

Ramona Rüegg & Jürgen Steiner

# Dysphagie – Logopädische Kompetenz für die Pflege

## Die Logopädin als Beraterin, Instruktorin und Supervisorin in der Kooperation mit Pflegefachpersonen

### Einleitung

Prävalenz und Inzidenz der Dysphagie sind in den letzten Jahren deutlich gestiegen. In der Akutrehabilitation ist die Dysphagie inzwischen der Schwerpunkt der logopädischen Arbeit. Im Curriculum der Ausbildungsstätten darf der Themenkreis nicht fehlen und Weiterbildungen sind gefragt.

Oft kann in der Praxis das Wünschenswerte erreicht werden und die Betroffenen können zurück in die Wohnselbstständigkeit entlassen werden. Teilweise ist dies nicht möglich. Vor allem geriatrische Patienten, die nicht primär über das Alter, sondern über die Merkmale Multimorbidität und Fragilität definiert werden, gehen den Weg der Pflege in Alters- bzw. in Pflegeheimen.

Diese Menschen bedürfen der besonderen (Nach)Sorge durch die Pflege. Dieses Postulat wird unterstützt durch eine Multicenter-Studie (n=360), die eine Unterversorgung der Men-

schen mit Dysphagie im Pflegekontext aufzeigt (Ekberg et al. 2002):

- 45 % der Menschen mit Dysphagie gaben an, dass die Essenssituation nicht als angenehm erlebt wird und
- teils sogar von Angst begleitet wird (41 %).
- 36 % vermieden es, mit anderen Menschen zu essen und
- 50 % aßen weniger als normal üblich.
- 33 % hatten nach dem Essen noch Hunger und/oder Durst und
- 44 % hatten in den vergangenen 12 Monaten an Gewicht verloren.

Diese Zahlen als Ausschnitt aus der Untersuchung sollten alarmieren. Es ist hier von einer Fehl- und Unterversorgung von Dysphagiepatienten auszugehen. Auch Neff & Steiner 2008 machen auf eine Studie aufmerksam, in der zwar bei 40 % der Befragten eine Schluckstörung diagnostiziert wurde, aber nur 32 % dieser Gruppe eine ärztliche Behandlung erhielten.

Dieser Lücke kann entgegengetreten werden, indem die Kompetenz der Pflegenden im Kontext Dysphagie erhöht wird. Hier ist die Logopädie gefragt. Die Zusammenarbeit zwischen Pflegenden und der Logopädin muss über Delegation hinausgehen, gefragt ist Kooperation. Diese ist nicht nur bei Formen der Intervention angezeigt, sondern auch als Maßnahme der Prävention.

Ein theoretischer wie auch praktischer Austausch der beiden Fachdisziplinen Pflegewissenschaft und Logopädie ist zwingend erforderlich. Bisher gibt es aber nur wenige Veröffentlichungen, die beide Disziplinen zusammenbringen (Hunziker & Steiner 2014, Neff 2018, Neff & Steiner 2018). Es wird davon ausgegangen, dass die fehlende Fachdiskussion sich auch in fehlender Kooperation auf der Ebene der Professionen widerspiegelt. Dieser Fachbeitrag will hier eine Handreichung bieten. Er spricht Logopädinnen und Logopäden an, die in entsprechenden Institutionen mit Pflegefachpersonen im Kontext Dysphagie zusammenarbeiten. Damit sind vor allem Alters- und Pflegeheime gemeint.

Der erste Schritt der Zusammenarbeit in der Praxis ist, dass Logopädinnen und Pflegefachpersonen um die Kompetenz der jeweiligen Partnerprofession wissen. Das heißt, dass beide zunächst einmal Verantwortung für die eigene Kompetenzhoheit übernehmen. Aus der Sicht der Logopädie ergibt sich damit ein doppelter Auftrag:

- Die Logopädie ist präventiv, diagnostisch, therapeutisch und beratend für dysphagiegefährdete oder dysphagiebedroffene Personen zuständig und
- die Logopädin nimmt ihre Rolle als Instruktorin und Supervisorin für die Pflege wahr.

