

# Logopädie in palliativen Situationen

## Logopädischer Handlungsspielraum illustriert an Praxisbeispielen aus der Schweiz

Heike Rack Huser, Nicole Bruggisser

**ZUSAMMENFASSUNG.** Die Logopädie hat auch in palliativen Situationen einen wichtigen Beitrag zu leisten. Kommunikation und Schlucken sind zwei Anliegen, die für Patienten mit einer schwerwiegenden Krankheit auch am Lebensende eine zentrale Rolle spielen. Anhand von Praxisbeispielen werden mögliche Aufgaben der Logopädie aufgezeigt. Dabei sind ein Bewusstsein für die spezielle Situation der Patienten und ihrer Familien, die multiprofessionelle Zusammenarbeit, spezifische Weiterbildung und knappe Ressourcen die zentralen Herausforderungen für Therapeuten.

Schlüsselwörter: Palliative Care – Kommunikation – Schlucken – lebensbedrohliche Krankheit – Logopädie – multiprofessionelle Zusammenarbeit

### Hintergrund

Die Dienste der Logopädie sind in der Palliative Care zunehmend gefragt. Der Begriff „palliativ“ stammt vom lateinischen „pallium“, Mantel. Palliativ bedeutet in Medizin und Pflege, die Beschwerden einer Krankheit zu lindern, aber nicht zwingend die Ursachen zu bekämpfen. „Der englische Begriff *care* kann mit ‚Fürsorge, Pflege im umfassenden Sinn‘ übersetzt werden. Er steht somit für Versorgung im Sinne einer ganzheitlichen Betreuung, Begleitung, Pflege und Therapie“ (Agbi 2010, 200).

Die Palliative Care wird in der öffentlichen Wahrnehmung manchmal auf die Behandlung von Patienten am Lebensende reduziert. Sie ist aber eine viel weiter gefasste medizinisch-therapeutische Kunst. Der Direktor des Bundesamtes für Gesundheit der Schweiz formuliert es so: Die Palliativmedizin z.B. am Universitätsspital Lausanne kommt „als selbstständige Abteilung immer dann zum Zug, wenn eine Patientin oder ein Patient mit der Diagnose einer unheilbaren Krankheit konfrontiert ist – unabhängig von der verbleibenden Lebenserwartung und nicht erst, wenn alle anderen medizinischen Behandlungsmöglichkeiten ausgeschöpft sind. Dies erlaubt den Beteiligten, die noch zur Verfügung stehende Lebenszeit gemeinsam zu ‚planen‘. Ein interprofessionelles Team medizinischer Fachpersonen diskutiert die verschiedenen Behandlungsoptionen mit den Betroffenen; gemeinsam legen sie das weitere Vorgehen fest.“ (Strupler 2017, 9).

### Stellenwert der Logopädie

Im Kontext einer guten Palliative Care, die ein interprofessionelles Team verlangt, ist die Logopädie vor allem in den Bereichen Schlucken und Kommunikation ein wichtiger Bestandteil. Kommunikation sowie Essen und Trinken sind zwei zentrale menschliche Anliegen und auch bei unheilbar schwerer Krankheit und am Ende des Lebens entscheidend.

Bei neurodegenerativen Krankheiten wie z.B. Amyotrophe Lateralsklerose (ALS) tritt die Logopädie in sich laufend ändernden Herausforderungen beratend und unterstützend für alle bulbären Belange auf (Majmudar 2014). Auch bei Patienten mit Kopf-Hals-Tumoren mit den direkten Auswirkungen von Hals-Nasen-Ohren-Operationen und kurz- und langfristigen Bestrahlungsfolgen ist sie von Anfang an involviert (Shuman 2012).

Die Therapie ist nicht auf Wiederherstellung ausgerichtet, sondern auf einen guten Umgang mit den oft schwerwiegenden Folgen. Sie unterstützt sowohl Patienten als auch ihre Angehörigen und das Betreuungsteam. Die interprofessionelle Kommunikation ist hier eine Chance zu gegenseitigem Lernen (Pollens 2012).

