

Katrin Eibl

Nebeneinander oder Miteinander?

Zusammenarbeit von Logopädie und Pflege am Beispiel Stroke Unit

Multidisziplinäres Team – Interprofessionelle Zusammenarbeit

Im Gesundheitswesen wird immer mehr gefordert, dass die dort vertretenen verschiedenen Berufsgruppen, Mediziner, Gesundheits- und Fachpfleger, Therapeuten, nicht nur eine multidisziplinäre, sondern eine interprofessionelle Zusammenarbeit anstreben. Expertengremien wie die *Robert Bosch Stiftung* (2011) und der Sachverständigenrat im Gesundheitswesen (SVR 2007) geben Empfehlungen, wie in Zukunft die Kooperation der Gesundheitsfachberufe z.B. bereits in der Ausbildung angelegt werden kann.

Gelungene interprofessionelle Zusammenarbeit ist die Voraussetzung für eine effektive und effiziente Versorgung von Patienten sowohl im Krankenhaus und Rehakliniken als auch in Pflegeheimen (ebd.). Sie äußert sich in einer qualitativ verbesserten Patientenversorgung, da die medizinischen, pflegerischen und therapeutischen Maßnahmen koordiniert und zielorientiert stattfinden und somit effektiver sind. Gleichzeitig ist der ökonomische Nutzen hoch, da Kosten durch unnötige Untersuchungen, Behandlungen und Medikamente sowie eine verkürzte Krankenhausliegedauer eingespart werden (Zwarenstein & Bryant 2000). Die

Angehörigen der verschiedenen Berufsgruppen profitieren von einer interprofessionellen Zusammenarbeit durch verbesserte Arbeitszufriedenheit aufgrund eines regelmäßigen Austausches mit den anderen Professionen (Lützenkirchen 2005).

Ziel einer qualitativ hochwertigen, effektiven und effizienten Gesundheitsversorgung sollte sein, interprofessionelle Teams in den verschiedenen Bereichen in den Kliniken und Pflegeheimen zu etablieren. Zu den insgesamt 20 Forderungen und Weichenstellungen, die die Robert Bosch Stiftung in ihrem Memorandum aufzählt, gehören u.a.:

- Konsequenz patientenorientierter Versorgungsprozesse – die Vernetzung und Koordination der Versorgung sollte den Patienten im Blick haben, nicht die Kosten.
- Flachere Organisationsstrukturen – weniger strenge Hierarchien in den Krankenhäusern, nicht der Chefarzt allein bestimmt.
- Team- und Fallbesprechungen als Teambuildingprozesse – mehr Kommunikation der Berufsgruppen untereinander fördert die Kooperation.
- Klare Beschreibung von Berufsprofilen mit eindeutig zugewiesenen Kompetenzen – durch Spezialisierung, Weiterbildung, Akademisierung verändern sich die fachlichen Qualifikationen.

- Interdisziplinäre Lehr- und Lernangebote – Mediziner und Gesundheitsfachberufe sollten gemeinsam Lehrveranstaltungen besuchen.
- Vernetzung der Ausbildungsstätten der Gesundheitsberufe – interdisziplinär ausgerichtete Ausbildung und Forschung.

Diese Forderungen sind wünschenswert und stehen schon sehr lange im Raum. Dennoch zeigt die Praxis, dass sich in dieser Richtung zumindest von oben gesteuert, nur sehr wenig bewegt hat. Die organisatorischen und hierarchischen Strukturen, die man in vielen Krankenhäusern vorfindet, sind nach wie vor ausgerichtet an der Ärzteschaft als oberstes Entscheidungsgremium. Angehörige der Pflege- und Therapieberufe sind diesen nach- und untergeordnet. Es sind also auch die Rahmenbedingungen, die personellen, räumlichen und materiellen Ressourcen, die vorhanden sein müssen, um interprofessionelle Kooperation zu bestärken (Neundlinger 2019).

Interprofessionelle Zusammenarbeit erfordert außerdem klare Strukturen, Rollenverteilungen, standardisierte Abläufe und Richtlinien (ebd.). Trotz konservativer Strukturen im Krankenhaus gelingt eine erfolgreiche Kooperation in bestimmten Bereichen und auf einzelnen Stationen, wie z.B. einer Stroke Unit, weil sich einzelne Vertreter der verschiedenen Professionen dafür einsetzen und im Kleinen die Strukturen und Abläufe dafür schaffen.

