

S3–Leitlinie

Oropharyngeale Dysphagie infolge einer Kopf–Hals–Tumor–Erkrankung – Diagnostik und Therapie.

Kurzversion

AWMF-Registernummer: 049/016

Version 1.1 – April 2025

Dieses Leitlinienprojekt wurde im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) auf Grundlage des § 139b Absatz 6 SGB V durch 7 Evidenzberichte des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) unterstützt, siehe Projektnr. V23-06, verfügbar: <https://www.iqwig.de/projekte/v23-06.html>, und 21-10, verfügbar: <https://www.iqwig.de/projekte/v21-10.html>

Inhaltsverzeichnis

1. Informationen zu dieser Leitlinie	4
1.1. Herausgeber	4
1.2. Federführende Fachgesellschaft	4
1.3. Finanzierung der Leitlinie	4
1.4. Kontakt	4
1.5. Zitierweise	5
1.6. Besonderer Hinweis	5
1.7. Weitere Dokumente zu dieser Leitlinie	5
1.8. Zusammensetzung der Leitliniengruppe	5
1.8.1. Koordination und Redaktion	5
1.8.2. Beteiligte Fachgesellschaften und Organisationen	6
1.8.3. Arbeitsgruppe	7
1.8.4. Patientenbeteiligung	7
1.8.5. Methodische Begleitung	8
1.9. Verwendete Abkürzungen	8
2. Einführung	10
2.1. Geltungsbereich und Zweck	10
2.1.1. Hintergrund	10
2.1.2. Zielsetzung und Fragestellung	12
2.1.3. Adressaten	13
2.1.4. Verbreitung und Implementierung der Leitlinien	13
2.1.5. Gültigkeitsdauer und Aktualisierungsverfahren	13
2.2. Grundlagen der Methodik	14
2.2.1. Schema der Evidenzgraduierung nach GRADE	14
2.2.2. Schema der Empfehlungsgraduierung	15
2.2.3. Statements	16
2.2.4. Expertenkonsens (EK)	16
2.2.5. Leitlinienfinanzierung und Umgang mit Interessenkonflikten	16
3. Epidemiologie	17
3.1. Prävalenz / Risikofaktoren / positive Einflussfaktoren Dysphagie	17
3.2. Prävalenz Mangelernährung / ungewollter Gewichtsverlust / Sarkopenie	18
3.3. Prävalenz Aspirationspneumonie	18
4. Diagnostik	19
4.1. Instrumentelle Schluckdiagnostik	19
4.2. Einsatz von Screeningverfahren	20
4.3. Einschätzung des Schluckvermögens durch Patienten (PROM)	20
5. Dysphagiemanagement	21
5.1. Management einer Mangelernährung	21
5.2. Management einer Aspirationspneumonie	22

5.3. Management einer Trachealkanülenversorgung	22
6. Dysphagietherapie	24
7. Präventivmaßnahmen	26
7.1. Reduktion radiogener Dysphagie	26
7.2. Supportivmaßnahmen bei schluckassoziierten Nebenwirkungen der onkologischen Therapie	26
7.3. Vergleich onkologischer Therapiemodalitäten hinsichtlich Dysphagie und möglicher assoziierter Komorbiditäten	27
8. Patienteninformation	32
9. Tabellenverzeichnis	33
10. Literaturverzeichnis	34

1. Informationen zu dieser Leitlinie

1.1. Herausgeber

Deutsche Gesellschaft für Phoniatrie und Pädaudiologie e.V.

1.2. Federführende Fachgesellschaft

Deutsche Gesellschaft für Phoniatrie und Pädaudiologie e.V.

Nikolaistr. 29, D-37073 Göttingen

Tel. +49 (0)551 48857-601

office@dgpp.de

Weitere beteiligte Gesellschaften/Bundesverbände/Selbsthilfe-Organisationen:

- Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V.
- Berufsverband der Deutschen Strahlentherapeuten e.V.
- Bundesverband Kehlkopf- und Kopf-Hals-Tumore e.V.
- Deutscher Bundesverband der Epithetiker e.V.
- Deutscher Bundesverband für akademische Sprachtherapie und Logopädie e.V.
- Deutscher Bundesverband für Logopädie e.V.
- Deutscher Berufsverband der Fachärzte für Phoniatrie und Pädaudiologie e.V.
- Deutsche Gesellschaft für Ernährungsmedizin e.V.
- Deutsche Gesellschaft für Gastroenterologie, Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten e.V.
- Deutsche Gesellschaft für Geriatrie e.V.
- Deutsche Gesellschaft für Hämatologie und Medizinische Onkologie e.V.
- Deutsche Gesellschaft für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Kopf- und Hals-Chirurgie e.V.
- Deutsche Gesellschaft für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie e.V.
- Deutsche Gesellschaft für Neurologie e.V.
- Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e.V.
- Deutsche Gesellschaft für Radioonkologie e.V.
- Deutsche interdisziplinäre Gesellschaft für Dysphagie e.V.
- Deutsche Krebsgesellschaft e.V.
- Deutsche Röntgengesellschaft e.V.
- Kopf-Hals-M.U.N.D.-Krebs e.V.
- Schweizerische Gesellschaft für Dysphagie e.V.
- Sichtbar e.V.

1.3. Finanzierung der Leitlinie

Die Erstellung der Leitlinie wurde durch Evidenzberichte des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit sowie seitens der Deutschen Gesellschaft für Phoniatrie und Pädaudiologie e.V. finanziell unterstützt.

1.4. Kontakt

Deutsche Gesellschaft für Phoniatrie und Pädaudiologie e.V. (DGPP)

Nikolaistr. 29, D-37073 Göttingen

Tel. +49 (0)551 48857-601

office@dgpp.de

1.5. Zitierweise

Deutsche Gesellschaft für Phoniatrie und Pädaudiologie: S3-Leitlinie Oropharyngeale Dysphagie infolge einer Kopf-Hals-Tumor-Erkrankung – Diagnostik und Therapie. Kurzversion 1.1, 2025, AWMF-Registernummer: 049/016
<https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/049-016> (abgerufen am: TT.MM.JJJJ)

1.6. Besonderer Hinweis

Die Medizin unterliegt einem fortwährenden Entwicklungsprozess, sodass alle Angaben, v.a. zu diagnostischen und therapeutischen Verfahren, immer nur dem Wissensstand zur Zeit der Drucklegung der Leitlinie entsprechen können. Hinsichtlich der angegebenen Empfehlungen zur Diagnostik, Management und Therapie wurde die größtmögliche Sorgfalt beachtet. Gleichwohl werden die Benutzer aufgefordert, im Zweifelsfall einen Spezialisten zu konsultieren. Fragliche Unstimmigkeiten sollen bitte im allgemeinen Interesse den Leitlinienkoordinatoren mitgeteilt werden.

Der Benutzer selbst bleibt verantwortlich für jede diagnostische und therapeutische Intervention.

Das Werk ist in allen seinen Teilen urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der Bestimmungen des Urhebergesetzes ist ohne schriftliche Zustimmung der federführenden Fachgesellschaft unzulässig und strafbar. Kein Teil des Werkes darf ohne schriftliche Genehmigung der DGPP und der Leitlinien-Koordination reproduziert werden. Dies gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen sowie die Nutzung in elektronischen Systemen, Intranet und Internet.

1.7. Weitere Dokumente zu dieser Leitlinie

Bei diesem Dokument handelt es sich um die Kurzversion der S3-Leitlinie. Neben der Kurzversion gibt es die folgenden ergänzenden Dokumente zu dieser Leitlinie.

- Langversion der Leitlinie
- Leitlinienreport und Evidenzbericht zum Erstellungsprozess der Leitlinie

Diese Leitlinie und alle Zusatzdokumente sind über die folgende Seite zugänglich:
<https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/049-016>

1.8. Zusammensetzung der Leitliniengruppe

Die Leitliniengruppe besteht aus einer interdisziplinären und multiprofessionellen Zusammensetzung inklusive Patienten- und Angehörigenvertretern.

1.8.1. Koordination und Redaktion

Hauptkoordinatorin:

Univ.-Prof. Dr. med. Dr. med. habil. Christiane Hey, MHBA
Abt. für Phoniatrie und Pädaudiologie
Universitätsklinikum Gießen-Marburg, Standort Marburg
Baldingerstr. 1
35043 Marburg

Mitkoordinatoren:

Dr. phil. Eugen Zaretsky
Abt. für Phoniatrie und Pädaudiologie
Universitätsklinikum Gießen-Marburg, Standort Marburg
Baldingerstr. 1
35043 Marburg

Univ.-Prof. Dr. med. Peter Kummer
Sektion Phoniatrie und Pädaudiologie
Klinik und Poliklinik für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde
Universitätsklinikum Regensburg
Franz-Josef-Strauß-Allee 11
93053 Regensburg

1.8.2. Beteiligte Fachgesellschaften und Organisationen

Tabelle 1: Beteiligte Fachgesellschaften und Organisationen sowie Mandatsträger

Beteiligte Fachgesellschaften und Organisationen (alphabetisch)	Mandatsträger
Arbeitsgemeinschaft Assoziation Chirurgische Onkologie, Deutsche Krebsgesellschaft e.V. (DKG ACO)	Prof. Dr. Kerstin Lorenz ^b
Arbeitsgemeinschaft Pädiatrische Onkologie, Deutsche Krebsgesellschaft e.V. (DKG APO)	Prof. Dr. Udo Kontny ^b
Arbeitsgemeinschaft Soziale Arbeit in der Onkologie, Deutsche Krebsgesellschaft e.V. (DKG ASO)	Kerstin Schmidt ^d
Arbeitsgemeinschaft Prävention und Integrative Onkologie, Deutsche Krebsgesellschaft e.V. (DKG PRIO)	Prof. Dr. Jens Büntzel ^a
Arbeitsgemeinschaft für Psychoonkologie, Deutsche Krebsgesellschaft e.V. (DKG PSO)	Dr. Helge Danker ^d
Berufsverband der Deutschen Strahlentherapeuten e.V. (BVDST)	PD Dr. Ulrike Höller ^c
Bundesverband Kehlkopf- und Kopf-Hals-Tumore e.V.	Hans-Helmut Fleischer ^d Herbert Hellmund ^d
Deutscher Bundesverband der Epithetiker e.V. (DBVE)	Falk Dehnbostel ^a Dr. Horst-Uwe Klapper ^a
Deutscher Bundesverband für akademische Sprachtherapie und Logopädie e.V. (dbs)	Petra Pluschinski ^e
Deutscher Bundesverband für Logopädie e.V. (dbl)	Prof. Dr. Meike Brockmann-Bauser ^a
Deutscher Berufsverband der Fachärzte für Phoniatrie und Pädaudiologie e.V. (DBVPP)	Dr. Barbara Arnold ^a
Deutsche Gesellschaft für Ernährungsmedizin e.V. (DGEM)	Prof. Dr. Jörg Bojunga ^a
Deutsche Gesellschaft für Gastroenterologie, Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten e.V. (DGVS)	Prof. Dr. Rainer Porschen ^a
Deutsche Gesellschaft für Geriatrie e.V. (DGG)	Prof. Dr. Rainer Wirth ^a
Deutsche Gesellschaft für Hämatologie und Medizinische Onkologie e.V. (DGHO)	Dr. Franz-Georg Bauernfeind ^b
Deutsche Gesellschaft für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Kopf- und Hals-Chirurgie e.V. (DGHNO)	Prof. Dr. Christoph Arens ^a Prof. Dr. Christopher Bohr ^a
Deutsche Gesellschaft für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie e.V. (DGMKG)	Prof. mult. Dr. mult. Robert Sader ^a
Deutsche Gesellschaft für Neurologie e.V. (DGN)	Prof. Dr. Rainer Dziewas ^a
Deutsche Gesellschaft für Phoniatrie und Pädaudiologie e.V. (DGPP)	Prof. Dr. Simone Graf ^a Prof. Dr. Dr. Christiane Hey, MHBA ^a Prof. Dr. Michael Jungheim ^a Prof. Dr. Annerose Keilmann ^d Prof. Dr. Peter Kummer ^a Dr. Hansjörg Kramer ^a Prof. Dr. Arno Olthoff ^a PD Dr. Christina Pflug ^a Prof. Dr. Saskia Rohrbach-Volland ^a

Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e.V. (DGP)	Dr. Jens Geiseler ^d
Deutsche Gesellschaft für Radioonkologie e.V. (DEGRO)	PD Dr. Marlen Haderlein ^d
Deutsche interdisziplinäre Gesellschaft für Dysphagie e.V. (DGD)	Berrit Schilling, M. Sc. ^b
Deutsche Röntgengesellschaft e.V. (DRG)	Prof. Dr. Michael Lell ^a Prof. Dr. Martin Mack ^a
Kopf-Hals-M.U.N.D.-Krebs e.V.	Gunthard Kissinger ^d Susanne Viehbacher ^d
Schweizerische Gesellschaft für Dysphagie e.V. (SGD)	PD KD Dr. Jörg Bohlender ^d
Sichtbar e.V.	Manfred Manthey ^a
Folgende Mandate wurden vor Abschluss der Leitlinie zurückgezogen:	
Arbeitsgemeinschaft Soziale Arbeit in der Onkologie, Deutsche Krebsgesellschaft e.V. (ASO DKG)	Petra Kriechel ^b
Deutscher Verband für Physiotherapie e.V. (ZVK)	Reina Tholen ^f
Zeitraum der Beteiligung: ^a = 2018 - 2024 ^b = 2019 - 2024 ^c = 2021 - 2024 ^d = 2024 - 2024 ^e = 2018 - 2021 ^f = 2018 - 2022	

1.8.3. Arbeitsgruppe

Arbeitsgruppe	Mitglieder der Arbeitsgruppe
Engeres Redaktionsteam (in alphabetischer Reihenfolge)	Arbeitsgruppenleiter: Prof. Dr. Dr. Christiane Hey, Prof. Dr. Peter Kummer, Dr. Eugen Zaretsky Prof. Dr. Christoph Arens, Dr. Barbara Arnold, PD KD Dr. Jörg Bohlender, Prof. Dr. Christopher Bohr, Prof. Dr. Meike Brockmann-Bauser, Dr. Jens Geiseler, Prof. Dr. Simone Graf, PD Dr. Marlen Haderlein, PD Dr. Ulrike Höller, Prof. Dr. Michael Jungheim, Prof. Dr. Annerose Keilmann, Prof. Dr. Kerstin Lorenz, Prof. Dr. Arno Olthoff, PD Dr. Christina Pflug, Prof. mult. Dr. mult. Robert Sader, Berit Schilling, Prof. Dr. Rainer Wirth

1.8.4. Patientenbeteiligung

Die Leitlinie wurde unter direkter Beteiligung von Patientenvertretern erstellt (s. 1.8.2): Bundesverband Kehlkopf- und Kopf-Hals-Tumore e.V., Kopf-Hals-M.U.N.D.-Krebs e.V., Sichtbar e.V.

1.8.5. Methodische Begleitung

Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF, Frankfurt/Main):

I. Kopp

Externe Auftragnehmer:

Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG, Berlin):

T. Heise, C. Kiefer, A. Korzeczek-Opitz, U. Lampert, F. Lotz, C. Mischke, U. Paschen, K. Rudolf, W. Sieben, G. Stassen

Firma „DARUM“, Köln:

M. Danner, A. Rummer

Leitlinienbeauftragte der federführenden Fachgesellschaft

(Deutsche Gesellschaft für Phoniatrie und Pädaudiologie e.V., Göttingen):

W. Delb, M. Echternach

1.9. Verwendete Abkürzungen

Abkürzung	Erläuterung
ACO	Assoziation Chirurgische Onkologie e.V.
AIO	Arbeitsgemeinschaft Internistische Onkologie in der Deutschen Krebsgesellschaft e.V.
AMSTAR	Checkliste "Assessing the Methodological Quality of Systematic Reviews"
ASO	Arbeitsgemeinschaft Soziale Arbeit in der Onkologie e.V.
AWMF	Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V.
BKL	Bundesverband klinischer Linguistik e.V.
BV	Bundesverband
BVDST	Berufsverband Deutscher Strahlentherapeuten e.V.
CTCAE	Common Terminology Criteria for Adverse Events
DBL	Deutscher Bundesverband für Logopädie e.V.
DEGRO	Deutsche Gesellschaft für Radioonkologie e.V.
DGD	Deutsche interdisziplinäre Gesellschaft für Dysphagie e.V.
DGEM	Deutsche Gesellschaft für Ernährungsmedizin e.V.
DGG	Deutsche Gesellschaft für Geriatrie e.V.
DGHNO	Deutsche Gesellschaft für Hals-, Nasen-, und Ohrenheilkunde, Kopf- und Halschirurgie e.V.
DGHO	Deutsche Gesellschaft für Hämatologie und Medizinische Onkologie e.V.
DGMKG	Deutsche Gesellschaft für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie e.V.
DGP	Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e.V.
DGPP	Deutsche Gesellschaft für Phoniatrie und Pädaudiologie e.V.
DGVS	Deutsche Gesellschaft für Gastroenterologie, Verdauungs- und Stoffwechselerkrankungen e.V.
DHI	Dysphagie Handicap Index
DKG	Deutsche Krebsgesellschaft
DOI	Digital Object Identifier
DRG	Deutsche Röntgengesellschaft e.V.
EAT-10	Eating Assessment Tool-10
EK	Expertenkonsens
EORTC	European Organisation for Research and Treatment of Cancer

EORTC H&N35	European Organisation for Research and Treatment of Cancer Head and Neck Cancer Questionnaire
EORTC H&N43	European Organisation for Research and Treatment of Cancer Head and Neck Cancer Questionnaire (überarbeitet)
EORTC QLQ-C30	European Organisation for Research and Treatment of Cancer Core Quality of Life Questionnaire
et al.	Und andere
FDT	Funktionelle Dysphagietherapie
FEES	Fiberoptic endoscopic evaluation of swallowing, fiberoptisch endoskopische Evaluation des Schluckvorganges
FOIS	Functional Oral Intake Scale
FPS	Frames per second
GEKID	Gesellschaft der epidemiologischen Krebsregister in Deutschland e.V.
HME	Heat and Moisture Exchanger
ICD	Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme
ID	Instrumentelle Diagnostik
IQWiG	Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen
MDADI	M. D. Anderson dysphagia inventory
N	Fallzahl/Anzahl
NGS	Nasogastralsonde
OD	Oropharyngeale Dysphagie
OP	Operation
PAS	Penetrations-Aspirations-Skala
PEG	Perkutane endoskopische Gastrostomie
PRIO	Prävention und Integrative Onkologie, eine Arbeitsgemeinschaft der Deutschen Krebsgesellschaft
PROM	Patient-Reported Outcome Measure
R(C)T	Radio(chemo)therapie
RCT	Randomised controlled trial, Randomisierte kontrollierte Studie; Radiochemotherapie
RKI	Robert-Koch-Institut
RT	Radiotherapie
SGD	Schweizerische Gesellschaft für Dysphagie
SSQ	Sydney Swallow Questionnaire
SWAL-QoL	Swallowing Quality-of-Life Questionnaire
TAU	Treatment as usual
UKGM	Universitätsklinikum Gießen-Marburg
VFSS	Videofluoroskopische Schluckstudie
WST	Wasserschlucktest

2. Einführung

2.1. Geltungsbereich und Zweck

2.1.1. Hintergrund

Eine oropharyngeale Dysphagie (Schluckstörung) bildet eine mögliche, sehr schwerwiegende Folge sowohl einer Kopf-Hals-Tumor-Erkrankung selbst als auch der notwendigen onkologischen Therapie. Unverändert bleibt sie die bedeutendste Funktionsstörung infolge einer Kopf-Hals-Tumor-Erkrankung, und ihre Diagnostik und Therapie eine große Herausforderung. Trotz fortschreitender Entwicklung moderner onkologischer Therapieansätze ist der prozentuale Anteil bei den Betroffenen sehr hoch und beträgt abhängig von Tumorgröße und -lokalisierung sowie der davon abgeleiteten notwendigen onkologischen Therapiemodalität bis zu 70 % [Eastburn et al., 2022; Vermaire et al., 2022]. Mit einer jährlichen Inzidenz von 16.390 Kopf-Hals-Tumor-Erkrankungen [Zentrum für Krebsregisterdaten & Gesellschaft der epidemiologischen Krebsregister in Deutschland e.V., 2023] liegt die Zahl der Neubetroffenen mit einer oropharyngealen Dysphagie bei bis zu 11.500 pro Jahr.

Der tiefgreifende negative Einfluss einer oropharyngealen Schluckstörung auf Lebensqualität, Morbidität, Mortalität und sogar die Reduktion der 5-Jahres-Überlebensrate ist wissenschaftlich schon seit Langem belegt [Denaro et al., 2013; Jones et al., 2018; Szczesniak et al., 2014].

So wird die für die soziale Teilhabe so wichtige Einnahme von Mahlzeiten in Gesellschaft anderer Menschen durch eine oropharyngeale Dysphagie oft erheblich eingeschränkt oder gar unmöglich. Psychosoziale Faktoren wie Depressionen, die signifikant mit einer oropharyngealen Dysphagie assoziiert sind, spielen in diesem Zusammenhang bei Patienten mit einer Kopf-Hals-Tumor-Erkrankung eine zentrale Rolle [Chen et al., 2018], gelten sogar als unabhängiger Prädiktor für eine verminderte Überlebensrate [Rieke et al., 2017]. Zudem werden Depressionen, sozialer Rückzug und Vereinsamung durch den Einsatz von Hilfsmitteln wie Trachealkanülen oder gastralen Sonden begünstigt und intensiviert. Für den Patienten ergeben sich dadurch zwangsläufig Probleme, die die Grenzen der onkologischen medizinischen Behandlung deutlich überschreiten und bis tief in den seelischen Bereich des Selbstwertempfindens hineinreichen [Alias & Henry, 2018].

Doch eine oropharyngeale Dysphagie bedeutet für die Betroffenen nicht nur einen erheblichen Verlust an Lebensqualität, sondern vor allem eine lebensbedrohliche Gefährdung im Falle der Entwicklung einer Malnutrition und des Auftretens einer Aspirationspneumonie.