Statt dem vertrauten logopädischen Fokus der Rehabilitation mit dem Ziel einer bestmöglichen Erholung steht in der Palliative Care die Symptomlinderung und damit die Lebensqualität im Zentrum (Freudrich et al. 2014). Zusätzliches Wissen ist notwendig, Reflexion und Bewusstsein über die eigenen Überzeugungen zum Umgang mit einer

**Heike Rack Huser** ist dipl.

Logopädin am Kantonsspital Baden<sup>1</sup> in der Schweiz. Dort ist sie Mitglied des Ethikforums und der Arbeitsgruppe Palliative Care. Ihr Logopädiestudium an der Hochschule für Heilpädagogik in Zürich schloss sie 2008 ab.



**Nicole Bruggisser** (MSc) ist

Leiterin Logopädie am Kantonsspital Baden<sup>1</sup> in der Schweiz. Sie schloss das Logopädiestudium an der Universität Fribourg 1995 ab und absolvierte 2015 den Master of Science in Evidence Based Practice an der Newcastle University in Großbritannien.



schweren Krankheit bis hin zum Umgang mit dem Thema Sterben sind Herausforderungen für den Therapeuten.

Von ärztlicher Seite wird der Einbezug der Logopädie sehr begrüßt: Die Logopädie bei Schluckstörungen dient dem Erhalt von Selbstständigkeit, Selbstbewusstsein und Würde auch bei gleichzeitiger Sondenernährung. Im Umgang mit tracheotomierten Patienten ist ihr Spezialwissen im Palliativteam unabdingbar (Büntzel 2013). Orale Ernährung bei Hals-Nasen-Ohren-Patienten mithilfe von Logopäden und die damit verbundene soziale Einbettung sollte immer bevorzugt werden (Büntzel 2014).

Oft machen sich Angehörige Sorgen über die geringe Essensmenge am Lebensende. Es ist wichtig, diese Angst zu relativieren und das wenige (genussreiche) Essen als eine liebevolle Interaktion umzudeuten. Auch Angst vor dem Verdursten wird oft geäußert. Auf-

<sup>1</sup> Am Kantonsspital Baden werden in der Logopädie stationäre und ambulante Patienten mit allen Krankheitsbildern behandelt. Es wird eine palliative Komplextherapie im multiprofessionellen Team angeboten.

klärung über die physiologischen Prozesse ist wichtig – Durstgefühl hängt meist mit trockener Mundschleimhaut zusammen und kann mit Mundpflege gut befriedigt werden. Flüssigkeitszufuhr ist dagegen eher schädlich, da sie bei eingeschränkter Nierenfunktion zu Einlagerung in die Lunge und Atemnot führen kann (Borasio 2013, 203). Beratung kann auch nötig sein beim Schlucken von Medikamenten. Der Einsatz von Sondenernährung muss je nach Stadium einer Krankheit sorgfältig abgewogen werden; beispielsweise sind PEG-Sonden bei Patienten mit fortgeschrittener Demenz kontraindiziert: mehr Komplikationen und sogar früherer Tod bei schlechterer Lebensqualität (Mitchell 2017). Im Hinblick auf die Kommunikation kann es eine entscheidende Unterstützung sein, hilfreiche Kommunikationsstrategien und alternative Methoden zu suchen und gemeinsam mit den Angehörigen einzuüben – dies z.B. bei einem Patienten mit Hirntumor und Aphasie. Die Kommunikation ist hier nicht nur für Alltagssituationen, sondern auch im Hinblick auf die Äußerung von Wünschen und die Entscheidungsfindung über das Therapievorgehen und die Betreuungsplanung ein zentraler Faktor (Pollens 2012). In welcher Form die Logopädie bei verschiedenen Krankheiten zum Tragen kommt, zeigt Abb. 1 (nicht abschließend). In allen diesen Situationen ist eine offene und regelmäßige Kommunikation mit den Betroffenen, den Angehörigen und im Team essenziell. Wenn es nicht in erster Linie um die Dauer des Überlebens, sondern um das Wohlbefinden geht, verändern sich fast täglich die individuellen Ziele. Das Maß für eine gute, flexible therapeutische Intervention ist die individuelle Zufriedenheit von Patient und Familie (Montagnini & Javier 2017).

