

Masterarbeit

Interprofessionelles Dysphagie-Management bei Patient*innen mit Insult – Ein Scoping Review

eingereicht von

Theresa Hüttenmaier, BScN

zur Erlangung des akademischen Grades

Master of Science

(MSc)

an der

Medizinischen Universität Graz

ausgeführt am

Institut für Pflegewissenschaft

unter der Anleitung von

Priv.-Doz.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Doris Eglseer, BBS^c, MSc

Univ.-Prof.ⁱⁿ Dipl.-Pflegepäd.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ rer.cur. Christa Lohrmann

Graz, am 26.11.2023

Eidesstattliche Erklärung

Ich erkläre ehrenwörtlich, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne fremde Hilfe verfasst habe, andere als die angegebenen Quellen nicht verwendet habe und die den benutzten Quellen wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen als solche kenntlich gemacht habe.

Graz, am 26.11.2023

Theresa Hüttenmaier, BScN eh.

Zusammenfassung

Hintergrund: Weltweit ereignen sich jährlich über 12,2 Millionen Schlaganfälle. Die Dysphagie ist die häufigste Folgeerscheinung eines Insults und geht mit einer erhöhten Mortalität und Morbidität einher. Im klinischen Setting arbeiten viele Gesundheitsprofessionen zusammen, deren Aufgabenbereiche sich sowohl überschneiden als auch eng miteinander verknüpft sein können. Aus diesem Grund ist eine frühzeitige Beurteilung, Behandlung und Betreuung einer insultbedingten Dysphagie im interprofessionellen Team notwendig.

Ziel: Ziel ist es aufzuzeigen, welche Maßnahmen im interprofessionellen Team bei Patient*innen mit insultbedingter Dysphagie gesetzt werden können und wie nachfolgend eine Verbesserung der interprofessionellen Zusammenarbeit erzielt werden kann.

Methode: Es wurde ein Scoping Review durchgeführt. Eine systematische Literaturrecherche fand zwischen April und Juni 2023 in den internationalen Datenbanken CINAHL, PubMed, Cochrane Library, Embase via Ovid sowie in der Suchmaschine Google Scholar und mittels Handsuche in den Referenzlisten der eingeschlossenen Studien statt. Vorab wurden Ein- und Ausschlusskriterien festgelegt, die anhand der Merkmale Population, Konzept, Kontext und Art der Literatur definiert wurden. Im Anschluss erfolgte eine tabellarische Datenextraktion und narrative Synthese der Ergebnisse.

Ergebnisse: 14 Studien wurden zur Beantwortung der Forschungsfragen aus der internationalen Literatur erfasst. Die Anwendung von validen und reliablen Screening-Tools, kompensatorischen Techniken wie Schluck-, Zungen- und Atemmuskeltrainings, professioneller Mundpflege, konsistenzadaptierter Nahrung und Flüssigkeit, adäquater Positionierung bei der Mahlzeiteneinnahme sowie psychologische Unterstützung konnten unter anderem zu einer signifikanten Verringerung in der Häufigkeit von Pneumonien, einer Reduzierung der Krankenhausverweildauer und einer Verbesserung der Schluckfunktion der Patient*innen führen. Identifiziert wurden weitere organisatorische Maßnahmen, wie klar definierte Kommunikationswege, interprofessionelle Behandlungsprotokolle und regelmäßige interprofessionelle Besprechungen, welche die interprofessionelle Zusammenarbeit bei Patient*innen mit insultbedingter Dysphagie verbessern können.

Schlussfolgerung: Es konnten nur wenige Studien identifiziert werden, welche sich mit dem interprofessionellen Dysphagie-Management bei Patient*innen mit Insult beschäftigen. Da viele bestehende Screening-Tools zur Risikoerfassung einer Dysphagie bisher nicht auf ihre Validität und Reliabilität geprüft wurden, ist eine Überprüfung der psychometrischen Eigenschaften notwendig. Zudem besteht weiterer Forschungsbedarf, um umfassendere strukturelle und organisatorische Maßnahmen sowie deren Effektivität im Rahmen des interprofessionellen Dysphagie-Managements bei Patient*innen mit Insult zu untersuchen.

Schlüsselwörter: Schlaganfall, Schluckstörung, Management, interprofessionelle Zusammenarbeit

Abstract

Background: Over 12.2 million strokes occur worldwide every year. Dysphagia is the most common consequence of an insult and is associated with increased mortality and morbidity. Many healthcare professions work together in the clinical setting, and their areas of responsibility can overlap and are closely interlinked. For this reason, early assessment, treatment and care of stroke-associated dysphagia in an interprofessional team is necessary.

Aim: The research objective is to describe measures in interprofessional dysphagia management for stroke patients and explore ways to improve interprofessional collaboration.

Method: A research design of a scoping review was chosen. A systematic literature search was conducted between April and June 2023 in the international databases CINAHL, PubMed, Cochrane Library, Embase via Ovid, Google Scholar and supplemented by a manual search in the reference lists of the included studies. Inclusion and exclusion criteria were determined in advance, which were defined based on the characteristics of population, concept, context and type of literature. This was followed by a tabular data extraction and narrative synthesis of the results.

Results: 14 studies were collected from the international literature to answer the research questions. The use of valid and reliable screening tools, compensatory techniques such as swallowing-, tongue- and respiratory muscle training, professional oral care, texture-modified foods and fluids, adequate positioning during meals and psychological support led to a significant reduction in the incidence of pneumonia, a reduction in the length of hospital stay and an improvement in patients' swallowing function, among other things. Further organizational measures were identified, such as clearly defined communication channels, interprofessional treatment protocols and regular interprofessional meetings, which can improve interprofessional collaboration in patients with stroke-associated dysphagia.

Conclusion: Only a limited number of studies focus on the interprofessional management of dysphagia in stroke patients. As many existing screening tools for dysphagia risk assessment have not yet been tested for their validity and reliability, a review of their psychometric properties is necessary. There is also a need for further research to investigate more comprehensive structural and organizational measures and their effectiveness in the context of interprofessional dysphagia management in stroke patients.

Keywords: stroke, dysphagia, management, interprofessional collaboration

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung.....	12
1.1	Insult.....	12
1.2	Dysphagie	13
1.2.1	Dysphagie-Management.....	14
1.3	Interprofessionelle Zusammenarbeit.....	15
1.3.1	Aufgabenbereiche der interprofessionellen Teams im Rahmen des Dysphagie-Managements	17
1.4	Theoretischer Rahmen.....	19
1.5	Relevanz, Forschungslücke und Forschungsfragen.....	20
2	Methode.....	22
2.1	Forschungsdesign	22
2.2	Schlüsselkonzepte	22
2.3	Literaturrecherche	23
2.4	Suchstrategie	23
2.5	Ein- und Ausschlusskriterien	25
2.6	Literatúrauswahl.....	26
2.7	Datenextraktion	28
3	Ergebnisse.....	29
3.1	Charakteristika der eingeschlossenen Studien	29
3.2	Risikoerfassung einer insultbedingten Dysphagie.....	32
3.2.1	Förderliche und hinderliche Faktoren bei der Implementierung von Dysphagie-Screenings.....	33
3.3	Maßnahmen im interprofessionellen Team	35
3.4	Organisatorische Aspekte interprofessioneller Zusammenarbeit	39
3.4.1	Interprofessionelle Behandlungsprotokolle	40
4	Diskussion	44

4.1	Dysphagie-Screening-Tools	45
4.2	Zuständigkeiten im interprofessionellen Dysphagie-Management	47
4.3	Maßnahmen zur Stärkung der interprofessionellen Zusammenarbeit	49
4.4	Stärken und Schwächen des Scoping Reviews	52
4.5	Empfehlungen für die Praxis	53
4.6	Empfehlungen für weitere Forschung.....	54
5	Schlussfolgerung	56
	Literaturverzeichnis	57
	Anhang.....	64

Abkürzungsverzeichnis

APN	Advanced Practice Nurse
CINAHL	Cumulative Index for Nursing and Allied Health Literature
DGN	Deutsche Gesellschaft für Neurologie
DGEM	Deutsche Gesellschaft für Ernährungsmedizin
FEES	Faseroptische endoskopische Schluckuntersuchung
GUSS	Gugging Swallowing Screen
IDDSI	International Dysphagia Diet Standardisation Initiative
IG	Interventionsgruppe
JBI	Joanna Briggs Institute
KG	Kontrollgruppe
MeSH	Medical Subject Headings
MH	Medical Headings
PCC	Population-, Concept-, Context-Akronym
PRISMA	Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses
PubMed	Public Medical Literature Online
VFFS	Videofluoroskopische Schluckdiagnostik
WHO	Weltgesundheitsorganisation
WSO	World Stroke Organization

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Maßnahmen zur Förderung einer kollaborativen Praxis in Anlehnung an WHO (2010) (eigene Darstellung)	19
Abbildung 2: Flussdiagramm der Suchstrategie in Anlehnung an (Page et al., 2021) (eigene Darstellung).....	27
Abbildung 3: Darstellung einzelner Dysphagie-Maßnahmen im Rahmen des interprofessionellen Teams aus den inkludierten Studien (eigene Darstellung) ...	38
Abbildung 4: organisatorische Maßnahmen zur Förderung der interprofessionellen Zusammenarbeit aus den inkludierten Studien vs. Framework WHO (2010) (eigene Darstellung)	43

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Suchstrategie PubMed	24
Tabelle 2: Ein- und Ausschlusskriterien (eigene Darstellung)	26
Tabelle 3: Studiencharakteristika der eingeschlossenen Studien (eigene Darstellung).....	30
Tabelle 4: Suchstrategie zur Literaturrecherche.....	64

1 Einleitung

1.1 Insult

Weltweit ereignen sich laut der *World Stroke Organization* (WSO) über 12,2 Millionen Schlaganfälle jährlich (Feigin et al., 2022). Dies stellen weltweit die zweithäufigste Todesursache dar und die dritthäufigste Ursache für eine dauerhafte körperliche, geistige oder seelische Behinderung und Pflegebedürftigkeit bei Erwachsenen (World Health Organization, 2023). Ein Schlaganfall, auch als Insult bezeichnet, wird definiert als eine plötzlich auftretende Durchblutungsstörung im Gehirn. Das Ausmaß der Beeinträchtigungen ist abhängig von der Lokalisation des Schlaganfalles und der Schwere der Schädigung. Mögliche Folgen können beispielsweise motorische oder kognitive Beeinträchtigungen, Sprach- und Sprechprobleme oder eine Schluckstörung sein (Hankey, 2017). Zu den Risikofaktoren, welche das Auftreten eines Insults erhöhen können, zählen beispielsweise genetische oder lebensstil-assoziierte Faktoren. Für letzteres sind wirksame Strategien zur Prävention unumgänglich. Diese umfassen unter anderem die gezielte Bekämpfung von Bluthochdruck, erhöhter Lipidwerte und Diabetes Mellitus. Auch zählen regelmäßige körperliche Aktivität, gesunde, ausgewogene Ernährung und Vermeidung von Übergewicht zu diesen Präventionsstrategien. Die Kombination dieser Maßnahmen hat sich als wirksam erwiesen, um die Mortalität von Schlaganfällen zu senken (Johnson et al., 2016).

In Österreich ist der Schlaganfall die dritthäufigste Todesursache nach Herz-Kreislauf- und Krebserkrankungen (Bundesministerium für Soziales und Gesundheit und Pflege und Konsumentenschutz, 2023). Jährlich erleiden etwa 25.000 Menschen einen Schlaganfall. Laut Statistik Austria (2023) zeigt die demografische Entwicklung, dass die österreichische Bevölkerung zunehmend älter wird. Durch diesen demografischen Wandel steigt auch die Schlaganfallhäufigkeit (Global Health Estimates, 2023). Die Folgen eines Schlaganfalls sind vielseitig für Betroffene und Angehörige und können nicht nur zu einem längeren Krankenhausaufenthalt und hohen Kosten für die Gesundheitssysteme führen, sondern auch die Lebensqualität der Patient*innen deutlich verschlechtern. Denn die körperlichen Folgen eines Schlaganfalls, wie beispielsweise das Auftreten einer Halbsei-

tenlähmung, können einen erheblichen Einfluss auf die psychische Gesundheit darstellen und die Anpassung an die neuen Lebensumstände deutlich erschweren. In Anbetracht der erwähnten Folgen eines Schlaganfalls, einschließlich einer Schluckstörung, ist eine frühzeitige Behandlung im interprofessionellen Team essenziell, um die Lebensqualität zu erhöhen und eine umfassende Genesung zu ermöglichen (Fang et al., 2022).

1.2 Dysphagie

Die Dysphagie ist eine Schluckstörung und die häufigste Folgeerscheinung eines Insults, die mehr als die Hälfte der Betroffenen betrifft und mit einer erhöhten Mortalität und Morbidität einhergeht (Fang et al., 2022). Unter Dysphagie versteht man die Störung des Schluckvorgangs während des Bolustransports (Transport von Nahrung oder Flüssigkeit durch den Rachen in die Speiseröhre) von der Mundhöhle in den Magen. Diese wird bei Patient*innen mit Insult verursacht durch Lähmungen im Bereich der Rachen- und Kehlkopfmuskulatur (Cohen et al., 2016). Obwohl sich die Dysphagie bei vielen Patient*innen wieder spontan zurückentwickelt, leiden ca. 15 % der Betroffenen an einer anhaltenden Schluckstörung. Zu den möglichen Folgen einer anhaltenden Dysphagie gehören Mangelernährung, Dehydration, Aspirationspneumonie, soziale Isolation und eine verminderte Lebensqualität (Fang et al., 2022).

Eine Aspirationspneumonie ist die häufigste Komplikation einer schlaganfallbedingten Dysphagie und tritt bei ca. 10 – 40 % der hospitalisierten Patient*innen in den ersten Wochen nach dem Schlaganfall auf. Aus diesem Grund ist ein frühzeitiges Dysphagie-Management notwendig, um erwähnte negative Folgen zu vermeiden (Fang et al., 2022). Durch die interprofessionelle Zusammenarbeit unter Mitwirken der Patient*innen und deren An- und Zugehörigen und durch das Einbringen der individuellen Kompetenzen der einzelnen Professionen können Komplikationen vermieden und die Lebensqualität der Betroffenen gesteigert werden. Die interprofessionelle Zusammenarbeit im Rahmen des Dysphagie-Managements wird demnach als grundlegende Voraussetzung für eine effektive Versorgung während des gesamten Krankheitsverlaufes angesehen (Clarke and Forster, 2015).

1.2.1 Dysphagie-Management

Unter Dysphagie-Management wird laut Literatur die umfassende Beurteilung, Behandlung und Betreuung von Patient*innen mit der Diagnose Dysphagie verstanden (Smithard, 2016). Das Management von Dysphagie umfasst eine Vielzahl von Interventionen, wie beispielsweise das Einnehmen einer korrekten Sitzposition zur Nahrungsaufnahme, konsequente Mundhygiene, die Anwendung konsistenzadaptierter Nahrung und andgedickter Flüssigkeiten oder der Einsatz von Schluckübungen (Wirth et al., 2013, Ludwig, 2020, Dziewas et al., 2021, McFarlane et al., 2014) mit dem langfristigen Ziel, die Schluckfähigkeit zu verbessern, um sicher und effektiv zu schlucken (Smithard, 2016).

Laut der Leitlinie „Neurogene Dysphagie“ der Deutschen Gesellschaft für Neurologie (DGN) (Dziewas and Pflug, 2020) und der Leitlinie „Klinische Ernährung in der Neurologie“ der Deutschen Gesellschaft für Ernährungsmedizin (DGEM) (Wirth et al., 2013) sollte die frühzeitige Beurteilung einer Dysphagie immer durch ein standardisiertes Dysphagie-Screening erfolgen, um negative Folgen für die Patient*innen zu verringern. Es eignen sich unterschiedliche Screening-Tools für die Beurteilung. So können sowohl Wasserschluck-Screenings als auch Mehr-Konsistenzen-Tests herangezogen werden (Dziewas and Pflug, 2020, Wirth et al., 2013). Ein Beispiel für einen Mehr-Konsistenzen-Test ist der *Gugging Swallowing Screen* (GUSS) von Trapl et al. (2007). Der GUSS beinhaltet verschiedene Aspekte, wie die Beurteilung des Schluckens nach dem sogenannten Leerschlucken. Danach erfolgt die Testung von breiiger Nahrung, Flüssigkeiten sowie fester Nahrung. Ebenso wird auf die Veränderung des Stimmklangs und Hustenreflexes geachtet (Trapl et al., 2007).

Ziel eines Dysphagie-Screenings ist es, mit wenigen Ressourcen Patient*innen am Krankenbett mit erhöhtem Aspirationsrisiko zu identifizieren, um entsprechende prophylaktische Maßnahmen, wie beispielsweise der Einsatz von speziell konsistenzadaptierter Nahrung und Flüssigkeit, setzen zu können (Dziewas and Pflug, 2020, Wirth et al., 2013). Laut Leitlinie der DGN sollten diverse Screening-Tools zur Erkennung des Aspirationsrisikos immer so konzipiert sein, dass diese nach einer entsprechenden Schulung durch eine medizinische Fachkraft von allen

Berufsgruppen im interprofessionellen Team durchführbar sind (Dziawas et al., 2021). Laut Abu-Snieneh und Saleh (2018) sind Pflegepersonen jedoch jene Berufsgruppe, welche hauptsächlich für die Überwachung der Patient*innen mit einer Dysphagie zuständig sind und demnach auch zur frühzeitigen Einschätzung des damit verbundenen Risikos. Daher muss speziell diese Berufsgruppe in der Anwendung von Dysphagie-Screening-Tools in der Praxis sensibilisiert werden (Abu-Snieneh and Saleh, 2018). Wie bereits einleitend erwähnt, sollte die Behandlung von Patient*innen mit der Diagnose Insult immer im interprofessionellen Team erfolgen, um eine umfassende Betreuung sicher zu stellen (McFarlane et al., 2014). Denn durch ein adäquates Dysphagie-Management können spezielle, individuell an die Bedürfnisse der Patient*innen angepasste Behandlungspläne entwickelt und eine effektive patient*innenorientierte Versorgung gewährleistet werden (McGinnis et al., 2019).