Der Auftrag, logopädisch für Dysphagiepatienten tätig zu werden, ist klar verankert und die Kostenträgerschaft ist geklärt. Der Auftrag an die Logopädin als Instruktorin der Pflegefachpersonen ist nicht verankert. Er muss vor Ort hinsichtlich der Rahmenbedingungen diskutiert werden (Neff & Steiner 2018).

### Hilfen zur interprofessionellen Zusammenarbeit: Kriterien für einen Dysphagie-Beobachtungsbogen

Die interprofessionelle Zusammenarbeit erfolgt in kaskadenhaften Schritten:

- 1 Informationen über Dysphagie an die Pflege weitergeben
- 2 Beobachtungskompetenz vermitteln
- 3 Besonderheit: Medikamentengabe
- 4 Fallbesprechung mit Entscheidungen.

### Schritt 1: Informationen über Dysphagie an die Pflege weitergeben

Eventuell kann hier die Form einer Fortbildung für das Pflegefachpersonal gewählt werden. Die Inhalte können dann intern im Team der Pflege über die Pflegedienstleitung weitergetragen und auch institutionsspezifisch kon-

**ZUSAMMENFASSUNG.** In Alters- und Pflegeheimen ist vielfach eine Fehl- und Unterversorgung von Menschen mit Dysphagie festzustellen. Um dem entgegenzuwirken, ist ein theoretischer wie auch praktischer Austausch der beiden Fachdisziplinen Pflegewissenschaft und Logopädie zwingend erforderlich. Eine Hilfestellung zur interprofessionellen Zusammenarbeit zwischen Logopädinnen und Pflegekräften in der Geriatrie bietet der „Rorschacher Beobachtungsbogen Schluckfunktion und Risiken – RoB-SR“. Dieser Leitfaden wird vorgestellt, mit anderen Tools verglichen und über dessen Evaluation berichtet.

- ▶ Dieser Beitrag ist in weiten Teilen identisch mit dem Beitrag: Rüegg, R. & Steiner, J. (2018). Dysphagie – Die Logopädin als Beraterin, Instruktorin und Supervisorin in der Kooperation mit Pflegefachpersonen. *logopädie-schweiz* 1 (4), 19-22

kretisiert werden. Die Pflegedienstleitung vor Ort kann auch die Verantwortung übernehmen, als Dysphagie-Care-Managerin zu fungieren (Neff & Steiner 2018).

Beide Berufsgruppen wissen: Schluckstörungen kommen nicht selten vor. Man spricht von einer Dysphagieprävalenz von 16% bis 22% bei über 55-Jährigen (Hotzenköcherle 2015). Bei Personen über 75 Jahren wird sogar von 45% ausgegangen (Hotzenköcherle 2013). Eher vernachlässigt wird die Tatsache, dass Dysphagien häufig nicht erkannt werden; die Information der Logopädin für das Team Pflege soll hierfür sensibilisieren.

Es ist wichtig, dass Pflegende ihre Verantwortung erkennen: Die Logopädin ist zwar bei Verdacht auf Dysphagie für eine Diagnostik und allenfalls weitere Therapieaktionen zuständig, die Pflegefachperson ist aber die Expertin für den Alltag. Die Pflegefachperson muss soweit instruiert sein, dass sie die Dysphagie-Care-Managerin oder die Logopädin direkt informiert und um Assistenz bittet.

Information ist die Voraussetzung, zusätzlich braucht es eine kriteriengeleitete Beobachtungskompetenz. Auf diese Weise können Schluckstörungen früh identifiziert und Maßnahmen rechtzeitig in die Wege geleitet werden, um die betroffenen Personen im Hinblick auf ihre Lebensqualität und Partizipation bestmöglich zu unterstützen.

Dass ein Informationsbedarf aus Sicht der Pflegepersonen besteht, belegen die Ergebnisse der Befragung von Rüegg 2017 (n=12). Im Rahmen der Arbeit wurden Pflegefachpersonen befragt, wie kompetent sie sich fühlen beim Erkennen einer möglichen Dysphagie (Beobachtungskompetenz) sowie bei der Situation der Nahrungsaufnahme nach einer diagnostizierten Dysphagie (Handlungskompetenz).

