h. Angehörige, Pflegepersonen, andere Therapeuten u. s. w.). Dabei soll bei den beteiligten Personen ein Verständnis für die Auswirkungen und mögliche Risiken der Schluckstörung aufgebaut und letztendlich eine größtmögliche Compliance im Hinblick auf die erforderlichen Interventionsmaßnahmen erzielt werden.

Verlaufsskizze:

Ärztliche Anordnung bzgl. eines Verdachts auf Dysphagie



Anamnese

Klinische Untersuchung der am Schluckablauf beteiligten Organe

Klinischer Schluckversuch



Entscheidungsfindung bzgl. der Ernährung des Patienten

und seiner Therapiebedürftigkeit und -fähigkeit



Mitteilung der Ergebnisse an den behandelnden Arzt(und im interdisziplinären Team),

ggf. Empfehlung weiterführender instrumenteller Diagnostik

Beratung des Patienten und seiner Angehörige

Anhang 2.:

Zusammenstellung der Suchtermini-Kombinationen, für die Recherche in den Datenbanken

Suchtermini/ Kombinationen	Resultate	Titel
1) Dysphagia AND nursing staff AND education		
2) Dysphagia AND nursing staff AND training		
3) Dysphagia AND nurses AND education		
4) Dysphagia AND nurses AND training		
5) Dysphagia AND nursing AND training		
6) Dysphagia AND nursing AND education		
7) Deglutition disorders AND nurses AND training		
8) deglutition disorders AND nurses AND education		
9) Deglutition disorders AND nursing AND training		
10) Deglutition disorders AND nursing AND education		
11) Deglutition disorders AND nursing staff AND training		
12) deglutition disorders AND nursing staff AND education		
13) swallowing disorders AND nursing AND training		
14) swallowing disorders AND nursing AND education		
15) swallowing disorders AND nursing staff AND training		
16) swallowing disorders AND nursing staff AND education		
17) Dysphagia AND nursing		

homes

18) deglutition disorders AND nursing homes

19) swallowing disorders AND nursing homes

20) Dysphagia AND homes for the elderly

21) swallowing disorders AND homes for the elderly

22) Dysphagia AND nursing staff AND education AND motivation

23) swallowing disorders AND nursing staff AND education AND motivation

24) deglutition disorders AND nursing staff AND education AND motivation

25) nursing staff and education and motivation

26) nursing staff AND education AND motivation AND elderly

27) nursing staff AND education AND motivation AND Dysphagia

28) Dysphagia AND nursing staff AND knowledge

29) Deglutition disorders AND nursing staff AND knowledge

30) Swallowing disorders AND nursing staff AND knowledge

31) Dysphagia AND nursing staff AND prevalence

32) Dysphagia AND nursing homes AND prevalence

33) Dysphagia And homes for the elderly AND prevalence

34) Prevalence And swallowing disorders AND homes for the elderly

35) nursing staff AND education AND motivation

AND homes for the elderly

36) nursing staff AND training
AND motivation AND
deglutition disorders

37) nursing staff AND concepts
AND deglutition disorders

38) program AND deglutition
disorders AND nurses

39) advance training AND
nursing staff AND dysphagia

40) Speech language Therapist
AND programs AND dysphagia

41) SLT AND nursing staff AND
deglutition

42) requirement AND nursing
staff AND training AND
deglutition disorders

43) SLT AND methodic-
didactical programm AND
nursing staff

44) prevalence AND SLT AND
nursing staff AND screenings

45) nursing staff AND
dysphagia AND knowledge
AND SLT

Anhang 3.

Das Critical Review Formular, anhand dessen die objektiven Zusammenfassung der Artikel gemacht wurden.

Critical Review Form

Citation: Author, Title and Journal

--

Study purpose

Was the purpose stated clearly? 0 Yes 0 No

--

Literature

Was relevant background literature reviewed? 0 Yes 0 No

--

Design

Was it a RCT? 0 Yes 0 No

--

Population

Was the population described in detail? 0 Yes 0 No

--

Intervention

Intervention was described in detail? 0 Yes 0 No

--

Outcome

Specify the outcome measures?

--

(prä, post, Follow-up)?

Results

Die Ergebnisse wurden im Hinblick auf die statistische Signifikanz berichtet? Yes No

Klinische Bedeutung berichtet wurde? Yes No

What were the results?

Discussion and conclusion

Was waren die wichtigsten Einschränkungen in der Studie?

What did the study conclude?

Anhang 4:

Zusammenfassungen der aufgenommenen Studien (aus dem Kapitel Resultate):

In Anlehnung an das Klassifikationssystem der Cochrane Collaboration und der methodischen Qualitätskriterien für quantitative und qualitative Studien (siehe Kapitel Methode)

