

# Annales Universitatis Paedagogicae Cracoviensis

Studia Logopaedica 7 (2023)

ISSN 2083-7283

DOI 10.24917/20837283.7.6

**Agata Wentz**

St. Josefs Hospital, Hagen, Deutschland

ORCID: 0000-0001-5530-5846

## Logopädie in der onkologischen Rehabilitation in Deutschland. Ein Überblick

Logopedia w rehabilitacji onkologicznej w Niemczech.  
Zarys problematyki

### Zusammenfassung

Karzinome der Kopf-Hals-Region sind zunehmend. Weltweit erkranken über 700.000 Menschen pro Jahr an Kopf-Hals-Tumoren. In Deutschland sind das rund 17.000 Menschen jährlich. In den letzten 20 Jahren wurden in Deutschland Richtlinien zur Rehabilitation onkologischer Patienten formuliert. Die logopädische Diagnose und Therapie der Schluck- und Stimmstörungen finden in der modernen Onkologie zunehmend Beachtung. Die Deutsche Krebsgesellschaft sowie das OnkoZert Institut halten Logopädie für einen wesentlichen Bestandteil der onkologischen Rehabilitation. Es wird betont, dass vor allem bei Patienten mit Zustand nach Kehlkopfresektion (Laryngektomie) ist eine stationäre logopädische Behandlung notwendig.

Der vorliegende Artikel thematisiert die oben genannten Aspekte. Ausgangspunkt der Arbeit ist die Geschichte der Logopädie als Beruf in Deutschland. Darauf aufbauend wird Logopädie als Teil der Rehabilitationsmedizin in der Onkologie vorgestellt. Ein kurzer Ausblick auf logopädische Diagnostik der Stimmstörungen und des Schluckvorganges bei onkologischen Patienten, mit Präsentation ausgewählter Befundbögen, beschließt die Arbeit.

**Schlüsselbegriffe:** Logopädie, Deutschland, Onkologie, Kopf-Hals-Tumoren, Therapie, Laryngektomie, Schluckstörungen, Stimmstörungen

### Streszczenie

Tendencja w diagnostyce nowotworów regionu głowy i szyi jest rosnąca. Liczba nowych przypadków stale wzrasta. Na całym świecie na choroby nowotworowe głowy i szyi zapada ponad 700 000 osób rocznie – w samych Niemczech około 17 000 osób rocznie. W ciągu ostatnich 20 lat w Niemczech opracowano klarowne wytyczne dotyczące rehabilitacji pacjentów onkologicznych, a kompleksowa diagnostyka logopedyczna i terapia zaburzeń połykania i głosu jest

istotnym elementem zalecanych procedur. Niemieckie Towarzystwo Onkologiczne oraz Instytut Onkozert uznają terapię logopedyczną za obowiązkowy element stacjonarnej opieki medycznej u pacjentów po resekcji krtani (laryngektomii).

W niniejszym artykule wskazane zagadnienia zostały zaprezentowane w sposób przeglądowny, zaś punkt wyjścia dla rozważań stanowi przedstawienie krótkiego rysu historycznego logopedii jako zawodu w Niemczech. Przedstawiono także ogólne założenia medycyny rehabilitacyjnej w onkologii oraz wyjaśniono, w jaki sposób terapia logopedyczna wpisuje się w jej cele. Omówione zostały najważniejsze aspekty diagnostyki zaburzeń głosu i połykania u pacjentów przebywających na oddziałach onkologicznych z uwzględnieniem wybranych narzędzi i arkuszy diagnostycznych.

**Słowa kluczowe:** logopedia, Niemcy, onkologia, nowotwory głowy i szyi, laryngektomia, zaburzenia połykania, zaburzenia głosu

## Logopädie als Beruf in Deutschland

Die Geschichte der Logopädie in Deutschland fing 1887 in Potsdam an, als die ersten Lehrkurse für Logopäden (damals als „Sprachheilkundler“ bezeichnet) angeboten wurden. 1891 wurde in Berlin die erste ambulante Logopädieeinrichtung gegründet. 1924 erfolgte die offizielle Anerkennung der Logopädie als ein medizinisch-therapeutisches Fachgebiet (Macha-Krau, 2021, s. 75). 1974 war ein wichtiger Meilenstein für die deutsche Logopädie, es wurde nämlich das sogenannte „Rehabilitationsangleichungsgesetz“ verabschiedet. Laut dem neuen Gesetz waren die Krankenkassen verpflichtet, die Kosten für die logopädische Therapie zu übernehmen (Umsetzungsbegeleitung, Bundesteilhabegesetz, 2024). Der nächste Meilenstein für das Fachgebiet der Logopädie in Deutschland wurde im Oktober 1980 mit der Einführung des Gesetzes über den Beruf des Logopäden gesetzt (Bundesministerium der Justiz, 1980).

Aktuell gibt es in Deutschland ca. 29.000 Therapeutinnen und Therapeuten im Bereich der Logopädie. Logopädinnen und Logopäden gehören zu der Berufsgruppe der nichtärztlichen medizinischen Berufe (Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit, Pflege und Prävention, 2023). Die Logopädie-Ausbildung dauert in Deutschland drei Jahre. Die Ausbildung ist bundesweit einheitlich geregelt und endet mit einer staatlichen Prüfung. Es handelt sich um eine Vollzeitausbildung von mindestens 3840 Stunden. Im Anschluss an die erfolgreich abgeschlossenen Abschlussprüfungen erhalten Absolventinnen und Absolventen die staatliche Anerkennung und die Erlaubnis zum Führen der Berufsbezeichnung „Logopädin“ oder „Logopäde“. Erst seit einigen Jahren werden in Deutschland auch grundständige Hochschulstudiengänge im Bereich der Logopädie angeboten.