■ **Abb. 1: Einsatzmöglichkeiten der Logopädie in palliativen Situationen**

Krankheitsbilder	Fokus Kommunikation	Fokus Schlucken	Beispielbelege
Neurodegenerative Erkrankungen: Amyotrophe Lateralsklerose, M. Parkinson und atypische Parkinsonsyndrome, Multiple Sklerose, Chorea Huntington, Myasthenia gravis	Dysarthrophonie	Dysphagie	Galvez-Jimenez 2017, Suchowersky 2016, Oliver & Veronese 2017, Goldsmith & Kurash Cohen 2016
Neurologische Krankheiten: Hirnschlag, Hirntumor, frontotemporale Demenz	Aphasie, Dysarthrophonie, faciale Parese	Dysphagie	Lee & Miller 2016, Goldsmith & Kurash Cohen 2016
Fortgeschrittene Demenz	Kommunikationseinschränkung	Dysphagie	Mitchell 2017
Kopf-Hals-Tumoren	Artikulationsstörung, Stimmstörung	Dysphagie, Trachealkanülenmanagement	Lewin et al. 2016, Granda-Cameron et al. 2010
Tumoren im Thoraxbereich, Lungenkrankheiten, Krankheiten im Magen-Darm-Trakt	Stimmstörung (bei Befall des Nervus recurrens)	Dysphagie	Granda-Cameron et al. 2010, Goldsmith & Kurash Cohen 2016
Ältere Patienten mit Mehrfachkrankheiten, Gebrechlichkeit		Dysphagie	Goldsmith & Kurash Cohen 2017
Patienten mit komplexen Erkrankungen und Komplikationen auf der Intensivstation		Dysphagie, Trachealkanülenmanagement	Goldsmith & Kurash Cohen 2017

## Logopädische Praxisbeispiele

Folgende Praxisbeispiele sollen die vielfältigen Formen logopädischen Handelns in palliativen Situationen aufzeigen. Dabei steht jeweils nicht (mehr) der kurative Gedanke im Vordergrund, sondern vielmehr die Frage, wie und mit welchen Maßnahmen die subjektiv empfundene Lebensqualität der Betroffenen verbessert werden kann.

### Patient mit Gaumenkarzinom

Herr P. (75 J.) mit Karzinom des harten Gaumens wird zunächst in die ambulante Therapie überwiesen für eine Beratung bei Mundtrockenheit (Xerostomie) nach Radiotherapie. Aufgrund einer ebenfalls tumorbedingten Sensibilitätsschwäche ist die Zungenmotilität so sehr eingeschränkt, dass eine kontrollierte orale Verarbeitung und der Transport von festen Konsistenzen sowie Flüssigkeit stark beeinträchtigt sind. In der Therapie werden zunächst Empfehlungen zur Behandlung der Mundtrockenheit abgegeben (Abb. 2) sowie das selbstständig durchführbare Mobilisieren der Zunge instruiert.

Im Verlauf spitzt sich die Ernährungssituation zu und Patient wie Angehörige stoßen an ihre Belastungsgrenzen. Es kommt zu mehrfachen Hospitalisationen, Herr P. wird schließlich in das palliative Komplexprogramm aufgenommen. Im Rahmen des wöchentlich stattfindenden interprofessionellen Reports werden die fragile häusliche Situation sowie die erschwerte Ernährungssituation thematisiert. Die Einlage einer PEG-Sonde rückt in den Fokus und wird mit dem Patienten und den Angehörigen diskutiert. Parallel hierzu wird in der Logopädie geschaut, welche Angebote peroral noch möglich sind. Zusammen mit dem Care Manage-

■ **Abb. 2: Therapeutische Interventionsmöglichkeiten beim Speichelmanagement (Auszug)**

