

Berufsfachschule für Logopädie  
der Ev. Krankenhaus Alsterdorf gGmbH  
im Werner Otto Institut

## **Studienarbeit**

# **HAND**

## **Hilfe(n) zum Anreichen der Nahrung bei Dysphagie**

Verfasserinnen:

Katharina Augustin  
Langenbeckshöh 43  
22337 Hamburg  
kaugustin@gmx.de

Myriam Hamdorf  
Brokenlander Straße 8  
24623 Großenaspe  
myriam.hamdorf@t-  
online.de

Hannah Kaule  
Bramfelder Weg 56  
22159 Hamburg  
hannah.ka@gmx.net

Betreut von: Anne Mieling, Lehrlogopädin, dbI  
Rieke Lemke, Lehrlogopädin

Hamburg, 16.05.2022

## **Abstract**

### **HAND – Hilfen zum Anreichen der Nahrung bei Dysphagie**

Autorinnen: Katharina Augustin, Myriam Hamdorf, Hannah Kaule

Studienarbeit der Berufsfachschule für Logopädie der Ev. Krankenhaus Alsterdorf gGmbH im Werner Otto Institut

Die Begleitung der Nahrungsaufnahme bei Menschen mit einer Dysphagie stellt für Pflegefachkräfte in Krankenhäusern und Rehabilitationseinrichtungen einen festen Bestandteil ihres Arbeitsalltags dar. Durch die Beeinträchtigung des Kau- und Schluckvorgangs, muss dem Sicherheitsaspekt hierbei besondere Aufmerksamkeit geschenkt werden. Angesichts des Pflegenotstands und dem durchstrukturierten Arbeitsalltag des Pflegefachpersonals, ist das Ziel dieser Studienarbeit die Vermittlung wirkungsvoller Maßnahmen zum sicheren Essenanreichen bei Dysphagiepatienten ohne zeitlichen Mehraufwand für die anreichenden Pflegefachkräfte.

Zunächst wurde logopädische sowie pflegerische Fachliteratur zu den Themen *Dysphagie*, *Essenanreichen* und *unterstützende Maßnahmen beim Essenanreichen* studiert, um im Anschluss eine Eingrenzung der *Hilfen zum Anreichen der Nahrung bei Dysphagie* vornehmen zu können. Ein Prototyp des Posters wurde daraufhin den LogopädInnen des Evangelischen Krankenhauses Alsterdorf präsentiert. Mit Hilfe spezifischer Fragestellungen wurde der Prototyp formal sowie inhaltlich bewertet und auf dieser Basis im weiteren Verlauf optimiert. Das finale Poster wurde dem Pflegefachpersonal der Geriatrie im Evangelischen Krankenhaus Alsterdorf zur Erprobung ausgehändigt und in einem kurzen Gespräch evaluiert.

Das Ergebnis dieser Studienarbeit ist ein informatives Poster, das durch die übersichtliche, ansprechende Gestaltung zum Weiterlesen verleitet. Hilfreich zur schnellen inhaltlichen Erfassung sind die aussagekräftigen, gezeichneten Bilder sowie die prägnanten Erläuterungen unter den aufdeckbaren Klappen, auf denen die Titel der jeweiligen HAND zu finden sind.

Die Rückmeldung der Zielgruppe bestätigt, dass der Inhalt des Posters schnell erfasst und somit gut in den pflegerischen Alltag integriert werden kann. Weiterhin geht daraus hervor, dass das Poster auch für Auszubildende der Pflege und Berufseinsteiger sowie für betroffene Angehörige geeignet ist.

#### Schlüsselwörter

HAND, Dysphagie, Pflege, Logopädie, interdisziplinäres Arbeiten, Essenanreichen, Poster

Kontakt: [kaugustin@gmx.de](mailto:kaugustin@gmx.de), [Myriam.hamdorf@t-online.de](mailto:Myriam.hamdorf@t-online.de), [hannah.ka@gmx.net](mailto:hannah.ka@gmx.net)

## Inhaltsverzeichnis

<b>1</b>	<b>Einleitung .....</b>	<b>1</b>
<b>2</b>	<b>Theoretischer Hintergrund: Essenanreichen bei Dysphagie.....</b>	<b>2</b>
2.1	Dysphagie .....	3
2.1.1	Physiologischer Schluckablauf .....	3
2.1.2	Definition.....	5
2.1.3	Ursachen .....	5
2.1.4	Symptome und Folgen.....	5
2.2	Essenanreichen .....	8
2.2.1	Essensbegleitung vs. Assistierte Mahlzeit .....	8
2.2.2	Ablauf einer Essensbegleitung .....	9
2.2.3	HAND – Fünf unterstützende Maßnahmen.....	10
2.2.3.1	Langer Nacken.....	11
2.2.3.2	Kieferkontrollgriffe (I und II).....	13
2.2.3.3	Unterstützung des Arms.....	16
2.2.3.4	Schluckimpuls durch einen Löffel.....	17
2.3	Pflege.....	18
2.3.1	Ausbildungsrahmen .....	19
2.3.2	Dysphagie in der Ausbildung zur Pflegefachkraft .....	19
2.3.3	Pflegerisches Essenanreichen.....	21
2.3.4	Wunsch vs. Wirklichkeit .....	22
2.3.5	Interdisziplinäre Zusammenarbeit.....	22
2.4	Poster.....	24
2.4.1	Gegenüberstellung der Darstellungsformen .....	24
2.4.2	Erstellung eines Posters: Was es zu beachten gilt .....	25

<b>3</b>	<b>Methodik: Aufbau eines Posters zur Wissensvermittlung</b> .....	<b>26</b>
3.1	Motivation für die Materialerstellung.....	26
3.2	Kriterien für die Materialerstellung.....	27
3.3	Umsetzung der HAND auf dem Poster.....	29
3.3.1	Formulierung – Langer Nacken .....	29
3.3.2	Formulierung – Unterstützung des Arms .....	30
3.3.3	Formulierungen – Kieferkontrollgriff I (von vorne) und Kieferkontrollgriff II (von der Seite) .....	30
3.3.4	Formulierung – Schluckimpuls durch einen Löffel .....	31
3.4	Testung des ersten Prototypens und Nachbesserungen.....	31
<b>4</b>	<b>Ergebnisse und Diskussion</b> .....	<b>32</b>
4.1	Praktische Überprüfung anhand der Zielgruppe.....	32
4.1.1	Präsentation und Aushändigung des Posters in der Geriatrie des Evangelischen Krankenhauses Alsterdorf .....	32
4.1.2	Ergebnisse der Befragung im Gespräch.....	32
4.2	Kritische Diskussion .....	33
4.3	Beantwortung der Fragestellung .....	34
<b>5</b>	<b>Schlussbetrachtung</b> .....	<b>35</b>
5.1	Zusammenfassung.....	35
5.2	Fazit und Ausblick .....	37
<b>6</b>	<b>Literaturverzeichnis</b> .....	<b>39</b>

## **Abbildungsverzeichnis**

Abb. 1b-g Schluckvorgang .....	3
Abb. 2 Langer Nacken.....	11
Abb. 3 Physiologische Aufrichtung des Kopfes .....	11
Abb. 4 Unphysiologische Aufrichtung des Kopfes .....	12
Abb. 5 Kieferkontrollgriff I (von vorne) .....	13
Abb. 6 Kieferkontrollgriff II (von der Seite).....	14
Abb. 7 Unterstützung des Arms.....	16
Abb. 8 Schluckimpuls durch einen Löffel.....	17

## **Abkürzungsverzeichnis**

EKA	Evangelisches Krankenhaus Alsterdorf
HAND	Hilfe(n) zum Anreichen der Nahrung bei Dysphagie
oÖS	oberer Ösophagussphinkter

## 1 Einleitung

*„Die Nahrungsaufnahme ist ein wichtiger Bestandteil des täglichen Lebens. Sie dient neben der Ernährung und dem Genuss, der alltäglichen Begegnung mit unseren Mitmenschen und folglich der Nahrung sozialer Kontakte.“*

(Nusser-Müller-Busch, 2015, S. 78)

Häufig fehlt das Bewusstsein dafür, wie wichtig das Essen für das einzelne Individuum und das gesellschaftliche Leben ist. Erst wenn man sich den Stellenwert der Nahrungsaufnahme vor Augen führt, werden mögliche Einschränkungen und Folgen für Menschen mit einer Dysphagie deutlich: Verlust der Freude am Essen, Mangelernährung und nicht zuletzt soziale Isolation. Patienten<sup>1</sup>, die an einer Schluckstörung leiden, beispielsweise nach einem Schlaganfall oder Schädel-Hirn-Trauma, werden in Kliniken und Rehabilitationseinrichtungen häufig von Logopädinnen<sup>2</sup> im Rahmen eines Schlucktrainings auf dem Weg zu einer sicheren Nahrungsaufnahme begleitet. Die tägliche Essensbegleitung fällt in den Aufgabenbereich des Pflegefachpersonals, welches somit eine wichtige Rolle im Krankenhausalltag des Patienten einnimmt. Das Arbeitsgebiet erstreckt sich jedoch weit über die Betreuung von Menschen mit Dysphagie hinaus, sie sind „Dreh- und Angelpunkt für alle anderen Professionen“ (Eibl, 2021a, S. 29). Die Pflegefachkräfte in Kliniken stellen die tägliche Begleitung, Umsorgung und Ernährung der Patienten sicher. Der getaktete Pflegealltag in Kombination mit dem vorherrschenden Fachkräftemangel erschwert die ruhige und sichere Esssituation zwischen Patient und Pflegefachkraft enorm.

An dieser Stelle wird die Problematik deutlich: Trotz größter Bemühungen kann eine ausreichende und für beide Seiten zufriedenstellende Essensbegleitung in vielen Fällen allein aufgrund der Rahmen- bzw. Arbeitsbedingungen des Pflegefachpersonals nicht gewährleistet werden. Dass der Schluckablauf besonders bei neurologischen Patienten durch viele Faktoren gestört sein kann, zeigt die Relevanz der sicheren Essensbegleitung mit Reduktion des Aspirationsrisikos auf.

Da sich Logopädie und Pflege im Fachgebiet *Dysphagie* überschneiden und der Wunsch nach Interdisziplinarität wächst, entstand der Gedanke, die

---

<sup>1</sup> Zur besseren Lesbarkeit wird im folgenden Text grundsätzlich die männliche Form verwendet, Angehörige jedes Geschlechts sind miteingeschlossen.

<sup>2</sup> Aufgrund der besseren Lesbarkeit und der Geschlechterverteilung innerhalb der Berufsgruppe, wird hierfür im folgenden Text die weibliche Form verwendet. Angehörige jedes Geschlechts sind miteingeschlossen.

Nahrungsaufnahme für den Patienten sicherer zu gestalten und den Pflegefachkräften Erleichterung im Alltag zu schaffen. Unter Berücksichtigung der bestehenden Rahmenbedingungen sollten simple Maßnahmen zur Anwendung beim Essenanreichen vermittelt werden. Diese „*Hilfe(n) zum Anreichen der Nahrung bei Dysphagie*“ (HAND) sollen keinen Mehraufwand für die Pflegefachkräfte darstellen, sondern bereits bestehendes Wissen wieder in Erinnerung rufen und die Relevanz und den erleichternden Effekt simpler Griffe für eine Essenssituation verdeutlichen.

Aus dieser Problematik und der Motivation heraus entwickelte sich die Fragestellung, *wie man Pflegefachpersonal wirkungsvolle Maßnahmen zum sicheren Essenanreichen bei Dysphagiepatienten theoretisch sowie praktisch kurz, aber präzise vermitteln kann.*

Der theoretische Teil zeigt zunächst Grundlagen in den Bereichen Dysphagie, Essenanreichen, Pflegeausbildung und -alltag mit Fokus auf dem Bereich Dysphagie auf. Anhand dieser Grundlagen werden die ausgewählten HAND erläutert sowie Rückschlüsse in Bezug auf die Materialerstellung gezogen. Weiterhin werden die Überschneidungen der Arbeitsfelder *Logopädie* und *Pflege* und die Zusammenhänge zwischen Körperhaltung, externer Unterstützung und Aspirationsprävention in Esssituationen mit Dysphagiepatienten verdeutlicht. Der anschließende methodische Teil beschreibt die Schritte der Materialentwicklung von der Motivation über die Material- und Informationskriterien bis hin zum Einsatz in der Zielgruppe. Nachfolgend werden die Ergebnisse dargestellt und kritisch diskutiert. Zum einen erfolgt die Beantwortung der Fragestellung und zum anderen werden verschiedene Faktoren zur Optimierung des Posters beleuchtet. Abschließend wird die Arbeit zusammengefasst, ein Fazit gezogen und ein Ausblick beschrieben.

## **2 Theoretischer Hintergrund: Essenanreichen bei Dysphagie**

In diesem Kapitel werden die theoretischen Hintergründe einer Dysphagie, dem Essenanreichen sowie die Ausbildungsinhalte und der Arbeitsalltag der Pflegefachkräfte erläutert. Außerdem werden relevante Aspekte zur Erstellung eines Posters skizziert.



## 2.1 Dysphagie

Der Schluckvorgang ist ein komplexer Ablauf, welchen wir täglich bis zu 2000mal durchführen (Schlee, 2008, S.13). Bei suffizienter Funktion ermöglicht er uns den sicheren Transport von Nahrung und Flüssigkeiten vom Mund bis in den Magen und stellt so die Nahrungsaufnahme sicher. Ebenso dient der Schluckvorgang „der Reinigung der oberen Atemwege vom angesammelten Sekret und Speichel“ (ebd., S.13). Das Schlucken selbst bildet ein „muskuläres Funktionstraining“ (ebd., S.13) der orofazialen sowie pharyngealen Muskulatur, wodurch „ein physiologischer Grundtonus erhalten bleibt“ (ebd., S.13). Die 50 Muskel- und 5 Hirnnervenpaare, die am Schlucken beteiligt sind, verdeutlichen die Komplexität, die diesem alltäglichen und meist automatisierten Vorgang zugrunde liegt (ebd., S.13).