Anschließend wurden sie in einer kurzen Schulung über Dysphagie genauer informiert und zur Arbeit mit einem Leitfaden („Rorschacher Dysphagie-Beobachtungsbogen Schluckfunktion und Risiken, RoB-SR“, Rüegg 2017) instruiert (Empowerment). Nach zwei Monaten wurden die Probanden bezüglich Wirkung und Nachhaltigkeit des Empowerment-Inputs erneut befragt. Der Input wurde durchgängig nicht nur als sehr positiv, sondern geradezu als notwendig bewertet. Daraus folgt:

- **Informationslücke schließen:** Basisinformationen zum Thema geeignete Trinkhilfen bei Dysphagiepatienten müssen bekannt gemacht werden (Beispiel Nasenbecher).
- **Kompetenzen erweitern:** Durch eine Schulung mit Einarbeitung in den „Dysphagie-Beobachtungsbogen RoB-SR“ entstehen Kompetenzen der Erkennung von möglichen Dysphagien und der Unterstützung bei der Nahrungsaufnahme.

## Schritt 2: Beobachtungskompetenz vermitteln

Die Beobachtungskompetenz kann unterstützt werden über Checklisten und Leitfäden, in die die Logopädin die Pflegende einführt. In Neff & Steiner (2018) wird den Pflegenden mit der „Zürcher Alterscheckliste Schluckfunktion“ eine 15-Punkte-Liste von Kriterien nahegebracht:

- 1 Vermehrter Rückzug in Essenssituationen
- 2 Appetitlosigkeit, Vermeiden bestimmter Speisen oder reduzierte Trink-/Essmenge
- 3 Verlängerte und/oder ungeschickt wirkende Nahrungsaufnahme
- 4 Austritt von Nahrung/Speichel aus dem Mund
- 5 Verlust von Flüssigkeit beim Trinken
- 6 Verbleiben von Nahrungsresten im Mundraum
- 7 Anstrengung beim Schlucken
- 8 Hochwürgen von Nahrung
- 9 Kloß-/Fremdkörpergefühl im Hals
- 10 Aufstoßen/Sodbrennen
- 11 Husten/Räuspern während oder nach der Nahrungsaufnahme
- 12 Veränderung der Stimme nach dem Schlucken
- 13 Ungewollte Gewichtsabnahme
- 14 Beklagen von Schwierigkeiten seitens der betroffenen Person
- 15 Unklares Fieber, wiederkehrende Bronchitiden/Pneumonien (evtl. Verdacht auf stille Aspiration).

Während sich die Checkliste von Neff & Steiner (2018) auf Hinweise/Symptome einer möglichen Schluckstörung konzentriert, erweitert der „Dysphagie-Beobachtungsbogen RoB-SR“ (siehe unten) die Perspektive um Risikodiagnosen und -faktoren sowie schluckrelevante

### Dysphagie-Screeningtools

- **Dysphagie-Beobachtungsbogen** (Rüegg 2017)  
[www.shlr.ch/fileadmin/documents/PDF\\_Produkte/Leitfaden\\_Dysphagie\\_Is2018-4.pdf](http://www.shlr.ch/fileadmin/documents/PDF_Produkte/Leitfaden_Dysphagie_Is2018-4.pdf)
- **SERAPH. Schluck-Erfassung für Alters- und Pflegeheime** (Guggisberg et al. o.J.)  
[www.hfh.ch/fileadmin/files/documents/Dokumente\\_Expertenwissenonline/Sprache\\_und\\_Demenz/SERAPH\\_Schluckerfassung\\_12012016\\_nb.pdf](http://www.hfh.ch/fileadmin/files/documents/Dokumente_Expertenwissenonline/Sprache_und_Demenz/SERAPH_Schluckerfassung_12012016_nb.pdf)
- **Dysphagie Screening Tool – DSTG** (DGG 2019)  
[www.dggeriatrie.de/images/Dokumente/191227-DSTG-befundbogen-und-handlungsanleitung-dysphagie-screening-tool-geriatrie.pdf](http://www.dggeriatrie.de/images/Dokumente/191227-DSTG-befundbogen-und-handlungsanleitung-dysphagie-screening-tool-geriatrie.pdf)

Alle Tools stehen zum kostenlosen Download zur Verfügung.

