

Dysphagiescreening bei geriatrischen Patientinnen und Patienten – Die ambulante Versorgungssituation aus Sicht des Medizinischen Dienstes Hessen

P11-04

Hintergrund und Zielsetzung

- Trotz einer Prävalenz von bis zu 40 % der Über-80-Jährigen ist die Diagnostik und therapierelevante Stufeneinteilung des Symptoms Dysphagie (ICD-10-Code: R13.-) in der ambulanten Versorgung pflegebedürftiger geriatrischer Patienten noch immer unzureichend etabliert.
- Auch muss der Medizinische Dienst (MD) als Grundlage seiner sozialmedizinischen gutachtlichen Prüfung auf eine valide Diagnostik und Dokumentation zum Schweregrad einer bestehenden Dysphagie zurückgreifen können, beispielsweise der Notwendigkeit außerklinischer Intensivpflege (AKI) oder einer möglichen Pflegebedürftigkeit.

Methode

Sekundärdatenanalyse des MD Hessen aus den Jahren 2017 und 2024 von DRG-Gutachten stationärer Behandlungsfälle in der Geriatrie sowie einzelfallbezogene Stichproben bei persönlichen Inaugenscheinnahmen im Rahmen von AKI-Gutachten.

Ergebnisse

- Die Kodierung einer Dysphagie war 2017 bei der Auswertung von insgesamt 58 DRG-Fällen stationär behandelter geriatrischer Patienten bei bis zu 50 % der Patienten in der Untergruppe mit zusätzlichem Bedarf an sogenannten „Pflegekomplexmaßnahmen“ (Überschreiten des Unterstützungsbedarfs bei bereits vollständiger Übernahme) zu verzeichnen.
- Ein das standardisierte geriatrische Assessment ergänzendes Dysphagie-Screening fand sich im Jahr 2024 bei lediglich 19 % der geriatrischen Behandlungsfälle (n=80) mit stark eingeschränkter Selbsthilfefähigkeit (Barthel Index <35 Punkte) belegt.
- In keinem der stationären Behandlungsfälle erfolgte eine fiberoptische endoskopische Schluckuntersuchung (FEES) zur Validierung des Schweregrads einer bestehenden Dysphagie.
- Für zumindest 3/4 der Patientinnen und Patienten mit Dysphagie war die Notwendigkeit einer weiteren Betreuung durch stationäre oder ambulante Pflege dokumentiert, dementsprechend wurden diese in der Folge im Rahmen der Pflegegradeinstufung oder einer AKI-Erfordernis durch den MD Hessen begutachtet.

Fazit

- Die noch unzureichende Würdigung der Diagnose Dysphagie im stationären Setting korreliert mit der Problematik sowohl bei sozialmedizinischen Pflege-, als auch insbesondere AKI-Begutachtungen des MD Hessen: die vorgelegten Unterlagen geben meist keine validen Aussagen zum Vorliegen der zu Grunde liegenden Diagnose/Problematik (primär/sekundär) und insbesondere nicht zum Schweregrad sowie dem Verlauf (intermittierend, chronisch progredient) einer festgestellten Dysphagie.
- Eine nachvollziehbare, sozialmedizinische Risikostratifizierung ist dadurch quasi unmöglich. Im Umkehrschluss fehlen so allgemeingültige Kriterien für die weitere Versorgungsplanung, z. B. die Empfehlung zu einer Reha-Maßnahme und eine Verlaufsbeurteilung.
- Im Hinblick auf ein standardisiertes Assessment sowie dessen Bedeutung für eine adäquate, möglichst individualisierte ambulante Versorgung sollten niedrigschwellige Testverfahren deutlich mehr genutzt werden, wie z. B. das Dysphagie Screening Tool Geriatrie (DSTG) der AG Dysphagie der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie oder der Eckhardt- Score (Achalasie) zur Erfassung der klinischen Symptomatik mit u. a. Erfassung der Häufigkeit des Verschluckens und des Gewichtsverlaufs.
- Gerade bei notwendiger längerfristiger Versorgung mit AKI (Begutachtungsaufträge 2024: n=1127, > 75 Jahre: n=314, d. h. 27,9 %) rücken komplexe Funktionsstörungen wie Presbydysphagie und Malnutrition zunehmend in den Fokus der ambulanten Versorgung.
- Eine gezielte Berücksichtigung der Diagnose Dysphagie sowie der erforderlichen interdisziplinären bzw. interprofessionellen Herangehensweise erscheinen zukünftig bei der Aus- und Weiterbildung dringend erforderlich.

Offenlegung Interessenkonflikte

Die genannten Referentinnen/Referenten haben keine finanziellen Interessen/Abkommen oder Verbindungen zu einer oder mehreren Organisationen, die als tatsächlicher oder scheinbarer Interessenkonflikt im Zusammenhang mit dem Thema dieses Vortrags wahrgenommen werden könnten.

Literatur

- [1] Frieling T, Heinrich H S, Dysphagie – Ursachenspektrum, Differentialdiagnostik und Therapie. Gastroenterologie 2024 19:474-493
- [2] Krupp S für die AG Assessment der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie e. V. S1-Leitlinie Geriatrisches Assessment der Stufe 2, Living Guideline, Version 11.01.2024, AWMF-Register-Nr. 084-002LG. Abrufbar unter: URL: https://register.awmf.org/assets/guidelines/084-002LGL_S1_Geriatrisches_Assessment_der_Stufe_2_2024-02.pdf
- [3] Deutsche Gesellschaft für Geriatrie e.V. (DGG). S3-Leitlinie „Umfassendes Geriatrisches Assessment (Comprehensive Geriatric Assessment, CGA) bei hospitalisierten Patientinnen und Patienten“. Langversion 1.1, 2024. AWMF-Registernummer: 084-003. <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/084-003>. Zugriff am (25.03.2025).
- [4] Deutsche Gesellschaft für Geriatrie e. V. Dysphagie Screening Tool Geriatrie (DSTG). Stand 12/2019. Abrufbar unter: URL: <https://www.dggeriatrie.de/images/Dokumente/191227-DSTG-befundbogen-und-handlungsanleitung-dysphagie-screening-tool-geriatrie.pdf>
- [5] Hanussek B, Hoell C, Gaertner T, Ried M, Langhans M, van Essen J. Die komplizierenden Nebendiagnosen Delir und Dysphagie als Risikofaktoren für dauerhaft erhöhte Pflegebedürftigkeit. Das Gesundheitswesen 2018; 80(08/09): 781-781

Autoren: Barbara Hanussek, Thomas Gaertner, Andreas Mappes, Annette Hoffmann-Götz, Jörg van Essen
Medizinischer Dienst Hessen

Dr. med. Thomas Gaertner und Dr. med. Barbara Hanussek
Medizinischer Dienst Hessen
Zimmersmühlenweg 23 | 61440 Oberursel
t.gaertner@md-hessen.de

131. Kongress der Deutschen
Gesellschaft für Innere Medizin
03. - 06. Mai 2025
RheinMain CongressCenter Wiesbaden