### 2.1.1 Physiologischer Schluckablauf

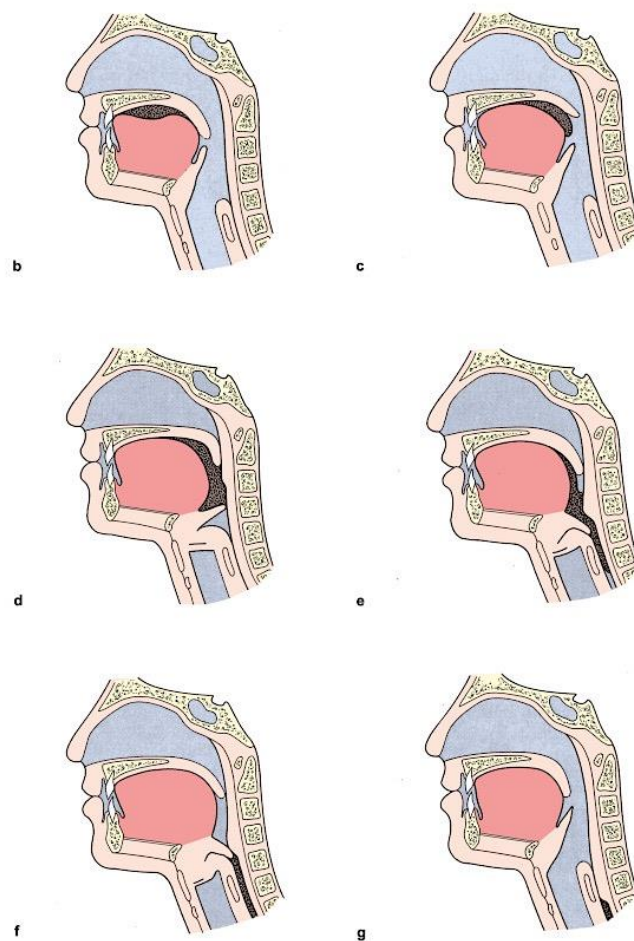


Abb. 1b-g Schluckvorgang (Bartolome, 2018, S.26)

Laut Prosiegel und Weber (2018, S.9) ist der Schluckvorgang „unter physiologischen Gesichtspunkten nicht strikt zu trennen“, wird zur Wissensvermittlung jedoch in vier Schluckphasen unterteilt. Dem Vierphasenmodell geht zusätzlich die präorale Phase voraus, in der die visuellen und olfaktorischen Reize der Mahlzeit bereits Einfluss auf den Schluckablauf nehmen: Die Speisen werden erkannt, Tonus und Haltung des Patienten bereiten sich auf die Esssituation vor und der Speichelfluss wird angeregt (Prosiegel & Weber, 2018, S.45). Die erste Phase nennt sich *orale Vorbereitungsphase* (siehe Abb. 1 b) (Prosiegel & Weber, 2018, S.10). In dieser Phase wird die Nahrung im Mund zu einem sogenannten Bolus zerkleinert und mit Speichel durchmischt, sodass eine gut zu schluckende Konsistenz entsteht (ebd.). Dabei schiebt die Zunge die Nahrung abwechselnd zwischen die linken und rechten Zahnreihen (Hotzenköcherle, 2003, S.36). Auch die Sensibilität spielt hierbei eine entscheidende Rolle, da sie den jeweils zuständigen Hirnarealen ständig entsprechende Signale in Bezug auf Position, Form, Temperatur und Beschaffenheit des Bolus sendet (Bartolome, 2018, S.25). Außerdem sorgt der M. buccinator für eine physiologische Wangenspannung, wodurch „das Entgleiten von [Bolusteilen] [...] in die Wangentaschen“ (Bartolome, 2018, S.27), sowie das versehentliche Beißen auf diese verhindert wird. Laut Prosiegel und Weber (2018, S. 10) kann diese Phase des Schluckvorgangs bewusst beeinflusst werden und ist in der Dauer stark variieren.

Die zweite Phase wird *orale Transportphase* (siehe Abb. 1 c-d) (Prosiegel & Weber, 2018, S.10) genannt. Der in der Zungenmitte gelagerte Bolus wird durch eine wellenartige Bewegung der Zunge in Richtung des Pharynx transportiert (Hotzenköcherle, 2003, S.36). Dieser Vorgang dauert laut Prosiegel und Weber (2018, S.10) ungefähr eine Sekunde und ist ein „willentlich oder spontan ausgelöster reflektorischer Ablauf“.

In der vorletzten Phase, der *pharyngealen Phase* (siehe Abb. 1 e), wird der Bolus ungefähr innerhalb einer Sekunde durch den Pharynx bis zum oberen Ösophagussphinkter transportiert (Prosiegel & Weber, 2018, S.10). Gleichzeitig werden die Atemwege durch den Verschluss der Stimmlippen, der Taschenfalten sowie des Kehlkopfs, dem sogenannten Dreifachverschluss, vor dem Bolus geschützt (Hotzenköcherle, 2003, S.36). Ab diesem Zeitpunkt finden die Abläufe reflektorisch statt, können also nicht willkürlich von uns beeinflusst werden. In der vierten und letzten

Phase, welche *ösophageale Phase* (siehe Abb. 1 f-g) genannt wird, wird der Bolus mit Hilfe peristaltischer Wellenbewegungen der Speiseröhre zum Magen transportiert (ebd., S.36).

Anhand des beschriebenen Vorgangs und der dargestellten Komplexität wird deutlich, welche umfassenden Einschränkungen eine Störung dieses Systems bedeuten (Schlee, 2008, S.14).

### **2.1.2 Definition**

„Schlucken ist ein semireflektorischer, sensomotorischer Vorgang, mit dem Ziel, unterschiedliches Material vom Mundbereich sicher und rasch in den Magen zu befördern“ (Prosiegel, 2013; zit. Mieling, 2021, S.1) Sind einer oder mehrere Bestandteile dieses Vorgangs gestört, spricht man von einer Schluckstörung oder auch Dysphagie (Frank, Pluschinski, Hofmayer & Duchac, 2021, S.1). Dabei lässt sich weiter zwischen einer oropharyngealen Dysphagie und einer ösophagealen Dysphagie differenzieren (ebd., S.1). Unterschieden werden diese beiden Formen anhand des Störungsortes. Man spricht von der oropharyngealen Dysphagie, wenn eine der ersten drei Schluckphasen gestört und damit eine Gefährdung der unteren Atemwege gegeben ist (ebd., S.1). Von einer ösophagealen Dysphagie spricht man hingegen, wenn ausschließlich die ösophageale Phase beeinträchtigt ist (ebd.). Eine Penetrations- bzw. Aspirationsgefahr besteht hierbei insofern, dass kleine Teile der Speise durch Reflux wieder hochbefördert werden und dadurch ein erneutes Risiko besteht, in die Trachea zu gelangen.

### **2.1.3 Ursachen**

Die Ätiologie einer Dysphagie kann vielfältig sein, wird jedoch grob in strukturelle und neurogene Ursachen unterteilt (Frank et al., 2021, S.4). Zu neurologisch bedingten Ursachen zählen Schädigungen des zentralen Nervensystems durch z.B. einen Schlaganfall oder ein Schädel-Hirn-Trauma. Auch periphere Erkrankungen der Hirnnerven und entzündliche Muskelerkrankungen zählen dazu (ebd., S.5). Unter strukturellen Ursachen versteht man unter anderem Kopf-Hals-Tumoren oder angeborene Fehlbildungen wie Lippen-Kiefer-Gaumenspalten (ebd., S.5).

### **2.1.4 Symptome und Folgen**

45% aller über 75jährigen Personen und mehr als 50% der Patienten in Pflegeheimen leiden an einer Dysphagie (Thurnher, Grasl, Erovic & Lercher, 2011, S.8).

Diese kann sich auf unterschiedliche Weisen bemerkbar machen, einige Symptome sind für Außenstehende jedoch nicht unmittelbar wahrzunehmen. Um einen Überblick über die Symptomatik zu geben und die Auswirkungen einer Dysphagie deutlich werden zu lassen, werden im Folgenden einige ihrer Symptome sowie (Langzeit-) Folgen dargestellt.

Es können Symptome vor (prädeglutitiv), während (intradeglutitiv) und nach (postdeglutitiv) dem Schluckvorgang beschrieben werden. Das *Drooling* ist ein prädeglutitives Symptom und „bezeichnet einen unkontrollierten und unbemerkten Speichelfluss“ (Frank et al., 2021, S.9). Es tritt meist bei Erkrankungen wie Morbus Parkinson aber auch postoperativ nach Tumorresektion im Kopf-Hals-Bereich auf, da in diesen Fällen der Mund- bzw. Lippenschluss nicht mehr sichergestellt ist. Zudem kann ein zu hoher Speichelfluss auf eine reduzierte Spontanschluckfrequenz hinweisen (ebd., S.9).

Das *anteriore Leaking* beschreibt das Austreten der Nahrung, Flüssigkeiten oder Speichel aus dem Mund. Häufig ist dieses Symptom bei Fazialispareesen oder -schwächen zu beobachten, da auch hier der Mundschluss oftmals gestört ist.

„Leaking und prädeglutitives Pooling wird synonym verwendet und bezeichnet das vorzeitige Abgleiten von Bolusmaterial (vor Initiierung des pharyngealen Schlucks) in den Pharynx“ (Frank et al., 2021, S.10). Dies kann auf eine gestörte orale Bolusammlung und -kontrolle durch Einschränkungen der Zungen-, Wangen- und Lippenmuskulatur oder eine verspätete Schluckreflexauslösung hinweisen (Bartolome, 2018. S.42). Folge davon können eine Penetration oder Aspiration sein, welche ebenfalls als wichtige Symptome einer Dysphagie zu betrachten sind.

Die *Penetration* beschreibt das Eindringen von Nahrung in den Kehlkopf, ohne dabei die Stimmlippenebene zu unterschreiten (Prosiegel & Weber, 2018, S.8). Auch hier kann die verspätete Hebung des Kehlkopfes und das verzögerte Auslösen des Dreifachverschlusses die Ursache sein (Bartolome, 2018. S.42).

„Unter *Aspiration* versteht man das Eindringen von Speichel, Sekret, Speiseresten, Flüssigkeiten oder anderem Material in die Luftwege unterhalb der Stimmlippenebene, also in die Trachea“ (Prosiegel & Weber, 2018, S. 62). Resultieren kann dies aus einem verspäteten Stimmbandschlusses in Kombination mit einer eingeschränkten Hyoid-Larynxelation, oder auch einem verspäteten, wenn nicht sogar

fehlenden, Schluckreflex (Bartolome, 2018, S.42). Im Regelfall wird der Patient bei einer Aspiration beginnen zu husten, um sich von dem verschluckten Material zu befreien (Prosiegel & Weber, 2018, S. 63). Wenn diese reflektorische Schutzfunktion ausfällt, spricht man von einer *stillen Aspiration* oder *silent Aspiration* (ebd., S.63). Ursächlich für einen geminderten oder ausbleibenden Hustenreflex kann eine fehlende Sensibilität im Bereich des Pharynx/ Larynx (Prosiegel & Weber, 2018, S.63) sein. Ebenso eine zentralnervöse Schädigung oder eine Muskelschwäche kann zu fehlender Initiierung des reflektorischen Hustenreflexes führen (ebd., S.63). Je nach Größe des verschluckten Bolus, kann es zu Luftnot oder gar Ersticken kommen.

Bei einer Aspiration kleinerer Mengen, die in der Lunge verbleiben, kann eine entzündliche Reaktion, also eine Aspirationspneumonie, die Folge sein (Frank et al., 2021, S.14). Neben einer Aspirationspneumonie sind die Mangelernährung, auch Malnutrition genannt, und Dehydration die gefährlichste Begleitsymptomatik einer Dysphagie (Frank et al., 2021, S.15). Eine Dehydration entsteht bei einer zu geringen Zufuhr von Flüssigkeiten und bringt unter anderem Müdigkeit, Konzentrationschwäche und eine eingeschränkte Leistungsfähigkeit mit sich (Knels, 2018, S. 146). Weitere schwerwiegende körperliche Folgen, die einer Dehydration oder Malnutrition zugrunde liegen, umfassen Harnwegsinfekte, Fieber, Appetitlosigkeit, Vergiftungserscheinungen, Muskelkrämpfe, Nieren- und Kreislaufversagen, sogar eine verringerte Lebenserwartung kann daraus resultieren (ebd., S.146).

Zusätzlich zu den aufgeführten körperlichen und teils mit Schmerzen verbundenen Folgen, kann eine Schluckstörung den Betroffenen auch auf psychischer Ebene belasten und die Lebensqualität erheblich negativ beeinflussen. Einige Symptome einer Dysphagie sind nicht offensichtlich. Andere Symptome hingegen, wie z.B. Husten während des Essens, Drooling oder nasale Penetration sind für Außenstehende sichtbar und für Betroffene häufig mit Scham und Unwohlsein verbunden, was nicht selten die soziale Isolation begünstigt. Vor allem Letzteres unterstreicht die Notwendigkeit des sicheren Essenanreichens, das zudem die individuellen Wünsche und Bedürfnisse des Patienten berücksichtigt.

Nachfolgend sollen das Essenanreichen sowie die einzelnen HAND näher beleuchtet werden.

## **2.2 Essenanreichen**

Bei der Nahrungsaufnahme geht es um weit mehr als die Sicherstellung einer ausreichenden Kalorien- und Nährstoffzufuhr. Essen und Trinken verbindet die Menschen miteinander und fördert die soziale Teilhabe. Oft ist dabei „die Nahrungsaufnahme [...] in die Situation integriert“ (Nusser-Müller-Busch, 2015, S. 78), im Mittelpunkt steht die zwischenmenschliche Kommunikation. Gesunden Menschen bereitet der Kau- und Schluckvorgang in Gesellschaft keine Schwierigkeiten. Bei Menschen mit einer Dysphagie hingegen, können viele Pathomechanismen zugrunde liegen, die die Nahrungsaufnahme erheblich stören. Die häufig erwartete Tischetikette erschwert es schluckgestörten Menschen zusätzlich, während Esssituationen in Gesellschaft zu bestehen und führt nicht selten zu Isolation. Sie „vermeiden [...] das Essen in der Öffentlichkeit, gehen nicht mehr zum Stammtisch, möchten nicht im Speisesaal des Heims essen oder verlieren die Freude und den Genuss am Essen“ (Eibl, 2019, S. 371f.).

Um vor allem Letzteres und andere schwerwiegende Folgen einer Dysphagie, wie z.B. Mangelernährung oder Aspirationspneumonien, zu vermeiden, können schluckgestörte Menschen durch Essensbegleitungen oder assistierte Mahlzeiten auf ihrem Weg zu einer sicheren Nahrungsaufnahme unterstützt werden.

### **2.2.1 Essensbegleitung vs. Assistierte Mahlzeit**

Zwischen der Essensbegleitung und den assistierten Mahlzeiten bestehen wichtige Unterschiede. „Assistiertes Essen umfasst eine volle Mahlzeit und dient der Ernährung, aber es ist unselbstständiges Essen“ (Nusser-Müller-Busch, 2015, S. 107). Die Essensbegleitung hingegen richtet sich an Patienten, die trotz Einschränkungen eigenständig Nahrung zu sich nehmen können und fördert gleichzeitig die Selbstständigkeit des Betroffenen. Sie unterstützt ihn unter anderem „bei der Anwendung der erlernten Schlucktechniken“ (Bartolome, 2018, S. 382) oder „wird als regelmäßige Evaluation der Kostform genutzt“ (Eibl, 2019, S. 413), um die orale Nahrungsaufnahme Schritt für Schritt zu verbessern.

In Kliniken und Rehabilitationseinrichtungen übernimmt in der Regel das Pflegepersonal die assistierten Mahlzeiten und Essensbegleitungen. Auch Ergotherapeuten können innerhalb eines Selbstständigkeitstrainings diese Aufgabe übernehmen, etwa wenn Patienten „aus motorischen oder kognitiven Gründen [das Essen] nicht selbstständig [...] bereiten und zum Mund führen können“ (Eibl, 2019, S. 412). Bevor das Pflegepersonal oder der Ergotherapeut die assistierte Mahlzeit oder die

Essensbegleitung übernimmt, begleitet die Logopädin einige Mahlzeiten mit der zuvor festgelegten Kostform und „erarbeitet für den Patienten individuelle Essregeln“ (Bartolome, 2018, S. 382). Laut Bartolome (2018, S. 382) ist es ratsam, die ausgearbeiteten Regeln bzw. Instruktionen schriftlich festzuhalten und gut sichtbar im Patientenzimmer zu platzieren. Auf diese Weise kann die interdisziplinäre Zusammenarbeit sowie die optimale Patientenversorgung innerhalb der Klinik oder der Rehabilitationseinrichtung erleichtert werden.