LogopädInnen in Deutschland arbeiten angestellt oder als Selbstständige, meist in logopädischen Praxen. Etwa 20 % sind in stationären Einrichtungen (wie Krankenhäusern oder Fach- und Rehabilitationskliniken) angestellt.<sup>1</sup> Die TherapeutInnen, die für stationäre logopädische Versorgung zuständig sind, spielen eine besondere Rolle bei onkologischen PatientInnen, die unter Problemen mit der Atmung, dem Schlucken und dem Sprechen leiden.

---

<sup>1</sup> Die Autorin des vorliegenden Artikels gehört zu der o.g. Berufsgruppe und ist aktuell als klinische Logopädin in einem Krankenhaus in Nordrhein-Westfalen (Deutschland) tätig.

## Logopädie als Teil der modernen Rehabilitationsmedizin in der Onkologie

Die Deutsche Krebsgesellschaft (DKG)<sup>2</sup> erklärt: „Die Ziele der Tumornachsorge sind vielfältig. Sie umfassen eine frühzeitige Entdeckung von Tumorrezidiven, Metastasen und Zweitkarzinomen, die kontinuierliche Überwachung einer adäquaten Schmerztherapie sowie die somatische, psychische und soziale Rehabilitation und Reintegration (...)“ (DKG, 2018). Hierbei stellt die logopädische Rehabilitation mit den Schwerpunkten Förderung der Stimme/des Sprechens und Förderung des Schluckvorganges bei onkologischen Patienten eine besondere Herausforderung dar.

In den letzten 20 Jahren wurden in Deutschland Richtlinien zur Rehabilitation onkologischer PatientInnen formuliert. Mit dem Ziel, die Qualität der Betreuung onkologischer PatientInnen zu verbessern, hat die DKG ein Zertifizierungssystem entworfen. In den stationären sowie ambulanten Einrichtungen, die über eine gültige Zertifizierung verfügen, arbeiten alle beteiligten Fachkräfte (ChirurgInnen, RadioonkologInnen, LogopädInnen, Pflegekräfte, PsychoonkologInnen, SozialarbeiterInnen, usw.) eng zusammen. Das Rehabilitationsmodell stellt also einen holistischen, transdisziplinären Ansatz dar. Die zertifizierten Zentren sind verpflichtet, jedes Jahr nachzuweisen, dass sie alle Zertifizierungsanforderungen erfüllen. Die Qualitätskontrolle wird jährlich durch das unabhängige Institut OnkoZert betreut. Die Ergebnisse des Audits werden durch OnkoZert in Jahresberichten erfasst und veröffentlicht (OnkoZert Institut, 2024).

Gemäß DKG-Richtlinien für die deutschen Kopf-Hals-Tumor-Zentren ist die Beratung durch LogopädInnen/SprechwissenschaftlerInnen bei allen Larynxkarzinom-PatientInnen erforderlich.

Das Kapitel 1.9. („Allgemeine Versorgungsbereiche“) des DKG-Erhebungsbogens für die Kopf-Hals-Tumor-Zentren, die einen Zertifizierungsantrag stellen möchten, erwähnt u. a. die Rolle der logopädischen Betreuung: „Die Diagnostik und Therapie der Sprech- und Stimm- und Schluckstörungen sollte in Kooperation mit einer phoniatischen Abteilung oder niedergelassenen Phoniatern erfolgen. Die Zusammenarbeit Phoniatrie, HNO/ MKG Chirurgie und Logopädie muss im Falle einer Kooperation dargestellt werden. In den Kliniken, in denen die Fachrichtung Phoniatrie vertreten ist, ist die Kooperation obligat.“ (OnkoZert Institut, 2022).

## Tumoren im Kopf-Hals-Bereich

Logopädische Behandlungen in der Onkologie sind von großer Wichtigkeit, vor allem bei Kopf-Hals-Karzinomen, die eine heterogene Gruppe von benignen und malignen Tumoren im Kopf-Hals-Bereich sind. Bösartige Tumoren der Kopf-Hals-Region (KHT) gehören zu den häufigsten Krebserkrankungen in Deutschland und weltweit.

Karzinome der Kopf-Hals-Region sind zunehmend. Weltweit erkranken über 700.000 Menschen pro Jahr an KHT, das sind über 5 % aller neu diagnostizierten malignen Erkrankungen. In Deutschland sind das rund 17.000 Menschen jährlich. Männer

---

<sup>2</sup> Die Deutsche Krebsgesellschaft (DKG) ist die größte onkologische Fachgesellschaft in Deutschland.

erkranken durchschnittlich mit 64 Jahren, Frauen mit 66 Jahren (Zentrum für Krebsregisterdaten, 2023).

Je nach Lokalisation unterscheidet man unter anderem folgende Krebserkrankungen im Kopf-Hals-Bereich (Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 2019):

- Hypopharynxkarzinom (Schlundrachenkrebs)
- Larynxkarzinom (Kehlkopfkrebs)
- Mundhöhlenkarzinom
- Nasopharynxkarzinom (Nasenrachenkrebs)
- Oropharynxkarzinom (Mundrachenkrebs)
- Tracheakarzinom (Luftröhrenkrebs)

Kopf-Hals-Tumoren stehen in engem Zusammenhang mit Umwelt- und Lebensstilfaktoren. Zu den wichtigsten Risikofaktoren zählen: das Rauchen, der Alkoholkonsum, die UV-Strahlung, die EBV<sup>3</sup>-Infektion und eine Infektion mit humanen Papillomviren (HPV).

