



Unmöglichkeiten möglich zu machen, unterliegt immer der Perspektive und ein ganzheitliches Verständnis hierbei, ist der beste Wegfinder.

Die Therapie ist keine Zaubershow mit bunten Lichtern und mystischer Atmosphäre, auch bedient sie keine Illusionen. Es ist ein fundiertes Handwerk aus Theorie, Praxis, Forschung, Evaluation und ein bisschen Glück.

Für meine großen und kleinen Patienten wandele ich zwischen ihren therapeutischen Chancen und Grenzen, um im Resultat, eine Verbesserung neu erschaffen zu können.

Ich bedanke mich bei meinen Mentoren und meinen Patienten, Sie waren es, die mich auf meinem Weg nachhaltig geprägt haben als Therapeut.

In diesem Sinne führe und fühle ich meine Profession in der Logopädie – *„Tu es oder tu es nicht. Es gibt kein Versuchen.“* (Meister Yoda, Star Wars)

Ich wünsche eine interessante literarische Kurzreise in die Schlucktherapie hinein.

Itzehoe, März 2025
Christoffer Kern

**Für meine Familie,
meine Ehefrau Roxana
und meine Kinder
Smilla und Lenn**

Christoffer Kern

Schluckstörungen

Einblicke in praktische Therapiepfade



Impressum

© 2025 Christoffer Kern

Druck und Distribution im
Auftrag des Autors: Christoffer Kern

tredition GmbH, Heinz – Beusen – Stieg 5, 22926 Ahrens-
burg, Deutschland

ISBN Softcover: 978-3-384-50046-5

Publikationsdatum: März 2025

Das Werk, einschließlich seiner Teile, ist urheberrechtlich geschützt. Für die Inhalte ist der Autor verantwortlich. Jede Verwertung ist ohne seine Zustimmung unzulässig.

Die Publikation und Verbreitung erfolgen im Auftrag des Autors, zu erreichen unter: tredition GmbH, Abteilung "Impressumservice", Heinz – Beusen – Stieg 5, 22926 Ahrensburg, Deutschland.

Bild Rückseite: Christoffer Kern in der Praxis

**„Der einzige Fehler im Leben ist die
Lektion, die man nicht lernt.“**

Albert Einstein

Kapitel 1 – Einleitung

Mit Zuversicht sollte jede medizinisch – therapeutische Perspektive erwählt sein, aber auch mit der Erkenntnis hin, dass wir keine Illusionen kreieren wollen.

Die Welt dreht sich nicht darum, irgendwelche Pseudo - Bestenlisten für Diagnostiker und Behandler auszurufen – nein, der gesamte Fokus muss auf den bestmöglichen Therapiepfad von unseren Patienten ausgerichtet sein.

Als ein ungeschriebenes Gesetz, gilt seit Anbeginn der Zeit von therapeutischen Heilzuwendungen, dass demjenigen Recht zugesprochen wurde, der einem Leidgeplagten ein Heil & eine Linderung zukommen hat lassen.

In dieses allweltliche Credo möchte ich gerne den Ausspruch von Frau Dr. Berta Bobath einflechten, denn sie meinte einmal – *„der Patient ist niemals zu schlecht für die Therapie, sondern allein der Therapeut ist zu schlecht für den Patienten.“*

Jeder mag auf seine eigene Art & Weise hin, diese fachliche, wie auch moralische Rhetorik verstehen. Für mich, war sie zeitlebens meiner beruflichen Laufbahn als Klinischer Logopäde und Schlucktherapeut, ein Kompass für den Weg hin, dass ich mit der Hilfe von Wissen in der Lage sein

werde, meinen Patienten womöglich besser helfen zu können.

In den nächsten Kapiteln dürfen Sie mir literarisch über die Schulter blicken und können so einen Einblick an erlebten Fallbeispielen am Patientenbett erzielen. Vorweg sei erwähnt, dass dieses Werk natürlich nicht dafür angedacht ist, als Ferndiagnose – Instrumentarium zu dienen.

Aber womöglich wecken diese nachfolgenden Thematiken eine Erkenntnis und können so, zukünftigen Gegebenheiten besser transparent, eine Aufklärung verleihen.