Zitationen	- Design -Qualität der quantitativen Untersuchung/ -Evidenzlevel	Ziel	Population	Messung	Resultate
Shaw, D. & May, H. (2001). <i>Sharking knowledge with nursing home staff: an objective investigation. J. Int. Lang Commun Disorders.</i> 200-205.	Gruppenstudie - Qualität: 4 Evidenzlevel 2a	Ziel dieser Untersuchung war es, das vorhandene Wissen von Altenpflegekräfte zu dokumentieren und festzuhalten, inwiefern sich das Wissen durch ein theoretisches und praktisches Training durch einen Logopäden verbessern kann.	-16 Einrichtungen mit 113 Pflegenden schieden sich für die Fortbildung „Schluckprobleme“ und 8 Einrichtungen mit 47 Pflegekräften absolvierten die Fortbildung mit dem Thema „Kommunikationsprobleme“	Zu Beginn und am Ende des Trainings wurde der Pretest und Posttest verteilt. Die Teilnehmer mussten einen Fragebogen ausfüllen. Hierbei konnten die Befragten mit „Nicht gewusst“, „Gewusst“ und „Falsch“ ihren Wissenstand darlegen. Die Teilnehmer des Trainings „Schlucken“ zeigten in allen drei Bewertungskategorien im Posttest signifikante Verbesserungen ihres Wissens ($p < 0.0005$). Das Training zum	Training im Bereich Kommunikation und Schlucken ist effektiv. Anhand der Studie konnte gezeigt werden, dass das Pflegepersonal in der Lage ist, neues Wissen und Strategien aufzunehmen, um seine Arbeit zu verbessern. Es konnte auch gezeigt werden, dass Fachtermini vermieden werden sollten, um die Verständlichkeit für alle Beteiligten zu garantieren. Aufgrund des
Geufndn in der Datenbank Pubmed					

Zitationen	- Design -Qualität der quantitativen Untersuchung/ -Evidenzlevel	Ziel	Population	Messung	Thema Kommunikation konnte anhand des Posttest außer in der Bewertungskategorie „Falsch“ signifikante verbesserte Wissensleistungen nachweisen.	Schlucktrainings kann eine Reduzierung von Krankenhausaufenthalten potenziell gewährleistet werden.
Zitationen	- Design -Qualität der quantitativen Untersuchung/ -Evidenzlevel	Ziel	Population	Messung	Thema Kommunikation konnte anhand des Posttest außer in der Bewertungskategorie „Falsch“ signifikante verbesserte Wissensleistungen nachweisen.	Schlucktrainings kann eine Reduzierung von Krankenhausaufenthalten potenziell gewährleistet werden.
Hansell, D.E. & Heinemann, D. (1996). Improving nursing practice with staff education: the challenge of Dysphagia. <i>Gastroenterology Nursing</i> . 19, 201-206.	Kontrollierte Gruppenstudie -Qualität: 8 -Evidenz-Level 2a	Zweck der Studie war es, das Wissen von Pflegekräften über Risikofaktoren, Komplikationen und therapeutische Interventionen im Bereich Dysphagie zu prüfen und die Auswirkungen eines Fortbildungsprogramms auf ihr Wissen, ihre Kenntnisse, Retention und klinische Anwendung der	N= 54 Altenpflegerinnen. -Experimentalgruppe: Gruppe A, (n= 20) Gruppe B (n=15) -Kontrollgruppe (n=19) Pre-&	Die Experimentalgruppe nahm an einem Pretest teil. Gruppe A erhielt eine Informationspräsentation und zwei Posttests im Abstand von einem Monat. Gruppe B erhielt eine Fortbildung über einen Monat und machte vorher und danach einen Posttest. Die Teilnehmer stammten aus einer Einrichtung. Gruppe B bekam „pocket cards“, auf denen die Risikofaktoren und Intervention bei Verdacht auf eine Dysphagie	Es gab keine signifikanten Unterschiede in der Kontrollgruppe in dem Pre -& Posttest (-0.31). In der Experimentalgruppe war ein signifikanter größerer Unterschied zu verzeichnen (p = < .05). Somit konnte bewiesen werden, dass die Experimental-	

<p>Gefunden Über die Datenbank Pubmed</p>	<p>Akutmedizin zu bewerten.</p>	<p>Posttest</p>	<p>aufgeführt waren.</p>	<p>gruppe auch noch einen Monat nach der Informa- tionsveran- staltung über mehr Wissen verfügte, als die Kontrollgruppe.</p>
			<p>Vermittlung von Basiswissen der Dysphagien</p>	<p>Innerhalb der Experimental- gruppe konnte kein signifikanter Unterschied ($p=.372$) festgestellt werden bzgl. des Wissensstandes der Gruppe A und B. Somit haben die „pocket cards“ den Wissensstand der Gruppe B nicht verbessert.</p>
			<p>-Die Kontroll- gruppe, nur am Pre- und einem Posttest teilgenommen.</p>	<p>Allgemein erhöhte Identifizierung von Dyspahikern</p>

Zitationen	- Design	Ziel	Population	Messung	Resultate
<p>O'Loughlin, G. & Shanley, Ch. (1998). Swallowing Problems in the Nursing Home.</p>	<p>-Qualität der quantitativen Untersuchung/ -Evidenzlevel _____ Gruppenstudie</p>	<p>Grund dieser Untersuchung war, die unzureichenden Kenntnisse und Fähigkeiten im Bezug auf Dysphagien der Pflegekräfte in Altenheimen zu verbessern. Hierfür wurde das</p>	<p>Altenpflege N=30 Pre- und Posttest (n= 30) Follow-Up nach drei</p>	<p>Alle 30 Altenpflegekräfte hatten drei Unterrichtseinheiten á 4 Std.. Wissensabfrage vor (Pretest= Mean score: 24.5333; Significance < 0.0005, p value for a 2-tailed t-test) und dem nach</p>	<p>Es konnten signifikante Verbesserung in den Bereichen: - Wissen über Dysphagiemangement - reguläre Verfahren und Formulare für die Bewertung und das Management</p>