Eine Krebserkrankung im Kopf-Hals-Bereich kann zunächst symptomlos sein und im Verlauf unspezifische Symptome verursachen. Dazu gehören z.B. Schluckbeschwerden, unspezifische Schmerzen beim Sprechen, Heiserkeit, Luftnot oder Husten.<sup>4</sup>

Bei Verdacht auf eine Tumorerkrankung wird zunächst eine eingehende klinische Untersuchung mit endoskopischen sowie mikroskopischen Verfahren, ergänzt oft durch eine Ultraschalluntersuchung der Halsweichteile, durchgeführt. Bei auffälligem Befund wird eine weiterführende endoskopische Untersuchung des betroffenen Gebietes als auch der gesamten oberen Luft- und Speisewege in Vollnarkose durchgeführt. Durch die feingewebliche Untersuchung kann die exakte Diagnose der Erkrankung gestellt werden. Zudem wird die Diagnostik durch hochauflösende Schnittbildgebung in Form einer Computertomographie (CT) oder Kernspintomographie (MRT) komplettiert. Bei manchen Fällen ist zusätzlich die Durchführung einer Positronen-Emissions-Tomographie (PET) notwendig.

Eine gezielte Therapieplanung ist entscheidend für die Prognose einer Tumorerkrankung. Die Therapie bei Kopf-Hals-Tumoren umfasst in der Regel Operation<sup>5</sup>, Bestrahlung und/oder eine medikamentöse Therapie, welche einzeln oder in Kombination eingesetzt werden.

Es muss erwähnt werden, dass die logopädische Betreuung von onkologischen Patienten nicht nur posttherapeutisch notwendig ist, sondern findet auch prätherapeutisch statt. In der prätherapeutischen Phase (die, je nach dem Fall, im ambulanten oder im stationären Setting abläuft) wird eine logopädische Beratung angeboten. Die posttherapeutische Phase umfasst eine ausführliche Befunderhebung der Schluck-

---

<sup>3</sup> Epstein-Barr Virus.

<sup>4</sup> Es ist hierbei besonders wichtig zu betonen, dass ähnliche Symptome bei vielen logopädischen Patienten mit Dysphonie zu beobachten sind, deswegen ist eine regelmäßige Arzt-Therapeuten-Kommunikation von großer Bedeutung für die Krebsfrüherkennung.

<sup>5</sup> Zum operativen Spektrum zählen die Laser- und Radiofrequenzchirurgie, die organerhaltende Chirurgie und die plastisch-rekonstruktive Therapie mit freien und gestielten Lappenplastiken.

funktion und der Stimmfunktion, als auch eine stationäre Rehabilitation (Therapie) der Stimme und/oder des Schluckvorganges (Bild 1).

Logopädischer Stimmbefund soll subjektive Beschwerden des Patienten sowie Auffälligkeiten der Atmung und der Phonation berücksichtigen (Bild 2).

Die Beurteilung der Schluckfunktion ist bei KHT-PatientInnen in der Regel komplexer und kann verschiedene ärztliche und/oder logopädische Prozeduren umfassen. Für eine relativ schnelle und unkomplizierte klinische Beurteilung der Schluckfunktion steht LogopädInnen der GUSS (Gugging Swallowing Screen) zur Verfügung. GUSS ist ein Screeningverfahren, das zwar am häufigsten bei neurologischen PatientInnen und auf Stroke Units eingesetzt wird, eignet sich jedoch auch für KHT-PatientInnen ohne Trachealkanülen, um die Auffälligkeiten während der Essenssituation zu finden und um eine passende Kostform zu empfehlen (Bild 3.1, 3.2).

Bei Intensivpatienten, die mehr als 24 Stunden intubiert waren, sollte eine modifizierte GUSS-ICU durchgeführt werden (Bild 4.1, 4.2).

Weitere diagnostische Möglichkeit bietet eine apparative FEES-Untersuchung (Flexible-endoskopische Schluckuntersuchung) an, die selbstständig von geschulten LogopädInnen, ggf. in Zusammenarbeit mit dem Arzt durchgeführt werden kann (Die Deutsche Gesellschaft für Neurologie, 2014). Ähnlich wie FEES, ist die Breischluckuntersuchung ein dynamischer Test, der als Funktionsprüfung dient. Während der Untersuchung trinkt der/die PatientIn schluckweise ein Kontrastmittel (Bariumsulfat) und Röntgenbilder von der Speiseröhre und dem Übergang zum Magen werden angefertigt (Uniklinikum Würzburg, 2023).

## **Logopädische Rehabilitation nach Laryngektomie (Kehlkopfresektion)**

Kehlkopflosen onkologische PatientInnen sind vom logopädischen Standpunkt eine besondere PatientInnengruppe. Der Kehlkopf erfüllt zwei wesentliche Aufgaben. Er trennt Speise- und Luftwege, sodass die durch den Mund eingeatmete Luft in die Luftröhre und die ebenfalls über den Mund aufgenommene feste Nahrung und Flüssigkeiten in die Speiseröhre gelangen. Die zweite Funktion ist die der Stimmerzeugung. Nach der Laryngektomie erfolgen Atmung und Schlucken auf getrennten Wegen. Durch die Entfernung der Stimmlippen und dadurch, dass die Atmung nicht mehr durch den Mund möglich ist, ist auch zunächst keine Stimmerzeugung mehr möglich.