Symptom	Mögliche Intervention
zu viel Speichel (Sialorrhoe)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Mundpflege mit Salbeitee</li> <li>roten Traubensaft trinken oder Mund damit befeuchten</li> </ul>
zäher Speichel	Mundspülungen mit <ul style="list-style-type: none"> <li>Ananassaft / Papayasaft (enthält proteinspaltende Enzyme)</li> <li>Thymian-/Salbeitee</li> </ul>
zu wenig Speichel (Xerostomie)	<ul style="list-style-type: none"> <li>regelmäßige Mundpflege sowie dosierte Applikation von Flüssigkeit via Mundspray</li> <li>glycerinhaltige Pastillen lutschen</li> </ul>

Alle Maßnahmen beruhen auf klinischer Erfahrung und verstehen sich als Ergänzung zu einer angepassten pharmakologischen Therapie in Absprache mit dem behandelnden Arzt.

ment werden entlastende Maßnahmen wie tägliche Unterstützung durch die örtliche Spitex<sup>1</sup> sowie ein Entlastungstag in einer spezialisierten Pflegeeinrichtung in die Wege geleitet. Der Patient freut sich während des Spitalaufenthaltes über die täglichen Bewegungsangebote der Physiotherapie. Er und seine Partnerin zeigen sich zudem dankbar für die psychoonkologische Begleitung auch über den Spitalaufenthalt hinaus.

### Patientin mit M. Parkinson

Frau K. (89 J.) mit M. Parkinson, dementieller Entwicklung und frischem Hirnschlag links leidet unter anhaltender Vigilanzminderung. In den seltenen wachen Momenten klagt sie regelmäßig über Durstgefühl bei hochgradi-

2 „Spitex“ ist eine Sammelbezeichnung für verschiedene Formen spitalexterner Angebote der Gesundheitsversorgung in der Schweiz.

ger Aspirationsgefahr für alle Konsistenzen. Wegen Dyspnoe mit Atemaussetzern wird sie über eine Nasenbrille mit zusätzlichem Sauerstoff versorgt, Medikamente und Flüssigkeit werden intravenös verabreicht. Im Verlauf des Spitalaufenthaltes zeigt sich wenig Erholungspotenzial.

Im Gespräch mit Angehörigen, dem Arzt- und Pflegedienst sowie der Logopädie einigt man sich auf ein palliatives Procedere. Das pflegerische wie logopädische Augenmerk liegt nun auf der Bekämpfung des Durstgefühls. Durstgefühl in der Sterbephase hängt meist nicht mit der Menge der zugeführten Flüssigkeit, sondern mit Trockenheit der Mundschleimhäute zusammen. Die Nasenbrille und intravenöse Versorgung werden entfernt. Stattdessen wird regelmäßige Mundpflege durchgeführt und Mundspray appliziert, was Frau K. in wachen Momenten sichtlich genießt, sie wirkt ruhiger und entspannter und stirbt schließlich in den folgenden Tagen.

**Patientin mit Hirntumor**

Bei Frau C. (36 J.) mit Glioblastom (Hirntumor) links fronto-temporal und motorischer Hemiparese rechts kommt es zu einer schweren Aphasie, die die Kommunikation mit ihr mas-

siv einschränkt. So sind nicht nur der mündliche Ausdruck, sondern auch das Verstehen, Lesen und Schreiben stark betroffen. Frau C. zeigt sich sehr antriebsvermindert. Sie lebt auf einem Bauernhof umgeben von vielen Tieren und wird liebevoll von ihrem Partner umsorgt, der die Pflege auch während des stationären Aufenthaltes in symbiotischer Art und Weise versucht aufrechtzuerhalten. Hier besteht der logopädische Auftrag zunächst darin, vor allem dem Partner wie auch den Angehörigen bezüglich der Möglichkeiten und v.a. Grenzen der zu erwartenden sprachlichen Entwicklung beratend zur Seite zu stehen.