So haben Patienten mit Kopf-Hals-Tumor und Malnutrition, genauer Mangelernährung, ein erhöhtes Risiko für postoperative Komplikationen [Leonard et al., 2023]. Reed et al. [2024] demonstrierten bei knapp 14.000 Patienten eine signifikante Assoziation zwischen Malnutrition, prolongierten Krankenhausaufenthalten, höheren Kosten und einer erhöhten Rate an postoperativen Komplikationen. Lee et al. [2023] publizierten anhand von knapp 4.500 Patienten nach Kopf-Hals-Tumor-Resektion vermehrte Notaufnahmen und Re-Hospitalisierungen bei erniedrigtem Serumalbuminspiegel. Mangelernährung erhöht zudem signifikant das Risiko für eine Unterbrechung oder gar den Abbruch einer Radiochemotherapie [Findlay et al., 2021] und gilt als Prädiktor für eine frühe Mortalität [Ling et al., 2020] und ein frühes Rezidiv [Jung et al., 2019].

Insgesamt ist eine vorbestehende Malnutrition oder gar Sarkopenie bei Patienten mit Kopf-Hals-Tumoren signifikant mit erhöhter Mortalität assoziiert [Graves et al., 2023; Pan et al., 2023; Przekop et al., 2022], bis hin zur Verdopplung des Mortalitätsrisikos [Cofré et al., 2023].

Dabei wird die Malnutrition oft allein dem konsumierenden Charakter der onkologischen Erkrankung, also den katabolen metabolischen Veränderungen, zugeschrieben. Tatsächlich ist jedoch der signifikante Zusammenhang zwischen Schluckstörung und Malnutrition inzwischen wissenschaftlich klar belegt [Jager-Wittenaar et al., 2011] und besteht häufig bereits vor Beginn der onkologischen Therapie [Lehner et al., 2022].

Neben der Malnutrition bildet die Aspirationspneumonie einen weiteren entscheidenden Faktor für die Morbidität bei Patienten mit Kopf-Hals-Tumor, der das Mortalitätsrisiko signifikant erhöht und damit das Gesamtüberleben empfindlich reduziert.

So berichteten Xu et al. [2015] anhand der Daten von über 3.500 Patienten mit Kopf-Hals-Tumor, dass bei fast jedem Vierten (n = 801) innerhalb von fünf Jahren nach Radiochemotherapie eine Aspirationspneumonie diagnostiziert worden war, wovon in 84 % (n = 674) eine stationäre Behandlung notwendig war. Die 30-Tage-Mortalitätsrate nach Hospitalisierung betrug 33 % (n = 221). Selbst nach Berücksichtigung von Störvariablen bzw. Konfoundern blieb die Aspirationspneumonie mit einem um 42 % erhöhten Sterberisiko assoziiert. Larsen et al. [2021] zeigten zudem, dass Patienten nach Resektion eines Kopf-Hals-Tumors im Falle einer Aspirationspneumonie und eingeschränkter Nutritionssicherung nach stationärer Entlassung eine verkürzte Lebensdauer aufwiesen. Ein systematisches Review von Denaro et al. [2013] dokumentierte sogar Mortalitätsraten von 20 - 65 % bei Patienten mit Kopf-Hals-Tumor und Aspirationspneumonie. Eine oropharyngeale Dysphagie stellt damit einen unabhängigen Prädiktor für die Mortalität bei einer Kopf-Hals-Tumor-Erkrankung dar [Wang et al., 2023].

Daten und Zusammenhänge wie diese verdeutlichen die dringende Notwendigkeit der Früherkennung, des Managements sowie der Therapie einer oropharyngealen Dysphagie infolge einer Kopf-Hals-Tumor-Erkrankung. Dennoch wird die Tragweite dieser Funktionsstörung oft erheblich unterschätzt. National und international fehlen systematische und konsequent umgesetzte Konzepte, um dieser schwerwiegenden Gefahr adäquat zu begegnen, mit gravierenden Folgen für die Versorgungskontinuität und damit das (Über)leben der Betroffenen.

Daher bedarf es dringend der Weiterentwicklung einer evidenzbasierten, patientenzentrierten Versorgung, die der Komplexität einer oropharyngealen Dysphagie gerecht wird. Dies verlangt einen interdisziplinären, multiprofessionellen und sektorenübergreifenden Ansatz, um die potentiell lebensbedrohlichen Komplikationen einer oropharyngealen Dysphagie soweit wie möglich zu vermeiden und die soziale sowie berufliche Reintegration und Lebensqualität der Patienten zu fördern. Eine solche Versorgung umfasst ressourcenschonende Früherkennungsstrategien sowie evidenzbasierte Diagnostik und Therapie, die funktionelle, physiologische und psychosoziale Aspekte einbeziehen. Zudem bedarf es der präzisen Beurteilung des Schweregrads einer Schluckstörung und einer zuverlässigen Prognoseeinschätzung potenzieller Folgekomplikationen. Denn dies bildet die Basis der gezielten Zuordnung von Zuständigkeiten zwischen ambulanter und gegebenenfalls notwendiger stationärer Rehabilitation in nachweislich kompetenten und versierten Rehabilitationskliniken. Besonders stationäre Einrichtungen tragen entscheidend zur sozialen sowie beruflichen Reintegration bei und reduzieren Morbidität sowie Re-Hospitalisierungen. Da ab einem bestimmten Schweregrad einer Schluckstörung die ambulante Versorgung an ihre Grenzen stößt, wird die stationäre Rehabilitation für den Patienten, das Gesundheitssystem und die Gesamtgesellschaft zu einer unverzichtbaren Komponente im gesamten Rehabilitationsprozess. Neben qualitativ hochwertiger Behandlung erfordert ein erfolgreicher ambulanter und stationärer Rehabilitationsprozess also auch die enge Abstimmung und Kooperation der Kostenträger. Nur so können Versorgungslücken geschlossen werden. Nur so wird Zugang zu notwendigen Leistungen für diese Patienten sichergestellt. Nur so lassen sich Folgekomplikationen zum Schutz der Betroffenen, aber auch die Belastung von Gesundheitssystem und Gesamtgesellschaft verringern. Angesichts des zunehmenden Fachkräftemangels, insbesondere im Bereich der ambulanten Versorgung, stellt dies eine wachsende Herausforderung dar, die zum Wohle der Patienten dringend adressiert und angegangen werden muss.

Die enge, sektorenübergreifende Kooperation der verschiedenen Fachrichtungen, Professionen und Kostenträger unter konsequenter Einbeziehung der Patienten in relevante Entscheidungsprozesse hat zentrale Bedeutung. Das spiegelt sich auch größtenteils in der Zusammensetzung der Kommission dieser Leitlinie wider.

Abschließend: Von besonderer Relevanz ist die konsequente Förderung von Forschungsprojekten zur Entwicklung effektiver Früherkennungsstrategien, evidenzbasierter Therapieansätze und Entwicklung sowie Aufbau integrierter Versorgungsstrukturen. Auch neue Verfahren für Diagnostik und Therapie sollten hier überlegt werden. Dies inkludiert

auch die Investition in die Translation von Wissen durch gezielte Förderung der Entwicklung und Etablierung von Schulungs- und Fortbildungskonzepten, um die Expertise von Fachkräften nachhaltig zu stärken und evidenzbasiertes Wissen zum Wohle der Betroffenen in die Praxis zu überführen.

2.1.2. Zielsetzung und Fragestellung

Das Hauptziel dieser Evidenz- und Konsensus-basierten Leitlinie ist die Qualitätsverbesserung der ambulanten und stationären Versorgung und Rehabilitation von Patienten mit Schluckstörungen infolge einer Kopf-Hals-Tumor-Erkrankung. Im Fokus stehen oropharyngeale Schluckstörungen infolge eines Kopf-Hals-Tumors im Bereich der Mundhöhle, des Oro- und Hypopharynx sowie des Larynx. Weitere Regionen werden nicht berücksichtigt.

Die Leitlinie umfasst die sechs Themenkomplexe Epidemiologie, Diagnostik, Management, Therapie, Prävention und Patienteninformation. Sie ergänzt die bestehenden S3-Leitlinien zum Plattenepithelkarzinom des Oro- und Hypopharynx [Leitlinienprogramm Onkologie, 2024], der Mundhöhle [Leitlinienprogramm Onkologie, 2021] und des Larynx [Leitlinienprogramm Onkologie, 2019]. Die Basis dieser Leitlinie bildet die bestehende wissenschaftliche Evidenz, das Regelwerk für die Leitlinienerstellung der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V. (AWMF) [AWMF, 2023] sowie ein strukturierter Konsensusprozess der Mitglieder der Leitlinienkommission. Eine fachliche Unterstützung erfolgte zudem durch die AWMF sowie das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG). Eine Finanzierungsunterstützung erfolgte durch das Bundesministerium für Gesundheit (BMG).

Es wurden sieben De-Novo-Fragen aufgestellt und konsentiert, die auf Basis der aktuellen Literatur beantwortet werden sollten:

- Ist ein Schluckscreening, verglichen mit einer instrumentellen Diagnostik (ID), geeignet, bei Patienten mit einer Kopf-Hals-Tumor-Erkrankung eine oropharyngeale Dysphagie zu erkennen und damit Folgekomplikationen zu vermeiden?
- Führt der Einsatz von Fragebögen (Patient-Reported Outcome Measure, PROM) zur Selbstevaluation der schluckgebundenen Lebensqualität ergänzend zur ID im Vergleich zur alleinigen ID ohne PROM zu einer effektiveren und effizienteren Diagnostik bei Patienten mit einer Kopf-Hals-Tumor-Erkrankung hinsichtlich Vermeidung von Folgekomplikationen und/oder Steigerung der Lebensqualität?
- Kann die prophylaktische Anlage einer perkutanen endoskopischen Gastrostomiesonde (PEG-Sonde) bei Patienten mit einer Kopf-Hals-Tumor-Erkrankung eine Malnutrition, Reduktion der Lebensqualität, Oralisierungseinschränkungen, Änderungen des onkologischen Therapieregimes verhindern gegenüber einem beobachtenden Zuwarten (wait-and-watch)?
- Profitieren Patienten mit einer Kopf-Hals-Tumor-Erkrankung von einer Reduktion der Dosis im Schluckapparat (Zungengrund, pharyngeale Konstriktoren, Larynx) im Vergleich zur intensitätsmodulierten Strahlentherapie ohne Berücksichtigung der Schluckfunktion im Hinblick auf das oropharyngeale Schluckvermögen bei erhaltener onkologischer Therapiewirksamkeit?
- Profitieren Patienten mit einer Kopf-Hals-Tumor-Erkrankung von einer Tumoresektion gegenüber einer Radio(chemo)therapie (R(C)T) im Hinblick auf den Erhalt einer posttherapeutisch optimal möglichen Schluckfunktion?
- Profitieren Patienten mit einer Kopf-Hals-Tumor-Erkrankung vor, während oder im direkten Anschluss (< 6 Wochen) an eine onkologische Therapie von einer Funktionellen Dysphagietherapie (FDT) im Vergleich zu einem Treatment as usual (TAU)?
- Profitieren Patienten mit einer Kopf-Hals-Tumor-Erkrankung mindestens 6 Wochen nach vollständigem Abschluss der onkologischen Therapie von einer FDT im Vergleich zu einem TAU?

Bereits verfügbare Empfehlungen benachbarter S3-Leitlinien werden in der vorliegenden Leitlinie berücksichtigt und adoptiert, aggregierte Evidenz und Expertenwissen integriert.