Klärung der Begrifflichkeiten

Die Begriffe multidisziplinär oder multiprofessionell sowie interdisziplinär und interprofessionell werden häufig synonym verwendet. Hinzu kommen noch die Begriffe trans- und intraprofessionell (Tab. 1). Dabei wird weiterhin unterschieden zwischen Berufsgruppe, Profession, Wissenschaftsbereich und Disziplin. Sofern die Logopädie mittlerweile als eigene wissenschaftliche Disziplin anerkannt würde, könnte man in diesem Zusammenhang also auch von interdisziplinärer Kooperation sprechen. Aber das ist an anderer Stelle

ZUSAMMENFASSUNG. In diesem Artikel soll beleuchtet werden, wie die multidisziplinäre Zusammenarbeit zwischen Medizin, Pflege und den therapeutischen Berufsgruppen in einem Akuthaus funktionieren kann. Nach einer Einführung in die Thematik interprofessionelle Zusammenarbeit wird am Beispiel des Dysphagiemanagements auf einer Stroke Unit exemplarisch gezeigt, wie sich diese umsetzen lässt. Insbesondere die Kooperation von Pflege und Logopädie funktioniert anhand von standardisierten Abläufen und Schulungen. Ein Aspekt der multidisziplinären und interprofessionellen Zusammenarbeit ist die gegenseitige Wertschätzung für die Expertise und Kompetenz der jeweils anderen Berufsgruppe. Voraussetzungen dafür sind Teambesprechungen und klare Aufgabenverteilungen.

Schlüsselwörter: multidisziplinär – interprofessionell – Pflege – Dysphagiemanagement – Stroke Unit

le zu diskutieren. Grundsätzlich geht es darum, dass verschiedene Berufsgruppen aus verschiedenen (Wissenschafts)Bereichen entweder nebeneinander (multi-), miteinander (inter-) oder ersetzend (trans-) arbeiten. Dabei wird sowohl von Kooperation als auch von Kollaboration gesprochen.

Die Gesellschaft für medizinische Ausbildung (GMA) hat Studien nach der Verwendung der Begriffe ausgewertet und plädiert für eine Vereinheitlichung der Termini, damit eine Grundlage für die Etablierung der interprofessionellen Zusammenarbeit gelegt ist (Mahler et al. 2014). Demnach propagiert sie die Bezeichnung „interprofessionell“ für die Zusammenarbeit der verschiedenen Gesundheitsberufe (ebd.).

Die am häufigsten zitierte Definition für interprofessionelle Zusammenarbeit ist die von Käßler (2004, 40): „Angehörige unterschiedlicher Berufsgruppen mit unterschiedlichen Spezialisierungen, beruflichen Selbst- und Fremdbildern, Kompetenzbereichen, Tätigkeitsfeldern

und unterschiedlichem Status im Sinne einer sich ergänzenden, qualitativ hochwertigen, patientenorientierten Versorgung“ arbeiten „unmittelbar zusammen, damit die spezifischen Kompetenzen jedes einzelnen Berufes für den Patienten nutzbar gemacht werden“.

Rolle der Pflege

Im Akuthaus sind die Pflegekräfte Dreh- und Angelpunkt für alle anderen Professionen. Ohne sie können Patienten nicht behandelt, keine Untersuchungen, keine Blutabnahmen, kein Zuckermessen, keine Essenseingabe, keine Betreuung durchgeführt werden. Die Pflegekraft ist die erste und letzte Person am Patienten. Bei Ankunft auf Station nimmt sie diesen auf, führt eine pflegerische Anamnese durch, bereitet die Unterlagen für die Ärzte vor. Wenn der Patient entlassen wird, stellt sie seine Medikamente und die notwendige Dokumente zusammen und organisiert den Fahr-

dienst. Die Pflegekraft geht bei Visiten mit, begleitet den Patienten zu Untersuchungen oder Operationen und sie richtet seine Medikamente her. Zu ihren Tätigkeiten gehört die Grundpflege, Hilfe bei Toilettengängen, Hilfe beim Anziehen und Hilfe bei der Essenseingabe. Die zuständige Pflegekraft ist zu jeder Zeit über ihren Patienten informiert. Sie bekommt bei Dienstbeginn eine Übergabe der vorherigen Schicht und gibt am Ende ihrer Schicht wiederum die aktuellen Informationen über den Patienten an die nächste Kollegin weiter. Sie ist häufig die erste Anlaufstelle für die Angehörigen oder Besucher und sie ist die Auskunft für Ärzte, die für Konsile oder Therapeuten, die für Diagnostik und Behandlung zu ihren Patienten auf Station kommen.

Die Kooperation mit KollegInnen aus der Pflege ist für die TherapeutInnen unerlässlich.