Nebenwirkungen bestimmter Medikamente. Der Vorteil des „Dysphagie-Beobachtungsbogens RoB-SR“ ist, dass er gegliedert ist und damit eine fokussierte Beobachtung ermöglicht. Er kann gut von Nicht-Logopädinnen genutzt werden und ist im Web kostenlos verfügbar.

Guggisberger et al. (o.J.) haben mit „SERAPH. Schluck-Erfassung für Alters- und Pflegeheime. Entscheidungshilfe zur Erkennung von Schluckstörungen in Alters- und Pflegeheimen“ einen ausführlichen Bogen zur Dysphagie entworfen, der ebenfalls im Web kostenlos abrufbar ist.

Zudem liegt mit dem „Dysphagie Screening Tool“ (DSTG) der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie von 2019 ein weiteres Verfahren für das Ermitteln von Dysphagien vor. Auch dieses Tool ist abrufbar und enthält neben einem Bogen zum Ausfüllen eine zusätzliche Handlungsanweisung, die die Ausführung des Handlungsbogens klar erläutert. Das Screening soll mit Personen mit möglichem Abklärungsbedarf durchgeführt werden, die älter als 70 Jahre sind. Es ist also auf die Geriatrie ausgerichtet, weshalb auf nicht altersbedingte Risikofaktoren für Dysphagien nicht eingegangen wird, was sich vom RoB-SR unterscheidet.

Während beim DSTG außerdem Beobachtungskriterien aufgeführt sind, die jeweils mit „Ja“ oder „Nein“ beantwortet werden können und dementsprechend weitere Maßnahmen vorgeschlagen sind, listet der RoB-SR verschiedene Warnsignale auf, die vor oder während der Nahrungsaufnahme oder auch über längere Zeit beobachtet werden können und Hinweise auf Dysphagien geben. Der DSTG richtet sich klar an geschultes Personal, das gemäß Handlungsanweisung ein Schluckscreening mit entsprechendem Material durchführen soll. Der RoB-SR hingegen soll in den Pflegealltag integriert werden und möglichst von allen Pflegenden genutzt werden können, die den Patienten betreuen.

Sowohl der DSTG als auch der RoB-SR machen auf die Wichtigkeit der Vigilanz und Aufmerksamkeit des Patienten für die Nahrungsaufnahme aufmerksam. Auch ähneln sich die Verfahren bezüglich der beschriebenen Beobachtungskriterien. Zudem ist man sich bei den weiterführenden Maßnahmen einig: Bei Verdacht auf Dysphagien müssen die Pflegepersonen die zuständigen Logopädinnen und Logopäden und den Arzt oder die Ärztin konsultieren.

Auch der DSTG listet keine Medikamente auf, die die Schluckfähigkeit beeinflussen können. Diese sind ausschließlich beim RoB-SR ersichtlich und werden im nächsten Schritt noch genauer erläutert. Während es sich beim DSTG und beim SERAPH zudem um spezifische Screeningverfahren handelt, geht der RoB-SR zusätzlich auf Hinweise für Pflegepersonen ein, die Dysphagiepatienten betreuen.

### Schritt 3: Medikamentengabe

Die tägliche Medikamentengabe ist eine wichtige Routine in der Pflege. Durch Sensibilisierung mittels der Fortbildung in Schritt 1, in der der „Dysphagie-Beobachtungsbogen RoB-SR“ (siehe Schritt 2) eingeführt wurde, kann die Pflegefachperson Beobachtungen vornehmen. Sie weiß, dass das Risiko des Verschluckens teils oft unerkannt bleibt. Sie ist sensibilisiert, dass bereits die Verweigerung der Medikamenteneinnahme ein Hinweis auf ein Schluckproblem sein kann. Wenn die Logopädin auf der Grundlage des Leitfadens bzw. der Beobachtungen hinzugezogen wird, kann evtl. eine Dysphagie identifiziert werden. Teils sind

Schluckstörungen auch durch Nebenwirkungen der Medikamente bedingt. Dies sollte geprüft und hinterfragt werden. Eventuell sollte die Dysphagie-Care-Managerin eine Liste jener Medikamente erstellen, die Schluckprobleme verursachen können.