Dysphagia a novel training response. <i>Dysphagia.</i> 13, 172- 183. Gefunden Über die Datenbank Pubmed	-Qualität: Evidenz- level 2a	Fortbildungs- programm, „SOAP“ von den Autoren durchgeführt und evaluiert. Zusätzlich sollte das Programm mit seinem Hilfsmaterial den Teilnehmern durch das „Stand-alone kit“ auch nach dem Training die Möglichkeit geben, sich im beruflichen Alltag immer wieder absichern zu können, um somit individuell für den Betroffenen die richtige Entscheidung treffen zu können.	Monaten (n=24)	(Posttest =Mean score: 29.66667; Significance < 0.0005, p value for a 2-tailed t-test) dem Seminar in Form von einem Fragebogen mit 29 Items durchge- führt. Jede Unterrichtseinheit wurde durch die Teilnehmer separat evaluiert. Diese Ergebnisse zeigten eine hohe Zufriedenheit bzgl. der Relevanz und der Präsentation der ausgewählten Themen. Zusätzlich wurden die Pretest (n=24) Ergebnisse mit den Follow-Up Ergebnissen (n=24) verglichen. Hierbei ergab sich ein Mean score von 25.000 (Significance < 0.0005, p value for a 2-tailed t-test) durch den Pretest und durch den Follow-Uptest ein Mean score von 31.1667(Signi- ficants = < 0.005 von β value for a 2-tailed t-test)	beim Schlucken -Erhöhung der Zahl der wiederkehrende n internen Besprechungen über Schluckstörunge n -Anstieg der Häufigkeit von dokumentierten medizinischen Standards für die Verwaltung von Schluck- problemen - Verbesserung der Vermittlung von Dysphagie- problemen an die Altenpflegehelfe r
---	--	--	-----------------------	--	--

Zitatione n	- Design -Qualität der quantita- tiven Unter- suchung/ -Evidenz-	Ziel	Population	Messung	Resultate
----------------	---	------	------------	---------	-----------

	level				
Davis, L. & Copeland, K. (2005). Effectiveness of computer-based dysphagia training for direct care staff. <i>Dysphagia</i> . 20, 141-148.	Kontrollierte Cohortstudie - Qualität: 9 -Evidenzlevel IIb	Ziel dieser Untersuchung war es herauszufinden, ob auf Grundlage von computer-Basierten Dysphagie Trainingsprogrammen Veränderungen in Bezug auf das Wissen von Pflegekräften nachweisbar ist.	Insgesamt nahmen 123 Pflegekräfte (examinierte Krankenschwestern und Krankenschwesternhelferinnen) an der Untersuchung teil. Sie wurden in Kontrollgruppen (n=60) und in Experimentalgruppen (n=63) aufgeteilt. Es wurde zusätzlich eine Subgruppe aus den Helferinnen und den examinierten Krankenschwestern gebildet.	Es wurden am Ende die Pre- und Posttest in der Experimentalgruppe verglichen, die vor dem Posttest das Trainingsprogramm durchlaufen hatten. Die Kontrollgruppe wurde zum gleichen Zeitpunkt mit dem Posttest geprüft, obwohl sie keine Interventionsmaßnahmen durchlaufen hatten. Zusätzlich wurden die Subgruppen untersucht. Hierbei sollte herausgefunden werden, ob der Grad der Ausbildung und der Effekt des Trainings voneinander differieren.	-Signifikante Unterschiede im between-subject-design (experim. vs. contr.) -Signifikante Verbesserungen im within-subject-design (experim.) -Keine signifikanten Verbesserungen im within-subject-design (contr.) -Keine signifikanten Unterschiede in Subgruppen (Pfleger vs. Pflegeassistent) -Pneumonierate halbes Jahr nach Training gesunken
Gefunden					
Durchhandsearch in der Zeitschrift: <i>Dysphagia</i>					
Zitationen	- Design -Qualität der quantitativen Untersuchung/ -Evidenzlevel	Ziel	Population	Messung	Resultate

<p>Chadwick, D.D., Jolliffe, J. & Goldbart, J. (2002). Carer knowledge of dysphagia management strategies. <i>Int J. Lang. Comm. Dis.</i> 37.245-257.</p>	<p>Gruppenstudie</p> <p>- Qualität: 11</p> <p>(Evidenz-Level IIb)</p>	<p>In dieser Studie wurde der Vergleich von Kenntnisstand der Guidelines zum Umgang mit Dysphagie und die tatsächliche Umsetzung der empfohlenen Maßnahmen untersucht.</p>	<p>N=46</p> <p>67% Pflegerinnen.</p> <p>Pre-und Posttest</p>	<p>-Die Teilnehmer nahmen an einem 2-tägigen Workshop teil.</p> <p>-Vormessung erfolgt durch mündliche Befragung zum Thema Dysphagien und deren Leitlinien sowie das Management von Dysphagien.</p> <p>-Pfleger wurden 3 Monate von Logopäden während ihrer Arbeit begleitet.</p>	<p>-signifikante Verbesserung im Umgang mit Management-Strategien in der Nachuntersuchung festgestellt werden (p <0.001)</p> <p>- signifikante Relation nachgewiesen werden zwischen dem besseren Verständnis und den Risikofaktoren und somit der Einhaltung und Beachtung von Dysphagie-management Strategien (p= <0.05).</p> <p>- Einhaltung von Management-Strategien das Verhältnis von Betreuung, Antrieb und das Knüpfen von Kontakt zu den Betreuenden signifikante Verbesserungen beobachtet werden (p=<0.05).</p> <p>- signifikante Verbesserung in der gesamten</p>
<p>Gefunden in der Datenbank : JADE</p>					