Diese Leitlinie unterstützt niedergelassene Ärzte und Therapeuten mit präzisen Handlungsempfehlungen zur Diagnostik, zum Management und zur Rehabilitation von Schluckstörungen infolge einer Kopf-Hals-Tumor-Erkrankung. Gleichzeitig bietet sie Patienten und ihren Angehörigen verständliche Informationen über diagnostische Verfahren, therapeutische Ansätze und deren Effekte. Dies schafft Transparenz und fördert die partizipative Entscheidungsfindung, und damit das Vertrauen in den Behandlungsprozess. Zudem ist die Leitlinie auch an Entscheidungsträger im Gesundheits- und Rehabilitationswesen adressiert, um eine stabile Grundlage für die Versorgung in diesem herausfordernden Bereich zu erreichen.

Die Bereitstellung umfassender Informationen und Hilfestellungen für alle Mitwirkenden trägt langfristig zu einem besseren Verständnis der Bedarfe der Betroffenen bei, was Kommunikationswege verbessert und erleichtert. So wird sichergestellt, dass die Patienten zukünftig die notwendige Betreuung auf höchstem Qualitätsniveau erhalten und Herausforderungen in Form von unzureichenden Informationen oder mangelnde Expertise erfolgreich überwunden werden.

2.1.3. Adressaten

Die Empfehlungen dieser Leitlinie richten sich vorrangig an alle diejenigen, welche in der Prävention, Diagnostik, Therapie und Nachsorge einer oropharyngealen Dysphagie infolge einer Kopf-Hals-Tumor-Erkrankung im ambulanten und stationären Sektor tätig sind. Adressaten der Leitlinie sind daher im Wesentlichen Fachärzte für Phoniatrie und Pädaudiologie, Fachärzte für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Fachärzte für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie, Fachärzte für Radioonkologie, Logopäden, Epithetiker, Fachärzte für Gastroenterologie, Fachärzte für Ernährungsmedizin, Fachärzte für Geriatrie, Fachärzte für Pneumologie, Fachärzte für Neurologie, Psychoonkologen, Patienten mit einem Kopf-Hals-Tumor. Die Leitlinie dient zur Information für Sprachtherapeuten, Linguisten, Physiotherapeuten, Ernährungswissenschaftler, Ernährungsberater, Pflegesachverständige und Angehörige der Patienten.

Die Leitlinie bietet eine Entscheidungsgrundlage, ist jedoch keine verbindliche Richtlinie. Der behandelnde Arzt oder Zahnarzt bleibt verpflichtet, gemeinsam mit dem Patienten unter Berücksichtigung der individuellen Gesamtsituation eine geeignete Vorgehensweise zu wählen. Es wird jedoch angeraten, eventuelle Abweichungen von der Leitlinie nachvollziehbar zu dokumentieren und zu begründen. Darüber hinaus soll die Leitlinie auch Allgemeinmediziner, übergeordnete Institutionen (wie Krankenkassen oder ärztliche Selbstverwaltungseinrichtungen) und die interessierte Fachöffentlichkeit informieren.

2.1.4. Verbreitung und Implementierung der Leitlinien

Diese Leitlinie wird online über die Homepage der AWMF (www.awmf.org) in ihrer Lang- und Kurzversion sowie dem Leitlinienreport publiziert:
<https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/049-016>.

Für die Verbesserung der Qualität der Patientenversorgung ist die flächendeckende Implementierung dieser aktuellen, evidenzbasierten Therapieempfehlungen entscheidend.

2.1.5. Gültigkeitsdauer und Aktualisierungsverfahren

Die S3-Leitlinie soll kontinuierlich aktualisiert werden. Die Gültigkeitsdauer ist auf 5 Jahre ab dem Datum der letzten inhaltlichen Überarbeitung festgelegt (von 13.03.2025 bis 13.03.2030). Kommentare und Hinweise für den Aktualisierungsprozess aus der Praxis sind ausdrücklich erwünscht und können an die folgende Adresse gesendet werden: office@dgpp.de. Die verantwortliche Ansprechpartnerin für die Aktualisierung der Leitlinie ist Prof. Dr. Dr. Christiane Hey, MHBA.

2.2. Grundlagen der Methodik

Die methodische Vorgehensweise bei der Erstellung der Leitlinie ist im Leitlinienreport dargelegt und in detaillierter Form in den sieben Evidenzberichten des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen hinterlegt.

2.2.1. Schema der Evidenzgraduierung nach GRADE

Die Bewertung der Evidenz folgte der GRADE-Guideline (Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation). Danach wurde für die kritischen und wichtigen Endpunkte eine endpunktbezogene studienübergreifende Aussage zur Evidenzqualität in 4 Abstufungen bezüglich des jeweiligen Vertrauens in die Effektschätzung getroffen. Die Einteilung erfolgte in vier Abstufungen (hohe, moderate, niedrige und sehr niedrige Evidenzqualität) entsprechend der GRADE-Guideline (s. hierfür Tabelle 2). Hierfür wurden alle für die Evidenzberichte relevanten Ergebnisse in Bezug auf die Beeinflussung durch Studienlimitationen, das Risiko von Publikationsbias die Genauigkeit und Konsistenz der Effekte, die Übertragbarkeit und hinsichtlich möglicher Aspekte zur Aufwertung der Qualität der Evidenz überprüft. Die Bewertungen erfolgten durch zwei Personen (Mitarbeiter des IQWiG) unabhängig voneinander. Die detaillierte Beschreibung des Vorgehens findet sich in den von IQWiG-Mitarbeitern erstellten Evidenzberichten zu dieser Leitlinie.

Tabelle 2: Schema der Evidenzgraduierung

Bewertung	Bedeutung
Hohe Qualität	Es ist sehr unwahrscheinlich, dass weitere Forschung das Vertrauen in den beobachteten Effekt der Intervention verändert.
Moderate Qualität	Weitere Forschung wird sich vermutlich auswirken: Möglicherweise ändert sich der Effekt.
Niedrige Qualität	Weitere Forschung wird sich sehr wahrscheinlich auswirken: Wahrscheinlich ändert sich der Effekt.
Sehr niedrige Qualität	Der beobachtete Effekt der Intervention ist sehr unsicher.

The Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation (GRADE) working group:
<https://www.gradeworkinggroup.org/>

2.2.2. Schema der Empfehlungsgraduierung

Die Methodik des AWMF-Regelwerks sieht eine Vergabe von Empfehlungsgraden (siehe Tabelle 3) durch die Leitlinienautoren im Rahmen eines formalen Konsensusverfahrens vor [AWMF, 2023]. Dementsprechend wurden von AWMF-zertifizierten Leitlinienberatern moderierte, nominale Gruppenprozesse bzw. strukturierte Konsensuskonferenzen durchgeführt. Im Rahmen dieser Prozesse wurden die Empfehlungen von den stimmberechtigten Mandatsträgern formal abgestimmt (s. Kapitel 1.8.2). Die Ergebnisse der jeweiligen Abstimmungen (Konsensstärke) sind entsprechend den Kategorien in Tabelle 4 den Empfehlungen zugeordnet.

Tabelle 3: Schema der Empfehlungsgraduierung

Empfehlungsgrad	Beschreibung	Ausdrucksweise
A	Starke Empfehlung	Soll/soll nicht
B	Empfehlung	Sollte/sollte nicht
0	Empfehlung offen	Kann

Tabelle 4: Konsensstärke

Konsensstärke	Prozentuale Zustimmung
Starker Konsens	> 95 % der Stimmberechtigten
Konsens	> 75 – 95 % der Stimmberechtigten
Mehrheitliche Zustimmung	> 50 – 75 % der Stimmberechtigten
Dissens	< 50 % der Stimmberechtigten

Die Entscheidungskriterien für die Festlegung der Empfehlungsgrade werden im Leitlinienreport zu dieser Leitlinie erläutert.

2.2.3. Statements

Als Statements werden Darlegungen oder Erläuterungen von spezifischen Sachverhalten oder Fragestellungen ohne unmittelbare Handlungsaufforderung bezeichnet. Sie wurden entsprechend der Vorgehensweise bei den Empfehlungen im Rahmen eines formalen Konsensusverfahrens verabschiedet und können entweder auf Studienergebnissen oder auf Expertenmeinungen beruhen.

2.2.4. Expertenkonsens (EK)

Statements/Empfehlungen, die auf der Grundlage von Expertenkonsens (nicht auf der Basis einer systematischen Suche oder einer Leitlinienadaptation) von der Leitliniengruppe beschlossen wurden, sind als solche mit der Graduierung „EK“ ausgewiesen. Für die Graduierung des Expertenkonsenses wurden keine Symbole bzw. Buchstaben verwendet, die Stärke des Expertenkonsenses ergibt sich aus der verwendeten Formulierung (soll/sollte/kann) entsprechend der Abstufung in Tabelle 3 oben.

2.2.5. Leitlinienfinanzierung und Umgang mit Interessenkonflikten

Die Entwicklung der Leitlinie wurde im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) durch 7 Evidenzberichte des IQWiG unterstützt. Die Deutsche Fachgesellschaft für Phoniatrie und Pädaudiologie e.V. hat zudem die AMSTAR-Bewertung der aggregierten Evidenz durch DARUM e.V. und die finale Formatierung der Leitliniendokumente finanziert. Zusätzliche Sponsoren gab es nicht.

Eine standardisierte Erklärung (AWMF-Formblatt online¹) zu Sachverhalten und Beziehungen, die auf Interessenkonflikte hinweisen können, wurde von allen Mitgliedern der Leitliniengruppe eingeholt. Die Angaben zu solchen sekundären Interessen wurden durch eine Arbeitsgruppe hinsichtlich ihrer Relevanz für den Leitlinienprozess bewertet und ein Management bei vorliegenden Interessenkonflikten festgelegt. Alle Details zum Interessenkonfliktmanagement können dem Leitlinienreport entnommen werden.

Für ihre ausschließlich ehrenamtliche Arbeit, ohne die diese S3-Leitlinie nicht zu realisieren gewesen wäre, danken wir allen Teilnehmern sehr herzlich.

¹ <https://www.awmf.org/leitlinien/interessenportal>

3. Epidemiologie

3.1. Prävalenz / Risikofaktoren / positive Einflussfaktoren Dysphagie

Details zu diesem Kapitel finden sich in der Langversion der Leitlinie.