Rolle der Logopädie

Die Logopädie im Akuthaus ist in erster Linie zuständig für die Diagnostik und Therapie von Schluckstörungen. Nicht nur in den Kernbereichen, der Neurologie und Geriatrie, wird die Logopädie angefordert, sondern im ganzen Haus, in allen Kliniken. Das bedeutet, dass sie auch zu Patienten in der Bauchchirurgie, der Kardiologie oder der Pulmonologie gerufen wird. Sie braucht daher nicht nur die Informationen von der ÄrztIn, die i.d.R. nur in der Diagnose besteht, sondern vor allem die Berichte der Pflegekräfte, die den Patienten bereits beim Essen und Trinken beobachtet und die evtl. Informationen von Angehörigen oder dem Pflegeheim haben, was er bisher gegessen und getrunken hat. Die LogopädIn untersucht den Patienten und spricht daraufhin eine Empfehlung zur Kostform oder weiteren Dia-

Tab. 1: Klärung der Begriffe (Mahler et al. 2014)

Begriff	Definition
multidisziplinär	Verschiedene Wissenschaftsbereiche arbeiten nebeneinander, ergänzen sich.
interdisziplinär	Verschiedene Berufsgruppen arbeiten miteinander und verfolgen dasselbe Ziel. / Die Wissenschaftsbereiche (Disziplinen) überschneiden sich, es gibt Abhängigkeiten zwischen den Aufgaben.
multiprofessionell	Verschiedene Berufsgruppen arbeiten neben- und nacheinander, jeder konzentriert sich auf seine Aufgaben.
interprofessionell	Die Kompetenzen der verschiedenen Berufe überschneiden sich, sie arbeiten miteinander.
transprofessionell	Die Grenzen der Berufsgruppen verschwinden, die Kompetenzen sind austauschbar.
intraprofessionell	Zusammenarbeit innerhalb einer Berufsgruppe.

agnostik aus. Außerdem gibt sie der Pflege individuelle Tipps für die Ess- und Trinkbegleitung, z.B. nur aufrecht im Stuhl sitzend, nur mit Kopf nach unten, nur mit Teelöffel eingeben usw.

Gegenseitige Wertschätzung

Im Zusammenspiel beider Professionen muss klar sein, dass jede ihre besonderen fachlichen Qualifikationen und Kompetenzen hat. Jede bringt daher eigene Sichtweisen und Erfahrungen mit und trägt damit ihren Teil der Verantwortung (Rüegg & Steiner 2018, 2020). Fruchtbar ist die Kooperation, wenn Pflege und Logopädie gemeinsam Ziele formulieren und an Lösungen arbeiten.

In den starren, stark hierarchisch geprägten Krankenhausstrukturen ist es wichtig, dass beide aufeinander zugehen und keine sich über die andere stellt. Die Beobachtung, die eine Pflegekraft am Patienten macht, ist wertvoll und ebenso zutreffend wie die Ergebnisse der klinischen Schluckuntersuchung durch die Logo-

pädIn. Beide können auch voneinander lernen: z.B. die LogopädIn über Wirkungen und Nebenwirkungen der Medikamente, über Laborwerte, die das Schlucken beeinträchtigen, die Pflegekraft im Gegenzug über die physiologischen Zusammenhänge des Schluckvorgangs.

Genau diese Zusammenhänge könnten Inhalte gemeinsamer Lehrveranstaltungen während der Ausbildung sein, wie sie für interprofessionelle Zusammenarbeit im Gesundheitswesen (SVR 2007) bzw. im Bereich Dysphagie gefordert werden (Neff & Steiner 2018).

Beispiele für Interprofessionalität im Akuthaus

Bei uns im Akuthaus finden sich mittlerweile zahlreiche Beispiele für beginnende oder bereits etablierte interprofessionelle Zusammenarbeit mit der Pflege, der Medizin und den anderen Therapeuten. Diese ergeben sich teilweise durch die Natur der Disziplin, z.B. ist die Geriatrie ganz klar ein multidisziplinäres Fach. Teilweise ist sie auf die Initiative der Thera-

peutInnen zurückzuführen, die auch auf anderen Stationen eine engere Kollaboration einfordern. Die Ergebnisse dieser Anstrengungen zeigen sich u.a. in Kommunikationsstrukturen: gemeinsame Teams, Stationsbesprechungen, Übergaben oder auch Fortbildungen (Tab. 2).

Standardisierte Abläufe

Auch standardisierte Abläufe, sogenannte SOPs (standard operating procedures), dienen der Stärkung der Interprofessionalität. Im Folgenden soll am Beispiel des Dysphagiemanagements auf der Stroke Unit insbesondere auf die enge Verzahnung von Logopädie und Pflege eingegangen werden.