Anzahl von Empfehlungen durch die Logopäden und dem Wissen durch die Leitlinien erwiesen werden ($p = < 0.05$).

Zitationen	- Design -Qualität der qualitativen Unter-suchung/ -Evidenz-level	Ziel	Population	Messung	Resultate
Murph, F. (2006). Motivation in nurse education practice; a case study approach. <i>British Journal of Nursing</i> . 15, 1132-1135	Case-Report Quality: 7 (Evidenz-level III)	Diese Fallstudie untersucht die Relevanz der Motivation beim Lernen anhand einer Pflegekraft.	Die Pflegekraft hat einen Kurs belegt, um ihre Fähigkeiten und Kenntnisse zu verbessern.	Die Pflegerin hatte eine Abschlussprüfung nicht bestanden. Trotz der großen Anstrengung und der Schichtarbeit konnte sie wieder durch den Kursleiter re-motiviert werden und somit sich selbst stimulieren, den Lernprozess von Neuem zu starten.	Um Motivation beizubehalten, gehört eine gute Planung, Aufrechterhaltung, Engagement für jeden einzelnen Lernenden, Unterstützung und Enthusiasmus dazu.

Zitationen	- Design -Qualität der quantitativen Unter-suchung/ -Evidenz-	Ziel	Population	Messung	Resultate
------------	--	------	------------	---------	-----------

	level				
Hoffmann, H. (2007). Dysphagie im Alter Evaluation des Wissensstandes beim Pflegepersonal in Altenpflegeeinrichtungen. Sprachheilarbeit. 53,197-204.	Kontrollierte Gruppenstudie - Qualität: 13 (Evidenzlevel = IIa)	Erstmalige Untersuchung zur Erfassung des Wissensstandes von Altenpflegekräften im Bezug auf Schluckstörungen in deutschen Altenheimen	13 Altenheim-einrichtung aus unterschiedlichen Trägerschaften. 153 Befragte, von denen (N=10) eine kleine Kontrollgruppe gebildet wurde. Die Kontrollgruppe bestand aus Kompetenten und Geschulten sowie aus Personen mit Erfahrung aus dem neurologischen Akutbereich.	Anhand eines Fragebogens mit insgesamt 47 offenen und geschlossenen Fragestellungen wurden die Teilnehmer über verschiedene Aspekte im Umgang mit Schluckstörungen, Verhaltensregeln, Wissensaspekte sowie Fragen der Ausstattung des Heims und des weiteren über Fort- und Weiterbildungsbedarf befragt. Der Fragebogen wurde von jedem Teilnehmer individuell ausgefüllt, während die Untersucherin dabei war und für eventuelle Nachfragen zur Verfügung stand. Der Bearbeitungszeitraum der Fragebögen umfasste 15-20 Minuten und wurde anonym ausgewertet. 88,9% der Teilnehmer waren Frauen und das Durchschnittsalter	Anhand des Fragebogens konnte festgehalten werden, dass das Altenpflegepersonal weder die zeitlichen Bedingungen für das Essensanreicherung, Fortbildungen noch die Hilfestellungen und somit die Interdisziplinari-tät als nicht ausreichend anerkennen. Die Teilnehmer bewiesen ihr korrektes Wissen über Dysphagien, aber es konnten auch viele irrtümliche Annahmen sowie Fehler entdeckt werden. Somit konnte ein bedeutender Bedarf an Fortbildungs- und Weiterbildungsmaßnahmen festgestellt werden.

betrug 41,51 Jahre.

Zur Auswertung wurde das SPSS-

Programm verwendet.

Zitationen	Design	Ziel	Population	Messung	Resultate
	-Qualität der Untersuchung/ -Evidenzlevel				
Pelletier, C.A. (2004). What do certified nurse assistants actually know about dysphagia and feeding nursing home residents?. <i>American Journal of Speech and Language Pathology.</i> 13, 99-113. Gefunden in der Datenbank: Pubmed	Gurppenstudie - Qualität: 12 (Evidenz Level IIb)	Die Absicht dieser Studie war es, die Kenntnisse zertifizierter Altenpflegehelferinnen unter Berücksichtigung von Ernährung, Pflege nach der Mahlzeit, Fütterungstechniken sowie die Kommunikationsfähigkeit unter Verwendung von Videogerät	20 examinierte Altenpflegehelfer aus vier unterschiedlichen Einrichtungen, wurden zwei Monate in die Untersuchung mit eingebunden.	- die Pfleger wurden während der Mahlzeiten per Video aufgenommen. - kritische Reflektion mit den Teilnehmer über ihre Videoaufnahme -Vergleich mit Fachliteratur Und den Videoaufnahmen. Die Bewertung der verbalen Reaktionen/ Antworten aus den Videoaufnahmen sowie die semistrukturierten Interviews wurden mit ähnlichen Kategoriebezeichnungen	Die Inhaltsanalyse der Daten bestätigten bereits vorhandene Studien, dass die notwendigen Kenntnisse über Dysphagien fehlen sowie darüber wie die Bewohner gefüttert werden sollen. Zusätzlich wurde herausgefunden, dass ein akkurater und verständlicher Mangel an Informationen in der Fachliteratur für Altenpflegehelfer über Dysphagien und dem Umgang besteht.

kodier.