In der logopädischen Therapie kann der/die PatientIn drei verschiedene Ersatztechniken erlernen:

### **(1) Elektronische Sprechhilfe**

Die elektronische Sprechhilfe (Servox-Gerät) stellt für die Betroffenen in der Regel die erste Kommunikationshilfe dar. Sie besitzt eine Membran, die auf die Haut am Hals aufgesetzt wird und Schwingungen in den Rachenraum bringt. Der Ton kann dann im Mundraum moduliert werden, wobei sich Lippen und Zunge wie beim natürlichen Sprechen bewegen.

### **(2) Ösophagusstimme**

Bei der Ösophagusstimme (Speiseröhrenersatzstimme) wird eine Technik erlernt. Dabei wird Luft in die Speiseröhre gedrückt und dosiert wieder herausgelassen. Dadurch entstehen Töne, die zu Sprachlauten geformt werden können.

Entwurf Logopädie-Befundbogen

Geltungsbereich:  
Kopf-Hals-Tumorzentrum

o Prätherapeutische Beratung

Stimmrehabilitation

Schluckrehabilitation

sonstiges:

o Prätherapeutische Befunderhebung

Stimmfunktion prätherapeutisch

Schluckfunktion prätherapeutisch

sonstiges:

o Posttherapeutische Befunderhebung

Stimmfunktion posttherapeutisch

Schluckfunktion posttherapeutisch

sonstiges:

o Posttherapeutische Therapie

Stimmanbahnung

Schluckanbahnung

sonstiges:

Kommentar:

Empfehlung:

Datum:

Unterschrift:

Bild 1. Leistungsdokumentationsbogen Logopädie

Quelle: Kopf-Hals-Tumorzentrum Katholisches Krankenhaus Hagen (2024).



### Logopädischer Stimmbefund

Patient: \_\_\_\_\_  
 Geb.: \_\_\_\_\_

**Grund der Vorstellung:** \_\_\_\_\_ **Datum:** \_\_\_\_\_

**Logopädische Diagnose:** \_\_\_\_\_

Subjektive Beschwerden

Heiserkeit – Druckgefühl – Räusperzwang – Brennen – Schleim – Schmerz – Fremdk. Gefühl – Trockenht.  
 Stimmermüdung / Dauer: \_\_\_\_\_

Atmung

Ruheatmung: \* klavikulär  \* thoracal  \* kostal  Kostoabdominal   
 Sprechatmung: \* klavikulär  \* thoracal  \* kostal  kostoabdominal   
 Atemmittellage: \* eingehalten:  \* überzogen   
 Atemgeräusche: \* keine  \* geringe  \* schnappen  \* stridor   
 sonstg. Auffälligkeiten: \_\_\_\_\_

Phonation

Stimmklang: \* klar  \* belegt  \* heiser  \* knarrend  \* brüchig  \* kippend   
 Stimmgebung: \* hart  \* gepreßt  \* kehlig  \* kloßig  \* behaucht  \* verhaucht   
 Stimmansatz: \* vorne  \* Mitte  hinten   
 Stimmeinsatz: \* physiolog.  Gehaucht:  hart:   
 Stimmabsatz: \* physiolog.  Gehaucht:  hart:  knarrend:   
 Stimmvolumen: \* voll:  zart:  dünn:  überladen:   
 Stimmstärke: \* normal  leise  zu laut  schwankend   
 Steigerungsfähig: \* gut  mittel  normal   
 Sprechtempo: \* normal  langsam  schnell   
 Artikulation: \* normal  \* verkrampft  \* eng  \* nachlässig  \* undeutlich / verwaschen   
 Mittlere Sprechstimmlage auf: \_\_\_\_\_  
 Physiolog. Stimmumfang von: \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ ---> ca. \_\_\_\_\_ Oktaven  
 Körperansatz: Brust..... Ganzkörperlich..... Kopf.....  
 Ausatmungsdauer: „fff“ .....Sec. „sss“ .....Sec.  
 Tonhaltedauer: „oo“ .....Sec. „iii“ .....Sec. „aaa“ .....Sec.  
 Lombard Probe: Ergebnis:.....

Bild 2. Logopädischer Stimmbefund  
 Quelle: St.-Josephs-Hospital Hagen (2024).

Patientenetikett

# GUSS

(Gugging Swallowing Screen)

Datum: \_\_\_\_\_

Zeit: \_\_\_\_\_

Untersucher: \_\_\_\_\_

  

### 1. Voruntersuchung / Indirekter Schluckversuch

		JA	NEIN
<b>VIGILANZ</b>	Der Patient muss mindestens 15 Minuten wach sein	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
<b>HUSTEN und/oder RÄUSPERN</b>	Willkürlicher Husten: Der Patient soll zweimal kräftig räuspern oder husten.	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
<b>SPEICHELSCHLUCK</b>	Mundhygiene durchführen, wenn der Mund sehr trocken ist Wenn sich der Patient am Speichel verschluckt dann „nein“ ankreuzen	1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Schlucken möglich</li> <li>• Drooling</li> <li>• Stimmänderung nach dem Speichelschluck?</li> </ul>	Permanentes Speicheldrooling (Drooling = Austritt von Speichel aus dem Mund)  Gurgelig, röchelnd, feucht (oder gurzelige Atmung bei zervikaler Auskultation) Heisere Stimme seit dem Insultgeschehen?	0 <input type="checkbox"/>  0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>  1 <input type="checkbox"/>
<b>SUMME:</b>		(5)	
		1 – 4 = Abbruch des Tests s.GUSS-Evaluation 5 = Fortsetzung Teil 2	