Im Rahmen einer retrospektiv durchgeführten Supervision zu diesem Fall, wie sie im Referenzdokument für stationäre spezialisierte Palliative Care in der Schweiz (*palliative.ch* 2017) vorgegeben werden, zeigt sich später, wie groß die Risiken für Umfeld wie Behandlungsteam sind, sich von Hypothesen und Interpretationen leiten zu lassen. Dies trifft insbesondere bei stark eingeschränkter Kommunikationsfähigkeit der Hauptbetroffenen zu. Der multidisziplinäre „Blick“ auf die Patientin trägt entscheidend dazu bei, diese Risiken frühzeitig zu erkennen und professionell damit umzugehen.

**Patient mit Sepsis und Critical Illness Polyneuropathie**

Herr A. (67 J.), tracheotomiert aufgrund von Speichelschluckunfähigkeit nach einer Sepsis und der neurologischen Komplikation Critical Illness Polyneuropathie, wird von der Intensivstation auf die Normalstation verlegt mit Entscheidung zur palliativen Behandlung. Die Angehörigen sind rund um die Uhr anwesend, zur Ermöglichung der Kommunikation kommt die Logopädin zum Entlocken der Trachealkanüle und Anwendung des Sprechventils.

Herr A. ist zuerst nicht ansprechbar, wird aber durch das Zureden und das Gebet seiner Tochter in seiner Sprache kurz wach und versucht murmelnd Antwort zu geben. Es ist viel Intimität spürbar, und die ratsuchende Tochter schätzt die Ermutigung zu hören, dass ihr Vater auch bei wenig Reaktion ihre Kontaktaufnahme sicher wahrnimmt. Wenige Stunden später stirbt er. In der auch für die Logopädin intensiven Situation wird anschaulich, wie die verschiedenen palliativen Ebenen (körperlich, psychisch, sozial, spirituell) auch in den letzten Lebensstunden in logopädisches Handeln einfließen können.

**Palliative Care in der Schweiz**

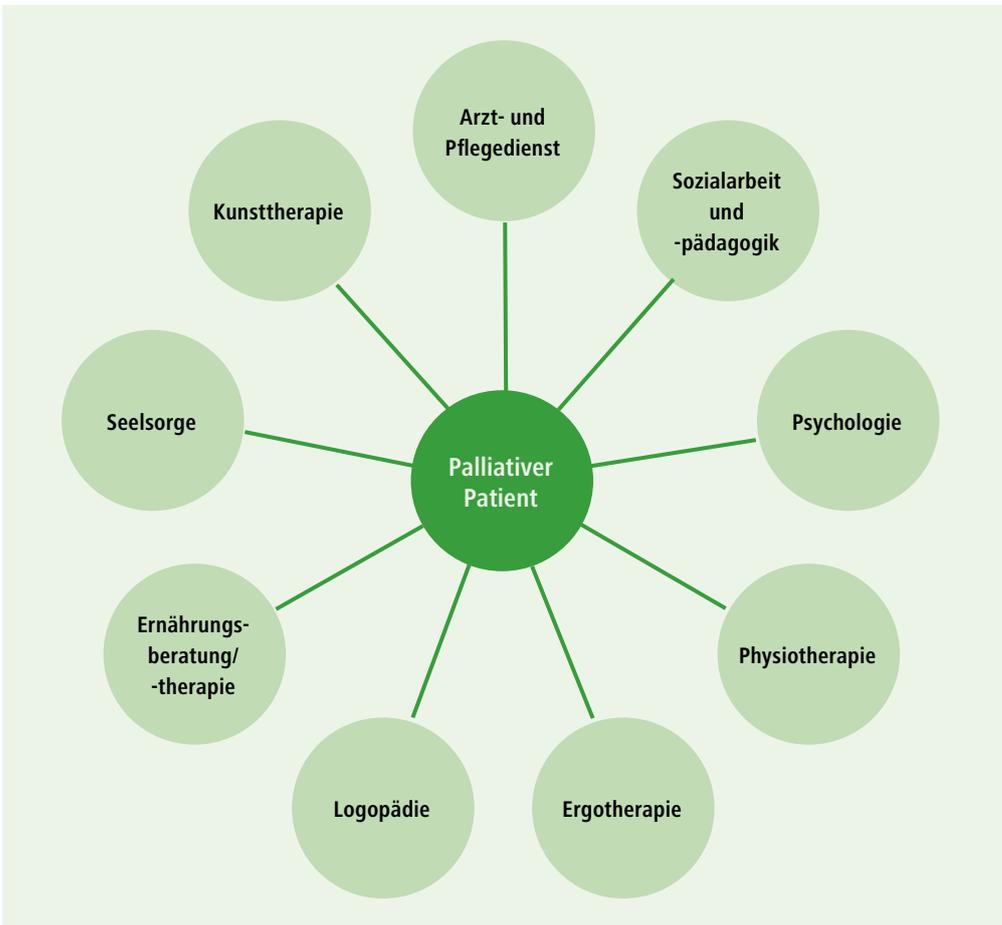
In der Schweiz existieren mehrere spezialisierte palliative Dienste, einerseits stationäre in Akutspitälern und Langzeitpflegeinstitutionen, andererseits mobile Konsiliardienste ([www.palliative.ch](http://www.palliative.ch)). Die Vergütung für palliativmedizinische Leistungen ist – wohl aus gesellschaftspolitischen Gründen – unbefriedigend, obwohl im Vergleich zur Spitzenmedizin eine günstigere und patientengerechte Betreuung angeboten wird.