Zitationen	Design	Ziel	Population	Messung	Resultate
	-Qualität der Unter- suchung/ -Evidenz- level				
Berlowitz, D.R., Young, G.J., Hickey, E.C., Saliba, D., Mittman, B.S., Czarnowski, E., Simon, B., Anderson, J.J., Ash, A.S. & Rubenstein, L.V. (2003). Quality improvement implementation in the nursing home. <i>Health services research</i> . 38, 65-83.	Cohort- studie Quality:10 Evidenze- Level IIb	Ziel dieser Unter- suchung war es, die Auswirk- ungen von Qualitäts- verbesser- ungen in den Einricht- ungen zu untersuchen	-35 Pflegerheim N=1781 Personen aus den Pfleger- heimen	-Pflegerheimen unterscheiden sich hinsichtlich der Einführung von(Qualitätsver- besserungs) Praktiken. -Ein höherer Grad an QI ist bei denjenigen Pflegerheimen zu erwarten, die die stärkste Gruppen- und Entwicklungskul- tur aufweisen. -QI implementation wird positiv assoziiert mit Mitarbeiter- Zufriedenheit. -QI implementation wird positiv assoziiert mit der Übernahme von Richtlinien und der Durchführung besten Praktiken. -QI implementation in Pflegerheimen	Die Qualitätsverbe- sserung sorgt für eine größere Zufriedenheit des Personals, und es kommt zusätzlich gezeigt werden, dass durch die Einhaltung von Präventions- maßnahmen und Leitlinien die gesundheit- lichen Folgeerschein- ungen der Bewohner gesenkt wurde.
Gefunden bei der Datenbank Pubmed					

wird assoziiert mit besseren risiko-abhängigen Patienten-Ergebnissen.

Zitationen	Design	Ziel	Population	Messung	Resultate
	-Qualität der Untersuchung				
	-Evidenz-level				
Miller, R. & Krawczyk, K.(2001). Dysphagia training programs: fixes that fail or effective interdisciplinary working? <i>Int. J. Lang. Commun. Disorders.</i> 379-384.	-Meta-analyse -Qualität:6 Evidenz-level Ia	Ziel dieser Untersuchung war es, heraus wie und in welchem Ausmaß Dysphagie-Fortbildungs-Programme von Logopäden gestalten sein sollten	-11 Artikel -2 berichten von kulturellen Faktoren die Einfluss auf die Fortbildungsprogramme nehmen -5 berichten von den unterschiedlichen Lern-Lehrstilen sowie den methodisch - didaktischen Vorgehensweise -4 berichten von der Wichtigkeit des	Dysphagie-Trainingsprogramm, -Teamwork - Methodische Vorgehensweise -Kulturelle Faktoren	Das Fazit dieser Studie zeigt, dass Schluckstörungen nicht allein von dem Logopäden behandelt werden sollte, sondern viel mehr ein interdisziplinäres Team sich mit der Krankheit auseinandersetzen sollte. Logopäden sollten diese Aufgabe in die Hand nehmen und durch Fortbildungsprogramme ihr Wissen an andere Fachdisziplinen weitergeben. Die Fortbildungsprogramme

teamworki
ngs

-Es werden
keine
Effek-
größen
genannt

sollten exakt
auf die
Teilnehme-
n abgestimmt
sein, um
Missver-
ständnisse zu
vermeiden

7. Literatur

Antes, G., Bassler, D. & Forster, J.(2003). *Evidenz-basierte Medizin*. Stuttgart Thieme.

Apitz, R., & Winter, S. F. (2004). Potenziale und Ansätze der Prävention - aktuelle Entwicklungen in Deutschland. *Der Internist*, 45, 139 – 147.

Barba, B.E. & Fay, V. (2009). Does continuing education in gerontology lead to changes in nursing practice?. *Journal of gerontological nursing*.35, 11-16.

Barrett, J., Bray, J.J., Duckworth, T., Dunn, D.C., Ellis, H., Canlne, R., Gibson, J., Hickman, M., Jeffries, D.J., Levison, H., Middelton, D., Moffat, D.B., Mottram, R. F., Neutze, J.M.,Reynolds, M., Spencer, M., Tyldesley, B., & Wilkinson, I.M.S (1994). *Dictionary of Nursing.S.221*. New York: Blackwell. Springer.

Bartolome, G. (1999). Physiologie des Schluckvorganges. *Sprache-Stimme-Gehör*, 23, 3-6.

Bartolome, G., Buchholz, D., Feussner, H., Hannig, C., Neumann, S., Prosigel, M., Schröter-Morasch, H.M. & Wuttge-Hannig, A.(2006). *Schluckstörungen Diagnose und Rehabilitation*. Auflage 3. München, Jena: Urban Fischer.