### **2.2.2 Ablauf einer Essensbegleitung**

In der logopädischen Fachliteratur lassen sich zahlreiche Angaben für die Rahmenbedingungen bei der Essensbegleitung bzw. bei assistierten Mahlzeiten finden, die sich überwiegend decken. Grundsätzlich sollte eine ruhige Umgebung mit möglichst wenig Nebengeräuschen, z.B. durch eingeschaltete Fernseher oder Radios, geschaffen werden, damit die Aufmerksamkeit auf der Nahrungsaufnahme liegt. Sowohl in der „Therapie des Facio-Oralen Trakts“ (F.O.T.T.) nach Kay Coombes (Nusser-Müller-Busch, 2015) als auch in der funktionellen Dysphagietherapie (FDT; Bartolome, 2018, S. 382) sollte der Patient in eine aufrechte Sitzposition im Bett, wenn möglich an der Bettkante oder einem Stuhl gebracht werden, um einen möglichst physiologischen Haltungshintergrund, der für den sicheren Schluckablauf elementar ist, zu gewährleisten. Knels (2018, S. 167) merkt an, dass vor Beginn des Essens mögliche Hilfsmittel, wie Brille, Hörgeräte oder Zahnprothesen überprüft werden sollten. Weiterhin sollte eine Reinigung des Mundraums vorausgehen, da Menschen mit einer Dysphagie nicht selten an Mundtrockenheit, Verschleimung oder Borkenbildung leiden (Prosiegel, 2018, S. 309). Sind die Voraussetzungen für die Nahrungsaufnahme geschaffen, wird das Essen gut sichtbar vor dem Patienten platziert. Die Mahlzeit sollte sowohl den visuellen als auch den olfaktorischen Sinn des Patienten anregen, um den Appetit und die damit verbundene Speichelproduktion zu fördern (ebd., S. 310). Hierzu kann es sinnvoll sein, sich den Duft des Essens bereits einige Minuten vor der Nahrungsaufnahme im Raum verteilen zu lassen, etwa durch Abnehmen des Deckels vom Teller. Dann beginnt die Nahrungsaufnahme, bei der der Patient „so viel wie möglich einbezogen werden“ (Frank et al., 2021, S. 123) sollte, beispielsweise in Form des eigenständigen Haltens des Löffels. Auf diese Weise „gelingt die motorische Bahnung der oralen und pharyngealen Nahrungsverarbeitung i.d.R. deutlich besser“ (ebd., S. 123). Wichtig ist, dass Gespräche während des Essens vermieden werden, um die Konzentration auf den Kau-

und Schluckvorgang aufrechtzuerhalten und das Risiko des Verschluckens zu reduzieren (Bartolome, 2018, S. 383). Sowohl Prosiegel (2018, S. 310), Knels (2018, S. 167) als auch Frank et al. (2021, S. 123) betonen die Relevanz der Selbstbestimmung des Patienten in Bezug auf das Esstempo. Die anreichende Person darf dem Patienten den nächsten Bissen nicht aufzwingen und hat gleichzeitig darauf zu achten, dass „alle Nahrungsreste entfernt sind“ (Bartolome, 2018, S. 383), bevor dieser in den Mund gelangt. Die Logopädin sorgt während der Nahrungsaufnahme für die Einhaltung des optimalen Haltungshintergrundes und die Umsetzung der individuell ausgewählten kompensatorischen Maßnahmen. Zur Überprüfung, ob Nahrung ggf. penetriert oder aspiriert wurde, kann sie den Patienten zu Phonationskontrollen und ggf. zum Husten sowie zum Nachschlucken auffordern (Eibl, 2019, S. 413). Zur Vermeidung von Reflux, kann es ratsam sein, den Patienten nach dem Essen für einen Moment aufrecht sitzen zu lassen (Bartolome, 2018, S. 383).

### **2.2.3 HAND – Fünf unterstützende Maßnahmen**

Im Folgenden soll nun das eigentliche Essenanreichen unter Berücksichtigung verschiedener „Hilfe(n) zum Anreichen von Nahrung bei Dysphagie“ genauer beleuchtet werden. Dazu muss zunächst die Terminologie erläutert werden.

Der Begriff „Essenanreichen“ beschreibt den Vorgang, bei dem die Nahrung mit Hilfe einer zweiten Person in den Mund geführt wird. Sowohl assistierte Mahlzeiten als auch Essensbegleitungen implizieren demnach das Essenanreichen.

„Hilfe(n) zum Anreichen von Nahrung bei Dysphagie“ – im folgenden HAND genannt – umfassen ausgewählte Grifftechniken und Handlungsveränderungen, die zum einen die Nahrungsaufnahme des Betroffenen sicherer gestalten und zum anderen das Essenanreichen für das Pflegepersonal, die Logopädin oder Angehörige erleichtern. HAND zielen nicht nur auf das Schlucken selbst ab, sondern vielmehr auf die Reduzierung des Aspirationsrisikos bzw. dessen Prävention beim Essenanreichen außerhalb der logopädischen Therapie. Ziel der HAND ist es, dass Pflegepersonal sie bereits nach kurzer Anleitung anwenden kann. Im Verlauf sollen folgende fünf HAND in Bezug auf Ziel, Durchführung und Wirkungsweise beschrieben werden: Die Kieferkontrollgriffe von vorne und von der Seite, die taktile Unterstützung des Arms beim Führen der Nahrung zum Mund sowie die Verstärkung des Schluckimpulses mit Hilfe eines Löffels. Zunächst muss jedoch die Basis für das Essenanreichen erläutert werden, der *Lange Nacken*.



### 2.2.3.1 Langer Nacken

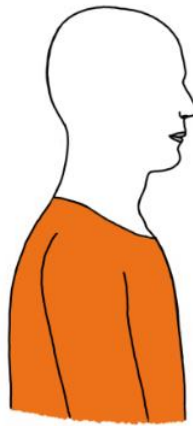


Abb. 2 Langer Nacken (selbst erstellt)

Wie im Abschnitt 2.2.2 bereits erwähnt, sollte der Patient vor Beginn jeder Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme in einen aufrechten Sitz positioniert werden, je nach Möglichkeiten des Patienten im Bett, an der Bettkante oder – bestenfalls – auf einem Stuhl. Nusser-Müller-Busch (2015, S. 55) beschreibt das Becken als Basis für eine aufrechte Sitzposition, über der sich Lenden-, Brust- und Halswirbelsäule ausrichten können. Durch diese physiologische Aufrichtung von unten nach oben, stellt sich entsprechend auch der Kopf ein und bildet die Verlängerung der Wirbelsäule, der sogenannte *Lange Nacken* (Abb. 2). Auf diese Weise entsteht ein ganzkörperliches muskuläres Gleichgewicht, dass durch die im Becken beginnende Stabilität Kopfbewegungen in alle Richtungen ermöglicht. Gleichzeitig stehen auch Larynx und Hyoid optimal zueinander (Abb. 3) was einen physiologischen Schluckablauf zur Folge hat.

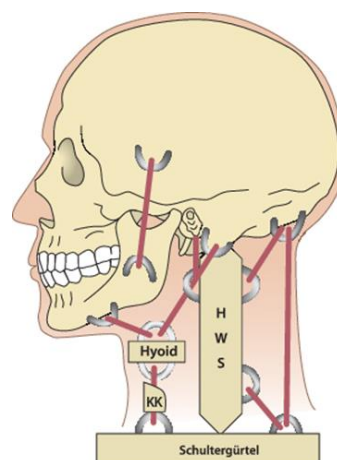


Abb. 3 Physiologische Aufrichtung des Kopfes (KK = Kehlkopf, HWS = Halswirbelsäule) (Nusser-Müller-Busch, 2015, S.55)

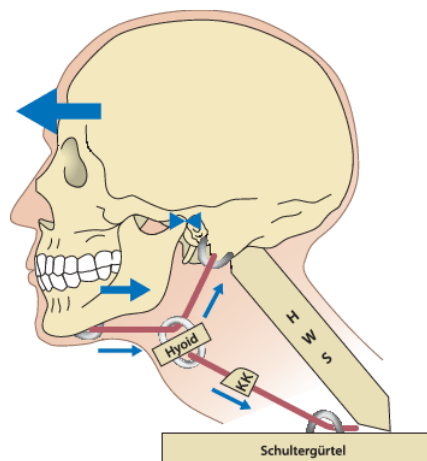


Abb. 4 Unphysiologische Aufrichtung des Kopfes (KK = Kehlkopf, HWS = Halswirbelsäule) (Nusser-Müller-Busch, 2015, S.56)

Bei unphysiologischer Sitzhaltung hingegen, etwa wenn das Becken nicht nach vorne, sondern nach hinten gekippt ist, entsteht im Lendenwirbelbereich beginnend eine Flexion der Wirbelsäule, die in einer Hyperextension der oberen Halswirbelsäule (Nusser-Müller-Busch, 2015, S. 56) endet (Abb. 4). Infolgedessen gerät das feine Zusammenspiel der Muskeln aus dem Gleichgewicht und verschiedene Mechanismen, wie etwa die freie Beweglichkeit des Kopfes oder des Zungenbeins, müssen kompensiert werden. In einer Untersuchung durch Castell et al. (1993) konnten bei Extension des Kopfes verkürzte Öffnungszeiten des oberen Ösophagusphinkters (oÖS) sowie eine Verschlechterung der Abstimmung zwischen Pharynxkontraktion und oÖS-Öffnung nachgewiesen werden (Nusser-Müller-Busch, 2015, S. 56). Es kann also davon ausgegangen werden, dass bei physiologischer Aufrichtung nicht nur Hyoid und Larynx optimal zueinander stehen, sondern auch die Öffnung des oberen Ösophagusphinkters bestmöglich gelingt, was das Aspirationsrisiko enorm reduziert. Nicht selten weisen Patienten mit Dysphagie eine verminderte Kehlkopfhebung auf, was in der Folge zu Öffnungsstörungen des oÖS führen kann (Bartolome, 2018, S. 164). So kann es durch die angesammelte Nahrung über dem Speiseröhreneingang zu postdeglutitiver Aspiration kommen, sobald sich der Kehlkopf nach dem Schlucken wieder senkt (ebd., S. 164). Der *Lange Nacken* beugt dem beschriebenen Pathomechanismus vor, indem durch die physiologische Ausgangsstellung bestmögliche Voraussetzungen für die Kehlkopfhebung und die Öffnung des oÖS geschaffen werden.

Auch wenn diese HAND, der *Lange Nacken*, die Basis für alle weiteren HAND darstellt, wird deutlich, dass eine physiologische Kopfhaltung bereits in der Positionierung des Beckens beginnt. Der erste Schritt zum Erreichen des *Langen Nackens* ist der Haltungsaufbau. Auch Patienten, die nicht auf einem Stuhl oder an der Bettkante sitzen können, sollten im Bett optimal positioniert werden. Nicht immer ist eine physiologische Aufrichtung, die im Becken beginnt, möglich. Dennoch sollten alle möglichen Ressourcen ausgeschöpft werden, um die Nahrungsaufnahme für den Patienten so sicher und angenehm wie möglich zu gestalten. Kann der *Lange Nacken* nicht allein durch die Positionierung erreicht werden, bietet es sich an, das Hinterhaupt des Patienten leicht mit zwei Fingern oder einer Hand zu unterstützen. Durch die Hand im Nacken stellt sich häufig die gewünschte Haltung von selbst ein. Bei Patienten, die zusätzlich Schwierigkeiten mit der Kopfkontrolle haben, ist es ratsam, den Kopf seitlich mit Kissen oder Handtüchern zu unterstützen, damit die verbleibenden Ressourcen gänzlich dem Schluckvorgang gewidmet werden können (Bartolome, 2018, S.293f.).

Es lässt sich also festhalten, dass diese HAND für die Nahrungsaufnahme essenziell ist und unbedingt vorher angewendet werden sollte. Für den Patienten ist diese einfache Maßnahme überaus wirkungsvoll, da sie den häufigsten Pathomechanismen bei Dysphagien (z.B. verminderte Kehlkopfhebung und Pharynxkontraktion) entgegenwirkt bzw. dessen Kompensation erleichtert. Sie trägt maßgeblich zur Reduktion des Aspirationsrisikos bei und sollte sich als fester Bestandteil jedes Essenanreichens bzw. jeder Nahrungsaufnahme etablieren.

### 2.2.3.2 Kieferkontrollgriffe (I und II)

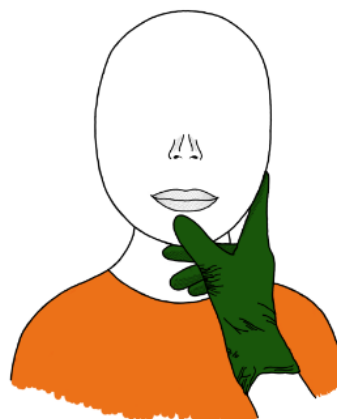


Abb. 5 Kieferkontrollgriff I (von vorne) (selbst erstellt)

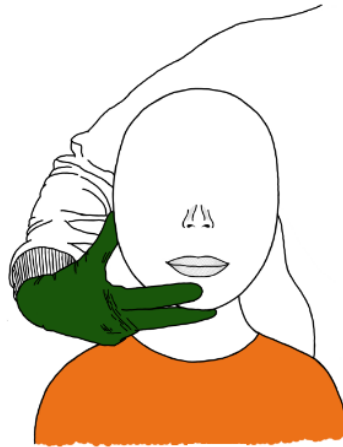


Abb. 6 Kieferkontrollgriff II (von der Seite) (selbst erstellt)

Zu den HAND zählen unter anderem die *Kieferkontrollgriffe I* (von vorne) (Abb. 5) und *II* (von der Seite) (Abb. 6). In erster Linie sollen sie den Unterkiefer bei der Nahrungsaufnahme, vor allem in der oralen Transportphase, stabilisieren (Bartolome, 2018, S. 297). In der „Therapie des Facio-Oralen Trakts“ (F.O.T.T.) nach Kay Coombes dienen die Kieferkontrollgriffe auch dazu „der Zunge einen stabilen Referenzpunkt zu geben, die Transportbewegung einzuleiten und somit den oralen Transport von Speichel und Nahrung zu faszilitieren“ (Nusser-Müller-Busch, 2015, S. 63). Der schluckrelevanten Muskulatur wird durch einen externen Reiz am Mundboden ein Stimulus gegeben, der die orale Phase erleichtert. Nusser-Müller-Busch (2015, S. 86) betont dabei immer wieder den Grundgedanken bzw. den Kern der Kieferkontrollgriffe: die Stabilität. Um dem Patienten ein Gefühl der Stabilität vermitteln zu können, muss sich die anreichende Person „dafür selbst in einer stabilen Position befinden, und der faszilitierende Griff muss für den Patienten spürbar sicher sein“ (Nusser-Müller-Busch, 2015, S. 86).