Die Logopädie ist v.a. im akutstationären Bereich ein Teil des Palliativteams und wird – via ärztliche Verordnung – nach Bedarf in Anspruch genommen. Das schweizerische System der Fallpauschalen sieht palliativmedizinische Komplexprogramme vor, in die Patienten in einer kritischen Situation eingeschlossen werden können. Mithilfe des Programms soll das Ziel erreicht werden, mit guter Unterstützung nach Hause oder in eine weiterführende Institution wie ein Hospiz oder Pflegeheim gehen zu können. In vielen Spitälern sind solche Spezialstationen vorhanden oder im Aufbau, und der Einbezug der Logopädie nimmt zu.

**Vorgaben gemäß schweizerischer Operationsklassifikation**

Die schweizerische Operationsklassifikation (CHOP 2017) hält in Art. 93.8A.2 fest: „Aktive, ganzheitliche Behandlung zur Symptom-

■ Abb. 3: Involvierte Disziplinen auf palliativen Stationen (CHOP 2017)



Urheberrechtlich geschütztes Material. Copyright: Schulz-Kirchner Verlag, Idstein. Vervielfältigungen jeglicher Art nur nach vorheriger schriftlicher Genehmigung des Verlags gegen Entgelt möglich. info@schulz-kirchner.de

kontrolle und psychosozialen Stabilisierung von Patienten mit einer progredienten, fortgeschrittenen Erkrankung und begrenzter Lebenserwartung in einem dem Gesamtzustand des Patienten gerechten Zimmer. Vorausschauende und situationsbezogene Entscheidungsfindung mit allfälligem Einbezug von Spezialisten.“

Für palliativmedizinische Komplexbehandlungen schreibt die CHOP lediglich ein multidisziplinäres Behandlungsteam vor, in dem Logopädie nicht explizit erwähnt wird, jedoch Teil des Behandlungsteams sein kann. Auf spezialisierten Palliativeinheiten mit kontinuierlicher 24-stündiger Behandlung sieht die CHOP hingegen den Einsatz eines multidisziplinären, interprofessionellen, auf die besonders aufwändige und komplexe Palliativbehandlung spezialisierten Behandlungsteams inklusive Logopädie vor. Das Palliativteam ist in Abb. 3 dargestellt. Präzise Mindestkriterien der Struktur regelt das Referenzdokument für stationäre spezialisierte Palliative Care (*palliative.ch* 2017).

## Schlussfolgerung

Kommunikation und Schlucken sind zwei zentrale Anliegen von Patienten speziell auch

in palliativen Situationen. In einer Untersuchung rangierte beides unter den 10 wichtigsten Anliegen solcher Patienten (*Pollens* 2012). Logopäden sind für diese Gebiete Experten und sollten ihre Dienste in kritischen Krankheitssituationen anbieten. Lebensbedrohliche, fortschreitende Krankheiten sind eine spezielle Herausforderung für alle Betroffenen. Dies wird auch international anerkannt: Eine Untersuchung in allen englischsprachigen Ländern führte zum Plädoyer für mehr Forschung, Weiterbildung und finanzielle Ressourcen (*O'Reilly* 2015).