3.1.1	Konsensusbasiertes Statement:	Neu: Stand (2024)
EK	Die Prävalenzangaben einer oropharyngealen Dysphagie werden bei Patienten mit einer Kopf-Hals-Tumor-Erkrankung u.a. signifikant durch Tumorlokalisation, -stadium sowie Diagnostikinstrument, Testzeitpunkt und onkologische Therapiemodalität beeinflusst. Entsprechend finden sich prätherapeutisch Angaben zwischen 8 – 62 %. Nach Abschluss der onkologischen Therapie finden sich Angaben hierzu von 9 – 70 %.	
	Konsensstärke: 100 %	

3.1.2	Konsensusbasiertes Statement:	Neu: Stand (2024)
EK	Die Prävalenzangaben von Penetration und Aspiration werden bei Patienten mit einer Kopf-Hals-Tumor-Erkrankung u.a. signifikant durch Tumorlokalisation, -stadium sowie Diagnostikinstrument, Testzeitpunkt und onkologische Therapiemodalität beeinflusst. Entsprechend finden sich Angaben vor Beginn einer onkologischen Therapie zur Penetration von 6 – 11 % und zur Aspiration von 8 %. Nach onkologischer Therapie finden sich Angaben zur Penetration von 7 – 75 % und zur Aspiration von 5 – 78 %. Zur schwersten Form der Aspiration, der sog. stillen Aspiration (<i>silent aspiration</i>), finden sich Angaben vor Beginn der onkologischen Therapie von 9 – 19 % und nach onkologischer Therapie von 6 – 60 %.	
	Konsensstärke: 100 %	

3.1.3	Konsensusbasiertes Statement:	Neu Stand (2024)
EK	Mehrere Risikofaktoren begünstigen bei Patienten mit einer Kopf-Hals-Tumor-Erkrankung die Entwicklung einer oropharyngealen Dysphagie: Weibliches Geschlecht, höheres Patientenalter, starker Gewichtsverlust, Nikotin- und Alkoholabusus, höhere Tumorstadien, Tumorlokalisation (insbes. Oropharynx), prätherapeutisch bestehende Dysphagie, höhere Strahlendosis, beidseitige und kombinierte onkologische Therapie, Depression, Stress.	
	Konsensstärke: 100 %	

3.1.4	Konsensusbasiertes Statement:	Neu Stand (2024)
EK	Ein hoher sozioökonomischer Status bzw. finanzielle Sicherheit sowie der Familienstatus „verheiratet/in Partnerschaft“ wirken sich positiv auf das Therapie-Outcome einer Schluckstörung bei Patienten mit einer Kopf-Hals-Tumor-Erkrankung aus.	
	Konsensstärke: 100 %	

3.2. Prävalenz Mangelernährung / ungewollter Gewichtsverlust / Sarkopenie

3.2.1	Konsensusbasiertes Statement:	Neu Stand (2024)
EK	Die Angaben zur Mangelernährungsprävalenz vor Therapiebeginn liegen je nach Kollektiv und Erfassungsinstrument bei 3 – 49 %, nach Therapiebeginn bei 23 – 94 % der Patienten mit einer Kopf-Hals-Tumor-Erkrankung.	
	Konsensstärke: 100 %	

3.2.2	Konsensusbasiertes Statement:	Neu Stand (2024)
EK	Von einem ungewollten Gewichtsverlust sind vor Therapiebeginn 4 – 36 %, nach Therapiebeginn 17 – 38 % der Patienten mit einer Kopf-Hals-Tumor-Erkrankung betroffen.	
	Konsensstärke: 100 %	

3.2.3	Konsensusbasiertes Statement:	Neu Stand (2024)
EK	Bei Patienten mit Kopf-Hals-Tumor besteht ein Risiko für Mangelernährung vor Therapiebeginn bei 25 – 60 % und nach Therapiebeginn bei 38 – 86 % (Prävalenz).	
	Konsensstärke: 100 %	

3.2.4	Konsensusbasiertes Statement:	Neu Stand (2024)
EK	Die Prävalenzangaben zur Sarkopenie bei Patienten mit einer Kopf-Hals-Tumor-Erkrankung bewegen sich vor Therapie zwischen 7 – 65 %, nach Therapiebeginn zwischen 12 – 66 %.	
	Konsensstärke: 100 %	

3.3. Prävalenz Aspirationspneumonie

3.3	Konsensusbasiertes Statement:	Neu Stand (2024)
EK	Aspirationspneumonien treten bei 2 – 28 % aller Patienten mit einer Kopf-Hals-Tumor-Erkrankung nach Therapieabschluss auf.	
	Konsensstärke: 100 %	

4. Diagnostik

4.1. Instrumentelle Schluckdiagnostik

Details zu diesem Kapitel finden sich in der Langversion der Leitlinie.

4.1.1	Konsensusbasierte Empfehlung	Neu Stand (2024)
EK	Zur differenzierten Erfassung der Pathophysiologie des Schluckvorgangs soll mindestens eines der beiden als Goldstandard definierten instrumentellen Dysphagie-Diagnostikverfahren eingesetzt werden. Diese sind die Flexible Endoskopische Evaluation des Schluckvorganges (FEES) und/oder die Videofluoroskopie (VFSS) mit 25 FPS (frames per second).	
	Konsensstärke: 100 %	

4.1.2	Konsensusbasierte Empfehlung	Neu Stand (2024)
EK	Bei V.a. eine oropharyngeale Schluckstörung bei Patienten mit einem Kopf-Hals-Tumor soll eine instrumentelle Schluckdiagnostik frühzeitig bereits im akut stationären Setting erfolgen.	
	Konsensstärke: 100 %	

4.1.3	Konsensusbasierte Empfehlung	Neu Stand (2024)
EK	Patienten mit einer oropharyngealen Dysphagie infolge einer Kopf-Hals-Tumor-Erkrankung sollen regelmäßig nach dem jeweiligen individuellen Bedarf mit einer instrumentellen Dysphagiediagnostik (FEES und ggf. VFSS) kontrolliert werden.	
	Konsensstärke: 90 %	

4.1.4	Konsensusbasierte Empfehlung	Neu Stand (2024)
EK	Diagnostikverfahren wie die „Blauschluck“-Untersuchung (<i>blue dye test</i>) und der niederfrequente Ösophagus-Breischluck (mit ≤ 4 FPS) sollen zur Erfassung der Pathophysiologie einer oropharyngealen Schluckstörung nicht eingesetzt werden.	
	Konsensstärke: 100 %	

4.2. Einsatz von Screeningverfahren

4.2	Evidenzbasierte Empfehlung	Neu Stand (2024)
Empfehlungsgrad: B	Nach aktueller Tumorresektion sollte der 51 ml WST ² bei Patienten im akutstationären Setting mit einer Kopf-Hals-Tumor-Erkrankung zur Identifizierung einer Dysphagie, Aspiration oder Oralisierungseinschränkung vor Einsatz einer instrumentellen Diagnostik nicht eingesetzt werden.	
Qualität der Evidenz: <u>Dysphagie</u> 51 ml WST Moderat ⊕⊕⊕⊖ <u>Aspiration</u> 51 ml WST Niedrig ⊕⊕⊖⊖ <u>Oralisierungseinschränkung</u> 51 ml WST Sensitivität: Niedrig ⊕⊕⊖⊖ Spezifität: Moderat ⊕⊕⊕⊖	Sensitivität: 91 %, Spezifität 84 % Sensitivität: 94 %, Spezifität 58 % Sensitivität: 91 %, Spezifität 69 % <i>QUELLENANGABE: INSTITUT FÜR QUALITÄT UND WIRTSCHAFTLICHKEIT IM GESUNDHEITSWESEN [2023A].</i> <i>Evidenztabellen: s. o.g. IQWiG³-Bericht, Evidenztable 9 im Leitlinienreport</i>	
	Konsensstärke: 80 %	

4.3. Einschätzung des Schluckvermögens durch Patienten (PROM)

4.3	Konsensusbasierte Empfehlung	Neu Stand (2024)
EK	In der Diagnostik einer oropharyngealen Schluckstörung soll die Einschätzung des Schluckvermögens und der schluckgebundenen Lebensqualität durch den Patienten miteinbezogen werden. Dies soll über standardisierte und im Deutschen validierte Fragebögen (PROM ⁴) erfolgen: EAT-10 ⁵ , SSQ ⁶ , SWAL-QoL ⁷ und MDADI ⁸ .	
	<i>QUELLENANGABE: INSTITUT FÜR QUALITÄT UND WIRTSCHAFTLICHKEIT IM GESUNDHEITSWESEN [2023B].</i> <i>Evidenztabellen: s. o.g. IQWiG-Bericht, Evidenztable 10 im Leitlinienreport</i>	
	Konsensstärke: 100 %	

² WST = Wasserschlucktest

³ IQWiG = Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen

⁴ PROM = Patient-Reported Outcome Measure

⁵ EAT-10 = Eating Assessment Tool-10

⁶ SSQ = Sydney Swallow Questionnaire

⁷ SWAL-QoL = Swallowing Quality-of-Life Questionnaire

⁸ MDADI = M. D. Anderson Dysphagia Inventory

5. Dysphagiemanagement

5.1. Management einer Mangelernährung

Details zu diesem Kapitel finden sich in der Langversion der Leitlinie.

5.1.1	Konsensusbasierte Empfehlung	Neu Stand (2024)
EK	Für das Screening, Assessment und die Therapie der Mangelernährung bei Patienten mit einer Kopf-Hals-Tumor-Erkrankung mit Schluckstörung soll entsprechend der S3-Leitlinie „Klinische Ernährung in der Onkologie“ verfahren werden.	
	Leitlinienadoption: Deutsche Gesellschaft für Ernährungsmedizin e.V. (2025). S3-Leitlinie „Klinische Ernährung in der Onkologie“. AWMF-Registernummer: 073-006OL. Verfügbar unter: https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/073-006OL	
	Konsensstärke: 100 %	

5.1.2	Evidenzbasierte Empfehlung	Neu Stand (2024)
Empfehlungsgrad: 0	Eine prophylaktische PEG ⁹ -Anlage kann bei Patienten mit Kopf-Hals-Tumor vor geplanter Radio(chemo)therapie erfolgen, um die onkologische Behandlung ohne Unterbrechung oder Abbruch durchzuführen und abzuschließen.	
Qualität der Evidenz: Gesamtmortalität Erhebungszeit: 1 u. 5 Jahre Niedrig ⊕⊕⊕⊖ Änderung: onkologisches Therapieregime Moderat ⊕⊕⊕⊖ Vollständiger Abschluss der geplanten Chemotherapie: Sehr niedrig ⊕⊖⊖⊖ Oralisierungseinschränkung bei Ernährungssonde Beobachtungszeit: 1 Jahr Sehr niedrig ⊕⊖⊖⊖ Malnutrition Beobachtungszeit: 6 Mon. Sehr niedrig ⊕⊖⊖⊖ Erhebungszeit: 1 u. 2 Jahre Niedrig ⊕⊕⊕⊖ Ernährungssonden- assoziierte Komplikationen Erhebungszeit: 2 Jahre Sehr niedrig ⊕⊖⊖⊖	Kein Effekt Positiver Effekt Positiver Effekt Kein Effekt Kein Effekt Kein Effekt Kein Effekt	
	<i>QUELLENANGABE: INSTITUT FÜR QUALITÄT UND WIRTSCHAFTLICHKEIT IM GESUNDHEITSWESEN [2023C].</i> <i>Evidenztabelle: s. o.g. IQWiG¹⁰-Bericht, Evidenztabelle 11 im Leitlinienreport</i>	
	Konsensstärke: 100 %	

⁹ PEG = Perkutane endoskopische Gastrostomie

¹⁰ IQWiG = Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen

5.2. Management einer Aspirationspneumonie

5.2	Konsensusbasierte Empfehlung	Neu Stand (2024)
EK	Bei Verdacht auf eine Aspirationspneumonie soll bei Patienten mit einer Schluckstörung infolge einer Kopf-Hals-Tumor-Erkrankung entsprechend der S3-Leitlinie „Behandlung von erwachsenen Patienten mit ambulant erworbener Pneumonie“ verfahren werden.	
	Leitlinienadoption: Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e.V. (2025). S3-Leitlinie „Behandlung von erwachsenen Patienten mit ambulant erworbener Pneumonie“. Version 4.0. AWMF-Registernummer: 020-020. Verfügbar unter: https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/020-020	
	Konsensstärke: 100 %	