  

### 2. Direkter Schluckversuch (Material: Wasser, Eindickungsmittel, Teelöffel, Tasse, Spritze, Brot, Kekse)

Reihenfolge	BREIIG →	FLÜSSIG →	FEST
	½ Teelöffel angedicktes Wasser (IOOSI 3) Wenn keine Symptome dann weitere 3-5 Teelöffel Abbruch sobald eines der 4 Aspirationszeichen auffällig	3, 5, 10, 20 ml Wasser in einer Tasse verabreichen dann 50 ml Wasser (sequenzielle Schlucke) Abbruch sobald eines der 4 Aspirationszeichen auffällig	Ein trockenes Brot ohne Rinde und/oder ein Stück Keks (max. 1,5cm x 1,5cm) Abbruch sobald eines der 4 Aspirationszeichen auffällig
<b>SCHLUCKAKT</b>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Schlucken nicht möglich</li> <li>▪ Verzögerter Schluckakt (Breilig, Flüssig &gt; 2 sec. Festes &gt; 10 sec.)</li> <li>▪ Schlucken erfolgreich</li> </ul>	0 <input type="checkbox"/>  1 <input type="checkbox"/>  2 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>  1 <input type="checkbox"/>  2 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>  1 <input type="checkbox"/>  2 <input type="checkbox"/>
<b>HUSTEN (unwillkürlich)</b> <i>(vor, während und nach dem Schlucken, bis 3 Minuten später)</i>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ja</li> <li>▪ Nein</li> </ul>	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>
<b>DROOLING</b>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ja</li> <li>▪ Nein</li> </ul>	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>
<b>STIMMÄNDERUNG</b> <i>(Vor und nach dem Schluck auf die Stimme hören- Patient soll „Ohh“ sprechen)</i>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Ja</li> <li>▪ Nein</li> </ul>	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/>
<b>SUMME:</b>		(5)	(5)
		1 – 4 = Abbruch des Tests s.GUSS-Evaluation 5 = Fortsetzung Flüssig	1 – 4 = Abbruch des Tests s.GUSS-Evaluation 5 = Fortsetzung Fest
<b>SUMME: (Indirekter und direkter Schluckversuch)</b>		_____ (20)	

  

**The Gugging Swallowing Screen. Stroke. 2007;38:2948** Michaela Trapl, SLT, MSc; Paul Enderle, MD, MSc; Monika Nowotny, MD; Yvonne Teuschl, PhD; Karl Matz, MD; Alexandra Dachehausen; PhD Michael Brainin, MD

Bild 3.1. GUSS (Gugging Swallowing Screen). Deutsche Version

Quelle: The Gugging Swallowing Screen (2007).

# GUSS-EVALUATION

(Gugging Swallowing Screen)

		<b>EMPFEHLUNGEN</b> (in Anlehnung an IDDSI-Framework <a href="http://www.iddsi.org">www.iddsi.org</a> )	
<b>ERGEBNISSE</b>	<b>SCHWEREGRAD</b>		
20	Minimale / keine Dysphagie Minimales Aspirationsrisiko	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Normale Kost (IDDSI 7 oder 7 EC)</li> <li>• Normale Flüssigkeiten (IDDSI 0)</li> <li>• Das erste Essen sollte unter Supervision einer Logopädin oder einer, im Dysphagiemanagement geschulten Pflegeperson stattfinden, um die Schluckfähigkeit bei gemischten Konsistenzen während des Essens zu überprüfen</li> </ul>	
15-19	Leichtgradige Dysphagie mit einem geringen Aspirationsrisiko	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dysphagie Kost (Pürierte und/oder weiche Nahrung) (IDDSI 5 oder 6)</li> <li>• Flüssigkeiten schluckweise (IDDSI 0) oder leicht angedickt (IDDSI 1-2)</li> <li>• <i>Optional</i>: Weiteres funktionelles Assessment (FEES, VFES)<sup>1</sup></li> <li>• <i>Optional</i>: Zuweisung zur Logopädi<sup>1</sup></li> </ul> <p style="text-align: center;"><i>Nahrungsergänzung via PEG, Nasogastraler Sonde oder parenteral + Zusatznahrung</i></p>	
10-14	Mittelgradige Dysphagie mit Aspirationsrisiko	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dysphagie Kost (Homogen breiige Nahrung) (IDDSI 3-4)</li> <li>• Alle Flüssigkeiten andicken (IDDSI 2-4)</li> <li>• Medikamente zerkleinern und mit angedickter Konsistenz verabreichen (IDDSI 3-4)</li> <li>• Keine flüssigen Medikamente!</li> <li>• <i>Optional</i>: Weiteres funktionelles Assessment (FEES, VFES)<sup>1</sup></li> <li>• <i>Optional</i>: Zuweisung zur Logopädi<sup>1</sup></li> </ul> <p style="text-align: center;"><i>Nahrungsergänzung via PEG, Nasogastraler Sonde oder parenteral + Zusatznahrung</i></p>	
0-9	Hochgradige Dysphagie mit einem hohen Aspirationsrisiko	<ul style="list-style-type: none"> <li>• NPO (non per os = nothing by mouth = nichts über den Mund)</li> <li>• <i>Optional</i>: Weiteres funktionelles Assessment (FEES, VFES)<sup>1</sup></li> <li>• <i>Optional</i>: Zuweisung zur Logopädi<sup>1</sup></li> </ul> <p style="text-align: center;"><i>Nahrungsergänzung via PEG, Nasogastraler Sonde oder parenteral</i></p>	