Bechtel, P., Frierdrich, D. & Kerres, A.(2010). *Mitarbeitermotivation ist lernbar*. Berlin Heidelberg: Springer- Verlag.

Becker, W. (1995). *Das Eis ist brüchig... oder: Wie viel Beruf verträgt das System? Überlegungen zur Zukunft gesundheits- und sozialpflegerischer Berufe*. S. 35-78, Bielefeld. Berufliche Bildung für Pflege- und Erziehungsberufe.

Benati, G., Coppola, D. & Develcchio, S. (2009).Staff training effect on the management of patients with dysphagia and dementia in nursing home.*Nutrition therapy & Metabolism*.27, 95-99.

Berlowitz, D.R., Young, G.J., Hickey, E.C., Saliba, D., Mittman, B.S., Czarnowski, E., Simon, B., Anderson, J.J., Ash, A.S., RubensteinL.V. & Moskowitz, M.A. (2003).Quality improvement implementatiion in the nursing home. *Health services research*. 38, 65-83.

Bigenzahn, W. & Denk, D. (1999). *Oropharyngeale Dysphagien. Ätiologie, Klinik, Diagnostik und Therapie von Schluckstörungen*. Stuttgart: Thieme.

Böhme, G. (2003). *Sprach-Sprech-Stimm- und Schluckstörungen*. München, Jena: Urban & Fischer.

Chadwick, D.D., Jolliffe, J. & Goldbar, J. (2002). Carer knowledge of dysphagia management strategies. *International Journal of communication disorders*. 37, 345-357.

Coles, R., Lester, R., Bryan, K., Maxim, J., Jordan, L., Kerr, J. & Rudd, T. (1995). Coping with communication disability in residential care. In *caring to communicate* (Proceedings of the Golden Jubilee Conference) (London: Royal College of Speech and Language Therapists).

Colodny, N. (2001). Construction and Validation of the mealtime and dysphagia questionnaire: an instrument designed to assess nursing staff reasons for noncompliance with SLP dysphagia and feeding recommendations. *Dysphagia*. 16, 263-271.

Colodny, N. (2008). Validation of the caregiver mealtime and dysphagia questionnaire. *Dysphagia*. 23, 47-58.

Dalemans, R.J.P., De Witte, L.P., Wade, D.T. & Van den Heuvel, W.J.A. (2007). A description of social participation in working-age persons with aphasia: A review of the literature. *Aphasiology*. 22, 1071-109.

Davis, L., & Copeland, K. (2005). Effectiveness of computer-based dysphagia training for direct patient care staff. *Dysphagia*, 20, 141-148.

Denk, D.M. & Bigenzahn, W. (2001). Dysphagie: Aktuelle Aspekte in Diagnostik und Therapie. *Acta Chir Austriaca*. 33, 241-246.

Deutscher Bundesverband für Logopädie e.V. (1998). Berufsleitlinien (7) [Online]. Available:

<http://www.dbl-ev.de/dokumente/pub/berufsleitlinien1998.pdf> [2010, Juli 23].

Ekberg, O., Hamdy, Sh., Woisard, V., Wuttge-Hannig, A. & Ortega, P.(2002).Social and psychological burden of Dysphagia:its impact on diagnosis and treatment. *Dysphagia*.17, 139-146.

Frank, U. (2008).*Die Behandlung tracheotomierter Patienten mit schwerer Dysphagie*.(Dissertation, Universität Potsdam, 2007).10, 231.

Gleeson, D.C.L. (1999). Oropharyngeal swallowing and aging. *Journal of communication disorders*. 32, 373-396.

Ginoccio, D. & Schindler, A. (2009). Dysphagia assessment in the elderly.*Nutritional therapy & metabolism*.9,15-27.

Grol, R. & Wensing, M. (2004). What drives change? Barriers to and incentives for achieving evidence-based practice.The medical Journal of Australia.180, 57-60.

Hansell, D.E. & Heinemann, D. (1996). Improving nursing practice with staff education: the challenge of Dysphagia.*Gastroenterology Nursing*.19, 201-206

Hoffman, H.(2005). Dysphagie im Alter Evaluation des Wissensstandes beim Pflegepersonal in Altenpflegeeinrichtungen in OWL. (Magisterarbeit, Fakultät für Gesundheitswissenschaften in Bielefeld, 2005).

Hoffmann, H. (2007). Dysphagie im Alter. Evaluation des Wissensstandes beim Pflegepersonal in Altenpflegeeinrichtungen. *Die Sprachheilarbeit*, 52, 197-204.

Jung, S. (2007).Implementierung interdisziplinärer psychoonkologischer Versorgung in sechs Akutkrankenhäusern nach dem CMP-Programm. [Online]. Available:

Expertentagung, Psychosoziale Versorgung im Akutkrankhaus. 10.11.2007, Paderborn, <http://www.google.de/search?q=Jung+2007+Implementierung&ie=utf-8&oe=utf-8&aq=t&rls=org.mozilla:de:official&client=firefox-a> [2010, September].

Kaufholt, M. (2006). *Kompetenz und Kompetenzerfassung: Analyse und Beurteilung von Verfahren*. S.108. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.