5.3. Management einer Trachealkanülenversorgung

5.3.1	Konsensusbasierte Empfehlung	Neu Stand (2024)
EK	Die Blockung einer Trachealkanüle soll nur zum Schutz vor Aspiration von Sekret, Blut, Erbrochenem oder Sondennahrung verwendet werden. Sie eignet sich nicht zum Schutz vor Aspiration bei oraler Ernährung, beim Essen wie Trinken. HME (Heat and Moisture Exchanger) ¹¹ -Filter sollen zur pulmonalen Rehabilitation verwendet werden.	
	Konsensstärke: 100 %	

5.3.2	Konsensusbasierte Empfehlung	Neu Stand (2024)
EK	Die Trachealkanüle soll endoskopisch auf ihren korrekten Sitz überprüft und nach ihrer Art (mit oder ohne Blockung, mit oder ohne Fenster, Innenkanüle) an den Stand der (Früh-)Rehabilitation angepasst werden. Dazu zählen frühestmöglich insbesondere das Aufsetzen eines Sprechventils bei Entblockung, nicht nur zur Stimmgebung und Kommunikation, sondern auch zur Unterstützung des pulmonalen Sekretmanagements und der Förderung der Sensibilität der Schleimhäute.	
	Konsensstärke: 100 %	

¹¹ Filter mit Wärme- und Feuchtigkeitsaustausch-Funktion

5.3.3	Konsensusbasierte Empfehlung	Neu Stand (2024)
EK	Zur Dekanülierung sollen neben dem laryngotrachealen Befund der Allgemeinzustand des Patienten, die pulmonale Situation, und die Befunde der Schluckdiagnostik berücksichtigt werden. Die Fähigkeit zur oralen Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme und Ausschluss von Aspiration ist alleine für die Oralisierungsempfehlung entscheidend, nicht aber für die Dekanülierung zwingend erforderlich.	
	Konsensstärke: 100 %	

6. Dysphagietherapie

Details zu diesem Kapitel finden sich in der Langversion der Leitlinie.

6.1	Evidenzbasierte Empfehlung	Neu Stand (2024)
Empfehlungsgrad: B	Eine funktionelle Dysphagietherapie (FDT) sollte während bzw. nach der onkologischen Therapie (< 6 Wochen) bei Patienten mit einem Kopf-Hals-Tumor durchgeführt werden. So sollen sowohl aus Sicht des Patienten wie auch objektiv verifiziert eine vorhandene Schluckstörung wirksam behandelt, die Anzahl betroffener Patienten und die Zeit der Oralisierungseinschränkung reduziert werden.	
Qualität der Evidenz: Malnutrition (ungewollter Gewichtsverlust) (Erhebungszeit: 1 - 2,5 Monate) Sehr niedrig ⊕⊖⊖⊖ Schluckstörung objektiv (Erhebungszeit: 1 - 2,5 Monate) Moderat ⊕⊕⊕⊖ Oralisierungseinschränkungen (Zeit bis Entfernung der NGS ¹²) Moderat ⊕⊕⊕⊖ Subjektive Schluckstörung: PROM (MDADI ¹³ -Gesamtscore) Moderat ⊕⊕⊕⊖	Effekt nicht eindeutig bei heterogenen Ergebnissen Positiver Effekt Positiver Effekt Positiver Effekt <i>QUELLENANGABE: INSTITUT FÜR QUALITÄT UND WIRTSCHAFTLICHKEIT IM GESUNDHEITSWESEN [2024A].</i> <u>Evidenztabelle:</u> s. o.g. IQWiG ¹⁴ -Bericht, Evidenztabelle 12 im Leitlinienreport	
	Konsensstärke: 100 %	

¹² NGS = Nasogastralsonde

¹³ MDADI = M. D. Anderson Dysphagia Inventory

¹⁴ IQWiG = Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen

6.2	Evidenzbasierte Empfehlung	Neu Stand (2024)
Empfehlungsgrad: B	Eine funktionelle Dysphagietherapie sollte auch nach dem Abschluss einer onkologischen Behandlung (≥ 6 Wochen) bei Patienten mit einem Kopf-Hals-Tumor und einer Schluckstörung zur Reduktion der Schluckstörung und Oralisierungseinschränkung durchgeführt werden.	
<p>Qualität der Evidenz:</p> <p>Schluckstörung (FEES¹⁵ + Filho-Skala¹⁶) Niedrig ⊕⊕⊖⊖</p> <p>Schluckstörung (Verbesserung um mind. 1 Scorepunkt im Wasserschlucktest) Sehr niedrig ⊕⊖⊖⊖</p> <p>Oralisierungseinschränkungen FOIS¹⁷ Niedrig ⊕⊕⊖⊖</p> <p>Schluckstörung subjektiv (DHI¹⁸, nach 1 Monat) Niedrig ⊕⊕⊖⊖</p> <p>Schluckstörung subjektiv (MDADI-Gesamtscore) Erhebungszeit: 1 Monat Erhebungszeit: 6 Monate jeweils nach Interventionsstart Sehr niedrig ⊕⊖⊖⊖</p>	<p>Positiver Effekt</p> <p>Positiver Effekt</p> <p>Positiver Effekt</p> <p>Positiver Effekt</p> <p>Kein Effekt</p> <p><i>QUELLENANGABE: INSTITUT FÜR QUALITÄT UND WIRTSCHAFTLICHKEIT IM GESUNDHEITSWESEN [2024b].</i></p> <p><u>Evidenztabelle</u>n: s. o.g. IQWiG-Bericht, Evidenztabelle 12 im Leitlinienreport</p>	
Konsensstärke: 100 %		

¹⁵ FEES = Flexible Endoskopische Evaluation des Schluckvorganges

¹⁶ Vierstufige Dysphagie-Skala von Macedo Filho et al. [2000]

¹⁷ FOIS = Functional Oral Intake Scale

¹⁸ DHI = Dysphagia Handicap Index

7. Präventivmaßnahmen

7.1. Reduktion radiogener Dysphagie

Details zu diesem Kapitel finden sich in der Langversion der Leitlinie.

7.1	Evidenzbasierte Empfehlung	Neu Stand (2024)
Empfehlungsgrad: B	Um das Risiko einer radiogenen Dysphagie zu reduzieren, sollte eine intensitätsmodulierte Strahlentherapie (IMRT) mit Dosisreduktion im Schluckapparat erfolgen, ohne die Dosis in anderen kritischen Organen relevant zu erhöhen oder im Tumor-Zielvolumen zu reduzieren.	
Qualität der Evidenz: Schluckstörung (CTCAE ¹⁹ -Grad ≥ 1 nach 1 und 6 Monaten) Moderat ⊕⊕⊕⊖	Positiver Effekt <i>QUELLENANGABE: INSTITUT FÜR QUALITÄT UND WIRTSCHAFTLICHKEIT IM GESUNDHEITSWESEN [2023D].</i> <u>Evidenztabelle</u> n: s. o.g. IQWiG-Bericht, Evidenztabelle 13 im Leitlinienreport	
	Konsensstärke: 100 %	

7.2. Supportivmaßnahmen bei schluckassoziierten Nebenwirkungen der onkologischen Therapie

7.2	Konsensusbasiertes Statement:	Neu Stand (2024)
EK	Zur Prävention und Therapie der akut- und spättoxischen Nebenwirkungen wie Mukositis, Xerostomie, Geschmacksänderung, Schmerzen soll bei Patienten mit einem Kopf-Hals-Tumor, die einer Radio(chemo)therapie bedürfen, entsprechend der S3-Leitlinie „Supportive Therapie bei onkologischen PatientInnen“ verfahren werden.	
	Leitlinienadoption: Leitlinienprogramm Onkologie (Deutsche Krebsgesellschaft, Deutsche Krebshilfe, AWMF). (2025). S3-Leitlinie „Supportive Therapie bei onkologischen PatientInnen – interdisziplinäre Querschnittsleitlinie“. Version 3.0. AWMF-Registernummer: 032-054OL. ²⁰ Verfügbar unter: https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/032-054OL	
	Konsensstärke: 100 %	

¹⁹ CTCAE = Common Terminology Criteria for Adverse Events

²⁰ Zum Zeitpunkt der Finalisierung der Leitlinie war nur die Konsultationsfassung verfügbar (9/2024).

7.3. Vergleich onkologischer Therapiemodalitäten hinsichtlich Dysphagie und möglicher assoziierter Komorbiditäten

7.3.1	Evidenzbasiertes Statement	Neu Stand (2024)
Empfehlungsgrad: 0	Die bestehende Evidenz reicht nicht aus, um eine generelle Empfehlung für eine der beiden Therapiemodalitäten (OP ²¹ versus Radiatio) hinsichtlich Dysphagie und möglicher assoziierter Komorbiditäten (Malnutrition, Aspirationspneumonie) abzuleiten.	
Qualität der Evidenz: OP vs. Radiatio		
<p>Dysphagie (n Personen mit ICD²² für Dysphagie) Nachbeobachtung: 30 Tage Nachbeobachtung: bis 5 Jahre Sehr niedrig ⊕⊖⊖⊖</p> <p>Oralisierungseinschränkung (n Personen mit ICD für Ernährungssonde) Nachbeobachtung: 30 Tage Nachbeobachtung: bis 5 Jahre Sehr niedrig ⊕⊖⊖⊖</p> <p>Malnutrition (n Personen mit ICD für Malnutrition) Operationalisierung: nicht bekannt Nachbeobachtung: 30 Tage Nachbeobachtung: bis 5 Jahre Sehr niedrig ⊕⊖⊖⊖</p> <p>Trachealkanülenversorgung: (n Personen mit ICD für Trachealkanüle) Nachbeobachtung: 30 Tage Nachbeobachtung: bis 5 Jahre Sehr niedrig ⊕⊖⊖⊖</p> <p>Aspirationspneumonie (n Personen mit ICD für Pneumonie) Nachbeobachtung: 30 Tage Nachbeobachtung: bis 5 Jahre Sehr niedrig ⊕⊖⊖⊖</p>	<p>Kein Effekt Kein Effekt</p> <p>Kein Effekt Positiver Effekt</p> <p>Positiver Effekt Positiver Effekt</p> <p>Negativer Effekt Negativer Effekt</p> <p>Kein Effekt Kein Effekt</p> <p><i>QUELLENANGABE: INSTITUT FÜR QUALITÄT UND WIRTSCHAFTLICHKEIT IM GESUNDHEITSWESEN [2023E].</i></p> <p><u>Evidenztabellen:</u> s. o.g. IQWiG²³ -Bericht, Evidenz-tabelle 13 im Leitlinienreport</p>	
Konsensstärke: 100 %		