<sup>1</sup> Empfohlen werden funktionelle/instrumentelle Untersuchungsverfahren wie: Fiberoptische Endoskopische Evaluation of Swallowing (FEES), Videofluoroskopische Evaluation of Swallowing (VFES) sowie Eine klinische Schluckuntersuchung durchgeführt von einer Logopädin

**The Gugging Swallowing Screen.** Ströbe. 2007:38:2948. Michaela Trapl, SLT, MSc.; Paul Enderle, MD, MSc.; Monika Nowaczyk, MD; Yvonne Teuschl, PhD.; Karl März, MD; Alexandra Drachhausen, PhD. Michael Braum, MD

Bild 3.2. GUSS (Gugging Swallowing Screen). Evaluation und Kostempfehlung. Deutsche Version  
 Quelle: The Gugging Swallowing Screen (2007).

<b>GUSS-ICU</b>				
Empfohlen bei allen intensivpflichtigen Patient*innen, die <b>mehr als 24 Stunden intubiert</b> waren.				
Führen Sie das Screening frühestens 1 Stunde nach Extubation durch. Führen Sie, falls notwendig, eine Mundhygiene vor dem Screening durch.				
Voruntersuchung / Indirekter Schluckversuch		Direkter Schluckversuch (4 Subtests)		
	Ja	Nein	Unauffällig	
RASS von 0 bis +2	1	0	1	
Stridor vorhanden	0	1		
Husten oder Räuspern effektiv möglich	1	0	1	
Speichel schlucken möglich	1	0		
Drooling (Speichel) vorhanden	0	1	0	
Stimmänderung nach dem Schlucken	0	1		
<b>SUMME:</b>			<b>0</b>	
		<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; background-color: #e0ffe0;"> <p><b>6 Punkte:</b> Weiter zum "Direkten Schluckversuch"</p> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; background-color: #e0ffe0;"> <p><b>&lt; 6 Punkte:</b> Abbruch ggf. FEES involvieren)</p> </div>	1	0
			1	0
			1	0
			1	0
<b>SUMME:</b>			<b>0</b>	
		<b>SUMME:</b>		
		<b>GESAMTSUMME:</b>		

  

\*Beobachten Sie die Patient\*innen nach jedem Schluck.  
 Brechen sie das Screening ab, sobald sie folgende Dysphagiezeichen erkennen:  
**Probleme beim Schlucken (verlängerte orale Phase: > 10 Sek. bei Flüssig und Breiig, >23 Sek. bei Fest), Husten, Drooling, oder Stimmänderung.**  
 Wenn es zu keinen Auffälligkeiten kommt, können Sie mit dem nächsten Subtest fortfahren.

FEES (Fiberoptic Endoscopic Evaluation of Swallowing), IDDSI (International Dysphagia Standardization Initiative), RASS (Richmond Agitation Sedation Scale)  
 Troll C, Trapl-Grundschober M, Teuschl Y, Cerrito A, Compte MG, Siegemund M. A bedside swallowing screen for the identification of post-extubation dysphagia on the intensive care unit - validation of the Gugging Swallowing Screen (GUSS)-ICU. BMC Anesthesiol. 2023;23:122. doi: 10.1186/s12871-023-02072-6.

Bild 4.1. GUSS-ICU. Deutsche Version  
 Quelle: GUSS-ICU (2023).

<b>GUSS-ICU-EVALUATION</b>	
<b>Ergebnis</b>	<b>Schweregrad</b>
<b>Diet-Empfehlungen (nach der IDDSI-Grundstruktur)</b>	
0-6 Punkte	<p>Voruntersuchung oder Breischluck beeinträchtigt (Hochgradige Dysphagie mit einem hohen Aspirationsrisiko)</p>
7 Punkte	<p>Breig erfolgreich, Flüssiges beeinträchtigt (Mittelgradige Dysphagie mit Aspirationsrisiko)</p>
8 Punkte	<p>Breig erfolgreich, Flüssiges erfolgreich, Festes beeinträchtigt (Leichtgradige Dysphagie mit einem geringen Aspirationsrisiko)</p>
9 Punkte	<p>Breig erfolgreich, Flüssiges erfolgreich, Festes erfolgreich, Gemischte Konsistenzen beeinträchtigt (Leichtgradige Dysphagie mit einem geringen Aspirationsrisiko)</p>
10 Punkte	<p>Breige, flüssige und feste Konsistenzen erfolgreich (Minimale / Keine Dysphagie Minimales Aspirationsrisiko)</p>

  