Kayser-Jones, J. & Faan, R.N. (1997). Inadequate staffing at mealtime. *Journal of gerontological nursing*, 23, 14-21.

Kayser-Jones, J. (1999). Dysphagia among nursing home residents. *Geriatric nursing, American Journal of Care for the aging*, 20, 72-82.

Kayser-Jones, J. & Pengilly, K. (1999). Dysphagia among nursing home residents. *Geriatric Nursing*, 20, 77-84.

Kleibel, V. & Mayer, H. (2005). *Literaturrecherche für Gesundheitsberufe*. Wien: Manual.

Kipping, C.J. (2000) Stress in mental health nursing. *International Journal of Nursing studies*, 37, 207-218.

Kolb, G. (2000). *Dysphagie Kompendium für Ärzte und Sprachtherapeuten in Klinik, Rehabilitation und Geriatrie*. München : Urban und Vogel.

Kolodny, V. & Malke, A.M. (1999) Improving feeding skills. *J. Gerontol Nurs.* 95, 44-45

Langmore, S.E., Terpenning, M.S., Schork, A., Chen, Y., Murray, J. Lopatin, D. & Loesche, W.J. (1998). Predictors of aspiration pneumonia: how important is dysphagia?. *Dysphagia*, 13, 69-81

Langmore, S.E., Skarupsky K.A., Park, P.S. & Fries, B.E. (2002). Predictors of aspiration pneumonia in nursing home residents. *Dysphagia*, 17, 298-307.

Lausberger, B. (2008). *Wissenstransfer in der Pflege*. Fakultät für Gesundheitswissenschaften in Bielefeld. [Bachelorarbeit]

Law, M. (2002). *Evidence-Based rehabilitation- A Guid to Practice*. SLACK Incorporated. USA

Leiter, A.E. & Windsor, J. (1996). Compliance of geriatric dysphagia patients with safe-swallowing instructions. *Journal of medical speech and language pathology*, 4, 289-300.

Leitlinien Dysphagie. (2010). [Online]. Available:

<http://www.google.de/search?q=leitlinie+dysphagie+f%C3%BCr+pflegepersonal&ie=utf-8&oe=utf-8&aq=t&rls=org.mozilla:de:official&client=firefox-a>. [2010, September].

Loeb, M., McGeer, A., McArthur, M., Walter, S., & Simor, A. (1999). Risk Factors for Pneumonia and other Lower respiratory Tract Infections in Elderly residents of Long-term care Facilities. *Arch Intern Med*, 159, 2058-2064.

Logemann, J. A. (1998). Evaluation and Treatment of Swallowing disorders. Texas: Austin.

Logeman, A.J. (2007). Oropharyngeal dysphagia and nutritional management. *Curr Opin Nutr Metab Care*, 10, 611-614.

Logemann, J. A., Kahrilas, P. J., Kobara, M. & Vakil, N.B. (1989). „The benefit of headrotation on pharyngoesophageal dysphagia. *Arch Phys Med Rehabil*, 70, 767-771.

Lubinski, R. (2006). Professionalism in long-term care settings. *Journal of Communication Disorders*, 39, 292-300.

Lin, L.Ch., Wang, Sh. Ch., Chen, S.H., Wang, T.G., Chen, M.Y., & Wu, Sh.Ch. (2003). Efficacy of swallowing training for residents following stroke. *Journal of Advance Nursing*, 44, 469-478.

Marrie, T.J. (2000). Epidemiology of community-acquired pneumonia in the elderly. *Semi. Respir Infect*, 5, 260-268.

Marik, P.E. & Kaplan, D. (2003). Aspiration Pneumonia and Dysphagia in the Elderly. *American College of Chest Physicians*, 124, 328-336.

Miller, R., & Krawczyk, K. (2001). Dysphagia training programmes: 'fixes that fail' or effective inter-disciplinary working?. *Int J Lang Commun Disord*, 36, 379-384.

Magendie, F. (1836). *Physiologie des Schluckvorgangs*. Schluckstörungen, Diagnostik und Rehabilitation. 12-26. München, Jena: Urban & Fischer.

Magnus, V. (2001). Dysphagia training for nursing in an acute hospital setting, a pragmatic approach. *International journal of language & Communication Disorders*.7, 375-377.

Marik, P.E. & Kaplan, D.(2003). Aspiration Pneumonia and Dysphagia in the Elderly. *American College of Chest Physicians*,124, 328-336.

Miller, R., & Krawczyk, K. (2001). Dysphagia training programmes: 'fixes that fail' or effective inter-disciplinary working?. *Int J Lang Commun Disord*, 36, 379-384.

Murphy, F. (2006). Motivation in nurse education: a case study approach. *British Journal of Nursing*, 20, 1132-1135.

Nusser-Müller-Busch, R. & Seidl, R. (2004). Therapie-und Trachealkanülenmanagement bei neurogenen Dysphagien (Phase A und B). *FORUM Logopädie*, 6, 20-26.

Niers, N.(2000). *Dysphagie, Kompendium für Ärzte und Sprachtherapeuten in Kliniken, Rehabilitation und Geriatrie*. München: Urban & Vogel.

Nederlandse Vereniging voor Logopedie en Foniatrie. (2003). *Beroepsprofiel logopedist*. Gouda: NVLF.