²¹ OP = Operation

²² ICD = Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme

²³ IQWiG = Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen

7.3.2	Evidenzbasiertes Statement	Neu Stand (2024)
Empfehlungsgrad: 0	Die bestehende Evidenz reicht nicht aus, um eine generelle Empfehlung für eine der beiden Therapiemodalitäten (OP versus Radiochemotherapie) hinsichtlich Dysphagie und möglicher Komorbiditäten abzuleiten.	
Qualität der Evidenz: OP vs. Radiochemotherapie		
<p>Dysphagie (n Personen mit ICD für Dysphagie) Nachbeobachtung: 30 Tage Nachbeobachtung: bis 5 Jahre Sehr niedrig ⊕⊖⊖⊖</p> <p>Oralisierungseinschränkung (n Personen mit ICD für Ernährungssonde) Nachbeobachtung: 30 Tage Nachbeobachtung: bis 5 Jahre Sehr niedrig ⊕⊖⊖⊖</p> <p>Malnutrition (n Personen mit ICD für Malnutrition) Operationalisierung: nicht bekannt Nachbeobachtung: 30 Tage Nachbeobachtung: bis 5 Jahre Sehr niedrig ⊕⊖⊖⊖</p> <p>Trachealkanülenversorgung: (n Personen mit ICD für Trachealkanüle) Nachbeobachtung: 30 Tage Nachbeobachtung: bis 5 Jahre Sehr niedrig ⊕⊖⊖⊖</p> <p>Aspirationspneumonie (n Personen mit ICD für Pneumonie) Nachbeobachtung: 30 Tage Nachbeobachtung: bis 5 Jahre Sehr niedrig ⊕⊖⊖⊖</p>	<p>Kein Effekt Positiver Effekt</p> <p>Unplausible Daten Positiver Effekt</p> <p>Positiver Effekt Unplausible Daten</p> <p>Negativer Effekt Negativer Effekt</p> <p>Kein Effekt Kein Effekt</p> <p><i>QUELLENANGABE: INSTITUT FÜR QUALITÄT UND WIRTSCHAFTLICHKEIT IM GESUNDHEITSWESEN (2023E).</i></p> <p><u>Evidenztabelle</u>: s. o.g. IQWiG-Bericht, Evidenztabelle 13 im Leitlinienreport</p>	
Konsensstärke: 100 %		

7.3.3	Evidenzbasiertes Statement	Neu Stand (2024)
Empfehlungsgrad: 0	Die bestehende Evidenz reicht nicht aus, um eine generelle Empfehlung für eine der beiden Therapiemodalitäten (OP mit adjuvanter Radiatio versus alleiniger Radiatio) hinsichtlich Dysphagie und möglicher Komorbiditäten abzuleiten.	
Qualität der Evidenz:	OP mit adjuvanter Radiatio vs. Radiatio	
<p>Dysphagie (n Personen mit ICD für Dysphagie) Nachbeobachtung: 30 Tage Nachbeobachtung: bis 5 Jahre Sehr niedrig ⊕⊖⊖⊖</p> <p>Oralisierungseinschränkung (n Personen mit ICD für Ernährungssonde) Nachbeobachtung: 30 Tage Nachbeobachtung: bis 5 Jahre Sehr niedrig ⊕⊖⊖⊖</p> <p>Malnutrition (n Personen mit ICD für Malnutrition) Operationalisierung: nicht bekannt Nachbeobachtung: 30 Tage Nachbeobachtung: bis 5 Jahre Sehr niedrig ⊕⊖⊖⊖</p> <p>Trachealkanülenversorgung: (n Personen mit ICD für Trachealkanüle) Nachbeobachtung: 30 Tage Nachbeobachtung: bis 5 Jahre Sehr niedrig ⊕⊖⊖⊖</p> <p>Aspirationspneumonie (n Personen mit ICD für Pneumonie) Nachbeobachtung: 30 Tage Nachbeobachtung: bis 5 Jahre Sehr niedrig ⊕⊖⊖⊖</p>	<p>Negativer Effekt Kein Effekt</p> <p>Kein Effekt Kein Effekt</p> <p>Kein Effekt Kein Effekt</p> <p>Negativer Effekt Kein Effekt</p> <p>Kein Effekt Positiver Effekt</p> <p><i>QUELLENANGABE: INSTITUT FÜR QUALITÄT UND WIRTSCHAFTLICHKEIT IM GESUNDHEITSWESEN (2023E).</i></p> <p><u>Evidenztabelle</u>n: s. o.g. IQWiG-Bericht, Evidenztabelle 13 im Leitlinienreport</p>	
	Konsensstärke: 100 %	

7.3.4	Evidenzbasiertes Statement	Neu Stand (2024)
Empfehlungsgrad: 0	Die bestehende Evidenz reicht nicht aus, um eine generelle Empfehlung für eine der beiden Therapiemodalitäten (OP mit adjuvanter Radiatio versus alleiniger Radiochemotherapie) hinsichtlich Dysphagie und möglicher Komorbiditäten abzuleiten.	
Qualität der Evidenz:	OP mit adjuvanter Radiatio vs. Radiochemotherapie	
<p>Dysphagie (n Personen mit ICD für Dysphagie) Nachbeobachtung: 30 Tage Nachbeobachtung: bis 5 Jahre Sehr niedrig ⊕⊖⊖⊖</p> <p>Oralisierungseinschränkung (n Personen mit ICD für Ernährungssonde) Nachbeobachtung: 30 Tage Nachbeobachtung: bis 5 Jahre Sehr niedrig ⊕⊖⊖⊖</p> <p>Malnutrition (n Personen mit ICD für Malnutrition) Operationalisierung: nicht bekannt Nachbeobachtung: 30 Tage Nachbeobachtung: bis 5 Jahre Sehr niedrig ⊕⊖⊖⊖</p> <p>Trachealkanülenversorgung: (n Personen mit ICD für Trachealkanüle) Nachbeobachtung: 30 Tage Nachbeobachtung: bis 5 Jahre Sehr niedrig ⊕⊖⊖⊖</p> <p>Aspirationspneumonie (n Personen mit ICD für Pneumonie) Nachbeobachtung: 30 Tage Nachbeobachtung: bis 5 Jahre Sehr niedrig ⊕⊖⊖⊖</p>	<p>Kein Effekt Kein Effekt</p> <p>Unplausible Daten Positiver Effekt</p> <p>Kein Effekt Unplausible Daten</p> <p>Negativer Effekt Negativer Effekt</p> <p>Kein Effekt Kein Effekt</p>	<p><i>QUELLENANGABE: INSTITUT FÜR QUALITÄT UND WIRTSCHAFTLICHKEIT IM GESUNDHEITSWESEN (2023E).</i></p> <p><u>Evidenztabelle</u>n: s. o.g. IQWiG-Bericht, Evidenztabelle 13 im Leitlinienreport</p>
	Konsensstärke: 100 %	

7.3.5	Evidenzbasiertes Statement	Neu Stand (2024)
Empfehlungsgrad: 0	Die bestehende Evidenz reicht nicht aus, um eine generelle Empfehlung für eine der beiden Therapie-modalitäten (OP mit adjuvanter Radiochemotherapie versus alleiniger Radiochemotherapie) hinsichtlich Dysphagie und möglicher Komorbiditäten abzuleiten.	
Qualität der Evidenz:	OP mit adjuvanter RCT vs. Radiochemotherapie	
<p>Oralisierungseinschränkung (FOIS²⁴ < 4) Nachbeobachtung: 3 Monate Sehr niedrig ⊕⊖⊖⊖</p> <p>Aspiration (PAS²⁵ > 5) Nachbeobachtung: 30 Tage Nachbeobachtung: bis 5 Jahre Sehr niedrig ⊕⊖⊖⊖</p>	<p>Kein Effekt</p> <p>Kein Effekt</p> <p>Kein Effekt</p> <p><i>QUELLENANGABE: INSTITUT FÜR QUALITÄT UND WIRTSCHAFTLICHKEIT IM GESUNDHEITSWESEN (2023E).</i></p> <p><u>Evidenztabellen:</u> s. o.g. IQWiG-Bericht, Evidenz-tabelle 13 im Leitlinienreport</p>	
	Konsensstärke: 100 %	

²⁴ FOIS = Functional Oral Intake Scale
²⁵ PAS = Penetrations-Aspirations-Skala

8. Patienteninformation

Details zu diesem Kapitel finden sich in der Langversion der Leitlinie.

8.1	Konsensusbasierte Empfehlung	Neu Stand (2024)
EK	Der Patient mit einer Kopf-Hals-Tumor-Erkrankung soll bereits vor Beginn einer onkologischen Therapie über das Risiko der Entwicklung einer oropharyngealen Dysphagie sowie über deren Diagnostik, Management und Therapie informiert werden. Dies inkludiert auch eine Aufklärung über die schluckrelevanten Komorbiditäten. Diese Aufklärung sollte im Rahmen der prätherapeutischen Diagnostik, aber auch im Verlauf der Tumornachsorgen regelmäßig erfolgen.	
	Konsensstärke: 100 %	

9. Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Beteiligte Fachgesellschaften und Organisationen sowie Mandatsträger	6
Tabelle 2: Schema der Evidenzgraduierung	15
Tabelle 3: Schema der Empfehlungsgraduierung	15
Tabelle 4: Konsensstärke	15

10. Literaturverzeichnis

Alias, A., & Henry, M. (2018). Psychosocial effects of head and neck cancer. *Oral and Maxillofacial Surgery Clinics of North America*, 30(4), 499–512.
<https://doi.org/10.1016/j.coms.2018.06.010>

Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) – Ständige Kommission Leitlinien (2023). *AWMF-Regelwerk „Leitlinien“*. Aufl. 2.1. Verfügbar unter:
<https://www.awmf.org/regelwerk/>

Chen, S.-C., Huang, B.-S., Chung, C.-Y., Lin, C.-Y., Fan, K.-H., Chang, J. T.-C., & Wu, S.-C. (2018). Effects of a swallowing exercise education program on dysphagia-specific health-related quality of life in oral cavity cancer patients post-treatment: A randomized controlled trial. *Supportive Care in Cancer*, 26(8), 2919–2928. <https://doi.org/10.1007/s00520-018-4148-7>

Cofré, A., Walter, S., Buentzel, J., & Hübner, J. (2023). Malnutrition in head and neck cancer: A patient-reported outcome study. *Anticancer Research*, 43(4), 1663–1673.
<https://doi.org/10.21873/anticancer.16318>

Denaro, N., Merlano, M. C., & Russi, E. G. (2013). Dysphagia in head and neck cancer patients: Pretreatment evaluation, predictive factors, and assessment during radio-chemotherapy, recommendations. *Clinical and Experimental Otorhinolaryngology*, 6(3), 117–126.
<https://doi.org/10.3342/ceo.2013.6.3.117>

Deutsche Gesellschaft für Ernährungsmedizin e.V. (2025). S3-Leitlinie „Klinische Ernährung in der Onkologie“. AWMF-Registernummer: 073-006OL. Verfügbar unter:
<https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/073-006OL>

Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e.V. (2025). S3-Leitlinie „Behandlung von erwachsenen Patienten mit ambulant erworbener Pneumonie“. Version 5.0. AWMF-Registernummer: 020-020. Verfügbar unter:
<https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/020-020>

Eastburn, K., Lyu, L., Harrison, C., Atchison, K., Moore, K., Pomfret, S., Johnson, J., & Nilsen, M. (2022). Association between patient-reported symptoms of dysphagia and psychological distress in head and neck cancer survivors. *Oncology Nursing Forum*, 49(1), 81–89.
<https://doi.org/10.1188/22.ONF.81-89>