1.3 Interprofessionelle Zusammenarbeit

Interprofessionelle Zusammenarbeit ist laut *World Health Organization* (WHO) (2010) definiert als die Zusammenarbeit von zwei oder mehreren Personen im Gesundheitsbereich mit unterschiedlichem beruflichen Hintergrund, aber auch die Zusammenarbeit mit den Patient*innen und ihren Angehörigen. Ziel ist es, ein gemeinsames Verständnis und individuelle Lösungsstrategien zur Behandlung der Betroffenen zu schaffen (World Health Organization, 2010). Laut einer Übersichtsarbeit zur Begriffsterminologie von Mahler et al. (2014) versteht man unter interprofessioneller Zusammenarbeit auch das Überschneiden von Kompetenzen unterschiedlicher Professionen.

In der Literatur zeigt sich, dass die Bezeichnungen für die Zusammenarbeit unter Gesundheitsprofessionen sehr heterogen verwendet werden. Insbesondere werden die Begrifflichkeiten „Interdisziplinäre und interprofessionelle Zusammenarbeit“ genutzt, aber auch Ausdrücke wie „Multidisziplinäre und multiprofessionelle Zusammenarbeit“. Laut Mahler et al. (2014) scheint es jedoch unabdingbar, eine einheitliche Terminologie zur Beschreibung der Zusammenarbeit unter den Gesundheitsberufen zu benützen, um ein gemeinsames Verständnis zwischen den

verschiedenen Professionen gewährleisten zu können und nachfolgend die Qualität und Effektivität der Zusammenarbeit zu verbessern.

Der am häufigsten verwendete Begriff in der internationalen Literatur ist „Interprofessionelle Zusammenarbeit“ und wird daher für die vorliegende Masterarbeit verwendet. Außerdem bezieht sich diese Definition auf die Zusammenarbeit der unterschiedlichen Professionen im Gesundheitsbereich. Denn ein interprofessionelles Team im Gesundheitswesen besteht aus verschiedenen Professionen, die gemeinsam arbeiten, um eine umfassende Versorgung der Patient*innen sicherzustellen. Die genaue Zusammensetzung eines interprofessionellen Teams kann je nach Kontext und Gesundheitseinrichtung variieren, besteht jedoch im Bereich des Dysphagie-Managements aus folgenden Professionen: Ergotherapeut*innen, Logopäd*innen, Diätolog*innen, Physiotherapeut*innen, Ärzt*innen, diplomiertes Gesundheits- und Krankenpflegepersonal, Psychotherapeut*innen, Psycholog*innen und Sozialarbeiter*innen (McFarlane et al., 2014, McGinnis et al., 2019). Im Bereich der Schlaganfallversorgung sind ebenso diese verschiedenen Gesundheitsprofessionen vertreten und gewährleisten durch ihre interprofessionelle Zusammenarbeit eine individuell angepasste Versorgung, die für Patient*innen nach einem Insult von entscheidender Bedeutung ist (McFarlane et al., 2014).

Interprofessionelle Zusammenarbeit rückt immer mehr in den Fokus der Gesundheitsversorgung, mit dem Ziel, eine qualitative hochwertige und patient*innenorientierte Versorgung zu gewährleisten. Die zunehmenden Anforderungen und die Komplexität der Versorgung verlangen eine effektive und effiziente Zusammenarbeit der verschiedenen Professionen im Gesundheitsbereich. Der demografische Wandel und die wachsende Anzahl älterer, multimorbider und chronisch kranker Patient*innen verstärken ebenso die Bedeutung der interprofessionellen Zusammenarbeit. Denn multimorbide und chronisch kranke Patient*innen benötigen oft eine langfristige und kontinuierliche Versorgung durch Gesundheitsprofessionen (Körner et al., 2016).

Ein weiterer Grund für die Wichtigkeit eines interprofessionellen Teams ist die veränderte Rollenerwartung an die Professionen. Durch den verbesserten Zugang zu umfangreichen Gesundheitsinformationen über das Internet oder andere Quellen sind die Patient*innen meist die Expert*innen ihrer eigenen Erkrankung. Durch

diese Expertise haben Betroffene oft den Wunsch nach mehr Beteiligung an der Behandlungsplanung durch das Einbeziehen ihrer eigenen Kenntnisse und Erfahrungen in den Entscheidungsprozess (Behrend et al., 2020).

Der Erfolg einer interprofessionellen Zusammenarbeit wird jedoch nicht nur durch die fachlichen Kompetenzen der einzelnen Berufsgruppen, sondern auch durch deren Fähigkeiten und Einstellung hinsichtlich der Zusammenarbeit im Team beeinflusst (Antoni, 2010). Dazu zählen die Klarheit über die eigene Rolle sowie die individuellen Rollen der Kolleg*innen. Weiters die Fähigkeit zur interprofessionellen Kommunikation und der Umgang mit Konflikten innerhalb des Teams. Um diese Kompetenzen erfüllen zu können, bedarf es unter anderem einer regelmäßigen Teilnahme an interprofessionellen Fort- und Weiterbildungen (Behrend et al., 2020).

1.3.1 Aufgabenbereiche der interprofessionellen Teams im Rahmen des Dysphagie-Managements

Ein interprofessionelles Team zeichnet sich durch die unterschiedlichen berufsspezifischen Perspektiven, das Überschneiden der Rollen, aber auch durch das gemeinsame Ziel, den Behandlungsplan und den gemeinsam getroffenen Entscheidungen aus. Das Team ist auch für das Wohlergehen der Patient*innen verantwortlich. Zudem hat jede Berufsgruppe eigene Aufgaben und Verantwortungen im interprofessionellen Dysphagie-Management, welche nachfolgend beschrieben werden (Clarke and Forster, 2015).

Die Berufsgruppe der **Logopädie** ist für die ausführliche klinische Beurteilung der Schluckfunktion verantwortlich. Dazu gehören die Einschätzung des Aspirationsrisikos und die genaue Erfassung des Schweregrades der Dysphagie für die Kost- und Flüssigkeitsanpassung (Dziewas and Pflug, 2020), um danach im interprofessionellen Team gemeinsame Behandlungspläne zu entwickeln (Fang et al., 2022). **Diätolog*innen** sollen sicherstellen, dass der*die Patient*in trotz einer Schluckstörung ausreichend Nahrung und Flüssigkeit zu sich nimmt und die von der Logopädie formulierten Anforderungen an die Viskosität von Nahrung und Flüssigkeit erfüllen kann. **Ärzt*innen** sind hauptsächlich für die Diagnose und Behandlung von Krankheiten zuständig, einschließlich der medikamentösen Behandlung

(Fang et al., 2022). Zu den Hauptaufgaben der **Physiotherapie** zählt unter anderem das Einnehmen einer adäquaten Sitzpositionierung mit oder ohne Positionierungshilfsmittel der Patient*innen mit einer insultbedingten Dysphagie. Weiters kann mit unterstützenden Techniken die Atmung und das Abhusten von Sekret trainiert werden. **Ergotherapeut*innen** hingegen sind für die Auswahl geeigneter Hilfsmittel, wie spezielle Bestecke und Trinkbecher zuständig und begleiten so das Schlucktraining (Ludwig, 2020). Die psychiatrische, psychologische und soziale Betreuung der Betroffenen ist ein weiterer wesentlicher Aspekt der **Psycholog*innen** und **Sozialarbeiter*innen**, da viele Patient*innen in ihrer stark veränderten Lebenssituation erst wieder einen neuen Weg finden müssen und ein erhöhtes Risiko für Depressionen in dieser Zeit besteht (Fang et al., 2022, Ludwig, 2020).

Eine essenzielle Verantwortung im Umgang mit insultbedingter Dysphagie trägt das **Pflegepersonal**. Diese Berufsgruppe verbringt einen Großteil des Tages in der Betreuung mit Patient*innen. Daher muss sie dazu befähigt werden, ihr Wissen zu erweitern, um eine Dysphagie zeitnah und sicher zu erkennen, um entsprechende Maßnahmen zu setzen bzw. im interprofessionellen Team weiterzuleiten (Fang et al., 2022, Ludwig, 2020). Durch das frühzeitige Erkennen einer Dysphagie und durch die Anwendung eines Screening-Tools kann das Pflegepersonal dazu beitragen, eine Dysphagie rechtzeitig zu erkennen und somit Komplikationen zu vermeiden. Die Aufgaben der einzelnen Disziplinen bei Patient*innen mit Dysphagie sind oft sehr unterschiedlich. Dennoch stellen die regelmäßige Kommunikation zwischen den Professionen und ein gemeinsamer Behandlungsplan eine Schlüsselrolle für eine erfolgreiche und patient*innenorientierte Versorgung dar (McGinnis et al., 2019).

1.4 Theoretischer Rahmen

Als theoretischer Bezugsrahmen wurde das Framework für *Action on Interprofessional Education and Collaborative Practice* gewählt, welches von der WHO erstmals im Jahr 2010 entwickelt wurde. Dies hat unter anderem zum Ziel, die Teamarbeit und die kollaborative Praxis in Gesundheitseinrichtungen zu fördern (World Health Organization, 2010).

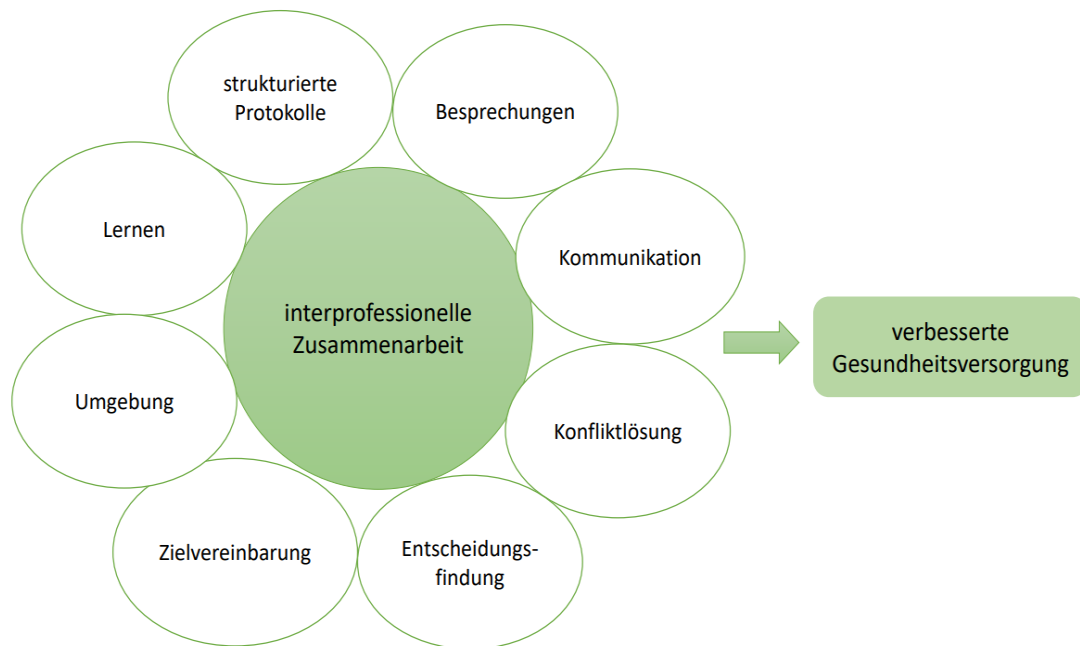


Abbildung 1: Maßnahmen zur Förderung einer kollaborativen Praxis in Anlehnung an WHO (2010) (eigene Darstellung)

Wie in Abbildung 1 dargestellt, beleuchtet das Framework für *Action on Interprofessional Education and Collaborative Practice* den aktuellen Stand der interprofessionellen Zusammenarbeit weltweit, zeigt unterschiedliche Faktoren auf, welche eine erfolgreiche interprofessionelle Zusammenarbeit ausmachen und skizziert eine Reihe von Strategien und Maßnahmen, welche im Gesundheitssystem zur Anwendung kommen könnten. Dazu gehören beispielsweise die Schaffung von interprofessionellen Teams und die Verbesserung der Kommunikation zwischen den verschiedenen Gesundheitsberufen (World Health Organization, 2010).

Um diese kollaborative Praxis effektiv zu fördern, müssen unter anderem Möglichkeiten zur gemeinsamen Entscheidungsfindung in Form von regelmäßigen Team Sitzungen abgehalten werden. Auch ist das Erlernen effektiver Kommunikations-

strategien entscheidend für eine gute Konfliktlösung und Schaffung einer guten Arbeitskultur. Weiteres spielen bauliche Faktoren sowie die Gestaltung von Räumlichkeiten in Gesundheitseinrichtungen für das psychische und physische Wohlbefinden eine wichtige Rolle (World Health Organization, 2010).

Das Framework für *Action on Interprofessional Education and Collaborative Practice* bietet einen guten Überblick und zeigt unterschiedliche Handlungsbereiche, welche für die Förderung und Stärkung der interprofessionellen Zusammenarbeit von Bedeutung sind. Diese Maßnahmen sollen als Grundlage für das Scoping Review herangezogen werden und dazu dienen, das Verständnis und die Förderung der interprofessionellen Zusammenarbeit zwischen den Gesundheitsprofessionen zu stärken und dadurch die Qualität der Patient*innenversorgung zu verbessern. Ebenso soll das Framework als Leitfaden dienen, um das Scoping Review in einen breiteren Kontext zu Förderungen der interprofessionellen Zusammenarbeit zu stellen. Um mögliche Handlungsempfehlungen für die Praxis abzuleiten, sollen die Ergebnisse dieses Scoping Reviews im Anschluss den Zielen und Maßnahmen des Frameworks zugeordnet werden.

1.5 Relevanz, Forschungslücke und Forschungsfragen

Die Dysphagie erweist sich als eine herausfordernde Problematik bei Patient*innen mit der Diagnose Insult. Das Management dieser Patient*innen erfolgt in der Praxis durch eine interprofessionelle Herangehensweise (Fang et al., 2022). Daher ist es wichtig, dass alle Professionen des interprofessionellen Teams sowohl mit der Erkennung und Beurteilung als auch mit der Behandlung und Betreuung einer Dysphagie vertraut sind, um entsprechende Maßnahmen in der Praxis anwenden zu können (McGinnis et al., 2019).

Nach einer Vorabrecherche in PubMed konnte weder ein systematisches Review noch ein Scoping Review gefunden werden, welches einen Überblick über das interprofessionelle Dysphagie-Management bei Menschen mit Insult geben. Es wurden lediglich einige systematische Reviews aus der Literatur erfasst, welche sich mit den Rollen des interprofessionellen Teams bei Patient*innen mit Insult oder dem interprofessionellen Management von Dysphagie infolge anderer Erkrankungen auseinandersetzen. Des Weiteren wurden einzelne Literaturarbeiten

identifiziert, welche sich allein mit pflegerischen oder therapeutischen Interventionen, wie beispielsweise der Anwendung von Atemmuskeltraining, Elektrostimulation, Akupunktur oder Mundhygiene zur Verringerung einer Aspirationspneumonie bei Patient*innen mit insultbedingter Dysphagie, beschäftigen.

Es ist essenziell, die interprofessionelle Herangehensweise an das Management von Dysphagie bei Schlaganfallpatient*innen aus der Literatur zu erfassen. Wie bereits erwähnt, kann durch eine interprofessionelle Zusammenarbeit und durch die gezielte Nutzung des kollektiven Wissens und der speziellen Fähigkeiten der Gesundheitsprofessionen eine umfassende und ganzheitliche Versorgung der Patient*innen mit Insult (Clarke and Forster, 2015) und Dysphagie (McGinnis et al., 2019) gewährleistet werden. Die Leitlinie von Dziewas et al. (2021), basierend auf den Grundlagen der europäischen Schlaganfallgesellschaft, verfolgt mehrere Ziele. Erstens sollen alle Professionen im interprofessionellen Team auf das Dysphagie-Management bei Patient*innen mit Insult geschult werden. Weiters zielt sie darauf ab, mögliche Komplikationen zu vermeiden und die Schluckfunktion der Betroffenen zu verbessern. In dieser Leitlinie wird deutlich, dass die wissenschaftliche Literatur zu dieser Thematik begrenzt und mehr Forschung in diesem Bereich notwendig ist, um bessere Empfehlungen für die Praxis zu generieren. Ein wichtiger Schritt dazu ist die Erstellung eines umfassenden Überblicks über das interprofessionelle Dysphagie-Management bei Patient*innen mit Insult. Dies könnte auch dazu beitragen, die Versorgung von Patient*innen mit insultbedingter Dysphagie erheblich zu verbessern und die Lebensqualität zu steigern.

Das Ziel dieser Arbeit ist es daher aufzuzeigen, welche Maßnahmen im interprofessionellen Team bei Menschen mit insultbedingter Dysphagie gesetzt werden können und wie nachfolgend eine Verbesserung der interprofessionellen Zusammenarbeit erzielt werden kann.

Daraus ergeben sich zwei Fragestellungen:

1. Was ist aus der Literatur über das interprofessionelle Dysphagie-Management bei Patient*innen mit Insult bekannt?
2. Welche Maßnahmen können gesetzt werden, um das interprofessionelle Dysphagie-Management bei Patient*innen mit Insult zu verbessern?