Notwendigkeit der sofortigen Erfassung von Dysphagie

Sobald ein Patient auf die Stroke Unit verlegt wird, muss auch die Frage nach der Oralisierung geklärt werden. Abgesehen davon müssen die Patienten Medikamente gegen hohen Blutdruck, Blutzucker, Blutfette und für die Blutverdünnung einnehmen.

Ein Schlaganfall, ischämisch oder hämorrhagisch, führt in über 50 % bis 80 % der Fälle zu einer initialen Dysphagie (Suntrup et al. 2012, Martino et al. 2005). Gerade in den ersten Tagen ist es entscheidend für den weiteren Verlauf, dass diese Schluckstörungen erkannt und behandelt werden, um negative Auswirkungen wie eine Lungenentzündung, unzureichende Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme sowie die fehlende Einnahme der Medikamente zu verhindern. Eine frühzeitige Abklärung einer möglichen Schluckstörung ist somit unabdingbar.

Standardisierte Schluckversuche durch die Pflege

Daher hat sich auf den Stroke Units ein standardisiertes Vorgehen etabliert, um die hohe Prävalenz von Dysphagie nach Apoplex aufzufangen und das ebenfalls hohe Risiko des Auftretens von Aspirationspneumonien zu verringern. Dort führt zunächst die geschulte Pflege einen standardisierten Schluckversuch (SSV) durch, weil sie die Ersten am Patienten sind.

Dabei hat sich gezeigt, dass sowohl der Zeitpunkt des Screenings, nämlich so bald wie möglich, als auch die konsequente Durchführung bei allen Stroke-Patienten sich in niedrigen Pneumonieraten widerspiegelt (Titworth et al. 2013, Dziewas & Pflug 2020).

Die Auswahl des Screenings richtet sich nach den Gegebenheiten in der Einrichtung, z.B. ob Logopädie jederzeit vorhanden ist, oder ob instrumentelle Untersuchungen stattfinden können oder nicht (Dziewas & Pflug 2020). Die Wasserschlucktests, z.B. „Standardisiertes Schluckscreening (SSA)“ nach Perry (2001) oder

Tab. 2: Beispiele für multi- und interprofessionelle Kommunikationsformen im Akuthaus

Bereich	Berufsgruppen	Form	Inhalte
Geriatrie	Medizin Pflege Physiotherapie Ergotherapie Logopädie Psychologie Sozialdienst	1 x wöchentlich großes Team	Zielvereinbarung Verlauf Überleitung Entlassung
Geriatrie	Medizin Pflege Physiotherapie Ergotherapie	Täglich Kurzbesprechung (15 Min.)	Aktueller Stand Tagesplanung
Neurologie Stroke Unit	Medizin Pflege Physiotherapie Ergotherapie Logopädie Sozialdienst	<ul style="list-style-type: none"> • Täglich große Visite • 1 x monatlich Stationsbesprechung • 1 x monatlich gemeinsame Fortbildung 	Diagnosen Verlauf Überleitung
Neurologie	Medizin Physiotherapie Ergotherapie Logopädie	1 x wöchentlich Team	Diagnosen Verlauf Überleitung
Intensivstationen / Wachstationen	Medizin Pflege Physiotherapie Logopädie	Täglich Team (15 Min.)	Aktueller Stand Geplante Untersuchungen Überleitung
	Pflege Physiotherapie	Täglich Übergabe	Aktueller Stand Tagesplanung
	Physiotherapie Logopädie Atmungstherapie	1 x wöchentlich Team	Zielvereinbarung Verlauf

„2 out of 6“ nach Daniels et al. (1997) führen zu einem binären Ergebnis: auffällig oder nicht auffällig bzw. positiv oder negativ bzw. aspirationsgefährdet oder nicht. Bei einem positiven Ergebnis bleiben die Patienten nil/non per os (NPO) bis zur klinischen Schluckuntersuchung (KSU) durch eine LogopädIn, die auch eine Empfehlung im Hinblick auf weitere Diagnostik ausspricht (Abb. 1).