Beim *Kieferkontrollgriff I* positioniert sich die anreichende Person vor dem Patienten, im besten Falle sitzt sie etwas unterhalb des Betroffenen, um den langen Nacken zu begünstigen. Der Mittelfinger der stabilisierenden Hand wird mit leichter Flexion hinter dem Kinn am äußeren Mundboden platziert, der Zeigefinger wird seitlich am Unterkiefer angelegt und der Daumen wird am Kinn angesetzt (Prosiegel, 2018, S. 267f.). Auf diese Weise wird der Unterkiefer in alle Richtungen stabilisiert und bei Bedarf können unterschiedliche Bewegungen unterstützt werden: der Mittelfinger kann „bei Problemen mit dem Kieferschluss [...] den Unterkiefer nach oben [drücken]“ (Prosiegel, 2018, S. 267), während der Zeigefinger die Lateralbewegungen und der Daumen die Bewegungen nach kaudal führt oder begleitet (Bartolome,

2018, S. 297). Darüber hinaus ist es der anreichenden Person möglich, durch streichende Bewegungen des Mittelfingers von vorn nach hinten, die Zungenbewegung zur Schluckinitiierung auszulösen (Prosiegel, 2018, S. 267). Zudem können durch den Mittelfinger Bewegungen am Mundboden überprüft werden, die der anreichenden Person helfen, zu ermitteln, ob und wie stark geschluckt wurde. Der Daumen kann, zusätzlich zur kieferöffnenden Bewegung, die Unterlippe nach oben in Richtung Oberlippe schieben und auf diese Weise den Lippenschluss fördern (Bartolome, 2018, S. 297).

Im Vergleich zum *Kieferkontrollgriff I* ist es der anreichenden Person beim *Kieferkontrollgriff II* nur eingeschränkt möglich, die mundmotorischen Bewegungen während der Nahrungsaufnahme zu beobachten, da sie hierbei neben dem Patienten steht. Sie führt einen Arm von hinten um den Kopf des Patienten. Der Daumen wird am Ansatz des Kiefergelenks angelegt, der Zeigefinger liegt zwischen Unterlippe und Kinn auf und der Mittelfinger wird, ähnlich wie beim *Kieferkontrollgriff I*, am Mundboden bzw. unter dem Kinn platziert (Eibl, 2019, S. 413). Durch diese HAND ist es der anreichenden Person möglich, den Kieferschluss sowie die -öffnung zu stabilisieren oder ggf. herbeizuführen. Auch hier kann der Mittelfinger die Zungenbewegungen durch Streichen entlang des Mundbodens stimulieren (Bartolome, 2018, S. 297). Durch den aufliegenden Daumen am Kiefergelenk ist es bei diesem Kieferkontrollgriff zusätzlich möglich, die Kieferschlussbewegungen in Bezug auf die Kraft bzw. Spannung des M. masseter zu beurteilen (ebd., S. 297).

Beim *Kieferkontrollgriff I* kann die freie Hand auf den Scheitel des Patienten gelegt werden, um die Kopfkontrolle zu unterstützen. Hierzu können beim *Kieferkontrollgriff II* der Oberarm oder die Schulter des stabilisierenden Arms genutzt werden (ebd., 2018, S. 297). Letzterer bietet neben der Stabilisierung des Unterkiefers also gleichzeitig die Möglichkeit, den Kopf nach lateral zu unterstützen, etwa wenn eine Körperseite des Patienten stärker betroffen ist als die andere. Auf diese Weise steht bei diesem Kieferkontrollgriff eine Hand zum Essenanreichen zur Verfügung.

Ob die Anwendung des Kieferkontrollgriffs das Ziel der Stabilisierung erreicht hat, zeigt sich, „wenn der Patient die angebotene Unterstützung annehmen konnte und sich eine Veränderung des motorischen Verhaltens einstellt“ (Nusser-Müller-Busch, 2015, S. 86). So kann es also passieren, dass der Patient seinen Kopf gesichert weiß und einen Teil des Kopfgewichts abgeben kann, was in der Folge zum erwünschten langen Nacken führt. Da der Patient seine verbliebenen Ressourcen

nicht mehr zur Aufrichtung des Kopfes nutzen muss, kann er sich in vollem Umfang auf den Kau- und Schluckvorgang konzentrieren, um z.B. posteriores Leaking oder prädeglutitive Penetration vermeiden zu können. Infolgedessen gewinnt die Nahrungsaufnahme an Sicherheit und das Risiko einer Aspirationspneumonie wird reduziert. Zusätzlich eignen sich beide HAND auch zur Unterstützung der täglichen Mundhygiene.

### 2.2.3.3 Unterstützung des Arms

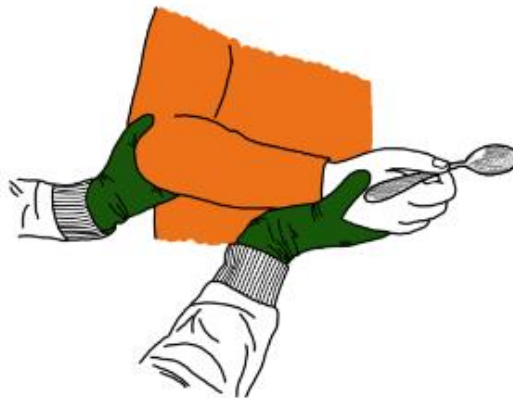


Abb. 7 Unterstützung des Arms (selbst erstellt)

Es gibt Faktoren, die den Schluckablauf zusätzlich zur Bolusgröße, der Konsistenz oder der Temperatur der Nahrung beeinflussen. In der oralen Vorbereitungsphase werden u.a. die genannten Aspekte des Speisematerials analysiert und für den Transport in den Rachen vorbereitet. Neben den vier beschriebenen Schluckphasen spielt noch eine weitere Phase eine bedeutende Rolle, die sogenannte präorale Phase (Bartolome, 2018, S. 24). Diese Phase findet ausschließlich außerhalb des Mundes statt und umfasst die Einstimmung auf das Essen, die den gesamten Schluckablauf beeinflussen kann. Im Vierphasenmodell wird sie nicht näher erläutert. Der Körper bereitet sich durch das Sehen und Riechen und ggf. Betasten der Speise auf die Nahrungsaufnahme vor: Man richtet sich auf, wählt das passende Besteck und passt sich an die Umgebung an (z.B. Essen in einem Restaurant) (Prosiegel, 2018, S. 45). Nicht zuletzt wird auch die Speichelproduktion angeregt, wodurch das spätere Einspeicheln der Nahrung erleichtert wird. Bei Menschen mit Dysphagie bzw. bei Patienten mit einer neurologischen Erkrankung, entfallen häufig einige dieser Funktionen durch verschiedene Störungen. Ein Neglect beispielsweise kann dazu führen, dass der Patient die Nahrung nicht ausreichend erkennen kann, wodurch die Speichelproduktion ausbleibt (ebd., 2018, S. 45). Durch die

motorischen Einschränkungen ist es vielen Betroffenen nicht mehr möglich, die Nahrung selbstständig zum Mund zu führen und sind auf externe Hilfe angewiesen. Beim Essenanreichen sollte darauf geachtet werden, den Patienten so viel wie möglich einzubinden und ihm die entsprechenden Hilfestellungen zu geben. Da das „Zum-Mund-Führen schmackhafter Speisen und Getränke [...] die Schluckmotivation und die persönliche Zufriedenheit“ (Bartolome, 2018, S. 24) erhöht, stellt die Unterstützung beim Führen des Arms zum Mund (Abb. 7) eine weitere HAND dar. Der Patient hält dabei mit oder ohne Unterstützung den Löffel oder die Gabel selbstständig in der Hand. Die anreichende Person greift mit einer Hand den Ellenbogen des Patienten, mit der anderen das Handgelenk und ggf. die Hand. Auf diese Weise ist der Arm des Patienten an den Schlüsselpunkten stabilisiert und kann sicher bewegt werden. Die Bewegung des Arms zum Mund soll der Patient so weit wie möglich allein durchführen. Die anreichende Person hilft nur so viel wie unbedingt nötig, aber dennoch so viel, dass der Bewegungsablauf fließend ist.

Durch diese HAND können obig beschriebene Vorteile für den Schluckablauf generiert werden. Nach Logemann (1996) kann durch die Bewegung des Arms außerdem ein antizipatorischer Stimulus gesetzt werden, um „die orale Reflexinitiierung [zu] fördern“ (Bartolome, 2018, S. 349). Durch die Durchführung der normalen Essbewegungen, werden verbliebene Ressourcen reaktiviert und die Ansteuerung alter Muster begünstigt. Diese HAND ist einfach umzusetzen und bringt dem Patienten, neben der selbstständigeren Nahrungsaufnahme, viele Vorteile für den weiteren Schluckablauf.

#### **2.2.3.4 Schluckimpuls durch einen Löffel**



Abb. 8 Schluckimpuls durch einen Löffel (selbst erstellt)

Je älter ein Mensch wird, desto weiter verschieben sich die Triggerareale für die Schluckreflexauslösung nach hinten (Prosiegel, 2018, S. 15). Auch bei neurologischen Erkrankungen ist die Auslösung des Schluckreflexes oft verzögert, was zu Penetration oder Aspiration führen kann. Ursache hierfür ist, dass die schluckrelevante Muskulatur sich nicht rechtzeitig auf den Bolus vorbereiten kann, weil der Reflex zu spät ausgelöst wurde. Prosiegel (2018, S. 14) beschreibt, dass die Schluckreflexauslösung von sensorischen sowie sensiblen Informationen abhängig ist. Hierunter fallen z.B. die Bolusgröße, die Temperatur und der Druck. Diese Informationen werden durch verschiedene Rezeptoren in den Schleimhäuten gesammelt und an die Propriozeption vermittelt (Bartolome, 2018, S. 25). „Bei Überschreiten einer gewissen sensiblen Schwelle wird der Schluckreflex ausgelöst“ (Prosiegel, 2018, S. 14). Diese sensible Schwelle soll beim Essenanreichen durch einen leichten Druck mit dem Löffel auf der Zungenmitte überschritten werden, sodass die Schluckreflexauslösung gefördert wird. Die anreichende Person kann bei dieser HAND entweder die Hand des Patienten unterstützen und gemeinsam mit dem Patienten einen leichten Druck ausüben (Abb. 8) oder sie führt selbst den Löffel und wendet die HAND an. Der Druck sollte bestimmt, aber nicht zu stark sein. Zur Förderung des Lippenschlusses ist es außerdem hilfreich, den Löffel beim Hinausführen aus dem Mund an der Oberlippe abzustreifen. Durch den Löffel werden die Lippen und die Zunge stimuliert und die Schluckreflexauslösung begünstigt.

Wie die HAND das Essenanreichen durch das Pflegepersonal konkret unterstützen und verbessern sollen, soll im Folgenden erläutert werden.

### **2.3 Pflege**

Um zu verstehen, was bei der Vermittlung der HAND zu beachten ist, muss zunächst der Pflegealltag sowie die -ausbildung erläutert werden. Hierzu bietet es sich an, den in der pflegerischen Fachliteratur beschriebenen optimalen Ablauf des Essenanreichens mit der Realität zu vergleichen, um im Anschluss Rückschlüsse auf die Rahmenbedingungen und Möglichkeiten im pflegerischen Alltag ziehen zu können. Es soll darauf eingegangen werden, inwiefern Logopädinnen mit ihrem Wissen die Pflegefachkräfte unterstützen können und wie die HAND entsprechend angepasst vermittelt werden können.



### **2.3.1 Ausbildungsrahmen**

Die Ausbildung zur Pflegefachkraft beinhaltet verschiedene Bereiche, unter anderem die Positionierung und Lagerung von Patienten sowie die Körper- und Mundhygiene, welche in unterschiedlich intensivem Maße behandelt werden. Sie setzt sich aus der praktischen Ausbildung in einem Betrieb sowie dem theoretischen und praktischen Unterricht zusammen, welche im Wechsel erfolgen.

Wie im Bundesgesetzblatt Teil I, Nr. 34 festgehalten, umfasst der praktische Ausbildungsteil 2500 Stunden und beinhaltet verschiedene Pflicht-Einsatzbereiche. Die Pflichteinsätze der ersten beiden Ausbildungsdritteln finden in den allgemeinen sowie pädiatrischen Versorgungsbereichen der Pflege statt. Im letzten Drittel umfassen die Pflichteinsätze die allgemein-, geronto-, kinder- oder jugendpsychiatrische Versorgung. Innerhalb der Ausbildungseinrichtung erhält der Auszubildende einen Praxisanleiter, welcher mindestens ein Jahr Berufserfahrung sowie eine Befähigung zur Praxisanleitung haben muss. Dieser führt die angehende Pflegefachkraft schrittweise an die Aufgabenbereiche des Pflegeberufes heran (Bundesgesetzblatt Teil I, Nr.34, S.1575).

Im theoretischen und praktischen Unterricht werden die Auszubildenden dazu „befähigt, auf der Grundlage fachlichen Wissens und Könnens sowie auf der Grundlage des allgemein anerkannten Standes pflegewissenschaftlicher, medizinischer und weiterer bezugswissenschaftlicher Erkenntnisse die beruflichen Aufgaben zielorientiert [...] und selbstständig zu lösen sowie das Ergebnis zu beurteilen“ (Bundesgesetzblatt Teil I, Nr.34, S.1575). Unter anderem werden die Bereiche Geriatrie und Altenpflege sowie die Pflege von Menschen mit akuten organischen Störungen in den Bereichen innere Medizin, Chirurgie, Neurologie sowie Gynäkologie behandelt (GPA Modulhandbuch, 2012, S.39ff).

### **2.3.2 Dysphagie in der Ausbildung zur Pflegefachkraft**

In den öffentlichen Ausbildungsinformationen zur Pflegefachkraft sind keine genauen Lehrinhalte zu finden, weshalb sich im Folgenden vermehrt auf das Pflegefachbuch „Pflege Heute“ (Menche, Lauster, Drescher & Wiederhold 2014) bezogen wird, welches einen Teil dieser Ausbildung darstellt. Anhand dessen ist anzunehmen, dass Pflegefachkräften bereits in ihrer Ausbildung relevante Aspekte in Bezug auf die Themen Nahrungsanreicherung und Dysphagie nähergebracht werden (ebd., S. 417ff). In der stationären Akut- und Langzeitbetreuung übernehmen die Pflegefachkräfte eine wesentliche Rolle, unter anderem in den Aufgabenbereichen

Waschen von Patienten, Stellen von Medikamenten sowie die Begleitung der Nahrungsaufnahme. Inhalte wie das Bestimmen des Energie-, Nährstoff- und Flüssigkeitsbedarfes, die angepasste Ernährung im Alter sowie die Beobachtungskriterien zur Einschätzung der Ernährungssituation bilden Grundlagen für die Arbeit mit Dysphagiepatienten und sind ebenso im Lehrbuch „Pflege Heute“ (ebd.) detailreich aufgeführt. Auch das Erkennen von Symptomen einer Dysphagie, wie beispielsweise der Aspiration, ist ein relevanter Inhalt, um als Pflegefachkraft sowohl präventive als auch pflegerische Maßnahmen ergreifen und angemessen auf mögliche Folgen, wie eine Aspirationspneumonie, reagieren zu können (ebd., S.446f). Weiter ist auf Grundlage des Fachbuches „Pflege Heute“ (ebd., S. 436) anzunehmen, dass Pflegefachkräften auch Inhalte zu Diät- und Kostanpassung vermittelt werden, um Krankheiten vorzubeugen oder eine Heilung dieser zu beschleunigen. Auch die Sondenernährung, das Legen einer nasogastralen Sonde, sowie Kontraindikationen hierfür werden von Menche et al. (2014, S. 438f) als Wissensinhalte von Pflegefachkräften angesehen.