### Schritt 4: Fallbesprechung mit Entscheidungen

Nach der Beobachtung durch die Pflege folgt die Konsultation der Logopädin, die durch die weitere Diagnostik einen Status zuweist:

- weitere Beobachtung ist angezeigt,
- Maßnahmen durch die Pflege sind zu besprechen,
- Therapie ist indiziert.

### Dysphagie-Beobachtungsbogen: Rorschacher Beobachtungsbogen Schluckfunktion und Risiken, RoB-SR



**Warnsignale für Schluckstörungen - Screening**

**Risikodiagnosen & Risikofaktoren**

- Schlaganfall
- Schädel-Hirn-Trauma
- Morbus Parkinson
- Demenz
- Multiple Sklerose
- Myasthenia Gravis
- Amyotrophe Lateralsklerose
- Tumore im Mund-, Halsbereich
- Altersbedingte Veränderungen
- Schläfrigkeit, Konzentrationsmangel
- Desorientierung

↓

Schluckfähigkeit beobachten!  
Essen und Trinken nur in wachem Zustand  
(mindestens 15 Minuten wach)

↓

**Schluckrelevante Nebenwirkungen bestimmter Medikamente**

- Untypisches Essverhalten
- Schläfrigkeit
- Gestörte Bewegungsabläufe
- Mehr/weniger Speichel

**Neuroleptika, Antipsychotika** (Haldol, Risperdal)

**Benzodiazepine** (Temesta, Valium)

**Parasympatholytika** (Atrovent, Buscopan)

**Antidepressiva** (Citalopram, Remeron)

**Muskelrelaxantien** (Lioresal, Sirdalud, Botox)

**Antidementiva** (Exelon, Aricept)

**Antihypertensiva, ACE-Hemmer** (Coversum, Zestril)

**Antiepileptika, Antikonvulsiva** (Depakine, Keppra)

**Antiparkinson-Medikamente** (Madopar, Stalevo)

---

**Hinweise auf eine Schluckstörung während der Nahrungseinnahme**

- Schlucken nicht erkennbar (Hals)
- Verminderte oder deutlich verlängerte Kaubewegungen
- Häufiges, wiederholtes Nachschlucken
- Wiederholtes Husten, Räuspern

**Hinweise auf eine Schluckstörung nach der Nahrungseinnahme**

- Reste im Mund nach dem Schlucken
- Brodelnde, nasse Stimme
- Gurgelnde Atemgeräusche

- Steckenbleiben der Nahrung
- Reste gelangen aus dem Mund
- Anstrengung beim Schlucken (mehr Zeit wird benötigt)
- Verminderte Freude am Essen

- Vermehrtes Husten
- Anhaltendes Räuspern

**Weitere Warnsignale**

- Nahrungsverweigerung (Rückzug)
- Speichel fließt aus dem Mund
- Eingeschränktes Husten

(kräftiges Husten vormachen und bitten nachzumachen)

↓

- ✓ Arzt / Ärztin und Logopäde / Logopädin oder Schlucktherapeut/in informieren
- ✓ Hinweise auf Rückseite beachten

☞ **Dokumentation (Verlauf)**

☞ **Auf Zweifel, ungutes Gefühl hören**

Schweizer Hochschule für Logopädie Rorschach  
Schweizerische Arbeitsgemeinschaft für Logopädie

© 2018, SHLR alle Rechte vorbehalten!  
Autorin / Fotos: Ramona Rüegg  
Information: ausbildung@shlr.ch, www.shlr.ch