Bei der Testung mit verschiedenen Konsistenzen, wie z.B. beim „Gugging Swallowing Screen“ (GUSS, Trapl et al. 2007), der neben Wasser auch Apfelmus und Brot testet, können differenzierte Aussagen auch bezüglich der Kostform gemacht werden. Dies ist ein Vorteil insbesondere bei den Einrichtungen, in denen die LogopädIn nur konsiliarisch tätig ist. Im Zuge der COVID-19-Pandemie muss zudem ein Umdenken stattfinden, da klinische und insbesondere instrumentelle Schluckuntersuchungen Aerosol-generierende Prozeduren sind (AGPs), die es zu vermeiden gilt (Stanschus 2020, Brodsky & Gilbert 2020). Daher muss der Schwerpunkt auf die pflegerische und klinische Beobachtung gelegt werden. Schluckscreensings, die verschiedene Konsistenzen testen, sind in diesen Fällen zu bevorzugen.

Vorgehen zur Implementierung

In erster Linie sollte die Initiative zur Implementierung von der Logopädie ausgehen. Denn die Logopädie hat die Expertise für alle dysphagiologischen Aspekte. Die Logopädie trägt mit ihrem Fachwissen, ihrer Erfahrung und ihrer Fachkompetenz wesentlich zum Erfolg der Einführung eines Schluckscreensings bei. Aber, und das ist ein großes Aber: Die Logopädie braucht die Pflege und das ganze multidisziplinäre Team, um die Abläufe und die Empfehlungen umzusetzen.

Das A und O ist daher eine transparente Kommunikation in alle Richtungen, also sowohl innerhalb des multidisziplinären Teams als auch innerhalb der Klinik und zwischen verschiedenen Stationen. Bedenken seitens der Pflege, dass ihr noch mehr Arbeit aufgebürdet würde oder dass sie sogar die Arbeit der Logopädie übernehmen soll, lassen sich ausräumen. Denn vonseiten der Ärzte ist die Pflege ohnehin aufgefordert, die Medikamente zu geben, was impliziert, dass sie das

Schlucken überprüfen müssen. Sie bekommen von der Logopädie ein Instrument an die Hand, mit dem sie zuverlässig, sicher und schnell herausfinden können, ob jemand schlucken kann oder nicht. Die Logopädie bietet ihnen also eine Hilfestellung, die letztendlich die Arbeit vereinfacht.

Mit der Implementierung ergibt sich ein standardisiertes Vorgehen, in dem die Rollen klar verteilt sind. Der Algorithmus in Abbildung 1 bildet diesen Standard ab.

Schulung der Mitarbeiter in der Pflege

Nach Rüegg & Steiner (2018, 2020) umfasst ein interprofessionelles pflegerisch-logopädisches Dysphagiemanagement vier Schritte:

- **Schritt 1:** Die Weitergabe von Informationen über Dysphagie an die Pflege

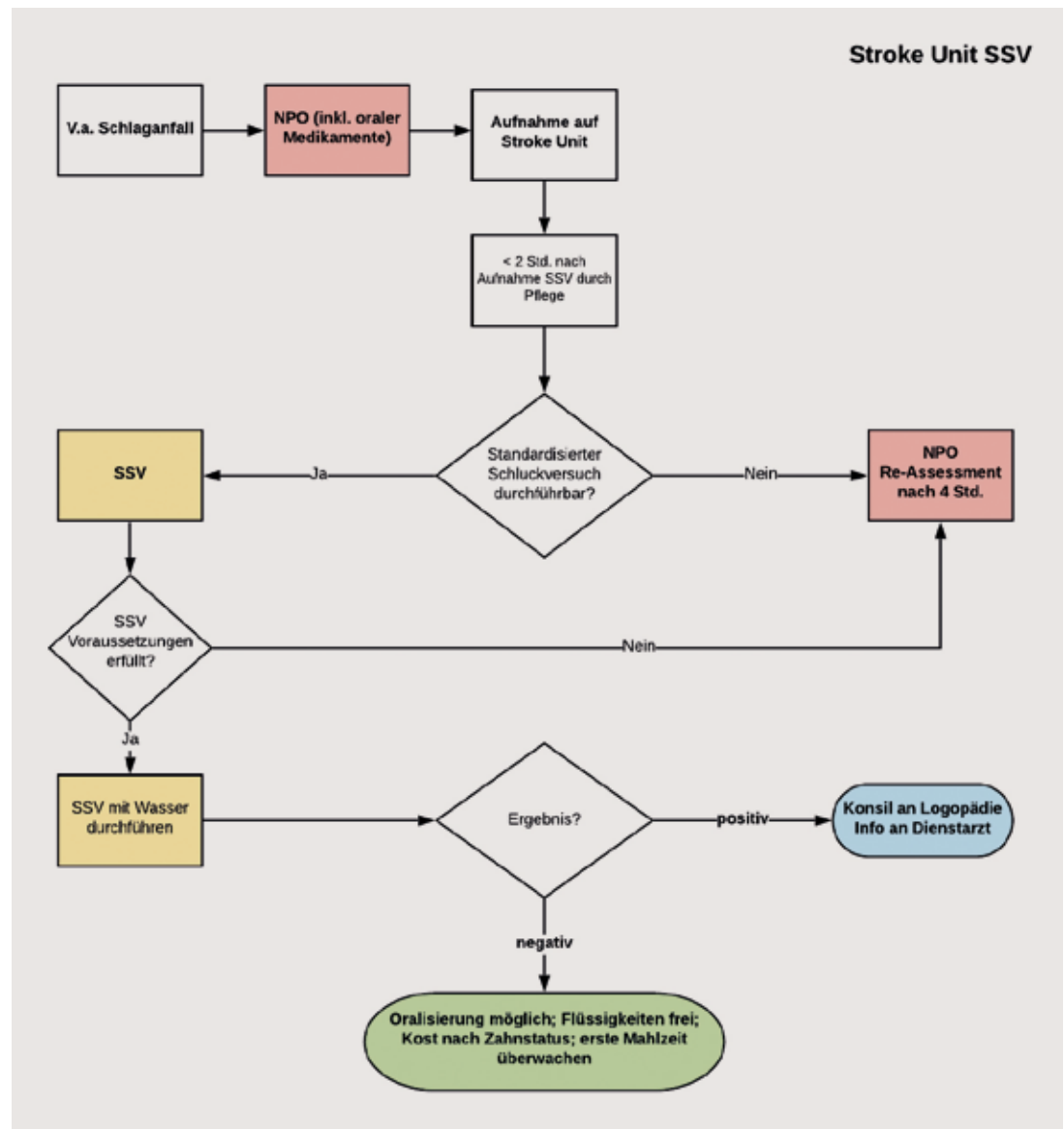
- **Schritt 2:** Die Vermittlung einer Beobachtungskompetenz an die Pflege
- **Schritt 3:** Besonderheiten wie z.B. die Einnahme von Medikamenten
- **Schritt 4:** Fallbesprechungen anbieten.