Dem Leiden der Patienten am Verlust von Unabhängigkeit und von wichtigen Funktionen kann durch Therapieangebote oft begegnet werden. Indem individuelle Ziele und Vorlieben berücksichtigt werden, sollen Patienten befähigt werden, mit ihrer Krankheit umzugehen (*Montagnini* 2017).

Es ist wichtig, die Chancen der Logopädie aufzuzeigen: durch Präsenz und gute Kommunikation im interprofessionellen Team, durch eine gute Betreuung der Patienten und ihrer Familien, durch eigene Weiterbildung und Supervision und die Schulung anderer Berufsgruppen über die Angebote im logopädischen Spezialgebiet.

## LITERATUR

- Agbiih, S., Gerling, A., Giese, C., Heubel, F., Hildebrandt-Wiemann, H., Hofmann, I. & Koch, C. (2010). *Essen und Trinken im Alter*. Pflegeothek. Berlin: Cornelsen
- Borasio, G.D. (2013). *Über das Sterben. Was wir wissen – was wir tun können – wie wir uns darauf einstellen*. München: C.H. Beck
- Büntzel, J. (2014). Palliativmedizin in der HNO-Heilkunde. *HNO* 62 (5), 335-341
- Büntzel, J., Büntzel, H. & Mücke, O. (2013). Integrative Behandlungsansätze in der Palliativmedizin. *Der Onkologe* 19 (9), 762-767
- CHOP 2017 – *Schweizerische Operationsklassifikation 2017 – Systematisches Verzeichnis*. <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheit/gesundheitswesen.assetdetail.502421.html> (22.08.2017)
- Freudrich, L., Sommer, J. & Tisch, W. (2014). Logopädie in der Palliativmedizin. *Forum Logopädie* 28 (6), 35-41
- Galvez-Jimenez, N. (2017). Symptom-based management of amyotrophic lateral sclerosis. *UpToDate review*. [www.uptodate.com/contents/symptom-based-management-of-amyotrophic-lateral-sclerosis](http://www.uptodate.com/contents/symptom-based-management-of-amyotrophic-lateral-sclerosis) (22.08.2017)
- Goldsmith, T. & Kurash Cohen, A. (2016). Swallowing disorders and aspiration in palliative care: assessment and strategies for management. *UpToDate review*. [www.uptodate.com/contents/swallowing-disorders-and-aspiration-in-palliative-care-assessment-and-strategies-for-management](http://www.uptodate.com/contents/swallowing-disorders-and-aspiration-in-palliative-care-assessment-and-strategies-for-management) (22.08.2017)