2 Methode

Im Rahmen der Masterarbeit wurde zur Beantwortung der Forschungsfragen ein Scoping Review gewählt. Diese Form des Forschungsdesigns ist eine geeignete Methode, um eine aktuelle Bestandsaufnahme zum interprofessionellen Dysphagie-Management bei Patient*innen mit Insult aus der Literatur zu erfassen. Die methodische Vorgehensweise basiert auf der vom *Joanna Briggs Institute* (JBI) publizierten Anleitung zur Erstellung eines Scoping Reviews von Peters et al. (2020).

2.1 Forschungsdesign

Scoping Reviews dienen dazu, breite Forschungsfragen für die evidenzbasierte Praxis zu untersuchen sowie Schlüsselkonzepte eines Forschungsbereichs abzubilden und zusammenzufassen. Ebenso können Lücken im Wissensbestand der aktuellen Forschungsliteratur identifiziert und eine vorläufige Übersicht zu einer bestimmten Thematik gegeben werden (von Elm et al., 2019). Das Scoping Review ist ein Ansatz zur Evidenzsynthese, mit dem Ziel festzustellen, welche Art und welcher Umfang von Evidenz zur Thematik in der Literatur verfügbar ist. Weiters ist es eine Methode, um den Wissensstand der erfassten Erkenntnisse zu erweitern und Grundlagen für zukünftige Forschungsarbeiten zu schaffen (Peters et al., 2020). Zudem erlaubt es verschiedene Arten von Studiendesigns zu inkludieren, unabhängig von ihrer Qualität und die Anwendung einer beschränkten Nutzung von Limitationen, um keine relevante Literatur zu übersehen und nachfolgend umfassende Ergebnisse zu erzielen (von Elm et al., 2019).

2.2 Schlüsselkonzepte

Peters et al. (2020) und von Elm et al. (2019) empfehlen die Anwendung des sogenannten „Population-, Concept-, Context-Akronyms“ (PCC) zur Formulierung der breit gestellten Forschungsfrage. Diese Kriterien umfassen unter anderem die für die Fragestellung relevante Population sowie das Kernkonzept, das im Review untersucht wird. Der Begriff Kontext kann je nach Fragestellung variieren und sowohl Besonderheiten des Settings als auch spezifische soziale, kulturelle oder geschlechtsspezifische Faktoren umfassen (Peters et al., 2020, von Elm et al.,

2019). Vorab wurden die Schlüsselwörter dieser Masterarbeit anhand des PCC-Akronyms dargestellt, um im Anschluss die Forschungsfragen zu formulieren. Als Population wurden Patient*innen mit der Diagnose Insult definiert. Das Dysphagie-Management wird dem Kernkonzept zugeordnet und der Begriff Kontext umfasst den Faktor Interprofessionalität.

2.3 Literaturrecherche

Die zur Beantwortung der Forschungsfragen benötigte Literaturrecherche fand in den internationalen Datenbanken Cumulative Index for Nursing and Allied Health Literature (CINAHL), Public Medical Literature Online (PubMed), Cochrane Central Register of Controlled Trials und Embase via Ovid statt. Ebenso wurde eine Literatursuche mittels Handsuche in den ersten zehn Seiten der Suchmaschine Google-Scholar durchgeführt sowie in den Referenzlisten der eingeschlossenen Studien nach dem Volltextscreening, um keine wissenschaftlich relevante Literatur zu übersehen. Die Literaturrecherche erstreckte sich über den Zeitraum zwischen April und Juni 2023.

2.4 Suchstrategie

Um die Literaturrecherche effizient zu gestalten, wurden zu Beginn die Hauptkonzepte „Insult“, „Dysphagie-Management“ und „Interprofessionalität“ anhand des PCC-Akronyms definiert. Nachfolgend wurden englische Synonyme den genannten Schlüsselwörtern zugeordnet, wobei „Dysphagie“ und „Management“ bei der Entwicklung der Suchstrategie als separate Wörter betrachtet wurden, um nachfolgend die Suchstrategie zu konkretisieren. Zudem erfolgte die Verknüpfung der Schlüsselwörter mit den Boole'schen Operator „AND“ und die passenden englische Synonyme dazu wurden mit dem Operator „OR“ versehen. Durch die Kombination dieser Operatoren konnte die Suche präzisiert und auf relevante Studien fokussiert werden. Darüber hinaus wurde in den Datenbanken nach „Medical Subject Headings“ (MeSH-Terms) und „Medical Headings“ (MH) zu den Begriffen „stroke“, „dysphagia“ und „health profession“ recherchiert, um die Treffermenge zu erweitern und eine breitere Auswahl an Suchbegriffen und Synonymen in der Literaturrecherche miteinbeziehen zu können. Ebenso wurden, um den Suchumfang

zu erweitern und unterschiedliche Variationen eines Begriffs abzudecken, Trunkierungen (*) hinzugefügt.

Die Empfehlungen von Peters et al. (2020) und von Elm et al. (2019) besagen, dass die Verwendung von Limitationen in der Literaturrecherche bei einem Scoping Review begrenzt oder sogar darauf verzichtet werden sollte. Es wurde auf die Einbeziehung von Limitationen in dieser Suche verzichtet. Durch das Hinzufügen des Filters „Title/Abstract“ bei den definierten Synonymen wurden nur Artikel angezeigt, in denen der Suchbegriff in diesen spezifischen Bereichen vorkommt. Dies ermöglichte der Autorin, die Suche auf relevante Studien zu fokussieren und dadurch die Ergebnisse zu präzisieren. Die Darstellung der Suchstrategie in der Datenbank PubMed, inklusive Verwendung von Synonymen, Trunkierungen und MeSH-Terms ist in nachfolgender Tabelle 1 veranschaulicht. Die Suchprotokolle für alle weiteren Datenbanken sind dem Anhang zu entnehmen.

Tabelle 1: Suchstrategie PubMed

Schlüsselwörter	
Stroke	("stroke"[Mesh] OR ("stroke"[Title/Abstract] OR ("apoplex"[Title/Abstract]))) AND
Dysphagie	("deglutition disorders"[Mesh] OR ("deglutition disorder"[Title/Abstract] OR "dysphagia"[Title/Abstract] OR ("swallow"[Title/Abstract]))) AND
Management	("intervention"[Title/Abstract] OR "care"[Title/Abstract] OR "diagnos"[Title/Abstract] OR "therap"[Title/Abstract] OR "treatment"[Title/Abstract] OR manag*[Title/Abstract]) AND
Interprofessionalität	((("multidisciplinar"[Title/Abstract] OR "multiprofession"[Title/Abstract] OR "interdisziplinär"[Title/Abstract] OR "interprofession"[Title/Abstract]) OR ("health care profession"[Title/Abstract] OR "collab"[Title/Abstract] OR "health occupations"[Mesh]))

Um sicherzustellen, dass keine relevanten Studien übersehen wurden und um eine breitere Auswahl an Ergebnissen zu erzielen, wurde der Suchstring um den MeSH-Term „health occupations“ erweitert. Dieser MeSH-Term berücksichtigt alle Gesundheitsprofessionen, welche für das interprofessionelle Dysphagie-Management relevant sind.

2.5 Ein- und Ausschlusskriterien

Vorab wurden Ein- und Ausschlusskriterien für die Auswahl der relevanten Studien definiert. Wie nachfolgend in Tabelle 2 ersichtlich, beziehen sich die Ein- und Ausschlusskriterien auf die Population, das Konzept, den Kontext und die Art der Literatur. Bei der Auswahl der Kriterien wurde bewusst auf die Definition des Settings verzichtet, um eine breitere Auswahl von Studien zu identifizieren und ein umfassenderes Verständnis der Thematik zu ermöglichen. Eingeschlossen wurden nur Patient*innen mit einer Dysphagie in Folge eines Insults. Studien, welche das Konzept des Dysphagie-Managements untersuchten, wurden inkludiert. Darunter werden folgende Maßnahmen verstanden:

- individuelle Behandlungspläne
- Maßnahmen zur Diagnostik und Beurteilung
- Maßnahmen zur Therapie und Intervention
- Schulung, Beratung und Anleitung

Wenn Studien den Kontext der Interprofessionalität beleuchteten und das interprofessionelle Team aus mindestens zwei Professionen bestand, wurden diese für das Scoping Review herangezogen. Diese Interventionen umfassten nicht nur alle Maßnahmen, welche direkt an und mit den Patient*innen durchgeführt wurden, sondern auch jene Maßnahmen, welche sich auf Anleitung und Schulung im interprofessionellen Team konzentrierten. Gemäß den Empfehlungen von Peters et al. (2020) und von Elm et al. (2019) kann ein Scoping Review verschiedene Arten von Literaturquellen einschließen, wie beispielsweise Clinical Practice Guidelines, Reviews, Leitlinien etc. Es liegt jedoch im Ermessen der Autor*innen, bestimmte Einschränkungen vorzunehmen, um die geeignetsten Quellen für ihr Scoping Review zu identifizieren (Peters et al., 2020, von Elm et al., 2019). Da das Ziel dieses Scoping Reviews eine Bestandsaufnahme von Primärstudien zum interprofession-

nellen Dysphagie-Management bei Patient*innen mit Insult aus der Literatur ist und um nachfolgend den Umfang des Scoping Reviews zu begrenzen, wurden nur quantitative und qualitative Primärstudien in die Analyse miteinbezogen.

Tabelle 2: Ein- und Ausschlusskriterien (eigene Darstellung)

	Einschlusskriterien	Ausschlusskriterien
Population	Personen mit insultbedingter Dysphagie	
Konzept	Dysphagie-Management	
Kontext	Interprofessionalität (mind. zwei Professionen arbeiten zusammen, unabhängig vom Zeitpunkt)	
Art der Literatur	qualitative und quantitative Primärstudien	Reviews

2.6 Literatúrauswahl

Nach Anwendung der Suchstrategie wurde mittels des Literaturverwaltungsprogrammes Endnote die Literatur archiviert, geordnet und entsprechende Duplikate entfernt. Durch das Lesen des Titels sowie des Abstracts der identifizierten Studien konnte eine Erstauswahl getroffen werden. Im Titel- und Abstractscreening wurde ebenso die inhaltliche Relevanz entsprechend den vorab beschriebenen Ein- und Ausschlusskriterien überprüft. Im Anschluss wurde ein systematisches Volltextscreening bei 25 Studien durchgeführt, wobei zwölf Studien die Einschlusskriterien nicht erfüllten. Durch das Screening auf Volltext erwiesen sich 13 Studien als passend zur Beantwortung der Forschungsfragen. Eine weitere Studie wurde per Handsuche in den Referenzlisten dieser eingeschlossenen Studien identifiziert. Insgesamt wurden 14 Primärstudien für das Scoping Review ausgewählt. Das detaillierte Literatúrauswahlverfahren unter Verwendung der *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA)* nach Page et al. (2021) wird anhand des Flussdiagrammes in Abbildung 2 beschrieben.

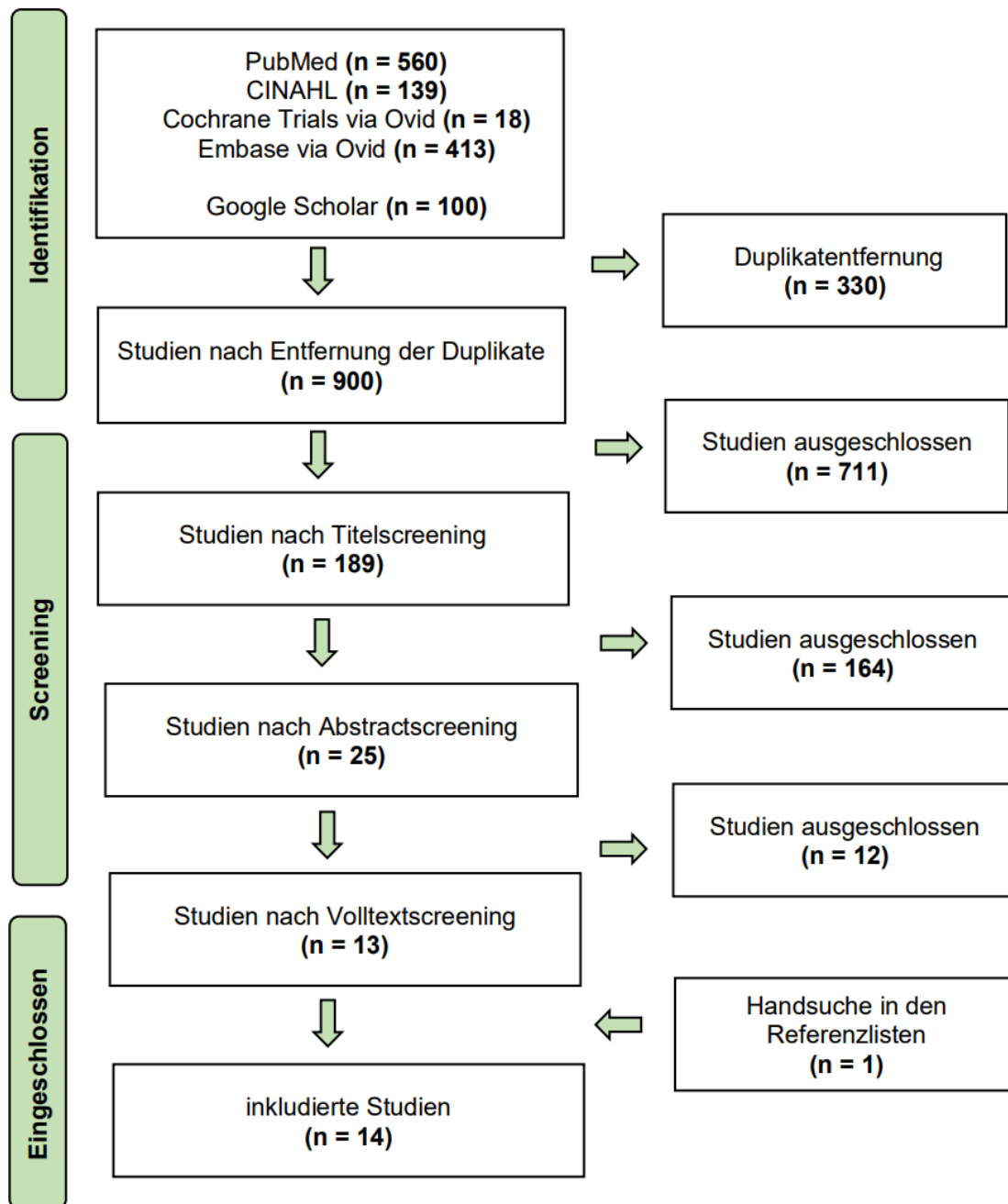


Abbildung 2: Flussdiagramm der Suchstrategie in Anlehnung an (Page et al., 2021)
(eigene Darstellung)

2.7 Datenextraktion

Die Datenextraktion wurde am Beispiel von Peters et al. (2020) vorgenommen und anhand einer Tabelle narrativ im Ergebnissteil dargestellt. Der Prozess der Datenextraktion und Synthese der Ergebnisse beinhaltete die systematische Erfassung und Zusammenfassung der Informationen aus den identifizierten Studien, um nachfolgend einen umfassenden Überblick über die Thematik zu gewinnen. Es wurden nur jene Ergebnisse der jeweiligen Primärstudien extrahiert und analysiert, welche sich mit dem interprofessionellen Dysphagie-Management beschäftigten. Diese spezifischen Daten, welche extrahiert wurden, richteten sich an die zuvor definierten Fragestellungen und der Zielsetzung des Scoping Reviews. Es wurde ein *Template* von der Autorin mit den Kategorien „Autor*in/Jahr“, „Design/Ziel“, „Setting/Land“ und „Population“ entwickelt, um eine strukturierte und standardisierte Datenextraktion zu gewährleisten. Dies wird zu Beginn des Ergebnisteils präsentiert.

3 Ergebnisse

Die nachfolgende Aufbereitung und Gliederung der Resultate des Scoping Reviews orientieren sich an der Definition des Dysphagie-Managements (Smithard, 2016), welche in der Einleitung bereits beschrieben wurde.

3.1 Charakteristika der eingeschlossenen Studien

Durch die Literaturrecherche konnten 14, für die Beantwortung der Forschungsfragen relevante Studien, identifiziert werden. Diese bestehen aus zwei quantitativen Kohortenstudien (Gandolfi et al., 2014, Nakamori et al., 2021), drei randomisiert kontrollierten Studien (RCT) (Ai et al., 2022, Drury et al., 2014, Guillén-Solà et al., 2017), zwei qualitativen Studien (Barker et al., 2019, Barnard et al., 2022), zwei retrospektiven Surveys (Carlsson et al., 2010, Pöder et al., 2015) und jeweils einer Mixed-Methods-Studie (Daniels et al., 2013), Interventionsstudie (Palli et al., 2017), Fall-Kontroll-Studie (Zheng et al., 2014), Quasi-experimentellen Untersuchung (Aoki et al., 2016) und Querschnittsstudie (Pierpoint and Pillay, 2020). Die eingeschlossenen Primärstudien wurden im Zeitraum zwischen 2010 und 2022 veröffentlicht und fanden im Setting Krankenhaus statt. Eine detaillierte Darstellung der Studiencharakteristika ist in nachfolgender Tabelle 3 zu finden.