Da die Behandlung von Schluckstörungen einen Fachbereich der Logopädie bildet, sollte das Essenanreichen im engen Austausch mit Logopädinnen stattfinden (Fiedler, Köhrmann & Kollmar, 2017, S.137). „Die Pflegenden unterstützen diese Therapie und sollten deshalb Grundlagen und Behandlungsmöglichkeiten kennen.“ (Menche et al., 2014, S. 447). Zu den Grundlagen zählen unter anderem die Physiologie des Schluckablaufes sowie das Erkennen der Anzeichen einer Dysphagie. Neben der Aspirationspneumonie als Folge einer Dysphagie sind den Pflegefachkräften nach Lauster et al. (2014, S. 449f) weitere Folgen wie Mangelernährung und Dehydratation sowie deren Symptome und Risikofaktoren bekannt.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass besonders Patienten mit einer Dysphagie, beispielsweise als Folge eines Schlaganfalls, auf Unterstützung bei der Nahrungsaufnahme angewiesen sind. Die Verantwortung der Pflegefachkräfte dabei zeigt sich unter anderem in Form von Begleitung der oralen Nahrungsaufnahme sowie der Überwachung des Allgemeinzustandes der Patienten. Im Gegensatz zu Logopädinnen übernehmen Pflegefachkräfte diese Aufgabe täglich mindestens drei Mal pro Patient. Diese hohe Frequenz zeigt die Relevanz und Verantwortung der Pflegefachkräfte auf. Umso wichtiger ist es, dass das Pflegepersonal in diesem

Bereich sicher und gut vorbereitet ist, um dem Patienten die bestmögliche Begleitung bieten zu können.

### **2.3.3 Pflegerisches Essenanreichen**

Beim Vorgang des Nahrungsanreichens gibt es einige Grundregeln, welche es zu beachten gilt, um den Ablauf für den Patienten so sicher und angenehm wie möglich zu gestalten. Wie schon im Abschnitt 2.2 aufgeführt, gelten diese Grundregeln nicht nur für das Pflegefachpersonal, sondern ebenso für Logopädinnen, die dem Patienten die Nahrung beispielsweise im Rahmen der Schlucktherapie anreichen. In der logopädischen Literatur und der pflegerischen Literatur decken sich die Inhalte weitestgehend. Um die wichtigsten Grundregeln für das Essenanreichen noch einmal aus Sicht des Pflegefachpersonals hervorzuheben, werden diese im Folgenden zum Teil wiederholend komprimiert dargestellt.

Die Grundregeln beinhalten unter anderem die Position der Pflegefachkraft während des Nahrungsanreichens auf oder unterhalb der Augenhöhe des Patienten. Obwohl der Patient auf Hilfe angewiesen ist, soll der Ablauf der Nahrungsaufnahme möglichst selbstbestimmt und mit viel Eigenaktivität des Patienten erfolgen. Ebenso sollte auf eine angemessene, sitzende Position des Patienten während und ca. 30 Minuten nach der Nahrungsaufnahme geachtet werden, um einer Aspiration oder Penetration entgegenzuwirken und möglichst physiologische Voraussetzungen zu schaffen (Menche et al., 2014, S. 446f). Auch Kossatz und Sulmann (2017, S. 24f) führen die Relevanz, der im Abschnitt 2.2 ausgewählten HAND auf. Laut ihnen werden der Pflegefachkraft auf Basis der aktuellen Pflegeleitlinien unterstützende Maßnahmen vermittelt. Beispielweise sollen sie auf den langen Nacken des Patienten und den Schluckimpuls mit dem Löffel achten, welche bereits im Abschnitt 2.2ff beschrieben sind. Sollte der Patient nicht in der Lage sein das Essen selbstständig zum Mund zu führen, unterstützt die Pflegefachkraft diesen dabei, indem sie den Arm des Patienten am Ellenbogen und der Hand zum Mund führt oder das Anreichen der Nahrung gegebenenfalls vollständig übernimmt. Auch diese Maßnahme ist bereits unter dem Abschnitt 2.2 beschrieben und wird im Rahmen dieser Arbeit als „Unterstützung des Armes“ bezeichnet. Dabei entscheidet der Patient weiterhin über die Reihenfolge und die Geschwindigkeit des Essvorgangs (Menche et al., 2014, S. 435). Um die Esssituation angenehm zu gestalten und einer Aspiration oder Penetration vorzubeugen, sollte auf eine ruhige Umgebung, kleine Bissen und Schlucke und vor allem auf ausreichend Zeit ohne Hektik geachtet werden. Der

Patient sollte sich mit Hilfe der Pflegefachkraft mit allen Sinnen auf die Nahrungsaufnahme einstimmen können, um sich zu orientieren und der Esssituation bewusst zu machen (ebd., S.435).

#### **2.3.4 Wunsch vs. Wirklichkeit**

Eine Voraussetzung für die Umsetzung all dieser aufgezählten Grundregeln und die individuelle Betreuung bei der Nahrungsaufnahme ist eine angemessene Personalausstattung. Menche et al. (2014, S. 435) empfehlen eine zusätzliche Anzahl an Pflegekräften, welche sich vollständig auf das Anreichen von Mahlzeiten konzentrieren könnte. Um eine Kontinuität in der Betreuung jedes einzelnen Patienten zu schaffen, wäre es nach Menche et al. (2014, S. 435) zielführend, dass jeder Patient nur von wenig verschiedenen Pflegefachkräften begleitet wird.

Diese Voraussetzungen sind in Deutschland nicht gegeben. Es herrscht Personal- und Zeitmangel und damit verbunden immenser Stress für die Pflegefachkräfte. Diese sind bemüht all die genannten Voraussetzungen zu erfüllen, doch können es aufgrund unpassender Personalbemessungen nicht leisten. Laut Dorothea Voss (Bloch, 2021), der Leiterin der Forschungsförderung der Hans-Böckler-Stiftung, seien im Jahr 2030 noch stärkere Unterversorgungssituationen zu erwarten, wenn sich an der Pflegenotstandssituation nichts ändere. Für die Patienten bedeutet dies möglicherweise eine ungenügende Versorgung, welche mit der Verletzung von Grundrechten, wie Artikel 1 „Die Würde des Menschen ist unantastbar“, einhergehen könnte (Bloch, 2021). Ungenügende Körperpflege, hektische Esssituationen und daraus entstehende gesundheitliche Komplikationen könnten weitere Folgen sein, unter denen Patienten leiden müssten.

#### **2.3.5 Interdisziplinäre Zusammenarbeit**

Nach Rüegg und Steiner (2020, S. 30), sei in einer Multicenter-Studie (Ekberg et al., 2002) eine Unterversorgung der Menschen mit Dysphagie im Pflegekontext aufgezeigt worden. Ursächlich hierfür könnte ebenso der Pflegenotstand sein. Für eine korrekte Diagnose und Behandlung von Menschen mit einer Dysphagie oder dem Verdacht auf eine Dysphagie, ist eine kontinuierliche Beurteilung des Schluckens erforderlich (Neff & Steiner, 2018, S. 35). Aufgründessen ist laut Neff und Steiner (2018, S. 35) eine engere interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen Pflegefachpersonal und Logopädinnen nicht nur sinnvoll, sondern auf lange Sicht notwendig.

Laut Neff und Steiner (2018, S. 35f) gibt es fünf Kompetenzstufen für die Langzeitpflege, die erfüllt sein müssten, um eine optimale Betreuung von Dysphagiepatienten zu gewährleisten. Zunächst ist es eine erforderliche Kompetenz des Pflegefachpersonals, Anzeichen auf eine Dysphagie zu erkennen, aber auch die Freude am Essen aufrechtzuerhalten (ebd., S. 36). Bei Verdacht auf eine Dysphagie kommt die zweite Kompetenzstufe zum Einsatz: der interprofessionelle Austausch. Checklisten können als Hilfe dienen, die Beobachtungen festzuhalten und diese an die Logopädinnen oder Ärzte weiterzutragen sowie einen geschulteren Blick auf das Störungsbild Dysphagie zu schaffen (ebd., S. 36f). Der oben genannte Zeitmangel sowie fehlender Austausch zwischen den Fachbereichen „wirken sich zu Ungunsten der Betroffenen aus“ (ebd., 2018, S. 36). Die dritte genannte Kompetenzstufe umfasst eine „Qualifizierte Ausbildung mit interprofessioneller Synergie“ (ebd., S. 37), was voraussetzt, dass Hochschulen gemeinsame Module für Logopädinnen und Pflegefachkräfte anbieten. Auch in Form von Weiterbildungen wäre diese Wissensvermittlung denkbar, jedoch ist dies nach Neff und Steiner (2018, S. 37) der „unschönere Weg“, da es zurzeit wenig Angebote für die Weiterbildung im Bereich Dysphagie mit dem Schwerpunkt auf die Berufsgruppe der Langzeitpflegenden gibt. Neff und Steiner (2018, S. 37) halten es außerdem für sinnvoll, die Logopädie stärker in das Pflegeteam innerhalb eines Heims zu integrieren, indem diese in einen regelmäßigen Austausch mit dem Pflegefachpersonal gehen sowie gemeinsam Visiten durchführen. Dies soll eine Senkung der Hemmschwelle zur Folge haben, die für den Patienten zuständige Logopädin bei Problemen oder spezifischen Beobachtungen anzusprechen. Auch in Kliniken besteht möglicherweise eine solche Hemmschwelle, welche durch einen regelmäßigeren Austausch von beiden Seiten überwunden werden könnte. Die Autoren Neff und Steiner (2018, S.37) erwähnen in der vierten Kompetenzstufe das Ernennen eines Dysphagie Care-Managements im Pflegeheim, welches einen Dysphagie-Spezialisten beinhaltet. Dieser soll in der Lage sein, Gefahren zu erkennen, das gesamte Pflegeteam anzuleiten sowie „diagnostische und therapeutische Interventionsschritte zu delegieren“ (ebd., S. 37). Dieser Gedanke lässt sich auch auf den Klinikalltag übertragen, indem ebenfalls eine Person ernannt wird, die als Dysphagie-Spezialist fungiert und bei Fragen kontaktiert werden kann. Auf diese Weise könnte die oben genannte Hemmschwelle zusätzlich überwunden werden.

Zukünftig stehen sich die, durch die demographische Entwicklung zu erwartende Zunahme an Dysphagiepatienten und der Fachkräftemangel gegenüber (Neff & Steiner, 2018, S.38).

Um eine Entlastung zu schaffen und die Qualität der Patientenversorgung zu gewährleisten ist das Finden von Lösungen von enormer Bedeutung (ebd., S.38). Auf der einen Seite steht hierfür die Erweiterung der fachlichen Kompetenz bezogen auf das Thema Dysphagie. Auf der anderen Seite herrscht im Pflegealltag nach wie vor Zeit- und Personalmangel, verbunden mit immensem Stress, der einer aufwändigen Weiterbildung aus eigener Initiative möglicherweise im Wege steht.

Eine grundlegende Verbesserung dieser Problematik kann nur durch höhere Institutionen bzw. die Politik eintreten. Im Rahmen dieser Studienarbeit kann jedoch ein Beitrag zur interdisziplinären Zusammenarbeit geleistet werden, der im Folgenden näher beleuchtet wird.

## **2.4 Poster**

Um gesammelte Informationen konzentriert und übersichtlich für Dritte zugänglich zu machen, gibt es unterschiedliche Medien, die genutzt werden können. Zu diesen zählen unter anderem Folien, die über einen Tageslichtprojektor dargestellt werden, Power Point Präsentationen, die mit Hilfe eines Laptops und einem Beamer vorgestellt werden können, Flipchart-Darstellungen und Wandzeitungen bzw. Poster (Lange, 2011, S.112). Weiter müssen für das gewählte Medium die Art und Menge von dargestellten Informationen mit Bedacht gewählt sein. Unter Berücksichtigung dieser Grundgedanken, können für alle Darstellungsformen sieben grundlegende W-Fragen zur Orientierung genutzt werden: „*Wer* von uns präsentiert *wem was* und *warum, wann, wie* und *wo?*“ (ebd., S.112). Abhängig von den Informationen, die durch das Medium vermittelt werden sollen, ist es jedoch nicht unbedingt notwendig, jede dieser W-Fragen zu beantworten. Sie sind als Leitfaden zu betrachten, der das konkrete Auswählen und Strukturieren von Informationen erleichtern soll.

### **2.4.1 Gegenüberstellung der Darstellungsformen**

Eine im Zuge der Digitalisierung veraltet wirkende, aber materialaufwandsarme Präsentationsform über einen Tageslichtprojektor ist gut für größere Zielgruppen geeignet. Allerdings kann nicht mehr vorausgesetzt werden, dass ein Tageslichtprojektor in jeder Einrichtung zur Verfügung steht. Weiter müssen Folien

zwischengelagert werden, wodurch sie leicht verlegt werden, und in Vergessenheit geraten könnten (Lange, 2011, S112).

Als digitale Alternative, die es erlaubt multimedial mit Bild, Ton und Text mit einem ansprechenden und gut lesbaren Design zu arbeiten, kommt die Power Point Präsentation ebenfalls für größere Gruppen in Frage (ebd., S.112). Jedoch sind auch hier, wie bei der Folie, Geräte und ein weißer Hintergrund nötig, um die Informationen darzustellen. Weiter ist mit dem Aufbau dieser Geräte und dem Ausstellen der dargestellten Informationen ein erhöhter zeitlicher Aufwand verbunden. Anders als bei einem Poster oder ähnlichem, kann diese Art der Präsentation nicht dauerhaft ausgestellt werden.

Das Flipchart, mit einer sauberen und gut lesbaren Handschrift, kann separat vom passenden Ständer für Präsentationen vor größeren Gruppen genutzt werden. Es ist leicht zu transportieren, sodass es flexibel in verschiedenen Räumlichkeiten genutzt werden kann. Die abtrennbaren Blätter lassen sich einfach lagern und sind anschließend an anderer Stelle als Poster erneut einsetzbar (ebd., S. 112).

Das Wandposter bedarf nicht zwangsläufig eines erklärenden Vortrags und kann vielseitig mit unterschiedlichen Materialien und in Kombination mit anderen Medien (am PC erstellte und ausgedruckte Bilder und Texte) erstellt werden. Der Platz für dargestellte Informationen ist jedoch deutlich begrenzt und bedarf eines übersichtlichen Designs. Wegen der eingeschränkten Größe ist das Wandposter eher für kleinere Zielgruppen geeignet (ebd., S.112).

#### **2.4.2 Erstellung eines Posters: Was es zu beachten gilt**

Da die Informationen nicht zusammenhängend mit einem Vortrag präsentiert werden, ist es notwendig, dass das Wandposter aussagekräftig ausgearbeitet und selbsterklärend ist. Folgend wird näher betrachtet, welche Aspekte dabei berücksichtigt werden müssen.

Das Erstellen eines wissenschaftlichen Wandposters unterliegt bestimmten Gesichtspunkten, die es zu beachten gilt (Universität Bremen, 2021). Einer dieser Gesichtspunkte ist die Aufteilung von Text, Bildelementen und Freifläche. Üblicherweise besteht ein wissenschaftliches Poster aus 50 % Text, 30 % Bildelementen und 20 % Freifläche (ebd., S.2). Um das Poster zu strukturieren, können die zuvor erwähnten sieben W-Fragen zu Rate gezogen werden. Ausschlaggebend ist hier,

dass die Zielgruppe den Aufbau schnell erkennen und erfassen kann (ebd., S.3). Um den Aufbau verständlich zu machen, ist ein angemessenes Posterdesign Voraussetzung (ebd., S.4). Es gilt passende und ansprechende Farben zu wählen und das Poster nicht mit Bildern und Grafiken zu überladen, ansonsten besteht die Gefahr, dass das Poster zu unruhig wirkt und die relevanten Informationen in den Hintergrund rücken (ebd., S.4). Ein weiterer wichtiger Aspekt ist die Größe des Posters. Die Postergröße kann zwischen den Formaten DIN A0 und A3 liegen, ein grundlegender Gedanke ist jedoch, dass das Poster aus einer Entfernung von bis zu drei Metern noch lesbar ist (ebd., S.5).