Paterson, W.G.(1996). Dysphagia in the elderly. *Canadian Family Physician*,42, 925-932.

Pelletier, C. (2004).What do certified nurse assistants actually know about dysphagia and feeding nursing home residents?. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 13, 99-113.

Pearson, A., Fitzgerald, M. & Nay, R. (2004). Mealtime in nursing home, the role of nursing staff. *Journal of gerontological nursing*.29, 40-47.

Pflegeheim Portal (2010). [Online]. Available:

<http://www.pflegeheimportal.de/ratgeber/heimpersonalverordnung.php>. [2010, Mai].

Pflegestufe (2010). [Online]. Available:

<http://www.pflegestufe.info/pflege/zeiten.html>). [2010, November].

Prosiegel, M.(2003). *Qualitätskriterien und Standards für die Diagnose und Therapie von Patienten mit neurologischen Schluckstörungen*. Leitfaden der Deutschen Gesellschaft für Neurotraumatologie und Klinische Neuropsychologie e.V.

Pschyrembel, W. (1997). *Klinisches Wörterbuch* 258. Auflage (CD-ROM). Berlin: Verlag Walter de Gruyter.

Reuther, S.M., Schreier; M.M. & Bartholomeyczik, S. (2009). Screeningverfahren zur Identifikation einer dysphagie bei älteren Menschen.Pflege. 193-206.

Rittig, T., Jäger, M., & Füsgen, I. (2009). Prävalenz und Bedeutung von Schluckstörungen bei Patienten in geriatrischen Einrichtungen- eine biometrische Multicenter-Erhebung. *European Journal of Geriatrics*,11, 69-78.

Robbins, J., Langmore, S., Hind, J. A., & Erlichman, M.(2001). Dysphagia resarch in the 21th century amd beyond: Proceedings from Dysohagia Experts Meeting. *Journal of rehabilitation Reseach and Development*, 39, 543-548.

Rosenvinge, S. & Starke, D. (2005). Improving care for patients with dysphagia. *Age and Ageing*, 34,587-593.

Sandhaus, S., Zalon, M. L., Valenti, D., & Harrell, F.(2009). Promoting Evidence-Based Dysphagia Assessment and Management by Nurses. *Journal of Gerontological Nursing*,

35, 20-27.

Schindler, J.S. & Kelly, J. H. (2002). Swallowing Disorders in the Elderly. *Laryngoscope*, 112, 589-602.

Schröter-Morasch, H. (1999). Dysphagie – eine interdisziplinäre Herausforderung. *Sprache, Stimme, Gehör*. 23/1999 (1-2). Stuttgart: Georg Thieme Verlag

Seidl, N.(2010). *Agression Verhalten in Altenpflegeheimen*.(Bachelorarbeit, Fakultät für Gesundheitswissenschaften, Bielefeld 2010).

Shaw, D., & May, H. (2001). Sharing knowledge with nursing home staff: an objective investigation. *Int J Lang Commun Disord*, 36, 200-205.

Shield, F. & Hughes, S. (1998).Dysphagia in nursing homes. *Bulletin of the Royal College of speech and Language Therapists*.557, 12-13.

SIGN Leitlinien. [Online]. Available:

Scottish Intercollegiate Guidelines Network, <http://www.sign.ac.uk/> [2010, Oktober].

Smith Hammond, C.A. & Goldstein, L.B.(2006).Cough and Aspiration and Liquids Due to Oral-Pharyngeal Dysphagia: ACCP Evidence-Based Clinical Practice Guideline. *American College of Chest Physicians*,129, 154-168.

Statistisches Bundesamt Deutschland, (2009). [Online]. Available:

<http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Content/Statistiken/Bevoelkerung/VorausberechnungBevoelkerung/Aktuell,templateId=renderPrint.psml>. [2010, Juli 03].

Steele, C.M., Greenwood, C., Ens, I., Robertson, C. & Seidman-Carlson, R. (1997). Mealtime difficulties in a home for the aged: not just dysphagia. *Dysphagia*, 12, 43-50.

O'Loughlin, G., & Shanley, C. (1998). Swallowing problems in the nursing home: a novel training response. *Dysphagia*, 13, 172-183

VFEDaktuell, 2003

Verband für Ernährung und Diätetik e.V., [Online]. Available:

www.vfed.de/pdf/Dysphagie.pdf. [2010, August].

Weinert, M., & Motzko, M. (2004). www.vfed.de. [Online]. Available: <http://www.vfed.de/pdf/11adf/Weinert.pdf>. [2010, Mai].

Wied, S., & Warmbrunn, A.(2007). *Pflege, Pschrembel*. S.664. 2 Auflage. Berlin , New York: Walter de Gruyter.

Zaugg, R.J. (2006). Kompetenzlandkarte. Eine Einführung in dieses Handbuch. *Handbuch Kompetenzmanagement: Durch Kompetenz nachhaltig Werte schaffen*. Zaugg, Haupt Verlag, Bern

Zellhuper, B. (2003).Altenpflege- ein Beruf in der Krise ?.(Dissertation, Universität Dortmund, 2003).240.

Zimber, A., Albrech, T., & Weyerer, S. (2000). Die Beanspruchungssituation in der stationären Altenpflege. *Pflege aktuell*, 5, 272-275.