Tabelle 3: Studiencharakteristika der eingeschlossenen Studien (eigene Darstellung)

Autor*in und Jahr	Design und Ziel	Setting und Land	Population
Ai et al. (2022)	RCT: Beurteilung der Effektivität einer interprofessionellen Pflege bei Patient*innen mit Insult auf das Dysphagie-Management	Krankenhaus in China	200 Patient*innen IG: n = 100, KG: n = 100
Aoki et al. (2016)	Quasi-Experimentelle Studie: Einfluss eines interprofessionellen Teams auf <i>post stroke</i> Dysphagie	Krankenhaus in Japan	305 Patient*innen IG: n = 173, KG: n = 132
Barker et al. (2019)	Qualitative Deskriptive Studie: Untersuchung der Wahrnehmung von förderlichen und hinderlichen Faktoren bei der Implementierung von Wasserschluck-Screenings bei <i>post stroke</i> Dysphagie	3 Schlaganfallstationen in Australien	9 PP, 8 Logopäd*innen, 5 Ärzt*innen, 4 Diätolog*innen
Barnard et al. (2022)	Ethnografie: Untersuchung des Informationsaustauschs zum Dysphagie-Management zwischen Logopäd*innen und PP bei <i>post stroke</i> Dysphagie	3 Schlaganfallstationen in England	57 PP, 16 Logopäd*innen
Carlsson et al. (2010)	Retrospektive Survey: Beschreibung von interprofessionellen Aussagen aus Patient*innenakten mit Insult in Bezug auf Dysphagie	Krankenhaus in Schweden	59 Patient*innenakten
Daniels et al. (2013)	Mixed-Methods Studie: Implementierung eines Dysphagie-Screenings und die Einhaltung des PP, um hinderliche und förderliche Faktoren bei der Durchführung zu identifizieren	Schlaganfall-notaufnahme in USA	Vorher-/Nachherdesign mit 278 Patient*innen, halbstrukturierte Interviews mit 8 PP
Drury et al. (2014)	RCT: Untersuchung der Auswirkungen des Effektes eines interprofessionellen Protokolls auf das Dysphagie-Management bei Patient*innen mit Insult	19 Schlaganfallstationen in Australien	1804 Patient*innen Pretest: n = 718; Posttest: IG: n = 603, KG: n = 483

Gandolfi et al. (2014)	Retrospektive Kohortenstudie: Auswirkungen eines standardisierten interprofessionellen Protokolls auf die klinischen Ergebnisse bei Patient*innen mit <i>post stroke</i> Dysphagie	Krankenhaus in Italien	84 Patient*innen B+: n = 39, B-: n = 45
Guillén-Solà et al. (2017)	RCT: Evaluierung der Wirksamkeit von inspiratorisch-expiratorischem Muskeltraining und neuromuskulärer Elektrostimulation zur Verbesserung der Dysphagie nach Insult	Krankenhaus in Spanien	62 Patient*innen IG 1: n = 21, IG 2: n = 20, KG: n = 21
Nakamori et al. (2021)	Prospektive Kohortenstudie: Auswirkungen des Zungendrucks auf die Beurteilung der Ernährungsform bei <i>post stroke</i> Dysphagie	Krankenhaus in Japan	80 Patient*innen
Palli et al. (2017)	Interventionsstudie: Auswirkungen eines frühzeitigen Dysphagie-Screenings durch geschultes PP auf die Pneumonieraten bei Patient*innen mit Insult	Krankenhaus in Österreich	384 Patient*innen IG: n = 186, KG: n = 198
Pierpoint and Pillay (2020)	Deskriptive Querschnittsstudie: Untersuchung der Identifizierung von Dysphagie und Management von <i>post stroke</i> Dysphagie durch PP und Ärzt*innen	Krankenhaus in Südafrika	21 PP, 4 Ärzt*innen
Pöder et al. (2015)	Retrospektive Survey: Vergleich der Pflegedokumentation vor und nach der Einführung eines interprofessionellen Pflegeplans auf die Verbesserung der Dokumentation bei <i>post stroke</i> Dysphagie	Krankenhaus in Schweden	120 Patient*innen
Zheng et al. (2014)	Fall-Kontroll-Studie: Untersuchung der Auswirkungen von individualisierten interprofessionellen Rehabilitationsmaßnahmen auf <i>post stroke</i> Dysphagie	Krankenhaus in China	88 Patient*innen IG: n = 44, KG: n = 44
Abkürzungen: IG = Interventionsgruppe; KG = Kontrollgruppe; PP = Pflegepersonen; B = interprofessionelles Behandlungsprotokoll			

3.2 Risikoerfassung einer insultbedingten Dysphagie

Auf Grundlage der ausgewählten Studien konnten unterschiedliche Screening-Tools wie der *Gugging Swallowing Screen* (GUSS) (Palli et al., 2017), sechs Wasserschluck-Screenings (Ai et al., 2022, Aoki et al., 2016, Barker et al., 2019, Drury et al., 2014, Gandolfi et al., 2014, Zheng et al., 2014) sowie die Anwendung von anderen herkömmlichen Schluck-Screening-Tools, deren genaue Bezeichnung nicht erwähnt wurde (Daniels et al., 2013, Pierpoint and Pillay, 2020), zur Erfassung des Risikos einer insultbedingten Dysphagie identifiziert werden. Diese Risikoerfassung ist ein entscheidender Faktor, da eine frühzeitige Erkennung und Behandlung einer Dysphagie das Risiko von Komplikationen reduzieren (Palli et al., 2017) und die gesundheitlichen Ergebnisse der Patient*innen verbessern kann (Daniels et al., 2013).

Die Interventionsstudie von Palli et al. (2017) beschäftigte sich mit den Auswirkungen eines frühzeitigen Dysphagie-Screenings durch geschultes Pflegepersonal auf die Pneumonieraten, den Zeitpunkt bis zur Anwendung eines Dysphagie-Screenings und die Krankenhausverweildauer bei Patient*innen mit Insult. Es wurde in der Kontrollgruppe ein *pretest* mit 198 Patient*innen und in der Interventionsgruppe ein *posttest* mit 186 Patient*innen in einem zuvor definierten Zeitraum in einem neurologischen Krankenhaus in Österreich durchgeführt. Dabei erhielten die Patient*innen in der Kontrollgruppe ausschließlich ein Dysphagie-Screening durch die Logopädie. In der Interventionsgruppe hingegen erfolgte vorab eine Schulung der Pflegepersonen in der Anwendung eines formellen Dysphagie-Screenings mit dem Instrument GUSS. Die GUSS-Schulung der Pflegepersonen bestand aus einem praktischen und theoretischen Teil und wurde durch erfahrene Logopäd*innen und einer *Advanced Practice Nurse* (APN) durchgeführt. Somit konnte auch außerhalb der regulären Arbeitszeiten der Logopädie eine Risikoerfassung einer insultbedingten Dysphagie seitens des Pflegepersonals stattfinden. Dabei wurde aufgezeigt, dass sich sowohl die Zeit bis zur Durchführung eines Dysphagie-Screenings ($p = 0,001$) als auch die Krankenhausverweildauer ($p = 0,033$) signifikant reduzierte. Zudem hatte diese Personengruppe ein signifikant geringeres Risiko für das Auftreten einer Pneumonie ($p = 0,004$).

Die deskriptive Querschnittsstudie von Pierpoint and Pillay (2020) untersuchte mittels Fragebogenerhebung die Vorgehensweise von vier Ärzt*innen und 21 Pflegepersonen bei der Identifizierung und anschließendem Management einer insultbedingten Dysphagie. 75 % der Ärzt*innen und 89 % der Pflegepersonen erkannten eine Dysphagie durch die Anwendung eines informellen Screening-Tools durch einfache Beobachtung, wie Veränderung der Stimme oder Austritt von Speichel aus dem Mund während der Flüssigkeits- und Nahrungsaufnahme. Dennoch nutzten 86 % der gesamten Teilnehmer*innen kein formelles Screening-Tool zur Identifizierung einer Dysphagie. Dies wäre laut den Autor*innen dieser Untersuchung auf das mangelnde Bewusstsein für verfügbare formelle Screening-Tools zur Identifizierung einer Dysphagie und deren Vorteile zurückzuführen.

3.2.1 Förderliche und hinderliche Faktoren bei der Implementierung von Dysphagie-Screenings

Barker et al. (2019) haben mithilfe einer qualitativen deskriptiven Studie förderliche und hinderliche Faktoren bei der Implementierung von Wasserschluck-Screenings identifiziert. Hierfür wurden Pflegepersonen, Logopäd*innen, Ärzt*innen und Diätolog*innen interviewt. Das Ziel der Studie war es, ein besseres Verständnis dafür zu entwickeln, welche Faktoren die erfolgreiche Anwendung von Wasserschluck-Screenings zur Unterstützung der Flüssigkeitsaufnahme bei Schlaganfallpatient*innen beeinflussen. Zu den förderlichen Faktoren in der Umsetzung von Wasserschluck-Screenings würden unter anderem ein besseres Verständnis über die Vorteile des Screening-Tools sowie regelmäßige Schulungen und Fortbildungen zur Verbesserung der Fähigkeiten in der Umsetzung dienen. Zudem wäre eine gute Kommunikation innerhalb des interprofessionellen Teams sowie die klare Festlegung von Richtlinien und Protokollen für die Umsetzung der Dysphagie-Screenings förderlich. Auch würden tägliche kurze Besprechungen im interprofessionellen Team unterstützend wirken. Als hinderliche Faktoren bei der Implementierung von Wasserschluck-Screenings wurden fehlendes Wissen, mangelnde Fähigkeiten und fehlende zeitliche Ressourcen seitens der Professionen in der Umsetzung eines Screening-Tools identifiziert. Weiters erhöhe die Anwendung von Wasserschluck-Screenings die Arbeitsbelastung der Pflegepersonen und immer wechselndes Personal wirke sich negativ auf die

Effizienz der Umsetzung aus. Die interviewten Professionen betonten oft, dass Logopäd*innen aufgrund ihrer zentralen Rolle in der Behandlung von Dysphagie, die Schlüsselpersonen für die Implementierung von Wasserschluck-Screenings darstellen. Einige Teilnehmer*innen betrachteten jedoch diese Perspektive als einen hinderlichen Faktor für die Umsetzung. Denn diese sollte einen interprofessionellen Ansatz erfordern und nicht allein auf eine Profession beschränkt sein.

Ziel der Mixed-Methods Studie von Daniels et al. (2013) war die Implementierung eines allgemeinen Schluck-Screening-Tools einschließlich einer Wasserschluck-Komponente, welches von Pflegepersonen in einer Notaufnahme durchgeführt werden sollte. Vorab erfolgte die Planung der Umsetzung im interprofessionellen Team durch Logopäd*innen und Pflegepersonen. Im Anschluss an die Durchführung wurden Interviews mit den Pflegepersonen zu den hinderlichen Faktoren geführt, um ferner Strategien zur Verbesserung der Umsetzung des Schluck-Screening-Tools zu entwickeln. Zu den Hindernissen zählten die fehlenden zeitlichen Ressourcen in der Anwendung und die anschließende Dokumentation der Screening Ergebnisse, Schwierigkeiten, sich während der Durchführung des Schluck-Screening-Tools an die korrekte Vorgehensweise zu erinnern und die ungenaue Interpretation der einzelnen Screening-Items. Ein Beispiel hierfür war die Verwechslung des Items „Schläfrigkeit“ mit der Bewertung der „Orientierung“. Die anschließende Entwicklung von Umsetzungsstrategien wurde von unterschiedlichen Themen begleitet. Erstens stand die Notwendigkeit im Vordergrund, umfassendere Aufklärungs- sowie Schulungsangebote über Dysphagie und evidenzbasierte Schluck-Screening-Tools zu ermöglichen. Als zweiten Punkt wurde die Gestaltung von effizienteren Abläufen zur Umsetzung und Auswertung des Schluck-Screening-Tools hervorgehoben. Weiters wurde beleuchtet, dass die Zusammenarbeit und Kommunikation im interprofessionellen Team eine entscheidende Rolle in diesem Entwicklungsprozess darstellt.

Laut Barker et al. (2019) und Daniels et al. (2013) können die genannten Einflussfaktoren jedoch je nach Situation und Umfeld variieren. Eine erfolgreiche Implementierung von Dysphagie-Screenings erfordert stets die Berücksichtigung und Bewältigung sowohl förderlicher als auch hinderlicher Faktoren im interprofessionellen Team im Gesundheitswesen. Durch die Implementierung

eines Screening-Tools konnte sowohl in der Interventionsstudie von Palli et al. (2017) als auch in der Mixed-Methods Studie von Daniels et al. (2013) eine signifikante Steigerung der durchgeführten Screenings verzeichnet werden. Gleichzeitig konnte sich die Zeit bis zur Durchführung eines Dysphagie-Screenings signifikant reduzieren (Palli et al., 2017).

3.3 Maßnahmen im interprofessionellen Team

Sechs der inkludierten Studien haben sich intensiv mit einer Vielzahl von Maßnahmen beschäftigt, welche im interprofessionellen Team angewendet werden können und zur Behandlung einer insultbedingten Dysphagie dienen. Diese werden am Ende des Kapitels in Abbildung 3 grafisch veranschaulicht.

In der RCT von Ai et al. (2022) erhielten insgesamt 100 Partizipant*innen mit einer insultbedingten Dysphagie in der Interventionsgruppe eine interprofessionelle Versorgung und 100 Partizipant*innen in der Kontrollgruppe eine Standardversorgung. Zu Beginn wurde ein interprofessionelles Team, bestehend aus Ärzt*innen, Psycholog*innen und Physiotherapeut*innen gebildet, welches unter anderem die Schluckfunktion mittels eines Wasserschluck-Screenings und den psychischen Zustand der Patient*innen beurteilte. Eine weitere Aufgabe war die Schulung der Pflegepersonen auf die korrekte Anwendung von diversen Schluckübungen, wie das Schlucken von Luft, das Training der Glottisfunktion und Übungen zur Stärkung der Schluckmuskulatur. Durch die interprofessionelle Versorgung kam es in der Interventionsgruppe zu einer signifikanten Verringerung in der Inzidenz von einer Dysphagie ($p < 0,001$) sowie das Auftreten von Aspirationspneumonien ($p < 0,009$).

Zu ähnlichen Ergebnissen bezüglich dem Einfluss eines interprofessionellen Teams auf eine insultbedingte Dysphagie kamen Aoki et al. (2016) in ihrer quasi-experimentellen Untersuchung. Mit einer Stichprobengröße von 305 Patient*innen machten sich die Autor*innen zu zwei unterschiedlichen Zeitpunkten den Effekt von etwaigen interprofessionellen Maßnahmen auf die Häufigkeit des Auftretens einer Pneumonie zum Untersuchungsgegenstand. In der Vorperiode wurden 132 Partizipant*innen rekrutiert. Anschließend wurde ein interprofessionelles Dysphagie-Team eingeführt, bestehend aus neun Professionen (Ärzt*innen,

Zahnärzt*innen, Pflegepersonen, Physiotherapeut*innen, Ergotherapeut*innen, Logopäd*innen, Diätolog*innen, Apotheker*innen und Zahnhygienefachkräfte). In der zweiten Phase, in der Nachperiode, erfolgte die Analyse mit 173 Teilnehmer*innen. Die Interventionen des interprofessionellen Teams umfassten unter anderem die ärztliche Untersuchung vorab, inklusive radiologischer Untersuchungen sowie die Erhebung von bestimmten Laborparametern und Vorerkrankungen. Um den Unterschied zwischen den zwei Zeiträumen zu erfassen, wurden die Häufigkeiten der durchgeführten professionellen Mundpflege durch Zahnärzt*innen oder Zahnhygienefachkräfte und die Anzahl der Schluckuntersuchungen (videoendoskopisch oder videofluoroskopisch) ausgewertet. Ein weiterer Faktor bestand darin, dass durch das Hinzuziehen von Diätolog*innen spezielle konsistenzadaptierte Nahrung und Flüssigkeiten für die Patient*innen bereitgestellt wurde. Zudem kam es zu einer Verbesserung der Körperhaltung bei den Mahlzeiten durch die Physiotherapie und Ergotherapie. Darüber hinaus ermöglichte die Implementierung eines interprofessionellen Dysphagie-Teams eine reibungslose Kommunikation zwischen den unterschiedlichen Professionen. Dadurch konnten umfassende Informationen über die Patient*innen bereits bei der Aufnahme ausgetauscht werden und es kam zu einer signifikanten Verringerung in der Häufigkeit des Auftretens einer Pneumonie ($p = 0,01$).

In der RCT von Guillén-Solà et al. (2017) wurden die Patient*innen in den beiden Interventionsgruppen (IG) mit je 21 (IG 1) und 20 Teilnehmer*innen (IG 2) regelmäßigen Einheiten mit Physiotherapie, Ergotherapie und Logopädie unterzogen. Das interprofessionelle Rehabilitationsprogramm zielte auf spezifische Beeinträchtigungen der Mobilität, den Aktivitäten des täglichen Lebens, des Schluckens und der Kommunikationsfähigkeit ab. Die Einheiten enthielten eine Standard-Schlucktherapie, inspiratorisch-expiratorisches Muskeltraining und neuromuskuläre Elektrostimulation. 21 Teilnehmer*innen in der Kontrollgruppe erhielten lediglich eine Standard-Schlucktherapie, welche aus einer pädagogischen Intervention zur Verbesserung des Selbstmanagements der Dysphagie und zum Schutz der Atemwege und Übungen zur Stärkung der Schluckmuskulatur bestand. Nach dem dreiwöchigen interprofessionellen Rehabilitationsprogramm kam es zu einer signifikanten Verbesserung der Schlucksicherheit in beiden Interventions-

gruppen im Vergleich zur Kontrollgruppe (IG 1: $p = 0.011$; IG 2: $p = 0.049$). Jedoch wurden bei der dreimonatigen Nachbeobachtungszeit keine signifikanten Unterschiede in den Gruppen festgestellt (IG 1: $p = 0.219$; IG 2: $p = 0.112$).