Dieser Status wird mit dem Team Pflege oder stellvertretend mit der Pflege-Dysphagie-Care-Managerin besprochen und dokumentiert. Zu den Maßnahmen der betreuenden Pflegefachpersonen gehören die Unterstützung bei der Nahrungsaufnahme und eventuell der Einsatz von angemessenen Hilfsmitteln. Therapeutische Maßnahmen gehören in das Gebiet der Logopädinnen. Das Problem des Zeitdrucks ist ein strukturelles Hindernis. Dieses sollte erkannt und mit der Hausleitung besprochen werden. Die Pflegefachpersonen müssen schließlich die zusätzlichen Anforderungen in den Arbeitsalltag integrieren, während mit einem Mehr an Personal kaum zu rechnen ist. Die Absprachen hinsichtlich der Hilfen bei der Nahrungsgabe müssen allen in der Pflege tätigen Personen, d.h. auch Pflegehilfen oder Auszubildenden in der Pflege bekannt sein (Rüegg 2017).

Für einige Bewohner kann das Essen so vorbereitet werden, dass sie nach anfänglicher Hilfe selbstständig weiteressen können. Andere benötigen Essensbegleitung während der ganzen Mahlzeit, da das Essen aus unterschiedlichen Gründen nicht selbst eingenommen werden kann. Die Essensbegleitungen oder -eingaben, die dreimal täglich wiederholt werden müssen, sind mit zeitlichem Mehraufwand für die Pflegedienstleitung für Qualität und Verantwortung für die Betreuten einsetzen.

Durch die Kooperation zwischen Pflege und Logopädie können diejenigen Patienten erfasst werden, die tatsächlich an Schluckstörungen leiden und beim Essen Unterstützung oder Beobachtung benötigen. Durch diese Auslese können gegebenenfalls auch Zeiteresourcen gespart werden (Rüegg 2017).

Durch logopädische Visiten in Institutionen (Bring- und Holschuld mit „Bedside Teaching“)

wird Wissen im Haus implementiert. In Anbetracht der sich anbahnenden Ressourcenknappheit der Fachpersonen könnte so der prekären Situation in der Langzeitpflege in Zukunft zumindest teilweise begegnet werden (Neff & Steiner 2018).

## Dysphagie-Beobachtungsbogen: Evaluation und Ausblick

Der „Dysphagie-Beobachtungsbogen RoBSR“ (Rüegg 2017) thematisiert Risikodiagnosen und Risikofaktoren, schluckrelevante Nebenwirkungen bestimmter Medikamente, Hinweise auf eine Schluckstörung während der Nahrungsaufnahme und weitere Warnsignale. Er wurde in zwei Pflegezentren und einem Spital eingesetzt und anschließend evaluiert. Die Ergebnisse und Rückmeldungen der Pflegepersonen zeigen auf, dass durch die einleitende Schulung und die Arbeit mit dem Leitfaden die Sicherheit im Erkennen von Dysphagien und der Unterstützung bei der Nahrungsaufnahme erhöht werden konnte.

Die Zusammenarbeit zwischen Pflege und Logopädie wurde sehr geschätzt. Die Studie ergab außerdem, dass der Leitfaden eine interessante Auffrischung zur Thematik darstellt. Er wurde aber auch verwendet, um anderen Mitarbeitern das Thema Dysphagie zu erklären. Die entsprechenden Rückmeldungen machen deutlich, dass der Leitfaden in der Praxis ein hilfreiches Mittel für die Pflegepersonen darstellt. Zudem wurde mehrmals erwähnt, dass bei den Probanden ein Lerneffekt feststellbar ist. Es wurde jedoch auch zurückgemeldet, dass einige Hilfestellungen auf dem Leitfaden auch aufgrund fehlender Praxis nicht umge-

setzt werden können. Ein ausführlicherer oder regelmäßiger Input durch Logopädinnen wäre hier vermutlich zielführend.