Sie sehen die LogopädIn nicht nur als ExpertIn, sondern auch als VermittlerIn, als SupervisorIn und als Beraterin (ebd).

Information über Dysphagie

Jede Pflegekraft, die den SSV durchführen soll, muss vorher geschult werden. Im Klinikalltag ist es oft schwierig, geeignete Zeiten zu finden. Bewährt hat sich ein Zeitfenster von ca. 30 Minuten, das sich in einer Stationsbesprechung öffnen kann. Diese Basissschulung umfasst allgemeine Informationen über Dysphagie und ihre Folgen und die möglichen therapeutischen Interventionen sowie Praxistipps zur Ess- und Trinkbegleitung und den Einsatz

Abb.1: Algorithmus zum standardisierten Schluckversuch auf der Stroke Unit



von Hilfsmitteln. Videos und Fotos aus den instrumentellen FEES-Untersuchungen (Flexible endoskopische Evaluation des Schluckens) sowie Fallbeispiele von der Pflege bekannten Patienten ergänzen die Schulung.

Neue MitarbeiterInnen werden individuell oder in Kleingruppen geschult, damit sie relativ zeitnah bei ihren Patientenaufnahmen auch den Schluckversuch durchführen können.

Beobachtungskompetenz

Mit der Beobachtungskompetenz ist u.a. die Sensibilisierung der Pflege für Symptome und Risikofaktoren einer möglichen Schluckstörung gemeint. Anhand einer Liste der indirekten und direkten Aspirationshinweise ist auch die Pflegekraft in der Lage, mögliche Risiken bei der Nahrungsaufnahme zu detektieren. In den Arbeiten von Rüegg & Steiner (2018, 2020) wurde ein Beobachtungsbogen entwickelt, der sowohl eine Liste von Erkrankungen als auch von Medikamenten aufführt, bei denen eine Dysphagie auftreten kann (Rohrschacher Beobachtungsbogen Schluckfunktion und Risiken, RoB-SR, ebd.).

Bei uns im Akuthaus finden regelmäßig Schulungen zur Dysphagie auch außerhalb der Neurologie statt. Dass diese fruchten, zeigt sich darin, dass die Pflege häufiger die Logopädie anruft, sobald sie Auffälligkeiten bei einem Patienten bemerkt. Sie achtet vermehrt darauf, ob jemand beim Essen oder Trinken hustet und fordert öfter ein logopädisches Konsil an. In Bezug auf die o.g. COVID-19-Problematik hat die Beobachtungskompetenz der Pflege ein großes Gewicht.