Ebenso konnte in einer prospektiven Kohortenstudie von Nakamori et al. (2021) durch ein interprofessionelles Dysphagie-Team bestehend aus Ärzt*innen, Pflegepersonen, Logopäd*innen und Diätolog*innen, welches zu Beginn die Art der Ernährungsform der Patient*innen beurteilte, ein signifikanter Zusammenhang zwischen dem Zungendruck und der gewählten Ernährungsform festgestellt werden ($p < 0,001$). Die Ernährungsform wurde nach den japanischen Dysphagie-Diät-Kriterien definiert und in Dysphagie-Diät-Codes von null bis vier (weiche Kost bis Normalkost) eingeteilt. Die Messung des Zungendrucks der 80 Teilnehmer*innen erfolgte durch klinische Techniker*innen mit einem ballonartigen Gerät, welches die Kraft misst, die von der Zunge beim Anheben gegen den Gaumen erzeugt wird. Die Autor*innen kamen zum Ergebnis, dass die Zungendruckmessung bei der Beurteilung der Ernährungsform bei Patient*innen mit insultbedingter Dysphagie eine wichtige Rolle spielt.

Weitere Strategien, die in der Querschnittsstudie von Pierpoint and Pillay (2020) vom interprofessionellen Team bestehend aus Ärzt*innen und Pflegepersonen für das Management von Dysphagie empfohlen wurden, wurden in fünf Unterkategorien unterteilt: enterale Ernährung, parenterale Ernährung, Anwendung von Kompensationstechniken, Rehabilitationsmaßnahmen und Überweisungen an andere Gesundheitsprofessionen. Zu den Kompensationstechniken zählten beispielsweise die Erhöhung des Kopfendes des Bettes auf 45 Grad, Sicherstellung einer ausreichenden Flüssigkeitszufuhr durch Infusionen, adäquate Lagerung während der Mahlzeiteinnahme, Durchführung regelmäßiger Mundhygiene sowie Anpassung der Nahrungs- und Flüssigkeitskonsistenz. Weiters wurden Rehabilitationsmaßnahmen wie die Stärkung der Schluckmuskulatur und Zungenübungen vom interprofessionellen Team empfohlen. Darüber hinaus wäre eine Überweisung an andere Gesundheitsprofessionen zur umfassenderen Bewältigung einer Dysphagie unerlässlich. Jedoch schienen sich die Teilnehmer*innen dieser Studie nicht über die Rollen der anderen Gesundheitsprofessionen wie Ergotherapeut*innen und Diätolog*innen bewusst zu sein. Denn ein Großteil der Ärzt*innen und Pflegeper-

sonen verwies die Patient*innen mit einer insultbedingten Dysphagie ausschließlich an die Berufsgruppe der Logopädie.

In der Fall-Kontroll-Studie von Zheng et al. (2014) kam es durch die Bereitstellung eines interprofessionellen Rehabilitationsteams aus Ärzt*innen, Pflegepersonen, Logopäd*innen und Psycholog*innen bei 44 Teilnehmer*innen in der Interventionsgruppe zu einer signifikanten Verbesserung der Schluckfunktion gegenüber der Kontrollgruppe ($p < 0,05$). Alle Patient*innen wurden vor und nach der Behandlung mit einem Wasserschluck-Screening auf ihre Schluckfunktion hin untersucht. Um physische, soziale und psychologische Unterstützung anzubieten, wurden unterschiedliche Maßnahmen, wie die ärztliche neurologische Untersuchung, Übungen zur Stärkung der Schluckmuskulatur durch Logopäd*innen, Ernährungsanpassung (Konsistenzadaptierung) und eine adäquate Positionierung während der Mahlzeiteinnahme durch Pflegepersonen und Ärzt*innen und die Behandlung von Depressionen und Angstzuständen durch Psycholog*innen, ausgeübt.

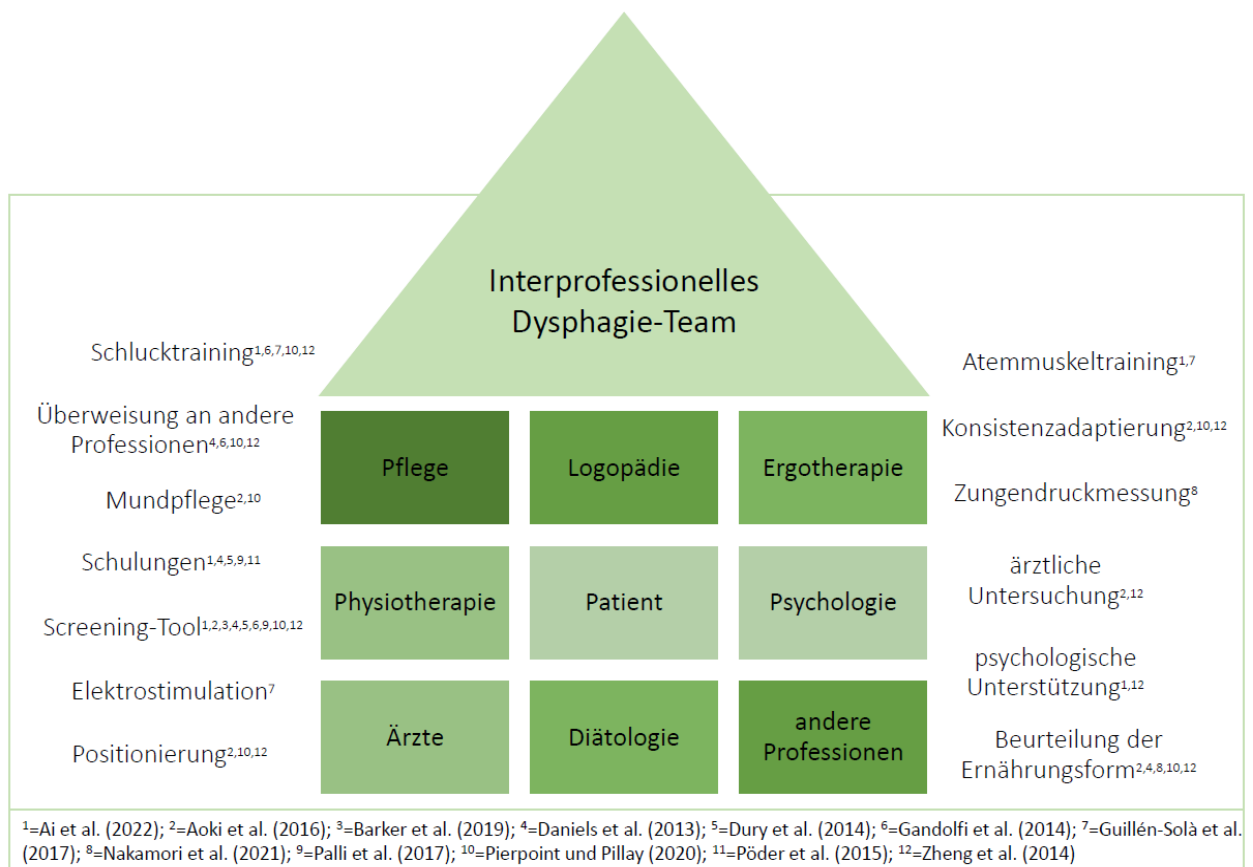


Abbildung 3: Darstellung einzelner Dysphagie-Maßnahmen im Rahmen des interprofessionellen Teams aus den inkludierten Studien (eigene Darstellung)

3.4 Organisatorische Aspekte interprofessioneller Zusammenarbeit

Im Rahmen einer 40-wöchigen Feldforschung und anschließenden halbstrukturierter Interviews wurde in der qualitativen Studie von Barnard et al. (2022) erhoben, wie der Informationsaustausch und die Zusammenarbeit zwischen Logopäd*innen und Pflegepersonen in der täglichen Praxis in Bezug auf das Dysphagie-Management stattfindet. Angesichts dessen sind klare Kommunikationswege der Professionen durch den regelmäßigen schriftlichen Austausch und Treffen vor Ort über allgemeine Informationen zur Schluckfähigkeit, Fortschritte oder Verschlechterungen der Patient*innen sowie Kostempfehlungen unabdingbar. Durch einen schriftlichen Vermerk der Professionen in der Patient*innenakte erhielten die Pflegepersonen den Zugriff auf relevante Informationen durch die Logopädie. Zu diesen Informationen gehörten beispielsweise die Anpassung der Nahrungs- oder/und Flüssigkeitskonsistenz, unterschiedliche Verfahrensweisen zum Schlucken (z.B. Vermeidung von Ablenkung oder aufrechte Positionierung) sowie Indikatoren, welche auf potenzielle Probleme während des Essens und Trinkens hinweisen können (z.B. Husten oder Kurzatmigkeit).

Ziel des retrospektiven Surveys von Carlsson et al. (2010) war die Kontinuität in der Patient*innenversorgung durch eine interprofessionelle Zusammenarbeit in Bezug auf das Entlassungsmanagement zu gewährleisten. Aus diesem Grund analysierten Carlsson et al. (2010) die Aufzeichnungen unterschiedlicher Professionen aus 59 Patient*innenakten. Diese umfassten Notizen zur ärztlichen Dokumentation sowie Notizen von Physiotherapeut*innen, Ergotherapeut*innen, Pflegepersonen und Logopäd*innen. Insgesamt wurden 115 Notizen in den 59 Patient*innenakten zu Dysphagie identifiziert. Unter diesen 115 Notizen wiesen 10 Notizen davon auf Probleme beim Schließen des Mundes und Zerkauen von Nahrung und 105 Notizen auf Schwierigkeiten mit dem Umgang der Nahrung im Mund und dem Schlucken hin. Es konnte festgestellt werden, dass die Terminologie in Bezug auf Dysphagie innerhalb der Gesundheitsprofessionen variierte und unterschiedliche Schlüsselwörter bei der interprofessionellen Behandlungsplanung verwendet wurden. Beispielsweise verwendeten Logopäd*innen den Begriff Dysphagie. Pflegepersonen und Ärzt*innen hingegen verwendeten den Ausdruck

Schluckstörung oder Pharynxlähmung. Laut Carlsson et al. (2010) deutet dies auf eine fehlende interprofessionelle Zusammenarbeit sowie auf einen Mangel an gegenseitigem Wissen hin. Daher ist eine standardisierte Dokumentation zur Erfassung der Aufzeichnungen von Patient*innen mit insultbedingter Dysphagie von großer Bedeutung, um nachfolgend die Qualität der Patient*innenversorgung zu verbessern.

3.4.1 Interprofessionelle Behandlungsprotokolle

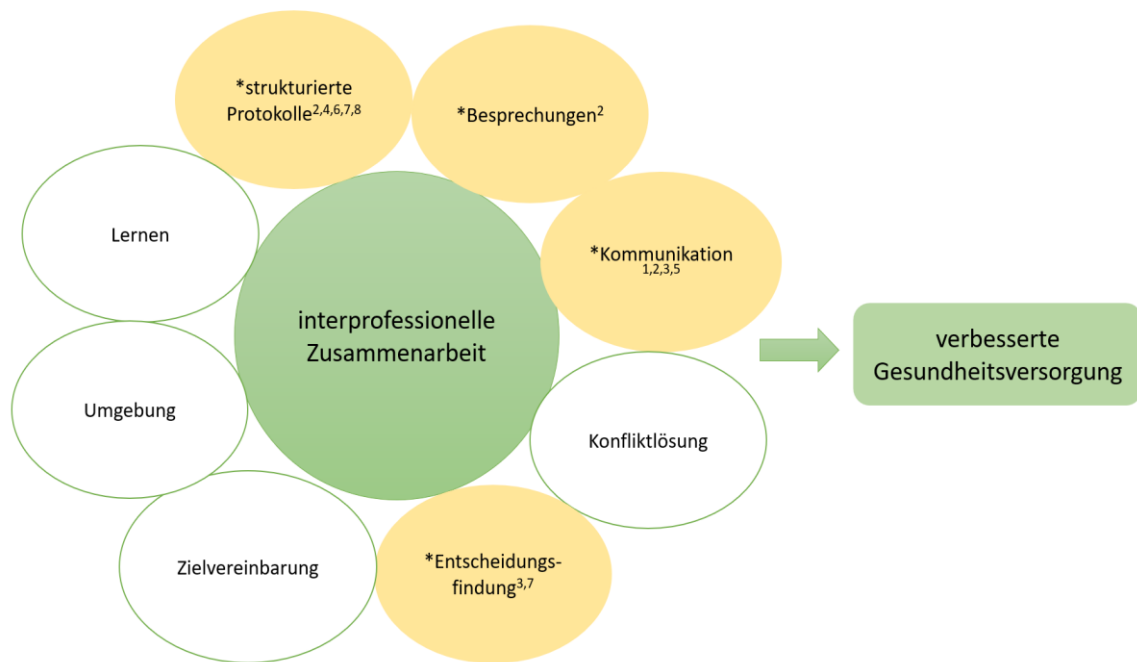
Eine weitere Forschung, welche die Auswirkungen eines standardisierten interprofessionellen Protokolls auf die klinischen Ergebnisse bei Patient*innen mit insultbedingter Dysphagie untersuchte, ist die Kohortenstudie von Gandolfi et al. (2014). Zu diesem Zweck erfolgte eine retrospektive Überprüfung der Patient*innenakten zwischen Jänner 2004 und Dezember 2008 in einem neurologischen Krankenhaus in Italien. In dieser Studie wurden die Ergebnisse von 45 Teilnehmer*innen, welche eine Standardbehandlung erhielten, mit den Ergebnissen von 39 Teilnehmer*innen verglichen. Diese Teilnehmer*innen erhielten ein interprofessionelles Behandlungsprotokoll. Zu den herkömmlichen Interventionen zählten unter anderem eine forcierte Mundpflege mit einmal täglichem Zähneputzen und Spülen und die Erfassung des Ernährungsstatus. Unterschiedliche Gesundheitsprofessionen, wie Pflegepersonen, Ärzt*innen, Physiotherapeut*innen, Diätolog*innen und Logopäd*innen waren an der Erstellung und anschließenden Implementierung des Behandlungsprotokolls beteiligt. Diese bestand aus zwei aufeinanderfolgenden Phasen. Eine diagnostische Phase, deren Ziel es war, eine Dysphagie mittels neurologischer Untersuchung durch Ärzt*innen und den Einsatz eines Dysphagie-Screening-Tools durch Hinzuziehen einer geschulten Pflegeperson zu identifizieren. Wurde beim Screening eine Dysphagie festgestellt, wählten die Ärzt*innen eine angemessene Ernährungsform für den*die Patient*in aus. Die Entscheidung über die anschließende instrumentelle Untersuchung mittels faseroptischer endoskopischer Schluckuntersuchung (FEES) und/oder videofluoroskopischer Schluckdiagnostik (VFSS) erfolgte im interprofessionellen Team. In der darauffolgenden rehabilitativen Phase erhielten die Patient*innen ein umfassendes Dysphagie-Rehabilitationsprogramm durch Logopäd*innen. Dieses beinhaltete

unter anderem Übungen zur Verbesserung der Gesichts- und Mundmuskelbewegungen sowie unterschiedliche Atemübungen. Demzufolge fanden wöchentliche Fallbesprechungen im interprofessionellen Team statt, um den Behandlungsverlauf der Patient*innen gemeinsam zu besprechen. Die Untersuchungsergebnisse zeigten, dass jene Personen, welche ein interprofessionelles Behandlungsprotokoll erhielten, bei der Entlassung ein signifikant geringeres Risiko für Tod im Krankenhaus ($p = 0,01$), Notwendigkeit einer Atemunterstützung, wie Sauerstofftherapie ($p = 0,02$) und Ernährungsunterstützung bei Entlassung (z.B. nasogastrale Sondenernährung) ($p = 0,02$) hatten. Es gab jedoch keine signifikanten Unterschiede zwischen den beiden Gruppen hinsichtlich der Häufigkeit von Pneumonien. Jene Gruppe, welche kein interprofessionelles Behandlungsprotokoll erhielten, entwickelte häufiger eine Pneumonie, welche eine kombinierte Antibiotikatherapie erforderte.

Auch die Forscher*innen des Artikels von Drury et al. (2014) untersuchten die Auswirkungen eines interprofessionellen Protokolls auf das Dysphagie-Management bei Patient*innen mit Insult. Das Ziel dieser RCT war die Behandlung einer Dysphagie bei akutem Insult zu optimieren, indem der Anteil der Patient*innen gemessen wurde, die gemäß den Protokollen behandelt wurden. Durch die Einführung des interprofessionellen Protokolls kam es in der Interventionsgruppe zu einer signifikant häufigeren Durchführung eines Dysphagie-Screenings in den ersten 24 Stunden nach Aufnahme in das Krankenhaus als in der Kontrollgruppe, welche eine Standardversorgung erhielten ($p < 0,0001$). Von den 1804 teilgenommenen Patient*innen wurden 718 vor Beginn der Intervention (Pretest) und 1086 nach Durchführung der Intervention (Posttest) untersucht. Hier erfolgte eine Rekrutierung der Teilnehmer*innen in die Interventionsgruppe ($n = 603$) und Kontrollgruppe ($n = 483$). Die Partizipant*innen der Interventionsgruppe nahmen zu Beginn an zwei Workshops zum Teambuilding teil. Außerdem fanden zwei interaktive und didaktische Aufklärungssitzungen statt, die sich auf die Orientierung am Protokoll und die Schulung der Mitarbeiter*innen konzentrierten. Zusätzlich wurden die Professionen alle sechs Wochen von den Projektleiter*innen durch einen Besuch vor Ort kontaktiert. Telefonanrufe und/oder E-Mails dienten ebenfalls als Erinnerungshilfen.