Die grundlegenden Informationen bzgl. der Schwerpunkte *Dysphagie*, *Essenanreichen*, *Dysphagie in der Pflege* und *Darstellungsmöglichkeiten* wurden erläutert. Die Ziele sowie die Anwendung der HAND wurden beleuchtet. Im Folgenden wird der Entwicklungsprozess des Kerns dieser Studienarbeit dokumentiert: das Erstellen eines HAND-Posters und dessen Erprobung.

### **3 Methodik: Aufbau eines Posters zur Wissensvermittlung**

Die aus dem theoretischen Teil gewonnenen Erkenntnisse werden in diesem Kapitel mit der Erstellung des Posters verknüpft.

#### **3.1 Motivation für die Materialerstellung**

Obwohl Pflegefachkräfte in der Ausbildung die Hintergründe und Maßnahmen bei Dysphagie kennenlernen, kann das Expertenwissen von Logopädinnen zur Vertiefung des theoretischen Wissens beitragen. Da die Nahrungsaufnahme und im Besonderen das Essenanreichen nur einen Teil des Aufgabengebietes der Pflegenden darstellt, rücken basale Griffe und erleichternde Maßnahmen im durchstrukturierten Pflegealltag schnell in den Hintergrund. Jene Griffe und Maßnahmen können jedoch gerade in diesen Situationen und im Besonderen beim Essenanreichen Abhilfe schaffen. Zum einen wird so die Nahrungsaufnahme für Patienten sicherer und zum anderen kann es für beide Seiten angenehmer gestaltet werden: Die HAND unterstützen den physiologischen Schluckablauf, was der Aspiration vorbeugt und daraus resultierend sowohl den Patienten als auch den Essenspartner während der Mahlzeit zur Entspannung verhelfen. Das Poster mit den kurzen, aber aussagekräftigen Beschreibungen und den verdeutlichenden Abbildungen soll den



Pflegefachkräften die Möglichkeit geben, sich Informationen zur verbesserten Situation des Nahrungsanreichens einzuholen, auch wenn zu diesem Zeitpunkt kein persönlicher Austausch mit einer Logopädin stattfinden kann. Obwohl einige der HAND schon Inhalte der Ausbildung zur Pflegefachkraft sind, soll ein Poster mit entsprechenden Erläuterungen die Relevanz aus logopädischer Sicht verdeutlichen. Da genauere Informationen bzgl. der Intensität dieses Bereichs während der Ausbildung nicht einsehbar sind, ist eine übersichtliche Zusammenfassung mit Hinweisen zur Bedeutsamkeit und Einfluss auf den Patienten sinnvoll.

### **3.2 Kriterien für die Materialerstellung**

Das Material richtet sich an das Pflegefachpersonal in Kliniken und Pflegeeinrichtungen. Da das Material jederzeit einsehbar sein soll, um dem Kriterium des geringen Mehraufwandes nicht zu widersprechen, erschien ein Poster, das im Stationszimmer oder auf dem Flur ausgehängt werden kann, als geeignetes Medium, die Informationen stets zugänglich in den Arbeitsalltag der Pflegenden zu integrieren.

Auch die Faktoren *Kompaktheit* und *Übersichtlichkeit* spielten für die Erstellung des Materials eine wesentliche Rolle. Es ist nicht unerheblich, dass das Poster eine angemessene Größe hat, um einerseits genügend Platz für die wichtigen und ausschlaggebenden Informationen zu bieten und andererseits im Stationszimmer nicht an Präsenz zu verlieren, da dieser Raum meist recht klein und bereits mit vielen informativen Postern und Aushängen an Wänden und Schranktüren ausgestattet ist. Nach eingehender Einschätzung der gängigen DIN-Formate und unter Berücksichtigung der von Lange (2011, S.112) genannten Vor- und Nachteile (siehe Abschnitt 2.4.1), wurde ein DIN A2 Poster gewählt. Diese Größe nimmt nicht zu viel Platz ein, ist aber weiterhin lesbar.

Wie in Abschnitt 2.3.2 beschrieben, wird dem Pflegefachpersonal bereits in der Ausbildung Grundwissen bzgl. der Essensbegleitung und dem Anreichen von Nahrung vermittelt, weshalb von einer Beschreibung der grundlegenden theoretischen Hintergründe einer Dysphagie und der Essensbegleitung abgesehen werden konnte. Es konnten daher die Wortwahl und die dargestellten Informationen dementsprechend angepasst werden. Um die Informationen einfach zu vermitteln und dem Pflegefachpersonal gleichzeitig bestehendes Fachwissen zuzusprechen, wurde eine Mischung aus Fachvokabular und leichter Sprache für die Bereiche *Ziele* und *Durchführung* auf dem Poster als angemessen erachtet.

Ein weiterer wichtiger Aspekt bei der Erstellung des Posters, war die formale Gestaltung bzw. das Layout (siehe Anhang A-E). Die fünf HAND wurden unter anderem in Form von selbsterstellten Zeichnungen (siehe Abb. 2, 5-8) auf dem Poster veranschaulicht. Hier war es wichtig, dass jene Bilder simpel, aber aussagekräftig sind, daher wurden die HAND selbst angewendet und als Foto festgehalten, um diese als Referenzmaterial für die selbst erstellten Zeichnungen zu nutzen. Beim Erstellen der Zeichnungen wurde auf eine kontrastreiche Farbwahl für die Parteien *Patient* und *Anreichende Person* geachtet. Die Zeichnungen selbst sind schwarz-weiß, der *Patient* trägt ein orangefarbenes Hemd, die anreichende Person einen grünen Handschuh. Weiter wurde die Abbildung der HAND *Langer Nacken* in kleiner Version jeder Folgeabbildung mit einer hervorstechenden Hintergrundfarbe beigefügt, um die Relevanz dieser Basis und ihre Notwendigkeit in einer Esssituation zu vermitteln. Zusätzlich sollten prägnante Grundinformationen zu jedem Griff als schnell erreichbare Zusatzoption verfügbar gemacht werden. Diese Zusatzinformationen, bestehend aus Ziel und Durchführung, wurden in einem Kästchen neben jeder HAND-Abbildung platziert. Die Aussagen in diesen Kästchen wurden auf die relevantesten Inhalte begrenzt und zur Übersichtlichkeit visuell durch einen vertikalen Strich voneinander getrennt. Diese optionalen Zusatzinformationen wurden, mit Ausnahme der HAND *Langer Nacken*, unter einem Abdeckkärtchen mit den Bezeichnungen der einzelnen Maßnahmen, auf dem Poster angebracht, damit das Poster nicht zu überfüllt wirkt. So können sich Interessierte selbstständig weiter informieren, sind jedoch nicht darauf angewiesen. Eine versetzte Anordnung von Bild und Informationskästchen dient hierbei einem ansprechenden Gesamteindruck des Posters. Für die Ziele und Durchführungen wurde die Schriftart *Liberation Sans* gewählt, da diese durch ihre Schlichtheit nicht vom Inhalt ablenkt. Für die Überschriften hingegen wurde eine herausstechende Schriftart, *Modern Love Caps*, eingesetzt, da sie auf diese Weise das Interesse des Lesers wecken soll.

Zusammenfassend zeigt sich, dass bestimmte Einschränkungen und Voraussetzungen für das Material, wie zum Beispiel die Art des Mediums, eine angemessene Größe, die nicht zu viel Platz einnimmt und eine blickfangende Grundeigenschaft, beachtet werden sollten.

### **3.3 Umsetzung der HAND auf dem Poster**

Während der Literaturrecherche zu den Bereichen *Dysphagie*, *Essenanreichen* und *Pflege*, bestand die Frage, welcher Aspekt der Esssituation genauer betrachtet werden soll. Eine Esssituation besteht, wie bereits im Abschnitt 2.2ff erläutert, nicht nur aus dem Vorgang der Nahrungsaufnahme, sondern auch aus Ruhe, Positionierung und Nachsorge des Patienten. Um zu verhindern, dass das Ausmaß einer Studienarbeit überschritten wird, musste eine Eingrenzung hilfreicher Maßnahmen zur Prävention einer Aspirationspneumonie erfolgen. Diese im Abschnitt 2.2.3 beschriebenen fünf HAND sind leicht anwendbar, brauchen keine weiteren speziellen Hilfsmittel (wie spezielles Dysphagiebesteck) und haben einen ausschlaggebenden Effekt während der Esssituation, der zur Prävention einer Aspirationspneumonie beiträgt. Da der Platz auf dem Poster begrenzt ist und ein Überladen mit Informationen vermieden werden sollte, bestand ein wichtiger Teil, während der Ausarbeitung des Posters, aus der Formulierung der Ziele und der Durchführung. Es war schnell ersichtlich, dass die in Abschnitt 2.2.3ff beschriebenen theoretischen Hintergründe in nur wenigen Worten – und vor allem auf einem angemessenen Sprachniveau – auf dem Poster aufgegriffen werden mussten, um die Komplexität der Theorie innerhalb kürzester Zeit greifbar zu machen. Nachfolgend soll die Umsetzung der Formulierungen der einzelnen HAND kurz skizziert werden.

#### **3.3.1 Formulierung – Langer Nacken**

Die HAND *Langer Nacken* (Anhang A-E) stellte eine besondere Herausforderung dar, da sie auch bei allen anderen HAND Anwendung finden soll. Da das Aufgreifen möglicher Maßnahmen zur Positionierung des Patienten nicht im Fokus dieser Arbeit steht, der optimale Haltungshintergrund jedoch elementar wichtig für einen sicheren Schluckablauf ist, wurde eine aufrechte Sitzposition als Basis hervorgehoben und in einem Feld links neben dem *Langen Nacken* platziert. Die Relevanz dieser Maßnahme wird durch den Zusatz „Einer für alle“ sowie die Platzierung des selbst erstellten Bildes vor jeder weiteren HAND verdeutlicht.

Dass diese HAND viele positive Auswirkungen auf den Schluckablauf aufweist, wurde bereits erläutert (Abschnitt 2.2.3.1). Wie in der Studie von Castell et al. (1993) nachgewiesen werden konnte, stehen Hyoid und Larynx nur bei physiologischer Aufrichtung des Kopfes so zueinander, dass zum einen ein physiologischer Schluckablauf möglich ist und zum anderen der Ösophagus optimal geöffnet wird.

Vor allem Letzteres ist ein entscheidender Sicherheitsfaktor für den Kau- und Schluckvorgang bei Dysphagien, weshalb dieses Ziel für den *Langen Nacken* auf dem Poster formuliert wurde.

Für die Durchführung waren kurze, präzise Anweisungen nötig, um die Informationen schnell und einfach zu vermitteln. Muskeln und Stellungen einzelner Körperteile erschienen an dieser Stelle nicht relevant. Es wurde sich darauf beschränkt, den Kopf als Verlängerung der Wirbelsäule festzuhalten, was auch dem Patienten als Anweisung helfen kann. Außerdem wurde das Anlegen einer Hand an das Hinterhaupt des Patienten als Hilfestellung für Anreichende ergänzt.

### **3.3.2 Formulierung – Unterstützung des Arms**

Das selbstständige Führen der Nahrung zum Mund (Anhang B) trägt, wie in Abschnitt 2.2.3.3 aufgeführt, wesentlich zu einer sicheren und gleichzeitig annähernd normalen Esssituation bei. Verglichen mit den anderen beschriebenen Zielen und Vorteilen dieser HAND (Abschnitt 2.2.3.3), erscheint ein Ziel besonders relevant: die Förderung der Selbstständigkeit des Patienten. Aus diesem Grund wurde dies als oberstes Ziel dieser HAND auf dem Poster festgehalten. Da alle anderen HAND dieses Ziel in gewisser Hinsicht ebenfalls verfolgen, wurde zusätzlich die Annäherung an normale Essbewegungen in die Formulierung aufgenommen. Der positive Effekt, die Reaktivierung der vorhandenen, aber nicht jederzeit abrufbaren Ressourcen in Bezug auf das Schlucken, wurde mithilfe eines Pfeils kenntlich gemacht.

In der Formulierung der Durchführung wurde ebenfalls Wert auf den Aspekt der Selbstständigkeit gelegt. So wurde zum einen betont, dass der Patient das Besteck nach Möglichkeit in der eigenen Hand halten und zum anderen die Armbewegung so selbstständig wie möglich durchführen soll. Außerdem wurden die anatomischen Schlüsselpunkte zum sicheren Führen des Arms stichpunktartig aufgeführt.

### **3.3.3 Formulierungen – Kieferkontrollgriff I (von vorne) und Kieferkontrollgriff II (von der Seite)**

Beide Kieferkontrollgriffe (Anhang C-D) verfolgen die gleichen Ziele: Zum einen die Stabilisierung des Kopfes, insbesondere des Unterkiefers, und zum anderen die Stimulierung der schluckrelevanten Muskulatur. Welche Schluckphasen im Einzelnen unterstützt werden oder die Tatsache, dass eine Transportbewegung für den Bolus eingeleitet werden kann, ist für Pflegefachkräfte beim Essenanreichen kein

erforderliches Wissen. Aus diesem Grund wurde die obige Auswahl der Zielformulierungen für beide Kieferkontrollgriffe getroffen.

In der Durchführung unterscheiden sich die HAND jedoch voneinander, weshalb durch die Formulierungen im Besonderen diese Unterschiede verdeutlicht werden mussten. Aus diesem Grund wurden zunächst die Positionen des Anreichenden beschrieben und die ausschlaggebenden Worte „vor“ und „neben“ visuell hervorgehoben. Die Platzierung der Finger am Patienten wurde in Form von ellipsenartigen Äußerungen beschrieben. Die Erläuterung der Wirkungsweise der einzelnen Finger erschien nicht relevant zur Anwendung dieser HAND und wurde deshalb ignoriert.

### **3.3.4 Formulierung – Schluckimpuls durch einen Löffel**

Wie der Name bereits impliziert, soll durch diese HAND (Anhang E) ein Impuls zur Schluckreflexauslösung gegeben werden. Daher erschien es sinnvoll, die Unterstützung des Schluckimpulses als Ziel auf dem Poster zu formulieren. Dass der sanfte Druck des Löffels auf die Zunge für eine Überschreitung der sensiblen Schwelle zur Schluckreflexauslösung sorgt, wurde für die Anwendung der HAND als nicht relevant eingestuft. Stattdessen wurde als zusätzliches Ziel die Stimulierung des Lippenchlusses durch Abstreifen des Löffels an den Lippen aufgegriffen, da hierdurch die Boluskontrolle verbessert und anteriorem Leaking vorgebeugt wird.

Bei der Formulierung der Durchführung wurde der Fokus auf den sanft ausgeführten Druck des Löffels auf die Zungenmitte, zusammen mit einer abstreifenden Bewegung über die Oberlippe, gelegt. Da an dieser Stelle vergleichsweise wenige Informationen zu vermitteln waren, konnte die Beschreibung in vollständigen Sätzen formuliert werden.