- Goldsmith, T., Kurash Cohen, A. (2017). Swallowing disorders and aspiration in palliative care: definition, consequences, pathophysiology, and etiology. *UpToDate review*. [www.uptodate.com/contents/swallowing-disorders-and-aspiration-in-palliative-care-definition-consequences-pathophysiology-and-etiology](http://www.uptodate.com/contents/swallowing-disorders-and-aspiration-in-palliative-care-definition-consequences-pathophysiology-and-etiology) (22.08.2017)
- Granda-Cameron, C., DeMille, D., Lynch, M.P., Huntzinger, C., Alcorn, T., Levicoff, J., Roop, C. & Mintzer, D. (2010). An interdisciplinary approach to manage cancer cachexia. *Clinical Journal of Oncology Nursing* 14 (1), 72-80
- Lee, S.E. & Miller, B.L. (2016). Frontotemporal dementia: treatment. *UpToDate review*. [www.uptodate.com/contents/frontotemporal-dementia-treatment](http://www.uptodate.com/contents/frontotemporal-dementia-treatment) (22.08.2017)
- Lewin, J.S., Teng, M.S. & Kotz, T. (2016). Speech and swallowing rehabilitation of the patient with head and neck cancer. *UpToDate review*. [www.uptodate.com/contents/speech-and-swallowing-rehabilitation-of-the-patient-with-head-and-neck-cancer](http://www.uptodate.com/contents/speech-and-swallowing-rehabilitation-of-the-patient-with-head-and-neck-cancer) (22.08.2017)
- Majmudar, S., Wu, J. & Paganoni, S. (2014). Rehabilitation in amyotrophic lateral sclerosis: why it matters. *Muscle & Nerve* 50 (1), 4-13
- Mitchell, S.L. (2017). Palliative care of patients with advanced dementia. *UpToDate review*. [www.uptodate.com/contents/palliative-care-of-patients-with-advanced-dementia](http://www.uptodate.com/contents/palliative-care-of-patients-with-advanced-dementia). (22.08.2017)
- Montagnini, M. & Javier, N.M. (2017). Physical therapy and other rehabilitation issues in the palliative care setting. *UpToDate review*. [www.uptodate.com/contents/physical-therapy-and-other-rehabilitation-issues-in-the-palliative-care-setting](http://www.uptodate.com/contents/physical-therapy-and-other-rehabilitation-issues-in-the-palliative-care-setting) (22.08.2017)
- O'Reilly, A.C. & Walshe, M. (2015). Perspectives on the role of the speech and language therapist in palliative care: an international survey. *Palliative Medicine* 29 (8), 756-761
- Oliver, D. & Veronese, S. (2017). Palliative approach to Parkinson disease and parkinsonian disorders. *UpToDate review*. [www.uptodate.com/contents/palliative-approach-to-parkinson-disease-and-parkinsonian-disorders](http://www.uptodate.com/contents/palliative-approach-to-parkinson-disease-and-parkinsonian-disorders) (22.08.2017)
- palliative.ch – Schweizerische Gesellschaft für Palliative Medizin, Pflege und Begleitung (2017). *Referenzdokument für stationäre spezialisierte Palliative Care, Version 3.0 vom 01.01.2017*. [www.palliative.ch/fileadmin/user\\_upload/palliative/publikum/2\\_PalliativeCare/Referenzdokument\\_spez\\_Palliative\\_Care\\_D\\_Version\\_3\\_0\\_def.pdf](http://www.palliative.ch/fileadmin/user_upload/palliative/publikum/2_PalliativeCare/Referenzdokument_spez_Palliative_Care_D_Version_3_0_def.pdf) (22.08.2017)
- Pollens, R.D. (2012). Integrating speech-language pathology services in palliative end-of-life care. *Topics in Language Disorders* 32 (2), 137-148
- Shuman, A.G., Fins, J.J. & Prince, M. (2012). Improving end-of-life care for head and neck patients. *Expert Review of Anticancer Therapy* 12 (3), 335-343
- Strupler, P. (2017). Das Sterben gemeinsam planen. *Neue Zürcher Zeitung* 238, 9
- Suchowersky, O. (2016). Huntington disease: Management. *UpToDate review*. [www.uptodate.com/contents/huntington-disease-management](http://www.uptodate.com/contents/huntington-disease-management) (22.08.2017)

**DOI dieses Beitrags (www.doi.org)**

10.2443/skv-s-2017-53020170606

**Korrespondenzadresse**

Heike Rack Huser  
 Nicole Bruggisser  
 Logopädie  
 Kantonsspital Baden AG  
 CH-5404 Baden  
 logopaedie@ksb.ch

**SUMMARY. Speech and language therapy in palliative situations**

Speech and language therapy contributes fundamentally in palliative situations. Communication and swallowing are two vital concerns for patients with severe diseases towards the end of life. Practical examples should help to illustrate the field of activity within speech and language therapy. The challenges for therapists are to create increasing awareness for the particular situation of patients and their families, to cooperate in multiprofessional teams, to follow further specific education as well as to take into account limited resources.

**KEY WORDS:** palliative care – communication – swallowing – life-threatening illness – speech and language therapy – multiprofessional cooperation