<ul style="list-style-type: none"> <li>* NPO (non per os) → Zuweisung zur Logopädie, zur HNO bzw. Phoniatrie oder einem/einer Dysphagie-Spezialist* in. Wiederholen Sie den Test nach frühestens 4 Stunden wieder.</li> <li>* Breig pürierte oder stark dickflüssige Kost (IDDSI 3-4)</li> <li>* Alle Flüssigkeiten müssen eingedickt werden (IDDSI 2-3)</li> <li>* Medikamente sollten zermörsert und mit Brei verabreicht werden (IDDSI 3-4)</li> <li>* Keine flüssigen Medikamente verabreichen</li> <li>* Optional: Weiteres funktionelles Assessment (FEES, VFSS)<sup>1</sup></li> <li>* Optional: Zuweisung zur Logopädie</li> <li>* Nahrungsergänzung via PEG, Nasogastraler Sonde oder parenteral + Zusatznahrung</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Weiche Kost (zerkleinerte &amp; durchfeuchtete oder weiche &amp; mündgerechte Kost) (IDDSI 5 oder 6)</li> <li>* Flüssigkeiten IDDSI 0</li> <li>* Optional: Weiteres funktionelles Assessment (FEES, VFSS)<sup>1</sup></li> <li>* Optional: Zuweisung zur Logopädie</li> <li>* Nahrungsergänzung via PEG, Nasogastraler Sonde oder parenteral + Zusatznahrung</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>* Weiche Kost (Weich &amp; mündgerecht oder leicht zu kauen) (IDDSI 6 oder 7 EC)</li> <li>* Vermieden werden sollen gemischte Konsistenzen oder hart zu kauende Speisen</li> <li>* Flüssigkeiten uneingeschränkt (IDDSI 0)</li> <li>* Optional: Weiteres funktionelles Assessment (FEES, VFSS)<sup>1</sup></li> <li>* Optional: Zuweisung zur Logopädie</li> <li>* Nahrungsergänzung via PEG, Nasogastraler Sonde oder parenteral + Zusatznahrung</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Normale Kost (IDDSI 7, 7 EC)</li> <li>* Flüssigkeiten uneingeschränkt (IDDSI 0)</li> <li>* Das erste Essen sollte unter Supervision einer Logopäd*in oder einer, im Dysphagiemanagement geschulten Pflegeperson stattfinden, um die Schluckfähigkeit bei gemischten Konsistenzen während des Essens zu überprüfen</li> </ul>

<sup>1</sup> Empfohlen werden funktionelle/instrumentelle Untersuchungsverfahren wie: Fiberoptic Endoscopic Evaluation of Swallowing (FEES), Videofluoroscopic Evaluation of Swallowing (VFSS) (IDDSI= International Dysphagia Standardization Initiative)  
 Trull C, Trapl-Grundschober M, Teuschl Y, Cerrito A, Compte MG, Siegemund M, A bedside swallowing screen for the identification of post-extubation dysphagia on the intensive care unit - validation of the Gugging Swallowing Screen (GUSS)-ICU. BMC Anesthesiol. 2023;23:122. doi: 10.1186/s12871-023-02072-6.

Bild 4.2. GUSS-ICU. Evaluation und Kostempfehlung. Deutsche Version

Quelle: GUSS-ICU (2023).

### (3) Stimmprothese

Stimmprothese ist aktuell die verbreitetste Methode zur Wiederherstellung der Stimmbildung nach Laryngektomie in Deutschland. Die Stimmprothese wird operativ zwischen oberem Luftröhrenabschnitt und Speiseröhre eingesetzt. Bei der Abdichtung der Tracheostomaöffnung mit dem Finger und Pressen der Luft aus der Luftröhre in den Mund und Rachenraum wird eine Stimmbildung möglich.

Neben der Stimmanbahnung umfasst die logopädische Betreuung der laryngektomierten PatientInnen u. a. Unterstützte Kommunikation (UK), therapeutische Essensbegleitung und Kontrolle der Nahrungsaufnahme, eine gezielte Dysphagie-Therapie und Tracheostoma-Absaugen.

### Fazit

Die Logopädie in Deutschland hat in der Versorgung onkologischer Erkrankungen in den letzten Jahren verstärkt Erfahrung gesammelt und sich mit den Schluck- und Sprechstörungen bei KHT-PatientInnen fachlich auseinandergesetzt und etabliert. Die stationäre logopädische Beratung und Behandlung gehören zum Goldstandard bei Larynxkarzinompatienten gemäß der Deutschen Krebsgesellschaft. Zukünftig sollte versucht werden auch PatientInnen mit anderen Krebsarten im Kopf-Hals-Bereich stationär wie ambulant in adaptierten onkologischen Rehabilitationsprogrammen logopädisch zu behandeln.

### Literatur

- Bartolomé G., Schröter-Morasch H. (2013). *Schluckstörungen. Diagnostik und Rehabilitation*, 5. Aufl. München: Elsevier/Urban & Fischer.
- Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit, Pflege und Prävention. (2023). [online] <https://www.stmgp.bayern.de/gesundheitsversorgung/gesundheitsberufe/logopaedie/> (zuletzt abgerufen am 25.12.2023).
- Bindewald J., Herrmann E., Dietz A. et al (2007). Lebensqualität und Sprachverständlichkeit bei Patienten mit Kehlkopfkarcinom-Relevanz des „Zufriedenheitsparadoxes.“ [Quality of life and voice intelligibility in laryngeal cancer patients – relevance of the „satisfaction paradox“]. *Laryngorhinotologie*, 86(6), 426–430.
- Bundesministerium der Justiz. (1980). *Gesetz über den Beruf des Logopäden*. [online] <https://www.gesetze-im-internet.de/logopg/index.html> (zuletzt abgerufen am 11.12.2023).
- Die Deutsche Gesellschaft für Neurologie e.V. (DGN). (2014). *Informationen zu FEES*. [online] <https://dgn.org/informationen-zu-fees/> (zuletzt abgerufen am 25.12.2023).
- Deutsche Krebsgesellschaft. (2018). [online] <https://www.krebsgesellschaft.de/> (zuletzt abgerufen am 25.12.2023).
- Deutsche Krebsgesellschaft e.V. (2004). *Prinzipien der onkologischen Rehabilitation, Kurz gefasste interdisziplinäre Leitlinie*.
- Denk-Linnert D.M. (2006). Funktionelle Therapie oropharyngealer Dysphagien nach Kopf-Hals-Tumoren. In: G. Böhme (Hrsg.), *Sprach-, Sprech-, Stimm- und Schluckstörungen*, Bd. 2, 4. Aufl. München: Urban & Fischer.