In einem retrospektiven Survey verglichen Pöder et al. (2015) die Dokumentationen aus Patient*innenakten vor und nach der Einführung eines interprofessionellen und standardisierten Behandlungsplans auf die Art und Qualität der Dokumentation der Schluckfähigkeit bei insultbedingter Dysphagie. Die Planung erfolgte vorab im interprofessionellen Team durch Pflegepersonen, Physiotherapeut*innen, Ergotherapeut*innen und Ärzt*innen. Die anschließende Implementierung beinhaltete eine Schulung des interprofessionellen Teams in Theorie und Praxis, um eine einheitliche Umsetzung sicherzustellen. So wurde eine signifikante Verbesserung in der Qualität der Dokumentation der Vitalfunktionen ($p < 0,001$), der Miktionsfähigkeit ($p = 0,001$), der Schluckfähigkeit ($p < 0,001$) und Mundgesundheit ($p < 0,001$) der betroffenen Patient*innen verzeichnet. Im Gegensatz dazu blieben die Beobachtungen in Bezug auf den Blutzuckerspiegel, die Mobilität und sprachliche sowie kommunikative Fähigkeiten unverändert.

Demnach zeigen die genannten Studien, dass evidenzbasierte standardisierte Behandlungspläne das interprofessionelle Team dabei unterstützen, die Qualität der Patient*innenversorgung zu verbessern. Aus den Untersuchungen von Gandolfi et al. (2014), Drury et al. (2014) und Pöder et al. (2015) ist erkennbar, dass durch standardisierte, interprofessionelle Behandlungsprotokolle sowohl die Krankenhausmortalität als auch die Notwendigkeit einer Atemunterstützung bei Patient*innen mit einer insultbedingten Dysphagie deutlich reduziert werden können (Gandolfi et al., 2014). Zudem wurden Screening-Tools zur Identifizierung einer Dysphagie häufiger angewendet (Drury et al., 2014) und es konnte eine Verbesserung der Qualität der Dokumentation der Schluckfähigkeit der Patient*innen verzeichnet werden (Pöder et al., 2015).



*Übereinstimmungen mit Framework WHO (2010) aus den inkludierten Studien

¹=Aoki et al. (2016); ²=Barker et al. (2019); ³=Barnard et al. (2022); ⁴=Carlsson et al. (2010); ⁵=Daniels et al. (2013); ⁶=Drury et al. (2014); ⁷=Gandolfi et al. (2014); ⁸=Pöder et al. (2015)

Abbildung 4: organisatorische Maßnahmen zur Förderung der interprofessionellen Zusammenarbeit aus den inkludierten Studien vs. Framework WHO (2010) (eigene Darstellung)

Wie in Abbildung 4 ersichtlich, wurden die organisatorischen Aspekte, welche aus den inkludierten Studien identifiziert wurden, dem Framework für *Action on Inter-professional Education and Collaborative Practice* der WHO (2010) zugeordnet. Dies ermöglichte sowohl die Übereinstimmungen, welche in der Abbildung 4 gelb hervorgehoben sind, als auch die Unterschiede, welche im nächsten Kapitel näher diskutiert werden, zwischen den identifizierten organisatorischen Aspekten und dem Framework der WHO (2010) zu erörtern. Durch diesen Vergleich konnte festgestellt werden, dass standardisierte, strukturierte Protokolle (Barker et al., 2019, Carlsson et al., 2010, Drury et al., 2014, Gandolfi et al., 2014, Pöder et al., 2015) und klar definierte Kommunikationswege (Aoki et al., 2016, Barker et al., 2019, Barnard et al., 2022, Daniels et al., 2013) eine wichtige Rolle in der Betreuung von Patient*innen mit insultbedingter Dysphagie spielen. Darüber hinaus sind die Anwendung von Maßnahmen zur gemeinsamen Entscheidungsfindung, wie regelmäßige interprofessionelle Besprechungen, von großer Bedeutung, um eine umfassende Versorgung der Patient*innen sicherzustellen (Barnard et al., 2022, Gandolfi et al., 2014). Diese erwähnten organisatorischen Aspekte spiegeln sich auch im Framework als mögliche Handlungsmöglichkeiten für die Praxis wider.

4 Diskussion

Wie im Ergebnisteil bereits deutlich dargestellt wurde, konnten in allen inkludierten Untersuchungen überwiegend positive Effekte durch diverse Maßnahmen im Rahmen des interprofessionellen Dysphagie-Managements bei Patient*innen mit Insult verzeichnet werden. Dies bestätigt die Wirksamkeit einer interprofessionellen Zusammenarbeit, um die gesundheitlichen Ergebnisse der Betroffenen zu verbessern.

Das vorliegende Scoping Review fasst unterschiedliche Ansätze im Rahmen der interprofessionellen Versorgung von Patient*innen mit insultbedingter Dysphagie aus der internationalen Literatur zusammen. Weiters wurde aufgezeigt, welche Maßnahmen dazu beitragen können, eine Verbesserung der interprofessionellen Zusammenarbeit im Rahmen des Dysphagie-Managements in der Praxis zu ermöglichen. Das Framework für *Action on Interprofessional Education and Collaborative Practice* der WHO (2010) wurde als theoretischer Bezugsrahmen herangezogen. Um die anfangs gestellten Forschungsfragen beantworten zu können, wurden 14 Primärstudien in diese Arbeit inkludiert.

Die Themen dieser 14 Primärstudien umfassen unter anderem den Einsatz von unterschiedlichen Screening-Tools zur Risikoerfassung, die Durchführung von gezielten Schluck-, Zungen- und Atemmuskeltrainings, eine adäquate Positionierung während der Nahrungsaufnahme, professionelle Mundpflege sowie die Beurteilung und anschließende Anpassung der Ernährungsform an die individuellen Bedürfnisse der Patient*innen zur Behandlung einer insultbedingten Dysphagie im interprofessionellen Team. Weiters ist die Überweisung an andere Gesundheitsprofessionen zur umfassenden Bewältigung einer insultbedingten Dysphagie unerlässlich. Ein Beispiel hierfür ist die Einbindung von Psycholog*innen in den Behandlungsprozess, um die physischen, sozialen und psychologischen Herausforderungen der Patient*innen zu meistern.

Mögliche weitere organisatorische Maßnahmen, um das interprofessionelle Dysphagie-Management bei Patient*innen mit Insult zu verbessern, sind die Einführung von standardisierten Richtlinien und Protokollen, die Entwicklung von Kommunikationsstrategien sowie regelmäßige interprofessionelle Besprechungen, um

einen kontinuierlichen Austausch zwischen den Professionen zu ermöglichen und dadurch die Versorgungsqualität der Betroffenen zu verbessern.

4.1 Dysphagie-Screening-Tools

Die Anwendung eines Screening-Tools bei Patient*innen mit insultbedingter Dysphagie erweist sich als effektiv. Denn dadurch konnte unter anderem eine signifikante Reduktion der Pneumonieraten (Ai et al., 2022) und eine Verbesserung der Schluckfunktion (Guillén-Solà et al., 2017, Zheng et al., 2014) der Betroffenen verzeichnet werden. Laut der Leitlinie „Akuttherapie des ischämischen Schlaganfalls“ der DGN (Ringleb et al., 2022) empfiehlt sich die Anwendung eines Screening-Tools zur frühzeitigen Identifizierung einer Dysphagie innerhalb der ersten 24 Stunden nach der Aufnahme in das Krankenhaus bei allen Patient*innen mit Insult. Dies dient dazu, das Risiko für eine Pneumonie zu minimieren und die gesundheitlichen Ergebnisse der Patient*innen langfristig zu verbessern.

Vergleicht man die eingeschlossenen Studien miteinander, wird deutlich, dass eine Vielzahl von unterschiedlichen Screening-Tools, darunter auch nicht validierte Instrumente, zur Identifizierung einer insultbedingten Dysphagie Einsatz fanden. Jedoch ist die Verwendung valider und reliabler Screening-Instrumente essenziell, um Patient*innen mit einem potenziellen Risiko für eine Dysphagie zuverlässig zu identifizieren (Sensitivität). Gleichzeitig ist es von Bedeutung, dass zuverlässig jene Patient*innen erkannt werden, welche keine Dysphagie aufweisen (Spezifität). Denn die Genauigkeit bei der Identifizierung von Personen mit Dysphagie wird verbessert, wenn ein Screening-Tool mit hoher Sensitivität und Spezifität zur Anwendung kommt (Daniels et al., 2012, Donovan et al., 2013, Labeit et al., 2023). In Übereinstimmung mit der Leitlinie „Neurogene Dysphagie“ der DGN sollte die Identifizierung einer Dysphagie demzufolge immer mittels eines validen Screening-Tools erfolgen und sowohl die Spezifität als auch die Sensitivität des Screening-Tools über 70 % liegen (Dziewas and Pflug, 2020). Palli et al. (2017) verwiesen in ihrer Untersuchung zwar auf die hohe Sensitivität des GUSS. Jedoch ist es wichtig anzumerken, dass die geringe Spezifität des Instruments möglicherweise zu einer Einschränkung dieses Instrumentes führen könnte.

Wenn in der Praxis nicht valide und reliable Screening-Tools im Dysphagie-Management eingesetzt werden, kann dies negative Auswirkungen auf den Gesundheitszustand der Patient*innen haben. Denn bei einer geringen Spezifität eines Screening-Tools können Betroffene irrtümlich als Dysphagie-Patient*innen klassifiziert werden, die eigentlich keine Dysphagie aufweisen. Dadurch kann es zu einer Verzögerung bei der Verabreichung von Medikamenten oder Nährstoffen kommen oder zum Ergreifen von unbegründeten Maßnahmen, wie der Erhalt einer Magensonde. Dies wiederum kann das Risiko von medizinischen Komplikationen deutlich erhöhen. Auch können Ressourcen in der Gesundheitsversorgung ineffizient eingesetzt werden, wenn beispielsweise eine hohe Anzahl von Patient*innen mit Dysphagie fälschlicherweise an die Logopädie oder andere Professionen überwiesen werden (Daniels et al., 2012). Außerdem ermöglicht der Einsatz eines validen und reliablen Screening-Tools nicht nur die frühzeitige Identifizierung einer insultbedingten Dysphagie, sondern auch die Möglichkeit, rechtzeitig Maßnahmen im interprofessionellen Team zu setzen, um Komplikationen zu verringern und den Gesundheitszustand der Patient*innen zu verbessern.

Es wurde in den identifizierten Studien auch darüber diskutiert, ob ein Wasserschluck-Screening oder ein umfassenderer Mehr-Konsistenzen-Test in der Praxis Einsatz finden sollte. Die Leitlinie „Neurogene Dysphagie“ der DGN betont, dass die Auswahl des geeigneten Screening-Tools immer von einer Reihe zusätzlicher Faktoren, wie beispielsweise individueller Patient*innenmerkmale (Vorerkrankungen etc.) oder der Verfügbarkeit von weiteren Verfahren zur Diagnostik einer Dysphagie (FEES etc.) abhängig gemacht werden sollte (Dziewas and Pflug, 2020).

Ein Mehr-Konsistenzen-Test sollte dann in der Praxis eingesetzt werden, wenn eine genauere Einteilung des Schweregrads der Dysphagie notwendig ist. Zusätzlich kann durch die nachfolgende Empfehlung betreffend der geeigneten Nahrungs- und Flüssigkeitskonsistenz die Beurteilung der Schluckeffizienz präziser vorgenommen werden. Die Ergebnisse zum Einsatz von Wasserschluck-Screenings hingegen sind unterschiedlich. Das heißt, wenn die Patient*innen Anzeichen für eine Aspiration durch das Trinken von Wasser aufweisen, wird keine orale Nahrung verabreicht und eine genauere diagnostische Untersuchung eingeleitet. Weist das Screening hingegen keine Anzeichen für eine Dysphagie auf, wird

den Patient*innen sofort die Möglichkeit für eine orale Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme gegeben. Aus diesem Grund findet ein reines Wasserschluck-Screening nur dann in der Praxis Anwendung, wenn die Evaluierung der Schlucksicherheit im Vordergrund steht und ein anschließendes diagnostisches Verfahren zeitnah eingesetzt werden kann (Dziewas and Pflug, 2020).

Bezüglich der Anwendung der Screening-Tools in der Praxis wurden in den eingeschlossenen Studien Unterschiede erkannt. In einigen Fällen übernahmen Ärzt*innen und geschultes Pflegepersonal diese Tätigkeiten. Zudem erfolgte die Bewertung der Schluckfunktion der Patient*innen in anderen Studien durch das interprofessionelle Team. Dies unterstreicht die Notwendigkeit, dass Screening Tools von einem breiten Spektrum von Gesundheitsprofessionen in der Praxis angewendet werden sollen (Virvidaki et al., 2018).

4.2 Zuständigkeiten im interprofessionellen Dysphagie- Management

Die primäre allgemeine Versorgung der Patient*innen in den eingeschlossenen Studien erfolgte meist durch das Pflegepersonal, welches unter anderem für die Umsetzung der empfohlenen Ernährungsform von den Logopäd*innen oder Ärzt*innen und der eigenständigen Durchführung der Mundhygiene zuständig war (Aoki et al., 2016, Daniels et al., 2013). Nach einer gezielten Schulung von Pflegepersonen, meist von Logopäd*innen durchgeführt, waren diese ebenfalls in der Lage, eigenständig Maßnahmen zu ergreifen. Dazu gehörte die Anwendung von Screening-Tools (z.B. GUSS) zur Identifikation einer Dysphagie (Daniels et al., 2013, Palli et al., 2017) sowie die eigenständige Durchführung von Schluckübungen (Ai et al., 2022).

Eibl (2021) bestätigt, dass die primäre Versorgung der Patient*innen stets in den Zuständigkeitsbereich der Pflegepersonen fällt und diese die Hauptansprechpersonen für alle weiteren Berufsgruppen darstellen. Zu ihren Tätigkeiten gehören nicht nur die Grundpflege, wie die Durchführung der Mundhygiene oder die Hilfestellung bei der Essenseinnahme, sondern auch die Weiterleitung von wichtigen Gesundheitsinformationen an das interprofessionelle Team zur weiteren Diagnostik und Behandlung der Patient*innen. Aus diesem Grund ist eine

Kooperation zwischen Pflegepersonen und den übrigen Gesundheitsprofessionen unerlässlich (Eibl, 2021). Interessant ist, dass in der eingeschlossenen Studie von Aoki et al. (2016) der Anteil an routinemäßig durchgeführter Mundpflege durch das Pflegepersonal geringer ausfiel als nach der Einführung eines interprofessionellen Dysphagie-Teams, wo die professionelle Mundpflege durch Zahnärzt*innen oder Zahnhygienefachkräfte erfolgte. Die Autor*innen dieser Studie begründen diesen Anstieg damit, dass die Einführung eines interprofessionellen Dysphagie-Teams unter anderem durch das Hinzuziehen von Zahnärzt*innen oder Zahnhygienefachkräften eine Vielzahl von Professionen, Perspektiven und Fachwissen zusammenführt. Dadurch können gezielter Maßnahmen, je nach Expertise der Professionen, wie eine professionelle Mundpflege, durchgeführt werden.

In den eingeschlossenen Studien wurde auch deutlich, dass der Tätigkeitsbereich der Ergotherapeut*innen oftmals mit denen der Physiotherapeut*innen gleichgestellt wurde. In einigen Studien blieb die Berufsgruppe der Ergotherapie auch unerwähnt. Die Ergotherapie ist jedoch eine eigene und wichtige Disziplin im Rahmen des interprofessionellen Teams und alle Gesundheitsprofessionen sollten über die Aufgaben und Rollen dieser Berufsgruppe vertraut sein (Jamnadas et al., 2002, Cohn, 2019). Auch die eingeschlossene Studie von Pierpoint and Pillay (2020) bestätigt die Tatsache, dass oft ein Mangel an Wissen bzgl. der konkreten Rollen der anderen Gesundheitsprofessionen, insbesondere der Rolle der Ergotherapie, besteht. Jedoch ist ein wichtiger Aufgabenbereich der Ergotherapie im Rahmen des interprofessionellen Dysphagie-Managements die Auswahl geeigneter Hilfsmittel bei der Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme, wie beispielsweise spezielle Bestecke und Trinkbecher (Ludwig, 2020).

Eine Untersuchung von Kreps et al. (2016) untermauert die Ergebnisse dieses Scoping Reviews, dass jede Profession über eigene individuelle Expertisen und Erfahrungen in Bezug auf die Gesundheitssituation der Patient*innen verfügt. Diese individuellen Perspektiven können dem interprofessionellen Team dabei helfen, fundierte Entscheidungen zum Wohle der Betroffenen zu treffen (Kreps et al., 2016). Auch Eibl (2021) unterstreicht die Tatsache, dass jede Profession über ihre eigenen fachlichen Qualifikationen und Kompetenzen verfügt und somit einen wertvollen Teil der Verantwortung in der Betreuung von Patient*innen mit

insultbedingter Dysphagie darstellt. Diese Aussagen decken sich auch mit den Erkenntnissen der eingeschlossenen Studie von Carlsson et al. (2010). Die dokumentierten Aufzeichnungen der unterschiedlichen Gesundheitsprofessionen spiegeln die Tatsache wider, dass jede Profession unterschiedliche Aufgabenbereiche und Schwerpunkte in Bezug auf die Betreuung von Patient*innen mit insultbedingter Dysphagie hat und somit eine ganzheitliche Betreuung der Betroffenen sichergestellt werden kann.