## **3.4 Testung des ersten Prototypens und Nachbesserungen**

Nach der digitalen Erstellung des ersten Prototypens, wurde im Rahmen eines kurzen Expertinneninterviews ein erstes konstruktives Feedback von Seiten der Logopädinnen der Abteilung Geriatrie im EKA eingeholt. Sie empfanden den Prototypen als sehr gut gelungen, und befürworteten den Grundgedanken einer visuellen Darstellung von unterstützenden und einfach durchzuführenden Maßnahmen zur Unterstützung des Pflegefachpersonals. Es wurde jedoch die Wichtigkeit des *Langen Nackens* angestoßen, welcher die aufbauende Grundlage für die folgenden Griffe weiter hervorheben sollte. Dies wurde nachträglich im Layout des Posters

berücksichtigt, bevor das Material fertiggestellt und an die Zielgruppe weitergegeben wurde.

## **4 Ergebnisse und Diskussion**

Folgend werden die Ergebnisse der Studienarbeit zusammengetragen, die Durchführung kritisch betrachtet und Entscheidungen hinterfragt. Anhand dieses Rückblicks wird abschließend die Fragestellung beantwortet.

### **4.1 Praktische Überprüfung anhand der Zielgruppe**

Aus den gesammelten Ideen wurde ein Prototyp des Posters erstellt, welcher den Logopädinnen der Geriatrie des EKA präsentiert wurde. Daraus entstanden hilfreiche Optimierungsvorschläge, welche in der Finalisierung des Posters berücksichtigt wurden. Nach Fertigstellung des Posters wurde es dem Pflegefachpersonal der Station 3 der Geriatrie des EKA vorgestellt und übergeben.

#### **4.1.1 Präsentation und Aushändigung des Posters in der Geriatrie des Evangelischen Krankenhauses Alsterdorf**

Aufgrund des durchstrukturierten Tagesablaufs im Krankenhaus, wurde das Poster im Rahmen der Übergabe des Pflegefachpersonals von Früh- zu Spätschicht den anwesenden Mitarbeitern vorgestellt. Die Vorstellung beinhaltete sowohl die Motivation der Erstellung als auch die Handhabung und Inhalte des Posters. Ein Hauptaugenmerk lag hierbei auf den aufdeckbaren Klappen, hinter denen Zusatzinformationen zu den Zielen und der Durchführung zu finden sind. Daraus entstanden ein kurzer Austausch und ein erstes Feedback zum Gesamteindruck des Posters sowie der Idee dahinter. Weiter wurde im Rahmen dieses Pretests erfragt, ob die Maßnahmen der HAND bereits bekannt, die bildlichen Darstellungen selbsterklärend und ob die Formulierungen der *Ziele* und *Durchführung* verständlich waren. Zusätzlich wurden die Mitarbeiter um ihre Meinung bzgl. der Integrierbarkeit des Posters in den Arbeitsalltag gebeten.

#### **4.1.2 Ergebnisse der Befragung im Gespräch**

Die Reaktion des Pflegefachpersonals auf das Poster war sehr positiv: Sie betrachteten das Poster mit sichtlichem Interesse, unterhielten sich angeregt über die ausgewählten HAND und dass ihnen diese Maßnahmen bereits bekannt seien. Die bildlichen Darstellungen erhielten aufgrund ihrer Greifbarkeit und Einfachheit ein

besonders positives Feedback. Die Titelklappen mit weiteren darunter liegenden Informationen empfanden die Mitarbeiter als interessante Lösung, um die Struktur des Posters aufzulockern und zum erneuten Ansehen einzuladen. Die Ziele und Durchführung wurden als schnell verständlich und übersichtlich bewertet. Weiter wurden ergänzende Einsatzmöglichkeiten diskutiert, wie z.B. das Nahebringen des Posters an Angehörige von zu entlassenden Patienten, um ihnen eine erste Hilfe zur Unterstützung ihrer Familienmitglieder zu Hause zu vermitteln.

Im Folgenden sollen nun positive sowie negative Aspekte dieser Arbeit beleuchtet und reflektiert werden, um anschließend die Fragestellung beantworten zu können.

## **4.2 Kritische Diskussion**

Beginnend mit den positiven Aspekten dieser Arbeit, lässt sich festhalten, dass die Kriterien, die es bei der Erstellung des Posters zu beachten galt, eingehalten und in einer für den Leser ansprechenden formalen Gestaltung umgesetzt werden konnten.

Vorrangiges Ziel dieser Arbeit war die Wissensvermittlung mit geringem Zeitaufwand für die Zielgruppe. Die Bilder der HAND und die Formulierungen der Ziele und Durchführungen sind schnell erfassbar und ermöglichen es den Pflegefachkräften, sich ohne zeitlichen Mehraufwand Informationen einzuholen.

Auch der Aspekt der Zugänglichkeit der Informationen, musste bei der Erstellung des Materials berücksichtigt werden. Das Poster in DIN-A2 ist gut geeignet, um im Stationszimmer oder auf dem Flur einer Klinik oder Pflegeeinrichtung platziert zu werden. Die Inhalte des erstellten Materials sind durch die Wahl des Mediums *Poster* uneingeschränkt einsehbar. Der Zugang zu den Informationen ist dadurch jederzeit gewährleistet.

Maßgeblich beteiligt an der Übersichtlichkeit des Posters, sind die aufdeckbaren Klappen. Außerdem trägt auch die Eingrenzung in Bezug auf die vermittelten Informationen dazu bei, dass das Poster die wichtigsten Aspekte beinhaltet und gleichzeitig übersichtlich bleibt.

Durch die Vorstellung des Prototypen vor den Logopädinnen des EKA mit anschließender Evaluation in Form eines kurzen Gesprächs, konnten erste Korrekturen am Material vorgenommen werden. Das Poster wurde den Logopädinnen vorab nicht

zugesandt, für eine detailliertere Bewertung wäre dies jedoch sinnvoll gewesen, so dass weitere Gesichtspunkte bei der Optimierung hätten bedacht werden können.

Ein weiterer Aspekt, der während der Erstellung des Posters vor allem im Hinblick auf die Vervielfältigung kritisch in Erscheinung getreten ist, war der Zeitaufwand, der mit dem Herstellen eines Exemplars einhergeht. Die aufdeckbaren Klappen stellen zwar ein Alleinstellungsmerkmal des Posters dar, sind allerdings langfristig gesehen, nicht praktikabel in Bezug auf die Produktion.

Das Poster wurde anschließend dem Pflegefachpersonal der Geriatrie des EKA ausgehändigt und in einem zehnminütigen Gespräch evaluiert. Die ersten Reaktionen und der erste Eindruck des Pflegefachpersonals auf das Material waren zunächst zufriedenstellend. Die Rückmeldungen waren durchweg positiv, es wurde keine Kritik geäußert. Kritisch betrachtet, sind zehn Minuten für die Vorstellung eines Posters und eine umfassende Evaluation nicht ausreichend. Deshalb wäre eine qualitative Befragung nach einem gewissen Zeitraum notwendig gewesen, um eine Bewertung des Posters nach erfolgter Erprobung in der Praxis einzuholen. Inwieweit die HAND im Pflegealltag Anwendung finden und welchen Beitrag das Poster dazu geleistet hat, konnte im Rahmen dieser Studienarbeit aufgrund dessen nicht abschließend ermittelt werden. Außerdem können weitere mögliche Verbesserungsvorschläge der Zielgruppe nicht berücksichtigt werden, was einer interdisziplinären Weiterentwicklung des Materials entgegenwirkt.

### **4.3 Beantwortung der Fragestellung**

Im Rahmen dieser Studienarbeit wird aufgezeigt, wie wichtig der interdisziplinäre Austausch zwischen Pflegefachkräften und Logopädinnen im Bereich des Essenanreichens zur Prävention von Aspirationspneumonien ist. Der durchstrukturierte Arbeitsalltag (siehe Abschnitt 2.3.2) in Kombination mit dem anhaltenden Pflegezustand (siehe Abschnitt 2.3.4), erschwert das sichere Essenanreichen mit ausreichend Zeit immens. Aus den in dieser Studienarbeit gesammelten Informationen und der initialen Reaktion der Zielgruppe auf das erstellte Material wird deutlich, dass die Fragestellung wie folgt beantwortet werden kann: Ein übersichtliches Poster ist *eine* Möglichkeit, dem Pflegefachpersonal wirkungsvolle Maßnahmen zum sicheren Essenanreichen bei Dysphagiepatienten theoretisch sowie praktisch kurz, aber präzise zu vermitteln. Da aufgrund fehlender Zeit keine Evaluation



stattgefunden hat, lässt sich die Effektivität und Umsetzbarkeit im Arbeitsalltag nicht nachweisen.

## **5 Schlussbetrachtung**

Die in dieser Studienarbeit gesammelten Informationen werden im Folgenden zusammengefasst. Abschließend wird ein Fazit gezogen und ein Ausblick gegeben.

### **5.1 Zusammenfassung**

Aus dem Wunsch etwas zu erstellen, was das Pflegefachpersonal in Bezug auf die Zusammenarbeit mit Dysphagiepatienten unterstützt, entwickelte sich die Idee ein Poster anzufertigen, welches Maßnahmen zur Unterstützung des Essenanreichens bei Dysphagiepatienten übersichtlich darstellt. Diese fünf ausgewählten Maßnahmen wurden unter dem Titel „*HAND – Hilfe(n) zum Anreichen der Nahrung bei Dysphagie*“ zusammengefasst.

Die HAND sollten leicht umsetzbar sein und einen Beitrag zur Reduktion der Aspirationsgefahr leisten. Ziel war es, dass sie bereits nach kurzer Anleitung auch von anreichenden Personen angewendet werden können, denen diese Hilfsgriffe noch nicht bekannt sind, sodass sie problemlos in den Prozess des Essenanreichens integriert werden können. Allen in Abschnitt 2.2.3ff beschriebenen HAND liegt zugrunde, dass sie eine große Bandbreite an Betroffenen erreichen, da sie auf typische Symptome einer Dysphagie abzielen. Zusätzlich werden fast alle der beschriebenen Schluckphasen von den gewählten HAND einbezogen. Es wird also deutlich, dass die HAND durch ihre einfache Umsetzbarkeit ohne zeitlichen Mehraufwand einen enormen Beitrag zur Verbesserung des Essenanreichens leisten können.

Im theoretischen Teil dieser Studienarbeit wurden zunächst Hintergrundinformationen zu den Themen *Dysphagie, Essenanreichen, dem Ausbildungsrahmen und Berufsalltag von Pflegefachkräften* sowie den zu beachtenden Aspekten bei der *Erstellung eines Posters* beschrieben. Für die Auswahl der HAND war eine Gegenüberstellung des Wissenstandes von Pflegefachkräften und Logopädinnen in Bezug auf Dysphagien und das Essenanreichen relevant. Um die mangelhaften Arbeitsbedingungen und daraus resultierende Einschränkungen in der Patientenbetreuung deutlich werden zu lassen, wurde der Berufsalltag von Pflegefachkräften im

Abschnitt 2.3.4 näher beleuchtet. Daraus gingen beispielsweise der Pflegenotstand und der damit einhergehende Zeitmangel in der eins zu eins Betreuung von Patienten hervor. Das ausgewählte Medium wurde unter dem Abschnitt 2.4.1 mit anderen Präsentationsmedien gegenübergestellt, indem deren Vor- und Nachteile abgewogen werden. Zur Vorbereitung auf den methodischen Teil wurden in diesem Abschnitt Aspekte aufgezählt und beschrieben, welche bei der Erstellung eines Posters relevant sind. Während der Literaturrecherche und unter Berücksichtigung des ausgewählten Mediums, der Zielgruppe und dem zu erreichenden Ziel, das Nahrungsanreichen für Dysphagiepatienten sicherer zu gestalten, erwiesen sich fünf Maßnahmen als geeignet.

Im methodischen Teil wurden die Motivation und Kriterien der Materialerstellung sowie der Prozess der Auswahl der fünf HAND beschrieben. Anhand der im theoretischen Teil beschriebenen und abgewogenen Kriterien von verschiedenen Darstellungsmedien, stellte sich das Poster als ein geeignetes Medium heraus, um gezielt und anschaulich eine ausgewählte Menge an Informationen zu vermitteln. Der Aspekt des geringen Mehraufwands war im Hinblick auf den durchstrukturierten Arbeitsalltag von Pflegefachkräften essentiell. Letzteres gepaart mit der langfristigen freien Zugänglichkeit der Inhalte zu jeder Zeit, trägt zur Erinnerung und Integration der HAND maßgeblich bei. Durch das Poster wird die Relevanz, die die HAND für das sichere Essenanreichen haben verdeutlicht. Darauf wurde jede der HAND in ihrer Durchführung beschrieben und mit Hilfe einer selbsterstellten Zeichnung verdeutlicht. Auch die Ziele jeder HAND wurden auf dem Poster festgehalten, sodass die Wirkungsweise sowie die Anwendung für den Leser klar werden und im Arbeitsalltag beim Essenanreichen integriert werden können.

Der Prototyp des Posters wurde drei Logopädinnen der Geriatrie des EKA präsentiert. Daraus entstand ein konstruktives Feedback, durch dessen Hilfe das Poster sowohl formal als auch inhaltlich optimiert werden konnte. Nach Fertigstellung des Posters wurde es dem Pflegefachpersonal der Geriatrie im EKA vorgestellt und übergeben, sodass sie es an einer geeigneten Stelle aufhängen und bestenfalls in den Arbeitsalltag integrieren konnten. Innerhalb des zehnminütigen Gesprächs entstand ein erstes positives Feedback zum Gesamteindruck der Hintergrundgedanken, der Aufarbeitung des Posters sowie der möglichen Integration dessen Inhalte im Alltag.

Das methodische Vorgehen sowie die Umsetzung und Ausarbeitung des Posters wurden im Diskussionsteil kritisch hinterfragt. Anhand der beschriebenen Ergebnisse und kritischen Diskussion wurde die Fragestellung abschließend beantwortet.

## **5.2 Fazit und Ausblick**

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass das Poster im Arbeitsalltag des Pflegefachpersonals eine Option zur Unterstützung für das Essenanreichen bei Dysphagiepatienten darstellt. Auch für zukünftige neue Mitarbeiter und Berufseinsteiger bietet das Poster die Möglichkeit, sich über die HAND zu informieren und sie im Alltag umzusetzen. Gleichzeitig kann ein einheitliches Essenanreichen durch verschiedenes Pflegefachpersonal erreicht werden, wenn alle Pflegenden die HAND in den Prozess des Essenanreichen einbinden, was es dem Patienten erleichtert, sich auf den eigentlichen Schluckprozess und nicht auf die veränderte Esssituation zu konzentrieren. Ebenso könnte es als Brücke dienen, bei Fragen oder Anmerkungen öfter auf die Logopädinnen zuzugehen, wodurch ein verbesserter Austausch zwischen beiden Fachdisziplinen gewährleistet wäre.

Zur Übersichtlichkeit musste die Anzahl der HAND eingegrenzt werden. Sowohl die Individualität der Kau- und Schluckstörungen der einzelnen Patienten als auch die umfangreiche Literaturrecherche zeigen jedoch, dass es weitaus mehr als die fünf ausgewählten HAND gibt, die beim Essenanreichen Anwendung finden können. Eine Weiter- oder Zusatzentwicklung des Posters ist also möglich und kann mit entsprechender Vorbereitung individuell an die Wünsche des Pflegefachpersonals angepasst werden. Aus der Befragung des Pflegefachpersonals in der Geriatrie im EKA ging zudem hervor, dass auch Angehörige von Dysphagiepatienten von dem entwickelten Material profitieren können. Hierzu kann demnach auch ein Poster in vereinfachter Sprache entwickelt werden, das für die Umsetzung im häuslichen Umfeld durch einen passenden Flyer unterstützt wird.