Dokumentation und Kommunikation

Das Ergebnis des Schluckversuchs wird schriftlich in der Kurve notiert bzw. mündlich an die DienstärztIn weitergegeben. Die automatische Konsequenz eines positiven SSV ist die orale Nahrungskarenz des Patienten bis zur Aufnahme und klinischen Schluckuntersuchung (KSU) durch die LogopädIn (Abb. 1). Diese trägt ihre Kostformempfehlung in die Kurve ein, notiert sie zusätzlich auf einem mobilen roten Bettschild, das am Bettgalgen ange-

bracht wird (Abb. 2) und bespricht das weitere Vorgehen mit der Pflege und der DienstärztIn. Pflege und Logopädie sind somit in ständiger Interaktion, ebenso wie mit den anderen Therapeutengruppen.

Zusammenfassung und Ausblick

Es wurde die multidisziplinäre und teilweise interprofessionelle Zusammenarbeit der Logopädie mit anderen Gesundheitsfachberufen im Akuthaus dargestellt. Beispielhaft wurde der standardisierte Ablauf zur Erfassung von Dysphagien auf einer Stroke Unit beschrieben, bei dem eine enge Verzahnung von Pflege und Logopädie notwendig ist. Gesundheitsexperten sind sich einig, dass eine optimierte Patientenversorgung nur mit interprofessioneller Kooperation gelingen kann. Voraussetzungen dafür sind bereits vorhanden.

So ist die Geriatrie ein multidisziplinär angelegtes Fachgebiet, das interprofessionelle Abläufe integriert. Für diesen Bereich gibt es seit 2019 ein standardisiertes Schluckscreening, das „Dysphagie Screening Tool Geriatrie“ (DSTG, DGG 2019), das insbesondere die Beobachtungskompetenz im Bereich Dysphagie in der Geriatrie stärken wird. Auf Intensiv- und Wachstationen, auf denen die Logopädie zunehmend präsent ist, gibt es ebenfalls Bestrebungen, standardisierte Schluckversuche, z.B. nach Extubation, einzuführen.

Die Grundlagen für mehr interprofessionelle Kooperation müssen in gemeinsamen Schulungen und regelmäßigen Informationsaustausch gelegt werden. Dies sollte bereits in der Ausbildung stattfinden, wo die gegenseitige Wertschätzung für die jeweils anderen Kompetenzen von Anfang an gebahnt werden kann. Gleichzeitig braucht es räumliche, personelle und zeitliche Kapazitäten, um Interprofessionalität zu leben. Wichtig und ausschlaggebend ist, dass alle Berufsgruppen, die direkt am Patienten arbeiten, im Dialog bleiben.

: LITERATUR

- Brodsky, M. & Gilbert, R.J. (2020). The long-term effects of COVID-19 on dysphagia evaluation and treatment. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation* 101 (9), 1662-1664
- Daniels, S.K., McAdam, C.P., Brailey, K. & Foundas, A.L. (1997). Clinical assessment of swallowing and prediction of dysphagia severity. *American Journal of Speech and Language Pathology* 6 (4), 17-24
- Dziawas, R., Pflug C. et al. (2020). *Neurogene Dysphagie, S1-Leitlinie*. Deutsche Gesellschaft für Neurologie (Hrsg.)
- Deutsche Gesellschaft für Geriatrie e.V. (DGG) (2019). *Dysphagie Screening Tool Geriatrie*. <https://www.dggeriatrie.de/images/Dokumente/191227-DSTG-befundbogen-und-handlungsanleitung-dysphagie-screening-tool-geriatrie.pdf>
- Kälble, K. (2004). Berufsgruppen- und fachübergreifende Zusammenarbeit – Terminologische Klärung. In: Kaba-Schönstein, L. & Kälble, K. (Hrsg.), *Interdisziplinäre Kooperation im Gesundheitswesen: Eine Herausforderung für die Ausbildung in der Medizin, der Sozialen Arbeit und der Pflege (Ergebnisse des Forschungsprojektes MESOP)* (29-41). Frankfurt/M.: Mabuse
- Lützenkirchen, A. (2005). Interdisziplinäre Kooperation und Vernetzung im Gesundheitswesen – Eine aktuelle Bestandsaufnahme. *Gruppendynamik und Organisationsberatung* 36 (3), 311-324
- Mahler, C., Gutmann, T., Karstens, S. & Joos, S. (2014). Begrifflichkeiten für die Zusammenarbeit in den Gesundheitsberufen – Definition und gängige Praxis. *GMS Zeitschrift für Medizinische Ausbildung* 31 (4), 1-5
- Martino, R., Foley, N., Bhogal, S., Diamant, N., Speechley, M. & Teasell, R. (2005). Dysphagia after stroke: Incidence, diagnosis, and pulmonary complications. *Stroke* 36 (12), 2756-2763
- Neff, C. & Steiner, J. (2018) Logopädie und Pflege – mehr Austausch bitte! Zur Notwendigkeit, Dysphagie in der Langzeitpflege zu managen. *NOVAcura* 18 (10), 35-38
- Neundlinger, L. (2019). *Interprofessionelle Zusammenarbeit im Krankenhaus*. Unveröffentlichte Bachelorarbeit an der Medizinischen Universität Graz, Österreich
- Perry, L. (2001). Screening swallowing function of patients with acute stroke. Part one: Identification, implementation and initial evaluation of a screening tool for use by nurses. *Journal of clinical nursing* 10 (4), 463-473
- Robert Bosch Stiftung GmbH (2011). *Memorandum Kooperation der Gesundheitsberufe. Qualität und Sicherung der zukünftigen Gesundheitsversorgung*. Stuttgart: Robert Bosch Stiftung
- Rüegg, R. & Steiner, J. (2018). Dysphagie – Die Logopädin als Beraterin, Instruktorin und Supervisorin in der Kooperation mit Pflegefachpersonen. *Logopädischweiz* 1 (4), 19-24