Die Interpretation der Ergebnisse gibt Hinweise darauf, dass klinische Logopädinnen für das Informieren und Anweisen der Pflegepersonen und somit für eine adäquate Behandlung von Dysphagiepatienten eingesetzt werden müssen und eine Ersetzung durch andere Fachdisziplinen nicht unbedingt zielführend ist. Zudem lässt sich festhalten, dass die interdisziplinäre Arbeit von Logopädinnen und dem Pflegepersonal von den Probanden sehr geschätzt wurde und Nutzen daraus gezogen werden konnte.

Aufgrund der demografischen Entwicklung ist mit einer Zunahme an Menschen mit Schluckstörungen im Pflegekontext zu rechnen. Dem steht der Fachkräftemangel gegenüber, der sich im Verlauf der kommenden Jahre noch weiter verschärfen dürfte. Eine adäquate Versorgung scheint durchaus gefährdet.

Die Gesundheitsversorgung in der Langzeitpflege erfordert eine interdisziplinäre Zusammenarbeit von Angehörigen aller Gesundheitsberufe, die ihre unterschiedlichen Fachkompetenzen und Sichtweisen einbringen. Beim Dysphagiemanagement ist die Logopädie als beratende Instanz für die Pflege gefragt. Kooperation vor Delegation sollte die Devise sein.

## : LITERATUR

- Deutsche Gesellschaft für Geriatrie e.V. (DGG), Arbeitsgemeinschaft Dysphagie (2019). *Dysphagie Screening Tool Geriatrie (DSTG)*

- Ekberg, O., Hamdy, S., Woisard, V., Wuttge-Hannig, A. & Ortega P. (2002). Social and psychological burdens of dysphagia: its impact on diagnosis and treatment. *Dysphagia* 17 (2), 139-146
- Guggisberg, A., Hunziker, E. & Singer, C. (O.J.). SERAPH. *Schluck-Erfassung für Alters- und Pflegeheime. Entscheidungshilfe zur Erkennung von Schluckstörungen in Alters- und Pflegeheimen.* Zürich: Interkantonale Hochschule für Heilpädagogik
- Hotzenköcherle, S. (2013). Dysphagie: Diagnostik und Therapie. *Schweizer Zeitschrift für Ernährungsmedizin* 13 (2), 6-11
- Hotzenköcherle, S. (2015). *Einführung in Diagnostik und Therapie bei Dysphagie.* Rorschach: Schweizer Hochschule für Logopädie Rorschach. Unveröffentlichtes Vorlesungsskript
- Hunziker, E. & Steiner, J. (2014). Ein Gewinn für alle. Die Logopädie als Partnerin der Pflege im Altersheim. *NOVAcura* 14 (6), 9-12
- Neff, C. (2018). *Dysphagie in der Langzeitpflege. Wie kann die Interdisziplinarität zwischen Logopädie und Pflege optimiert werden?* Unveröffentlichte Bachelor-Arbeit. Zürich: Interkantonale Hochschule für Heilpädagogik (HfH)
- Neff, C. & Steiner, J. (2018). *Logopädie und Pflege – mehr Austausch bitte! Zur Notwendigkeit einer Dysphagie in der Pflege zu managen.* *NOVAcura* 18 (10), 35-38
- Rüegg, R. (2017). *Erkennung von Dysphagie und Hilfestellungen bei gefährdeten Patienten – Ein Leitfaden für das Pflegepersonal.* Unveröffentlichte Bachelorarbeit. Rorschach: Schweizer Hochschule für Logopädie Rorschach

## Dysphagie-Beobachtungsbogen: Rorschacher Beobachtungsbogen Schluckfunktion und Risiken, RoB-SR

**shlr** SAL

### Hilfestellungen bei Schluckstörungen

**! Nahrungskonsistenz immer überprüfen**

**! Wenn Flüssigkeiten eingedickt werden müssen: auch Suppen und flüssige Medikamente eindicken!**

**Ungeeignete Nahrungskonsistenzen**

- ⊗ Mischung aus fester und flüssiger Nahrung (Suppe mit Stückchen, Joghurt mit Stückchen)
- ⊗ körnig (Vollkornbrot)
- ⊗ faserig (Bohnen, Kefen, Kresse, Fenchel)
- ⊗ trocken (Cake, weisser Reis)
- ⊗ klebrig (Weggli, Zopfi)