4.3 Maßnahmen zur Stärkung der interprofessionellen Zusammenarbeit

Die Ergebnisse der inkludierten Studien zeigen, dass interprofessionelle Richtlinien und Protokolle für Behandlungsabläufe sowie eine einheitliche Dokumentation wichtige Aspekte bei der Versorgung von Patient*innen mit insultbedingter Dysphagie darstellen.

Eine qualitative Studie von Praetorius et al. (2018) bestätigt diese Annahme, dass eine effektive interprofessionelle Zusammenarbeit eine Reihe von organisatorischen Maßnahmen wie beispielsweise standardisierte Behandlungspläne, Richtlinien und Routinen innerhalb der Gesundheitsprofessionen erfordert. Standardisierte, schriftliche Behandlungspläne sollen eingesetzt werden, um den Gesundheitsprofessionen eine klare Struktur und Orientierung bei der Patient*innenversorgung zu geben. Durch diese vordefinierten Schritte kann festgelegt werden, wie in einer bestimmten Situation (z.B. Notfallsituation) vorzugehen ist. Einheitliche Richtlinien in Form von Checklisten würden bei der Weiterleitung und Übergabe von wichtigen Patient*inneninformationen innerhalb des interprofessionellen Teams dienen. Sogenannte Whiteboards und elektronische Tafeln unterstützen hingegen beim Management von täglichen, routinemäßigen Abläufen. Dadurch können schriftliche Notizen zu den jeweiligen Patient*innen vermerkt werden, um relevante gesundheitsbezogene Informationen an die übrigen Professionen weiterzugeben (Praetorius et al., 2018). Auch Gum et al. (2012) verweisen auf den Einsatz von Whiteboards und schriftlichen Notizen bei der Behandlung von Patient*innen, um den interprofessionellen Informationsfluss aufrecht zu erhalten und dadurch die Versorgungsqualität der Betroffenen zu verbessern.

Es wurden zudem Unterschiede in der verwendeten Terminologie, in Bezug auf Dysphagie innerhalb der Gesundheitsprofessionen, festgestellt. Dies könnte möglicherweise zu einer Beeinträchtigung der Versorgungsqualität der Patient*innen führen. Die Implementierung einer standardisierten und berufsgruppenübergreifenden Dokumentation zur Erfassung von Aufzeichnungen, wie beispielsweise Herausforderungen in Bezug auf den Umgang von Nahrung und Flüssigkeit im Mund und das Schlucken bei Patient*innen mit insultbedingter Dysphagie, ist daher von entscheidender Bedeutung (Carlsson et al., 2010).

Die Untersuchung von Dykes et al. (2011) bestätigt ebenso die Tatsache, dass durch die Standardisierung und Einführung von interprofessionellen und patient*innenzentrierten Behandlungsplänen die Kontinuität und Qualität der Patient*innenversorgung verbessert werden kann. Dies erfordert unter anderem auch eine Standardisierung der verwendeten Terminologie für die interprofessionelle Dokumentation. Eine weitere wichtige Initiative für die Schaffung einer einheitlichen Terminologie zwischen den Professionen ist die *International Dysphagia Diet Standardisation Initiative* (IDDSI). Das Framework bietet eine verständliche und standardisierte Terminologie und Definition zur klaren Beschreibung von Nahrungs- und Flüssigkeitskonsistenzen bei Patient*innen mit Dysphagie, welches von einem breiten Spektrum von Gesundheitsprofessionen weltweit angewendet werden kann. Die Implementierung des IDDSI-Framework in Gesundheitseinrichtungen hilft dabei, das Risiko für eine Aspiration zu reduzieren und dadurch die Schluckfunktion zu verbessern (Cichero et al., 2019).

Die inkludierten Studien ergeben auch zahlreiche Hinweise dafür, welche Handlungsmöglichkeiten zur Verbesserung und Stärkung der interprofessionellen Zusammenarbeit unter Gesundheitsprofessionen eingesetzt werden können.

So wurde immer wieder auf die Wichtigkeit von klaren Kommunikationswegen unter den Gesundheitsprofessionen sowie den regelmäßigen Austausch in Form von Fallbesprechungen oder Teamsitzungen in den eingeschlossenen Studien hingewiesen. Eibl (2021) bestätigt die Bedeutung von regelmäßigen Team- und Fallbesprechungen, um die Kommunikation und Kooperation zwischen den Professionen zu fördern. Diese Handlungsmöglichkeiten decken sich auch mit den Untersuchungen von Kreps (2016) und Böll et al. (2022). Beide Studien haben gezeigt,

dass eine respektvolle Kommunikation, das Einbringen der jeweiligen Expertise der Professionen in den Behandlungsprozess und das Treffen von gemeinsamen Entscheidungen im interprofessionellen Team zur ganzheitlichen Versorgung beitragen können, um die gesundheitlichen Ergebnisse der Patient*innen zu verbessern. Laut Kreps et al. (2016) sollen innerhalb des interprofessionellen Teams gezielte Strategien zur Kommunikation entwickelt werden, um die interprofessionelle Zusammenarbeit zu fördern und relevante Informationen über die Patient*innen effektiv auszutauschen. Zu diesen Kommunikationsstrategien zählen unter anderem die Festlegung von klar definierten Rollen und Verantwortlichkeiten innerhalb des interprofessionellen Teams, um die gemeinsamen Ziele erreichen zu können. Auch spielen die Entwicklung von Strategien zur Konfliktlösung sowie das frühzeitige Erkennen und angepasste Lösungen zu finden, eine wichtige Rolle (Kreps et al., 2016).

Maßnahmen zur Konfliktlösung innerhalb des interprofessionellen Teams konnten in keiner der inkludierten Studien wiedergefunden werden. Jedoch betont auch das Framework der WHO (2010), dass Strategien zur Konfliktlösung unerlässlich bei der Schaffung eines guten Arbeitsklimas sind. Böll et al. (2022) erwähnen ebenso, dass sich eine effektive Kommunikation im interprofessionellen Team auf die Arbeitszufriedenheit der Mitarbeiter*innen und die psychische Gesundheit auswirken kann. Um die Kommunikation gezielt zu verbessern, können einfache strukturelle Maßnahmen wie regelmäßige Teambesprechungen und die Schulung kommunikativer Kompetenzen wirksame Ansätze sein (Böll et al., 2022). Das Framework der WHO (2010) stimmt hier mit der Praxis überein, in dem es unter anderem Möglichkeiten zur gemeinsamen Entscheidungsfindung aufzeigt. So spielen effektive Kommunikationsstrategien, gute Konfliktlösungsstrategien und regelmäßiger Austausch zwischen den Professionen eine wichtige Rolle bei der Schaffung eines guten Arbeitsklimas. Auch sollten für alle Mitglieder*innen des interprofessionellen Teams kontinuierlich Fortbildungsprogramme angeboten werden, um die kollaborative Praxis in Gesundheitseinrichtungen zu fördern.

Das Framework der WHO (2010) hebt auch diverse Umweltfaktoren, wie die Gestaltung von Räumlichkeiten in Gesundheitseinrichtungen zur Förderung des psychischen und physischen Wohlbefindens der Professionen hervor. Eine solche Maßnahme konnte jedoch in keiner der inkludierten Studien identifiziert werden.

Laut einer qualitativen Untersuchung von Gum et al. (2012) wird jedoch die Gestaltung der räumlichen Struktur, wie beispielsweise die Anordnung von Räumlichkeiten oder die Raumausstattung, als ein wichtiger Aspekt betrachtet, der zur Förderung der interprofessionellen Zusammenarbeit in Gesundheitseinrichtungen beiträgt.

Die interprofessionelle Ausbildung bietet laut dem Framework der WHO (2010) ebenso einen möglichen Weg, um die interprofessionelle Zusammenarbeit und Patient*innenversorgung in der Praxis zu verbessern. Es wird hier auch betont, dass die Integration von Interprofessionalität in die Ausbildung dazu beitragen kann, die Effizienz der Gesundheitssysteme deutlich zu steigern. Allerdings konnte in keiner der identifizierten Studien eine derartige Maßnahme gefunden werden. Dennoch scheint es wichtig, durch die zunehmende Komplexität der Patient*innenversorgung, die interprofessionelle Zusammenarbeit bereits in die interprofessionelle Ausbildung im Gesundheitswesen zu etablieren, um somit die Qualität der Patient*innenversorgung zu optimieren (Zechariah et al., 2019).

4.4 Stärken und Schwächen des Scoping Reviews

Das Inkludieren von qualitativen und quantitativen Primärstudien ohne der Verwendung von Limitationen sowie die systematische Vorgehensweise bei der Literaturrecherche kann als eine Stärke dieser Arbeit betrachtet werden. Dadurch konnten bestehende Forschungslücken aufgezeigt werden, ein umfassender Überblick gegeben werden und Transparenz geschaffen werden. Durch die Verwendung des MeSH-Terms „health occupations“, welcher alle Gesundheitsprofessionen im Rahmen des Dysphagie-Managements berücksichtigte, konnte die Trefferanzahl der Studien deutlich erhöht werden. Obwohl keine zeitliche Limitation bei der Literaturrecherche gesetzt wurde, war die Aktualität der Studien interessanterweise sehr hoch und der Großteil der Untersuchungen ist innerhalb der letzten zehn Jahre entstanden. Es wurde nur eine Studie aus dem Jahr 2010 identifiziert. Dies lässt vermuten, dass die Forschungsthematik zum interprofessionellen Dysphagie-Management bei Patient*innen mit Insult von hoher Aktualität und Relevanz ist.

Unter anderem zählen zu den Schwächen dieser Arbeit, dass keine Bewertung der Qualität der eingeschlossenen Primärstudien mittels eines standardisierten Bewertungsinstrumentes durch die Autorin erfolgte. Dementsprechend sind keine Rückschlüsse auf die Qualität der eingeschlossenen Studien möglich. Es ist hier jedoch anzumerken, dass nach den Empfehlungen von Elm et al. (2019) eine Qualitätsbewertung der inkludierten Studien bei der Durchführung eines Scoping Reviews nicht zwingend notwendig ist. Zudem wurden nur Studien identifiziert, welche im stationären Akutsetting stattgefunden haben, obwohl keine Einschränkung von der Autorin bzgl. des Settings zu Beginn der Literaturrecherche erfolgte. Dies könnte zu einer eingeschränkten Übertragbarkeit der Ergebnisse in andere Settings führen.

4.5 Empfehlungen für die Praxis

Eine erfolgreiche interprofessionelle Zusammenarbeit bildet die Grundlage für eine effektive und effiziente Versorgung der Patient*innen mit insultbedingter Dysphagie. Die Ergebnisse dieses Scoping Reviews lassen darauf schließen, dass diverse Maßnahmen, wie beispielsweise Schluck-, Zungen- und Atemmuskeltrainings, psychologische Unterstützung oder die Bereitstellung von konsistenzadaptierter Nahrung und Flüssigkeit, einfach in der Praxis angewendet werden können. Schwerpunkt sollte hier jedoch auf die anschließende transparente Kommunikation und den täglichen Austausch im interprofessionellen Team gelegt werden, um ein optimales Dysphagie-Management zu gewährleisten. Durch Workshops zur Stärkung der interprofessionellen Zusammenarbeit, interprofessionelle Lehr- und Lernangebote sowie Besprechungen könnte somit nicht nur die interprofessionelle Kommunikation sondern auch die Zusammenarbeit zwischen den Professionen in der Praxis verbessert werden. Auch könnten standardisierte Abläufe oder Leitfäden, wie beispielsweise standardisierte Schluckversuche im Rahmen der Aufnahme oder eine einheitliche Kommunikation und Dokumentation von Begrifflichkeiten, nicht nur bei der Stärkung der interprofessionellen Zusammenarbeit unterstützen, sondern auch die Versorgungsqualität der Patient*innen deutlich verbessern. Darüber hinaus ist es unerlässlich, dass sämtliche Gesundheitsprofessionen, die in die Versorgung von Patient*innen mit insultbedingter Dysphagie eingebunden sind, über ausreichend

Expertise sowohl in der Identifikation als auch in der Behandlung und Betreuung von einer Dysphagie verfügen. Diese Expertise könnte durch regelmäßige Fortbildungen und Schulungen der Mitarbeiter*innen im Gesundheitsbereich gewährleistet werden. Dadurch würden nicht nur das Wissen und die Fähigkeiten, sondern auch die Sicherheit im Umgang mit insultbedingter Dysphagie verbessert werden. Die eingeschlossenen Studien legen somit nahe, dass diese identifizierten Handlungsmöglichkeiten Potenzial zur Weiterentwicklung und Verbesserung dieses Ansatzes in der Zukunft bieten. Die Ergebnisse dieser Arbeit können als Anstoß für eine Verbesserung der interprofessionellen Versorgung in der Praxis von Patient*innen mit insultbedingter Dysphagie dienen.

4.6 Empfehlungen für weitere Forschung

Die Literaturrecherche im Rahmen dieses Scoping-Reviews hat gezeigt, dass nur wenige Studien zum interprofessionellen Dysphagie-Management verfügbar sind. Ein valides und reliables Screening-Tool für Patient*innen mit insultbedingter Dysphagie, welches von allen Gesundheitsprofessionen in der Praxis angewendet werden kann, ist unabdingbar. Viele bestehende Screening-Tools wurden bisher nicht auf ihre Validität und Reliabilität geprüft. Aus diesem Grund sollte eine Überprüfung der psychometrischen Eigenschaften (Validität, Reliabilität und Objektivität) bereits bestehender Screening-Tools zur Identifizierung einer Dysphagie erfolgen. Dieser Schritt ist von entscheidender Bedeutung, um sicherzustellen, dass die verwendeten Screening-Tools verlässliche Ergebnisse liefern und eine genaue Risikoerfassung einer insultbedingten Dysphagie ermöglichen.

Da keine der identifizierten Studien den Einbezug der Angehörigen der Patient*innen in den Behandlungsprozess des interprofessionellen Dysphagie-Managements untersucht hat, besteht hier noch weiterer Forschungsbedarf. Dieser Aspekt ist von großer Wichtigkeit, da die Unterstützung der Familienmitglieder der Patient*innen einen erheblichen Einfluss auf den Genesungsprozess hat.

Darüber hinaus wäre es wünschenswert, Langzeitpflegeeinrichtungen und Rehabilitationskliniken zu berücksichtigen, um zusätzliche Erkenntnisse auch in anderen Settings zum interprofessionellen Dysphagie-Management bei Patient*innen mit Insult zu gewinnen. Zudem sollten in zukünftigen systematischen

Reviews organisatorische und strukturelle Maßnahmen umfassend dargestellt werden, welche nachfolgend zu einer Verbesserung der interprofessionellen Zusammenarbeit im Rahmen des Dysphagie-Managements bei Patient*innen mit Insult führen könnten. Diese Erfassung würde unter anderem dabei helfen, die Effektivität der Versorgung der Patient*innen mit insultbedingter Dysphagie zu verbessern. Da aus den inkludierten Studien hervorging, dass eine Vielzahl von Begrifflichkeiten zur Beschreibung der Interprofessionalität verwendet wurden, wäre die Etablierung eines einheitlichen Ansatzes in Bezug auf die Terminologie hilfreich. Dies könnte ein tieferes Verständnis in der Bedeutung dieser Begriffe sowie der korrekten Anwendung auf unterschiedliche Kontexte bewirken.

5 Schlussfolgerung

Die vorliegende Masterarbeit zeigt, dass ein breites Spektrum an Maßnahmen zum interprofessionellen Dysphagie-Management in der internationalen Literatur vorliegt. Sowohl die Durchführung von kompensatorischen Techniken, wie Schluck-, Zungen- und Atemmuskeltrainings, als auch organisatorische Maßnahmen, wie interprofessionelle Behandlungsprotokolle, erwiesen sich als wirksame Strategien, um das interprofessionelle Dysphagie-Management bei Patient*innen mit Insult zu verbessern. Weiters ermöglicht die Entwicklung von Kommunikationsstrategien die Optimierung der Interaktion zwischen den Gesundheitsprofessionen. Standardisierte Richtlinien und Protokolle, welche im interprofessionellen Team angewendet werden sollten, können unter anderem bei der Weiterleitung und Übergabe von wichtigen Patient*inneninformationen unterstützen.

Die Anwendung von validen und reliablen Screening-Tools zur frühzeitigen Identifizierung einer insultbedingten Dysphagie sind essenziell, um mögliche Komplikationen zu vermeiden und rechtzeitig geeignete Maßnahmen im interprofessionellen Team zu ergreifen.

Insgesamt wurde deutlich, dass die Interprofessionalität bei der Betreuung von Patient*innen mit insultbedingter Dysphagie im Gesundheitswesen eine entscheidende Rolle spielt. Speziell im klinischen Setting arbeiten viele Gesundheitsprofessionen mit unterschiedlichen Kompetenzen zusammen, deren Aufgabenbereiche sich sowohl überschneiden als auch eng miteinander verknüpft sein können. Eine effiziente und gleichberechtigte Zusammenarbeit aller Berufsgruppen im interprofessionellen Team stellt daher eine umfassende und bedürfnisorientierte Versorgung der Patient*innen sicher.