Abb. 2: Schluckschild



- Rüegg, R. & Steiner, J. (2020). Dysphagie – Logopädische Kompetenz für die Pflege. Die Logopädin als Beraterin, Instruktoren und Supervisorin in der Kooperation mit Pflegefachpersonen. *Forum Logopädie* 34 (5), 30-34
- Sachverständigenrat im Gesundheitswesen (SVR). (2007). *Kooperation und Verantwortung – Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung*. Baden-Baden: Nomos.
- Stanschus, S. (2020). Schluckdiagnostik und COVID-19: Plädoyer für ein Umdenken. *Forum Logopädie* 34 (5), 22-28
- Suntrup, S., Warnecke, T., Kemmling, A., Teismann, I.K., Hamacher, C., Oelenberg, S. & Dziewas, R. (2012). Dysphagia in patients with acute striatocapsular hemorrhage. *Journal of Neurology* 259 (1), 93-99
- Titsworth, W.L., Abram, J., Fullerton, A., Hester, J., Guin, P., Waters, M.F. & Mocco, J. (2013). Prospective quality initiative to maximize dysphagia screening reduces hospital-acquired pneumonia prevalence in patients with stroke. *Stroke* 44 (11), 3154-3160
- Trapl, M., Enderle, P., Nowotny, M., Teuschl, Y., Matz, K., Dachenhausen, A. & Brainin, M. (2007). Dysphagia bedside screening for acute-stroke patients: the Gugging Swallowing Screen. *Stroke* 38 (11), 2948-2952
- Zwarenstein, M. & Bryant, W. (2000). Interventions to promote collaboration between nurses and doctors. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2, CD000072

SUMMARY. Collaboration between speech and language therapists and nurses at the stroke unit

The purpose of this article is to describe how multidisciplinary collaboration between doctors, nurses and other health care professionals can be established in an acute care hospital. Following an introduction to the topic of interprofessional cooperation, dysphagia management on a stroke unit is presented as an example. In particular, collaboration between nurses and speech and language therapists should be based on standard operating procedures and training. Another important aspect to be considered is mutual respect and appreciation for each of the interprofessional team members. Therefore team meetings and clear task distributions are required.

KEYWORDS: Multidisciplinary – interprofessional – nursing – dysphagia management – stroke unit



Katrin Eibl, Klinische Linguistin (BKL), Studium der Linguistik, Sprecherziehung und Sprachtherapie in Göttingen und Reading (GB). Postgraduiert als Klinische Linguistin (BKL). Seit über 20 Jahren Behandlung von neurologischen Störungsbildern im Akuthaus, Rehabilitation, Geriatrie und Ambulanz. Derzeit im Akuthaus tätig mit den Schwerpunkten: Diagnostik und Therapie von Patienten mit Schlaganfall und neurologischen Erkrankungen in der Neurologie und Geriatrischen Rehabilitation, instrumentelle Diagnostik (FEES) von Dysphagien.

DOI 10.2443/skv-s-2021-53020210104

KONTAKT

Katrin Eibl

Abteilung Sprachtherapie
 Klinik für Neurologie
 Krankenhaus Barmherzige Brüder
 Prüfeninger Str. 86
 93049 Regensburg
 katrin.eibl@barmherzige-regensburg.de