**Vorbereitende Massnahmen**

- ✓ Ruhige Atmosphäre schaffen, keine Ablenkungen
- ✓ Nahrungskonsistenzen überprüfen
- ✓ Haltung optimieren
- ✓ Sitz der Zahnprothese überprüfen
- ✓ Speisen sicht- und riechbar präsentieren

**Unterstützende Massnahmen während der Nahrungseinnahme**

- ✓ Haltung überprüfen (siehe Bilder)
- ✓ Kleine Portionen (kaffeeleffelgross)
- ✓ Wenn möglich Hand des Patienten führen, statt nur einzugeben
- ✓ Keine Ablenkungen (nicht plaudern, ...)
- ✓ Zeit lassen  
(Mund muss leer sein, bevor nächster Bissen/Schluck zugeführt wird)
- ✓ Anleiten zum Clearing:  
*mehrmals Pausen einlegen, kräftig husten und nachschlucken*
- ✓ Anleiten zum Chin-Down:  
*Kinn leicht Richtung Brust neigen*

➤ Essen von vorne-unten eingeben

Schnabelbecher	Nasenbecher

**! Trinkgefässe ausreichend füllen**

**! Becher mit Ausschnitt verwenden**

**! Keine Schnabelbecher verwenden**

**Nachbereitende Massnahmen**

- ✓ Aufrechte Lagerung für mind. 20min
- ✓ Gründliche Mundpflege
- ✓ Dokumentieren und evtl. Massnahmen anpassen

Schweizer Hochschule für Logopädie Rorschach  
 Schweizerische Arbeitsgemeinschaft für Logopädie

© 2018, SHLR alle Rechte vorbehalten!  
 Autorin / Fotos: Ramona Rüegg  
 Information: ausbildung@shlr.ch, www.shlr.ch



**Ramona Rüegg** arbeitet seit dem Abschluss an der Schweizer Hochschule für Logopädie Rorschach (shlr) im Jahr 2017 als Logopädin (B.A.) an einer Primarschule im Kanton Zürich. Vor dem

Studium absolvierte sie ein Praktikum als Lehrassistentin an einer Sprachheilschule. Im Rahmen des Studiums erhielt sie unter anderem einen Einblick in die klinische Arbeit im Spital Linth, Uznach. Diesen Bereich vertiefte sie in ihrer Bachelorarbeit, in der sie die interdisziplinäre Arbeit mit Pflegepersonal und Logopädie aufgriff. Im Sommer 2019 engagierte sie sich außerdem während eines Monats in einem Freiwilligenprojekt in Vietnam, wo sie an einer Klinik für Vorschulkinder beratend und informierend tätig war.



### Prof. Dr. habil. Jürgen Steiner

Steiner ist derzeit Senior Lektor an der Interkantonalen Hochschule für Heilpädagogik in Zürich (HfH) im Studiengang Logopädie. Er promovierte über Aphasie an der

Universität zu Köln und habilitierte sich 2001 im Thema Sprach- und Kommunikationsstörungen im Alter an der Universität Dortmund. Er verfügt über Ausbildungen zum Gesprächs-therapeuten (Viersen), zum EPL-Kommunikationstrainer (München), zum EFQM-Assessor (Luzern) und zum Systemischen Coach (Leipzig) und ist Validations-Praktizierender. Praktische Tätigkeiten im Kontext Demenz waren die Leitung der Sprachtherapeutischen Abteilung in der Memory-Klinik Nordrach sowie als Supervisor und Therapeut in der Beratungsstelle Sprache und Demenz der HfH. Jürgen Steiner veröffentlichte zahlreiche Monographien zu Aphasie, Dysarthrie und Demenz.

DOI 10.2443/skv-s-2020-53020200505

### KONTAKT

Prof. Dr. habil. Jürgen Steiner  
 Interkantonale Hochschule für  
 Heilpädagogik Zürich (HfH)  
 Schaffhauserstrasse 239  
 CH-8050 Zürich  
 juergen.steiner@hfh.ch