Innerhalb des Erarbeitungszeitraums der Studienarbeit, konnten Aspekte wie die Häufigkeit der Nutzung oder die Integration in den Arbeitsalltag noch nicht abschließend evaluiert werden. Eine kurze Befragung der Zielgruppe erscheint an dieser Stelle sinnvoll, um mögliche Probleme, die erst im Verlauf der Nutzung aufgetreten sind, zu optimieren. Im Zuge der Anpassung des Posters kann auch der Aspekt der vereinfachten Herstellung Berücksichtigung finden, indem Alternativen für die aufdeckbaren Klappen gefunden werden.

Um die tatsächliche Wirksamkeit in Bezug auf die Erleichterung des Nahrungsanreichens bei Dysphagiepatienten belegen zu können, wäre eine Testung des Posters innerhalb verschiedener Krankenhäuser mit anschließender Evaluation durch einen Fragebogen sinnvoll. Fragen in Bezug auf den Schwierigkeitsgrad der Anwendung der HAND, den Effekt dieser auf das sichere Schlucken sowie die Bekanntheit und Häufigkeit der HAND vor dem Lesen des Posters könnten Bestandteil des Fragebogens sein.

Sollte diese Evaluation die Wirksamkeit der Erleichterung des Nahrungsanreichens durch die HAND belegen, könnte das Poster ein fester Bestandteil der Ausstattung des Pflegefachpersonals in Kliniken werden.

## 6 Literaturverzeichnis

- Bartolome, G., Schröter-Morasch, H. (Hrsg.) (2018). *Schluckstörungen - Interdisziplinäre Diagnostik und Rehabilitation*. München: Elsevier.
- Becker, R., Kupczyk, S. (2012). Spezielle Herausforderungen bei Dysphagie. *Fokus Dysphagie*, Nr. 2, S.10-19.
- Bloch, F. (2021). MedWing (Hrsg.). *Notfall Pflege: der Personalmangel gefährdet das Sozialstaatsprinzip*. Abgerufen am 07.02.22 von <https://med-wing.com/DE/de/magazine/artikel/personalmangel-pflege-experten-interview-hans-boeckler-stiftung/>
- Bundesärztekammer (Hrsg.) (2021). *Wir wissen, dass 2030 ca. 500.000 Pflegekräfte fehlen werden*. Abgerufen am 01.02.22 von <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/128103/Wir-wissen-dass-2030-circa-500-000-Pflegekraefte-fehlen-werden>
- Bundeszentrale für politische Bildung (Hrsg.) (2016). *Was ist einfache Sprache und worin liegen deren Vorteile?* Abgerufen am 21.11.21 von <https://www.bpb.de/227426/5-was-ist-einfache-sprache-und-wo-liegen-deren-vorteile>
- Eibl, K. (2019). *Sprachtherapie in Neurologie, Geriatrie und Akutrehabilitation* (1. Aufl.). München: Elsevier.
- Eibl, K. (2021). Nebeneinander oder Miteinander? Zusammenarbeit von Logopädie und Pflege am Beispiel Stroke Unit. *Forum Logopädie*, Jg. 35, S. 28-33.
- Fiedler, C., Köhrmann, M., Kollmar, R. (Hrsg.) (2017). *Pflegewissen Stroke Unit: Für die Fortbildung und die Praxis* (2. Aufl.). Berlin: Springer.
- Frank, U., Pluschinski, P., Hofmayer, A., Duchac, S. (Hrsg.) (2021). *FAQ Dysphagie: Antworten prägnant und praxisnahe*. München: Elsevier.
- Hans Böckler Stiftung (Hrsg.) (2021). *Arbeitsbedingungen in der Pflege*. Abgerufen am 01.02.22 von <https://www.boeckler.de/de/auf-einen-blick-17945-zahlen-und-studien-zum-pflegenotstand-und-wege-hinaus-17962.htm>

- Herbst-Rietschel, W. (2002). *Dysphagie: Schluckstörungen nach Schlaganfall und Schädel-Hirn-Trauma (SHT). Ein Ratgeber für Betroffene und Angehörige.* Idstein: Schulz-Kirchner Verlag.
- Hotzenköcherle, S. (2003). *Funktionelle Dysphagietherapie: Ein Übungsprogramm* (1. Aufl.). Idstein: Schulz-Kirchner Verlag.
- Knels, C. (2018). *Sprache und Ernährung bei Demenz: Klinik Diagnostik und Therapie.* Stuttgart: Thieme (=Forum Logopädie).
- Kossatz, N., Sulmann, D. (2017). *Essen und Trinken bei pflegebedürftigen Menschen: Praxishinweise für den Pflegealltag.* Berlin: ZQP-Ratgeber.
- Kruse, K, Röckendorf, D. (2020). *Leitfaden für die Pflegeausbildung.* Abgerufen am 17.02.22 von [https://hibb.hamburg.de/wp-content/uploads/sites/33/2020/04/GFH01P20002\\_PFL\\_Broschuere\\_Leitfaden\\_A4\\_Iso300\\_200505-1-low-1.pdf](https://hibb.hamburg.de/wp-content/uploads/sites/33/2020/04/GFH01P20002_PFL_Broschuere_Leitfaden_A4_Iso300_200505-1-low-1.pdf)
- Lange, D. (2011). *Präsentationstechniken – Informationen und Ideen anschaulich darstellen.* Abgerufen am 17.02.22 von [https://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/Projekte/Jungbewegt/Mitmachhefte/Praesentationstechniken\\_Sek1.pdf](https://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/Projekte/Jungbewegt/Mitmachhefte/Praesentationstechniken_Sek1.pdf)
- Lundborg, M., Lübben, H. (2019). *Überblick über Leichte Sprache.* Abgerufen am 21.11.21 von <https://www.leichte-sprache-ol.de/overview.html>
- Maetzler, W., Dodel, R. Jacobs, A.H. (Hrsg.) (2019). *Neurogeriatrie: ICF basierte Diagnose und Behandlung.* Berlin: Springer.
- Menche, N., Lauster, M., Drescher, A., Wiederhold, D. (Hrsg.) (2014). *Pflege Heute* (6. Aufl.). München: Elsevier.
- Mieling, A. (2021). *Dysphagie.* Skript zur Unterrichtsveranstaltung an der Berufsfachschule für Logopädie der EKA GmbH am Werner Otto Institut. Hamburg. WS20/SS21. Unveröffentlicht.
- Moormann, A. (2012). Ursachen, Risiken und Therapieansätze: Spezielle Herausforderungen bei Dysphagie. *Fokus Dysphagie*, Nr. 2, S. 10-12.

- Neff, C., Steiner, J. (2018). Logopädie und Pflege – Mehr Austausch bitte! Zur Notwendigkeit Dysphagie in der Langzeitpflege zu managen. *NovAcura*, 10/2018, S.35-38.
- Nusser-Müller-Busch, R. (2015). *Die Therapie des Facio-Oralen Trakts: F.O.T.T. nach Kay Coombes* (4. Aufl.). Berlin: Springer.
- Obereisenbuchner, J. (2012). Von der Anbahnung bis zur stabilen oralen Nahrungsaufnahme: Gestaltung eines Dysphagiemanagements. *Fokus Dysphagie*, Nr. 2, S.13-15.
- Prosiegel, M., Weber, S. (2018). *Dysphagie. Diagnostik und Therapie. Ein Wegweiser für kompetentes Handeln* (3. Aufl.). Berlin: Springer (=Praxiswissen Logopädie)
- Rüegg, R., Steiner, J. (2020). Dysphagie – Logopädische Kompetenz für die Pflege: Die Logopädin als Beraterin, Instruktorin und Supervisorin in der Kooperation mit Pflegefachpersonal. *Forum Logopädie*, Nr. 9, S.30.34.
- Schlee, K. (2008). *Schluckstörungen: Genussvoll essen und trinken! Shakes Arbeiten mit Kräutern Zwischenmahlzeiten Kuchen Fingerfood: Informationen und kreative Rezepte*. Hamburg: Mediabuzz.
- Thurnher, D., Grasl, M., Erovic, B., Lercher, P. (2011). *HNO-Heilkunde*. Wien: Springer.
- Universität Bremen (Hrsg.) (2021). *Wissenschaftliche Poster erstellen: ein kleiner Leitfaden*. Abgerufen am 01.01.2022 von [www.uni-bremen.de/fileadmin/user\\_upload/sites/studierwerkstatt/Leitfaden\\_wissenschaftliche\\_Poster\\_erstellen.pdf](http://www.uni-bremen.de/fileadmin/user_upload/sites/studierwerkstatt/Leitfaden_wissenschaftliche_Poster_erstellen.pdf)
- Weinert, M., Motzko, M. (2013). Schluckstörungen professionell begegnen. *Pflegen: palliativ*, Nr. 17, S. 39-43.

Bfs für Logopädie des EKA gGmbH, Hamburg

KA, MH, HK, Kurs 19 – 2022

HAND – Hilfen zum Anreichen der Nahrung bei Dysphagie

## **Anhang**

- A. Selbsterstelltes Poster – Titel der HAND
- B. Selbsterstelltes Poster – Unterstützung des Arms
- C. Selbsterstelltes Poster – Kieferkontrollgriff (von vorne)
- D. Selbsterstelltes Poster – Kieferkontrollgriff (von der Seite)
- E. Selbsterstelltes Poster – Schluckimpuls durch einen Löffel



# H A N D

– HILFE(N) ZUM ANREICHEN DER NAHRUNG BEI DYSPHAGIE –

**BASIS**  
ist eine aufrechte Sitzposition!

**LANGER NACKEN – „EINER FÜR ALLE“**  
Ziel: optimale Öffnung der Speiseröhre  
Der Nacken bildet die Verlängerung der Wirbelsäule. Unterstützend kann eine Hand am Hinterhaupt angelegt werden.



**UNTERSTÜTZUNG  
DES ARMS**



**KIEFERKONTROLLGRIFF  
(VON VORNE)**



**KIEFERKONTROLLGRIFF  
(VON DER SEITE)**



**SCHLUCKKIMPULS DURCH  
EINEN LÖFFEL**



# H A N D

- HILFE(N) ZUM ANREICHEN DER NAHRUNG BEI DYSPHAGIE -



ALLE“

unterstützend



Ziele:	Durchführung:
Förderung der Selbstständigkeit	Der Patient hält das Besteck in der eigenen Hand.
Normale Essbewegungen → vorhandene Ressourcen werden reaktiviert	Die anreichende Person umfasst die Schlüsselpunkte (Ellenbogen & Handgelenk; ggf. zusätzlich die Hand). Die Armbewegung des Patienten wird nur mit der nötigen Unterstützung zum Mund geführt – der Patient soll so eigenständig wie möglich essen!



KIEFERKONTROLLGRIFF  
( VON VORNE )

KIEFERKONTROLLGRIFF  
( VON DER SEITE )



SCHLUCKIMPULS DURCH  
EINEN LÖFFEL

# H A N D

- HILFE(N) ZUM ANREICHEN DER NAHRUNG BEI DYSPHAGIE -

## BASIS

Ist eine aufrechte Sitzposition!

## LANGER NACKEN – „EINER FÜR ALLE“

Ziel: optimale Öffnung der Speiseröhre

Der Nacken bildet die Verlängerung der Wirbelsäule. Unterstützend kann eine Hand am Hinterhaupt angelegt werden.



## UNTERSTÜTZUNG

DES A



### Ziele:

Stabilisierung des Unterkiefers

Stimulierung der schluckrelevanten Muskulatur

### Durchführung:

Die anreichende Person positioniert sich vor dem Patienten.

**Daumen** → unterstützt Kieferöffnung am Kinn

**Zeigefinger** → stabilisiert nur entlang des Unterkiefers

**Mittelfinger** → unterstützt Kieferschluss am Mundboden & stimuliert Muskulatur

**Tipp:** Dieser Griff ist auch für die Mundhygiene hilfreich.

## KIEFERKONTROLLGRIFF

( VON DER SEITE )



## SCHLUCKKIMPULS DURCH

## EINEN LÖFFEL

# H A N D

- HILFE(N) ZUM ANREICHEN DER NAHRUNG BEI DYSPHAGIE -

## BASIS

Ist eine aufrechte Sitzposition!

## LANGER NACKEN – „EINER FÜR ALLE“

Ziel: optimale Öffnung der Speiseröhre

Der Nacken bildet die Verlängerung der Wirbelsäule. Unterstützend kann eine Hand am Hinterhaupt angelegt werden.



## UNTERSTÜTZUNG DES ARMS



## KONTROLLGRIFF (VORNE)

### Ziele:

Stabilisierung des Unterkiefers

Stimulierung der schluckrelevanten Muskulatur

### Durchführung:

Die anreichende Person positioniert sich *neben* dem Patienten. Der Arm der stabilisierenden Hand wird von hinten um den Kopf geführt → Patient\*in behält freie Sicht

**Daumen** → stabilisiert nur am Kiefergelenk  
**Zeigefinger** → unterstützt Kieferöffnung am Kinn  
**Mittelfinger** → unterstützt Kieferschluss am Mundboden



## SCHLUCKKIMPULS DURCH EINEN LÖFFEL

# H A N D

- HILFE(N) ZUM ANREICHEN DER NAHRUNG BEI DYSPHAGIE -

**BASIS**  
ist eine aufrechte Sitzposition!

**LANGER NACKEN – „EINER FÜR ALLE“**  
Ziel: optimale Öffnung der Speiseröhre  
Der Nacken bildet die Verlängerung der Wirbelsäule. Unterstützend kann eine Hand am Hinterhaupt angelegt werden.



**UNTERSTÜTZUNG  
DES ARMS**



**KIEFERKONTROLLGRIFF  
( VON VORNE )**



**KIEFERKONTROLLGRIFF  
( VON DER SEITE )**

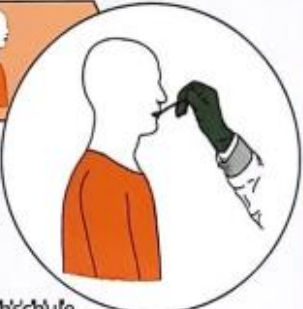


**Ziele:**

- Unterstützen des Schluckimpulses
- Stimulierung des Lippenschlusses

**Durchführung:**

- Beim Herausnehmen des Löffels aus dem Mund übt die anreichende Person mit dem Löffel einen leichten Druck auf die Zungenmitte aus.
- Zur Stimulierung des Lippenschlusses wird der Löffel an der Oberlippe abgestreift.



## Eidesstattliche Erklärung

Hiermit versichern wir, dass wir die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne fremde Hilfe angefertigt haben. Quellen und Hilfsmittel haben wir angegeben – wörtlich oder annähernd wörtlich.

\_\_\_\_\_  
*Datum*

\_\_\_\_\_  
*Katharina Augustin*

\_\_\_\_\_  
*Myriam Hamdorf*

\_\_\_\_\_  
*Hannah Kaule*

## Einverständniserklärung

Wir sind damit einverstanden, dass bei Interesse Dritter an unserer Studienarbeit unsere E-Mail-Adressen zur Kontaktaufnahme weitergegeben werden.

\_\_\_\_\_  
*Datum*

\_\_\_\_\_  
*Katharina Augustin*

\_\_\_\_\_  
*Myriam Hamdorf*

\_\_\_\_\_  
*Hannah Kaule*