Findlay, M., White, K., Brown, C., & Bauer, J. D. (2021). Nutritional status and skeletal muscle status in patients with head and neck cancer: Impact on outcomes. *Journal of Cachexia, Sarcopenia and Muscle*, 12(6), 2187–2198. <https://doi.org/10.1002/jcsm.12829>

Graves, J. P., Daher, G. S., Baumann, M. M. J., Moore, E. J., Tasche, K. K., Price, D. L., & Van Abel, K. M. (2023). Association of sarcopenia with oncologic outcomes of primary treatment among patients with oral cavity cancer: A systematic review and meta-analysis. *Oral Oncology*, 147, 106608.
<https://doi.org/10.1016/j.oraloncology.2023.106608>

Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (2024a). Funktionelle Dysphagietherapie bis 5 Wochen nach onkologischer Therapie. Evidenzbericht zur S3-Leitlinie *Oropharyngeale Dysphagie infolge einer Kopf-Hals-Tumor-Erkrankung – Diagnostik und Therapie* [online]. <https://doi.org/10.60584/V23-06A>

Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (2024b). Funktionelle Dysphagietherapie mindestens 6 Wochen nach onkologischer Therapie; Evidenzbericht zur S3-Leitlinie *Oropharyngeale Dysphagie infolge einer Kopf-Hals-Tumor-Erkrankung – Diagnostik und Therapie* [online]. <https://doi.org/10.60584/V23-06B>

Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (2023a). Triage-Tests im Rahmen der Dysphagiediagnostik; Evidenzbericht zur S3-Leitlinie *Oropharyngeale Dysphagie infolge einer Kopf-Hals-Tumor-Erkrankung – Diagnostik und Therapie* [online].
<https://doi.org/10.60584/V21-10A>

Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (2023b). Selbstevaluation des Schluckvermögens; Evidenzbericht zur S3-Leitlinie *Oropharyngeale Dysphagie infolge einer Kopf-Hals-Tumor-Erkrankung – Diagnostik und Therapie* [online]. <https://doi.org/10.60584/V21-10B>

Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (2023c). Prophylaktische perkutane endoskopische Gastrostomiesonde; Evidenzbericht zur S3-Leitlinie *Oropharyngeale Dysphagie infolge einer Kopf-Hals-Tumor-Erkrankung – Diagnostik und Therapie* [online]. <https://doi.org/10.60584/V21-10C>

Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (2023d). Intensitätsmodulierte Strahlentherapie unter Berücksichtigung der Schluckfunktion; Evidenzbericht zur S3-Leitlinie *Oropharyngeale Dysphagie infolge einer Kopf-Hals-Tumor-Erkrankung – Diagnostik und Therapie* [online]. <https://doi.org/10.60584/V21-10E>

Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (2023e). Tumorresektion; Evidenzbericht zur S3-Leitlinie *Oropharyngeale Dysphagie infolge einer Kopf-Hals-Tumor-Erkrankung – Diagnostik und Therapie* [online]. <https://doi.org/10.60584/V21-10F>

Jager-Wittenaar, H., Dijkstra, P. U., Vissink, A., van der Laan B. F. A. M., van Oort, R. B., & Roodenburg, J. L. N. (2011). Malnutrition and quality of life in patients treated for oral or oropharyngeal cancer. *Head and Neck*, 33(4), 490–496. <https://doi.org/10.1002/hed.21473>

Jones, E., Speyer, R., Kertscher, B., Denman, D., Swan, K., & Cordier, R. (2018). Health-related quality of life and oropharyngeal dysphagia: A systematic review. *Dysphagia*, 33(2), 141–172. <https://doi.org/10.1007/s00455-017-9844-9>

Jung, A. R., Roh, J.-L., Kim, J. S., Kim, S.-B., Choi, S.-H., Nam, S. Y., & Kim, S. Y. (2019). Prognostic value of body composition on recurrence and survival of advanced-stage head and neck cancer. *European Journal of Cancer*, 116, 98–106. <https://doi.org/10.1016/j.ejca.2019.05.006>

Larsen, M. H. H., Scott, S. I., Channir, H. I., Madsen, A. K. O., Charabi, B. W., Rubek, N., Tvedskov, J. F., Kehlet, H., & von Buchwald, C. (2021). Days alive and out of hospital following transoral robotic surgery: Cohort study of 262 patients with head and neck cancer. *Head and Neck*, 43(12), 3866–3874. <https://doi.org/10.1002/hed.26880>

Lee, C. C., Wang, T. T., Lubek, J. E., & Dyalram, D. (2023). Is preoperative serum albumin predictive of adverse outcomes in head and neck cancer surgery? *Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, 81(11), P1422–P1434. <https://doi.org/10.1016/j.joms.2023.08.162>

Lehner, U., Zaretsky, E., Goeze, A., Wermter, L., Stuck, B. A., Birk, R., Neff, A., Fischer, I., Ghanaati, S., Sader, R., & Hey, C. (2022). Prätherapeutische Dysphagie bei Kopf-Hals-Tumor-Patienten. *HNO*, 70(7), 533–539. <https://doi.org/10.1007/s00106-021-01128-8>

Leitlinienprogramm Onkologie (Deutsche Krebsgesellschaft, Deutsche Krebshilfe, AWMF). (2025). S3-Leitlinie „Supportive Therapie bei onkologischen PatientInnen – interdisziplinäre Querschnittsleitlinie“. Version 3.0. AWMF-Registernummer: 032-054OL. Verfügbar unter: <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/032-054OL>

Leitlinienprogramm Onkologie (Deutsche Krebsgesellschaft, Deutsche Krebshilfe, AWMF) (2024). S3-Leitlinie „Diagnostik, Therapie, Prävention und Nachsorge des Oro- und Hypopharynxkarzinoms“. Version 1.0. AWMF-Registernummer: 017-082OL. Verfügbar unter: <https://www.leitlinienprogramm-onkologie.de/leitlinien/oro-und-hypopharynxkarzinom>

Leitlinienprogramm Onkologie (Deutsche Krebsgesellschaft, Deutsche Krebshilfe, AWMF) (2021). S3-Leitlinie „Diagnostik und Therapie des Mundhöhlenkarzinoms“. Version 3.0. AWMF-Registernummer: 007/100OL. Verfügbar unter: <https://www.leitlinienprogramm-onkologie.de/leitlinien/mundhoehlenkarzinom/>

Leitlinienprogramm Onkologie (Deutsche Krebsgesellschaft, Deutsche Krebshilfe, AWMF) (2019). S3-Leitlinie „Diagnostik, Therapie und Nachsorge des Larynxkarzinoms“. Version 1.1. AWMF-Registernummer: 017/076OL. Verfügbar unter: <http://www.leitlinienprogramm-onkologie.de/leitlinien/larynxkarzinom/>

Leonard, J. A., Hayden J. A., Tripuraneni P. S., Maxwell J. H., & Giurintano J. P. (2023). Malnutrition universal screening tool predicts postoperative complications following major head and neck cancer surgery. *Head and Neck*, 45(3), 604-611. <https://doi.org/10.1002/hed.27273>

Ling, H. H., Yeh, K.-Y., Ng, S.-H., Wang, C.-H., Lai, C.-H., Wu, T.-H., Chang, P.-H., Chou, W.-C., Chen, F.-P., & Lin, Y.-C. (2020). Determining malnutrition assessment criteria to predict one-year mortality for locally advanced head and neck cancer patients undergoing concurrent chemoradiotherapy. *Nutrients*, 12(3), 836. <https://doi.org/10.3390/nu12030836>

Macedo Filho, E., Gomes, G. F., & Furkim, A. M. (2000). *Manual de cuidados dopaciente com disfagia [Handbuch zur Patientenversorgung bei Dysphagie]*. Lovise.

Pan, D., Shen, Q., Li, Y., Rong, X., Li, H., Xu, Y., He, B., Zuo, X., Deng, Z., & Tang, Y. (2023). Prognostic value of nutritional assessments on overall survival in head and neck cancer survivors with radiation-induced brain necrosis. *Nutrients*, 15(8), 1973. <https://doi.org/10.3390/nu15081973>

Przekop, Z., Milewska, M., Szostak-Wegierek, D., Panczyk, M., & Sobocki, J. (2022). GLIM-defined malnutrition in patients with head and neck cancer during the qualification visit for home enteral nutrition. *Nutrients*, 14(3), 502. <https://doi.org/10.3390/nu14030502>

Reed, W. T., Jiang, R., Ohnuma, T., Kahmke, R. R., Pyati, S., Krisnhamoorthy, V., Raghunathan, K., & Osazuwa-Peters, N. (2024). Malnutrition and adverse outcomes after surgery for head and neck cancer. *JAMA Otolaryngology – Head & Neck Surgery*, 150(1), 14-21. <https://doi.org/10.1001/jamaoto.2023.3486>

Rieke, K., Schmid, K.K., Lydiatt, W., Houfek, J., Boilesen, E., & Watanabe-Galloway, S. (2017). Depression and survival in head and neck cancer patients. *Oral Oncology*, 65, 76-82. <https://doi.org/10.1016/j.oraloncology.2016.12.014>

Szczesniak, M. M., Maclean, J., Zhang, T., Graham, P. H., & Cook, I. J. (2014). Persistent dysphagia after head and neck radiotherapy: A common and under-reported complication with significant effect on non-cancer-related mortality. *Clinical Oncology*, 26(11), 697-703. <https://doi.org/10.1016/j.clon.2014.08.009>

Vermaire, J. A., Raaijmakers, C. P. J., Monninkhof, E. M., Leemans, C. R., de Jong, R. J. B., Takes, R. P., Veerdock-de Leeuw, I. M., Jansen, F., Langendijk, J. A., Terhaard, C. H. J., & Speksnijder, C. M. (2022). The course of swallowing problems in the first 2 years after diagnosis of head and neck cancer. *Supportive Care in Cancer*, 30(11), 9527-9538. <https://doi.org/10.1007/s00520-022-07322-w>

Wang, G., Ou, M., Chen, H., Zhu, S., Chen, Y., & Xu, X. (2023). Perioperative nutritional risk and its influencing factors in patients with oral cancer: A longitudinal study. *Frontiers in Nutrition*, 10, 1200820. <https://doi.org/10.3389/fnut.2023.1200820>

Xu, B., Boero, I. J., Hwang, L., Le, Q.-T., Moiseenko, V., Sanghvi, P. R., Cohen, E. E. W., Mell, L. K., & Murphy, J. D. (2015). Aspiration pneumonia after concurrent chemoradiotherapy for head-and-neck cancer. *Cancer*, 121(8), 1303-1311. <https://doi.org/10.1002/cncr.29207>

Zentrum für Krebsregisterdaten, & Gesellschaft der epidemiologischen Krebsregister in Deutschland e.V. (2023). *Krebs in Deutschland für 2019/2020*. 14. Ausgabe. Robert-Koch-Institut.

Versionsnummer: 1.1

Erstveröffentlichung: 04/2025

Nächste Überprüfung geplant: 03/2030

Die AWMF erfasst und publiziert die Leitlinien der Fachgesellschaften mit größtmöglicher Sorgfalt - dennoch kann die AWMF für die Richtigkeit des Inhalts keine Verantwortung übernehmen. **Insbesondere bei Dosierungsangaben sind stets die Angaben der Hersteller zu beachten!**