Literaturverzeichnis

- ABU-SNIENEH, H. M. & SALEH, M. Y. N. 2018. Registered Nurse's Competency To Screen Dysphagia Among Stroke Patients: Literature Review. *Open Nurs J*, 12, 184-194.
- AI, D., GU, Y. & XU, S. 2022. Effectiveness of Multidisciplinary Nursing Based on Fever, Blood Sugar, and Swallowing Function Management in Patients with Acute Stroke. *Evidence-based Complementary & Alternative Medicine (eCAM)*, 1-7.
- ANTONI, C. H. 2010. Interprofessionelle Teamarbeit im Gesundheitsbereich. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, 104, 18-24.
- AOKI, S., HOSOMI, N., HIRAYAMA, J., NAKAMORI, M., YOSHIKAWA, M., NEZU, T., KUBO, S., NAGANO, Y., NAGAO, A., YAMANE, N., NISHIKAWA, Y., TAKAMOTO, M., UENO, H., OCHI, K., MARUYAMA, H., YAMAMOTO, H. & MATSUMOTO, M. 2016. The multidisciplinary swallowing team approach decreases pneumonia onset in acute stroke patients. *PLoS ONE*, 11(5) (no pagination).
- BARKER, A., DOELTGEN, S., LYNCH, E. & MURRAY, J. 2019. Perceived barriers and enablers for implementing water protocols in acute stroke care: A qualitative study using the Theoretical Domains Framework. *International journal of speech-language pathology*, 21(3), 286-294.
- BARNARD, R., JONES, J. & CRUICE, M. 2022. Managing ongoing swallow safety through information-sharing: An ethnography of speech and language therapists and nurses at work on stroke units. *Int J Lang Commun Disord*, 57, 852-864.
- BEHREND, R., MAAZ, A., SEPKE, M. & PETERS, H. 2020. *Interprofessionelle Teams in der Versorgung*, Berlin, Springer Verlag.
- BÖLL, B., NAENDRUP, J.-H., REIFARTH, E. & BORREGA, J. G. 2022. Interdisziplinäre und interprofessionelle Kommunikation im Team. *Medizinische Klinik - Intensivmedizin und Notfallmedizin*, 117, 588-594.

- BUNDESMINISTERIUM FÜR SOZIALES UND GESUNDHEIT UND PFLEGE
UND KONSUMENTENSCHUTZ. 2023. *Schlaganfall* [Online]. Available:
<https://www.gesundheit.gv.at/krankheiten/gehirn-nerven/schlaganfall.html>
[Accessed 01.06.2023].
- CARLSSON, E., EHNFORSS, M. & EHRENBORG, A. 2010. Multidisciplinary
recording and continuity of care for stroke patients with eating difficulties. *J
Interprof Care*, 24, 298-310.
- CICHERO, J., LAM, P., STEELE, C., HANSON, B., CHEN, J., DANTAS, R.,
DUIVESTINE, J., KAYASHITA, J., LECKO, C., MURRAY, J., PILLAY, M.,
RIQUELME, L. & STANSCHUS, S. 2019. *International Dysphagia Diet
Standardisation Initiative (IDDSI)* [Online]. Available:
<https://iddsi.org/Framework> [Accessed 04.11.2023].
- CLARKE, D. J. & FORSTER, A. 2015. Improving post-stroke recovery: the role of
the multidisciplinary health care team. *J Multidiscip Healthc*, 8, 433-42.
- COHEN, D. L., ROFFE, C., BEAVAN, J., BLACKETT, B., FAIRFIELD, C. A.,
HAMDY, S., HAVARD, D., MCFARLANE, M., MCLAUGHLIN, C., RANDALL,
M., ROBSON, K., SCUTT, P., SMITH, C., SMITHARD, D., SPRIGG, N.,
WARUSEVITANE, A., WATKINS, C., WOODHOUSE, L. & BATH, P. M.
2016. Post-stroke dysphagia: A review and design considerations for future
trials. *Int J Stroke*, 11, 399-411.
- COHN, E. S. 2019. Asserting Our Competence and Affirming the Value of
Occupation With Confidence. *Am J Occup Ther*, 73, 7306150010p1-
7306150010p10.
- DANIELS, S. K., ANDERSON, J. A. & PETERSEN, N. J. 2013. Implementation of
stroke Dysphagia screening in the emergency department. *Nurs Res Pract*,
2013, 304190.
- DANIELS, S. K., ANDERSON, J. A. & WILLSON, P. C. 2012. Valid items for
screening dysphagia risk in patients with stroke: a systematic review.
Stroke, 43, 892-7.
- DONOVAN, N. J., DANIELS, S. K., EDMIASTON, J., WEINHARDT, J.,
SUMMERS, D. & MITCHELL, P. H. 2013. Dysphagia screening: state of the
art: invitational conference proceeding from the State-of-the-Art Nursing
Symposium, International Stroke Conference 2012. *Stroke*, 44, e24-31.

- DRURY, P., LEVI, C., D'ESTE, C., MCELDOFF, P., MCINNES, E., HARDY, J., DALE, S., CHEUNG, N. W., GRIMSHAW, J. M., QUINN, C., WARD, J., EVANS, M., CADILHAC, D., GRIFFITHS, R. & MIDDLETON, S. 2014. Quality in Acute Stroke Care (QASC): process evaluation of an intervention to improve the management of fever, hyperglycemia, and swallowing dysfunction following acute stroke. *Int J Stroke*, 9, 766-76.
- DYKES, P. C., DADAMIO, R. R., GOLDSMITH, D., KIM, H. E., OHASHI, K. & SABA, V. K. 2011. Leveraging standards to support patient-centric interdisciplinary plans of care. *AMIA Annu Symp Proc*, 2011, 356-63.
- DZIEWAS, R., MICHOU, E., TRAPL-GRUNDSCHÖBER, M., LAL, A., ARSAVA, E. M., BATH, P. M., CLAVE, P., GLAHN, J., HAMDY, S., POWNALL, S., SCHINDLER, A., WALSH, M., WIRTH, R., WRIGHT, D. & VERIN, E. 2021. European Stroke Organisation and European Society for Swallowing Disorders guideline for the diagnosis and treatment of post-stroke dysphagia. *European Stroke Journal*, 6(3), LXXXIX-CXV.
- DZIEWAS, R. & PFLUG, C. E. A. 2020. S1-Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Neurologie (DGN) in Zusammenarbeit mit der DGD. *Leitlinien für Diagnostik und Therapie in der Neurologie*.
- EIBL, K. 2021. Nebeneinander oder Miteinander? Zusammenarbeit von Logopädie und Pflege am Beispiel Stroke Unit. *Forum Logopädie*, 28-33.
- FANG, W. J., ZHENG, F., ZHANG, L. Z., WANG, W. H., YU, C. C., SHAO, J. & WU, Y. J. 2022. Research progress of clinical intervention and nursing for patients with post-stroke dysphagia. *Neurological Sciences*, 43(10), 5875-5884.
- FEIGIN, V. L., BRAININ, M., NORRVING, B., MARTINS, S., SACCO, R. L., HACKE, W., FISHER, M., PANDIAN, J. & LINDSAY, P. 2022. World Stroke Organization (WSO): Global Stroke Fact Sheet 2022. *Int J Stroke*, 17, 18-29.
- GANDOLFI, M., SMANIA, N., BISOFFI, G., SQUAQUARA, T., ZUCCHER, P. & MAZZUCCO, S. 2014. Improving post-stroke dysphagia outcomes through a standardized and multidisciplinary protocol: an exploratory cohort study. *Dysphagia (0179051X)*, 29, 704-712.

- GLOBAL HEALTH ESTIMATES. 2023. *Deaths by Cause, Age, Sex, by Country and by Region, 2000-2019* [Online]. Available: <https://www.who.int/data/gho/data/themes/mortality-and-global-health-estimates/ghe-leading-causes-of-death> [Accessed 06.06.2023].
- GUILLÉN-SOLÀ, A., MESSAGI SARTOR, M., BOFILL SOLER, N., DUARTE, E., BARRERA, M. C. & MARCO, E. 2017. Respiratory muscle strength training and neuromuscular electrical stimulation in subacute dysphagic stroke patients: a randomized controlled trial. *Clin Rehabil*, 31, 761-771.
- GUM, L. F., PRIDEAUX, D., SWEET, L. & GREENHILL, J. 2012. From the nurses' station to the health team hub: how can design promote interprofessional collaboration? *J Interprof Care*, 26, 21-7.
- HANKEY, G. J. 2017. Stroke. *Lancet*, 389, 641-654.
- JAMNADAS, B., BURNS, J. & PAUL, S. 2002. Understanding Occupational Therapy: Nursing and Physician Assistant Students' Knowledge About Occupational Therapy. *Occupational Therapy In Health Care*, 14, 13-25.
- JOHNSON, W., ONUMA, O., OWOLABI, M. & SACHDEV, S. 2016. Stroke: a global response is needed. *Bull World Health Organ*, 94, 634-634a.
- KÖRNER, M., LIPPENBERGER, C., BECKER, S., REICHLER, L., MÜLLER, C., ZIMMERMANN, L., RUNDEL, M. & BAUMEISTER, H. 2016. Knowledge integration, teamwork and performance in health care. *J Health Organ Manag*, 30, 227-43.
- KREPS, G. 2016. Communication and Effective Interprofessional Health Care Teams. *International Archives of Nursing and Health Care*, 2.
- LABEIT, B., MUHLE, P., DZIEWAS, R. & SUNTRUP-KRUEGER, S. 2023. Diagnostik und Therapie der Dysphagie nach einem Schlaganfall. *Der Nervenarzt*, 94, 676-683.
- LUDWIG, D. 2020. Dysphagie: Eine interprofessionelle Aufgabe. *Pflegezeitschrift*, 73, 30-33.
- MAHLER, C., GUTMANN, T., KARSTENS, S. & JOOS, S. 2014. Terminology for interprofessional collaboration: definition and current practice. *GMS Z Med Ausbild*, 31, Doc40.
- MCFARLANE, M., ATWAL, P., PARMAR, P. & MILES, A. 2014. Interdisciplinary management of dysphagia following stroke. *British Journal of Neuroscience Nursing*, 10, 13-20.

- MCGINNIS, C. M., HOMAN, K., SOLOMON, M., TAYLOR, J., STAEBELL, K., ERGER, D. & RAUT, N. 2019. Dysphagia: Interprofessional Management, Impact, and Patient-Centered Care. *Nutr Clin Pract*, 34, 80-95.
- NAKAMORI, M., ISHIKAWA, K., IMAMURA, E., YAMAMOTO, H., KIMURA, K., AYUKAWA, T., MIZOUE, T. & WAKABAYASHI, S. 2021. Relationship between tongue pressure and dysphagia diet in patients with acute stroke. *PLoS One*, 16, e0252837.
- PAGE, M. J., MOHER, D., BOSSUYT, P. M., BOUTRON, I., HOFFMANN, T. C., MULROW, C. D., SHAMSEER, L., TETZLAFF, J. M., AKL, E. A., BRENNAN, S. E., CHOU, R., GLANVILLE, J., GRIMSHAW, J. M., HRÓBJARTSSON, A., LALU, M. M., LI, T., LODER, E. W., MAYO-WILSON, E., MCDONALD, S., MCGUINNESS, L. A., STEWART, L. A., THOMAS, J., TRICCO, A. C., WELCH, V. A., WHITING, P. & MCKENZIE, J. E. 2021. PRISMA 2020 explanation and elaboration: updated guidance and exemplars for reporting systematic reviews. *BMJ*, 372, n160.
- PALLI, C., FANDLER, S., DOPPELHOFER, K., NIEDERKORN, K., ENZINGER, C., VETTA, C., TRAMPUSCH, E., SCHMIDT, R., FAZEKAS, F. & GATTRINGER, T. 2017. Early Dysphagia Screening by Trained Nurses Reduces Pneumonia Rate in Stroke Patients: A Clinical Intervention Study. *Stroke*, 48, 2583-2585.
- PETERS, M. D. J., MARNIE, C., TRICCO, A. C., POLLOCK, D., MUNN, Z., ALEXANDER, L., MCINERNEY, P., GODFREY, C. M. & KHALIL, H. 2020. Updated methodological guidance for the conduct of scoping reviews. *JBI Evid Synth*, 18, 2119-2126.
- PIERPOINT, M. & PILLAY, M. 2020. Post-stroke dysphagia: An exploration of initial identification and management performed by nurses and doctors. *South African Journal of Communication Disorders*, 67, 1-13.
- PÖDER, U., DAHM, M. F., KARLSSON, N. & WADENSTEN, B. 2015. Standardised care plans for in hospital stroke care improve documentation of health care assessments. *J Clin Nurs*, 24, 2788-96.
- PRÆTORIUS, T., HASLE, P. & NIELSEN, A. P. 2018. No one can whistle a symphony: how hospitals design for daily cross-boundary collaboration. *J Health Organ Manag*, 32, 618-634.

- RINGLEB, P., KÖHRMANN, M. & JANSEN, O. 2022. S2e-Leitlinie, Akuttherapie des ischämischen Schlaganfalls. *Leitlinien für Diagnostik und Therapie in der Neurologie*.
- SMITHARD, D. G. 2016. Dysphagia Management and Stroke Units. *Curr Phys Med Rehabil Rep*, 4, 287-294.
- STATISTIK AUSTRIA. 2023. *Bevölkerung zu Jahres-/Quartalsanfang* [Online]. Available: <https://www.statistik.at/statistiken/bevoelkerung-und-soziales/bevoelkerung/bevoelkerungsstand/bevoelkerung-zu-jahres-/quartalsanfang> [Accessed 06.06.2023].
- TRAPL, M., ENDERLE, P., NOWOTNY, M., TEUSCHL, Y., MATZ, K., DACHENHAUSEN, A. & BRAININ, M. 2007. Dysphagia bedside screening for acute-stroke patients: the Gugging Swallowing Screen. *Stroke*, 38, 2948-52.
- VIRVIDAKI, I. E., NASIOS, G., KOSMIDOU, M., GIANNOPOULOS, S. & MILIONIS, H. 2018. Swallowing and Aspiration Risk: A Critical Review of Non Instrumental Bedside Screening Tests. *J Clin Neurol*, 14, 265-274.
- VON ELM, E., SCHREIBER, G. & HAUPT, C. C. 2019. Methodische Anleitung für Scoping Reviews (JBI-Methodologie). *Z Evid Fortbild Qual Gesundheitswes*, 143, 1-7.
- WIRTH, R., DZIEWAS, R., JÄGER, M., WARNECKE, T., SMOLINER, C., STINGEL, K. & LEISCHKER, A. 2013. S3-Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Ernährungsmedizin (DGEM) in Zusammenarbeit mit der GESKES, der AKE, der DGCH, der DGAI und der DGAV. *Aktuelle Ernährungsmedizin*, 38, e155-e197.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. 2010. *Framework for Action on Interprofessional Education and Collaborative Practice* [Online]. Available: Framework for action on interprofessional education & collaborative practice (who.int) [Accessed 14.06.2023].
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. 2023. *Stroke, Cerebrovascular accident* [Online]. Available: <https://www.emro.who.int/health-topics/stroke-cerebrovascular-accident/index.html> [Accessed 10.06.2023].

- ZECHARIAH, S., ANSA, B. E., JOHNSON, S. W., GATES, A. M. & LEO, G. 2019. Interprofessional Education and Collaboration in Healthcare: An Exploratory Study of the Perspectives of Medical Students in the United States. *Healthcare (Basel)*, 7.
- ZHENG, L., LI, Y. & LIU, Y. 2014. The individualized rehabilitation interventions for dysphagia: a multidisciplinary case control study of acute stroke patients. *International journal of clinical and experimental medicine*, Vol.7, 3789-3794p.

Anhang

Tabelle 4: Suchstrategie zur Literaturrecherche

Datum	Datenbank	Suchstring	Ergebnisse
25.05.2023	PubMed	("stroke"[Mesh] OR ("stroke"[Title/Abstract] OR ("apoplex"[Title/Abstract]))) AND ("deglutition disorders"[Mesh] OR ("deglutition disorder"[Title/Abstract] OR "dysphagia"[Title/Abstract] OR ("swallow"[Title/Abstract]))) AND ("intervention"[Title/Abstract] OR "care"[Title/Abstract] OR "diagnosis"[Title/Abstract] OR "therap"[Title/Abstract] OR "treatment"[Title/Abstract] OR manag*[Title/Abstract]) AND (("multidisciplinary"[Title/Abstract] OR "multiprofession"[Title/Abstract] OR "interdisciplinary"[Title/Abstract] OR "interprofession"[Title/Abstract]) OR ("health care profession"[Title/Abstract] OR "collab"[Title/Abstract] OR "health occupations"[Mesh]))	560
25.05.2023	CINAHL	((MH "stroke") OR AB (stroke or apoplexy)) AND ((MH "deglutition disorders") OR AB (deglutition disorder* or dysphagia or swallow*)) AND AB (intervention* or care* or diagnos* or treatment* or therap* or manag*) AND ((MH "Health Personnel") OR AB (interprofession* OR interdisciplinary* OR multiprofession* OR multidisciplinary* OR health care professionals OR collab*))	139
29.05.2023	Cochrane Central Register of Controlled Trials via OVID	((stroke[MT] OR stroke* OR apoplex*).mp.) AND (deglutition disorders[MT] OR dysphagia*).mp.) AND (intervention* or diagnos* or treatment* or manag* or care* or therapy*).mp) AND (health personnel[MT] or health profession or multidisciplinary* or multiprofession* or interdisciplinary* or interprofession or collab*).mp.))	19
29.05.2023	Google Scholar	(stroke* or apoplexy) AND (dysphagia* OR deglutition disorder*) AND (intervention* OR care* OR diagnos* OR therap* OR treatment* OR manag*) AND (collab* OR interprofession* OR multiprofession* OR health care professionals)	347
29.05.2023	Embase via OVID	((*cerebrovascular accident[MT] OR stroke).mp.) AND (dysphagia[MT]).mp.) AND (intervention* or diagnos* or treatment* or manag* or care* or therapy*).mp.) AND (health care personnel[MT] or health profession or multidisciplinary* or multiprofession* or interdisciplinary* or interprofession or collab*).mp.))	413