- Denk-Linnert D.M. (2014). Rehabilitation von HNO-Tumor-Patienten. In: G. Kornek, E. Selzer, M. Burian (Hrsg.), *Aktuelle Therapieoptionen bei Kopf-/Hals-Tumoren*. Bremen: UNI-MED Science.
- Denk-Linnert D.M. (2018). Schlucken nach Tracheostomie. In: B. Schneider-Stickler, P. Kress, *Tracheotomie und Tracheostomaversorgung. Indikationen, Techniken und Rehabilitation* (s. 303–319). Wien: Springer.
- Denk-Linnert D.M. (2020). Schluck- und Stimmstörungen in der Onkologischen Rehabilitation. In: R. Crevenna (ed.), *Onkologische Rehabilitation* (s. 203–225). Berlin, Heidelberg: Springer.
- Hey C., Pluschinski P., Zaretsky Y. et al. (2014). Penetration-Aspiration Scale according to Rosenbek. Validation of the German version for endoscopic dysphagia diagnostics. *HNO*, 62(4), 276–281.
- Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme 10. Revision. Version 2019. Mit Aktualisierungen vom 01.11.2019, 13.02.2020, 23.03.2020, 22.04.2020 und 01.02.2022. [online] <https://www.dimdi.de/static/de/klassifikationen/icd/icd-10-who/kode-suche/htmlamtl2019/> (zuletzt abgerufen am 10.01.2024).
- Macha-Krau H., Schrey-Dern D. (2021). *Emanzipationsgeschichte der Logopädie in Deutschland. Wie wir's wurden-wer wir sind*. Idstein: Schulz-Kirchner Verlag.
- OnkoZert Institut. (2024). [online] <https://www.onkozert.de/> (zuletzt abgerufen am 10.01.2024).
- OnkoZert Institut. (2022). [online] [https://www.onkozert.de/wordpress/wp-content/uploads/2022/09/eb\\_mkht-G\\_faq\\_220831.pdf?v=46996655](https://www.onkozert.de/wordpress/wp-content/uploads/2022/09/eb_mkht-G_faq_220831.pdf?v=46996655) (zuletzt abgerufen am 12.01.2024).
- Roch C., Schendzielorz P., Scherzad A., van Oorschot B. & Scheich M. (2020). Bedürfnisse und Belastungen von palliativmedizinisch mitbetreuten Patienten mit fortgeschrittenen und/oder metastasierten Kopf-Hals-Tumoren. *HNO*, 68(7), 510–516.
- Schneider-Stickler B., Bigenzahn W. (2013). *Stimmdiagnostik*, 2. Aufl. Wien: Springer.
- Schneider-Stickler B., Kress P. (2018). *Tracheotomie und Tracheostomaversorgung. Indikationen, Techniken und Rehabilitation*. Wien: Springer.
- Troll C. (2022). *Modifikation und Validierung des Gugging Swallowing Screens für die Intensivstation*. Krems: Donau-Universität Krems.
- Troll C., Trapl-Grundschober M., Teuschl Y., Cerrito A., Gallego C. M., Siegemund M. (2023). A bedside swallowing screen for the identification of post-extubation dysphagia on the intensive care unit – validation of the Gugging Swallowing Screen (GUSS)—ICU. *BMC Anesthesiol*, 23, 122.
- Umsetzungsbegleitung Bundesteilhabegesetz. (2016). [online] <https://umsetzungsbegleitung-bthg.de/gesetz/hintergrund/#:~:text=Das%20Rehabilitations%2DAnleichungsgesetz,den%20Kreis%20der%20Rehabilitationsleistungstr%C3%A4ger%20eingebunden> (zuletzt abgerufen am 25.01.2024).
- Uniklinikum Würzburg. (2023). *Breischluckuntersuchung*. [online] <https://www.ukw.de/behandlungszentren/zentrum-fuer-achalasia-und-andere-oesophagusmotilitaetsstoerungen/schwerpunkte/achalasia-diagnostik/breischluckuntersuchung/#:~:text=Die%20Breischluckuntersuchung%20ist%20eine%20radiologische,dem%20%C3%9Cbergang%20zum%20Magen%20angefertigt> (zuletzt abgerufen am 12.01.2024).
- Wendler J., Rauhut A., Krüger H. (1986). Classification of voice qualities. *J Phon*, 14, 483–488.
- Zentrum für Krebsregisterdaten. (2023). [online] [https://www.krebsdaten.de/Krebs/DE/Content/Krebsarten/Mundhoehle\\_Rachenkrebs/mundhoehle\\_rachen\\_node.html](https://www.krebsdaten.de/Krebs/DE/Content/Krebsarten/Mundhoehle_Rachenkrebs/mundhoehle_rachen_node.html) (zuletzt abgerufen am 05.01.2024).