Denn so, wie bekannterweise viele Wege nach Rom führen können, bewirken auch viele Perspektiven erst einen ganzheitlichen Blick auf das Große und Ganze hin – und damit sind in diesem Fall, die Schluckstörungen von unseren Patienten gemeint.

Das Spektrum an Ursachen von Schluckstörungen ist groß, doch gemeinsam haben sie alle, dass ein Ungleichgewicht zwischen der Funktion, den verblienden Ressourcen und der Störung, praktisch vorliegt.

Demnach können einzelne oder mehrere Funktionen, Fähigkeiten und Fertigkeiten der oralen Nahrungsaufnahme von Essen und Trinken oder auch des eigenen und sicheren Speichelschluckens **nicht mehr** effektiv vollzogen werden.

Eine Störung des Schluckens greift also immer direkt in den Gesundheitszustand von Patienten ein.

Besonders neurogene (z.B. nach Schlaganfall, Schädelhirntraumen) und/oder neurodegenerative (z.B. Morbus Huntington, Morbus Parkinson) Grunderkrankungen des Gehirns bedingen mitunter den Zustand einer mannigfaltigen Schluckstörung.

Im Fachjargon wird dies auch als das Syndrom Dysphagie benannt. Das Syndrom Dysphagie setzt sich dabei aus verschiedenen Symptomen zusammen, die in unterschiedlicher Gewichtung und Betroffenheit, nun letztendlich das Ausmaß und den Schweregrad vom Syndrom Dysphagie klassifizieren.

Als eine alte Zuweisung des Schweregrades einer Schluckstörung galt die oftmals subjektive Erhebung in leicht, mittel und schwer. Eine gewisse Gefahr beinhaltet diese Form der Diagnostik schon, weil sie unweigerlich abhängig mit dem Wissen des Diagnostikers/Behandlers verknüpft ist.

Dies bedeutet, dass ein ungeübter und oftmals nicht zertifizierter Schlucktherapeut eher dazu tendiert, den tatsächlichen Schweregrad einer Schluckstörung unbeabsichtigt zu übersehen und so ein falsches Therapieschema für die weitere Rehabilitation vorschlägt (z.B. Orale Kostformen, Trachealkanülen).

Dieser Aspekt wird fachlich untermauert, denn was man an Wissen nicht kennt, kann man als Störung bei einem Patienten auch nicht vorfinden. Das

müssen Sie sich wie eine Art Checkliste vorstellen, die Punkt für Punkt abgearbeitet wird.

Einen weiteren fachlichen Fehlerteufel, kann diese sogenannte erste Schluckdiagnostik auf den Plan rufen, denn leider lässt sich die logopädische Behauptung zu, dass viele Schluckdiagnostiken nur unzureichend hinterfragt werden und wenn doch, dann wird so getestet, dass der Patient mit Schluckstörung, eigentlich nur versagen kann – und sich natürlich verschluckt.

Im weiteren Prozess wird diese Diagnose der schweren Schluckstörung oder der Unfähigkeit zu Schlucken (Aphagie), dann zettelfüllend administrativ therapiert.

Die Wochen und Monate der Reha vergehen und dass Rehabilitationspotenzial des Patienten schwindet, zunehmend wie Sand in einer Sanduhr – *Tempus fugit* und die Zeit verrinnt und das Gehirn erlernt zunehmend eine Nichtfunktion, die Funktion nicht zu schlucken! Diese neue Nichtfunktion ist natürlich, ein neurosensomotorisches Desaster für die angewandte Schlucktherapie.

Ein weiteres Credo muss dringend medizinisch – therapeutisch verstanden werden, der Patient und der Diagnostiker stehen immer in einem therapeutischen Dialog zueinander, das heißt jeder Schlucktherapeut sollte sich die entsprechende Zeit nehmen, sich einen eigenen Überblick über die individuellen Funktionen, Ressourcen und

Störungseinschränkungen seines Patienten verschaffen zu können. Denn das theoretische Studieren der Schriftsätze vorangegangener Krankenhaus- und Praxisberichte, kann inhaltlich fehlerbestückt sein und würde dementsprechend nur eine falsche Conclusio hervorrufen. Um mit den geflügelten Worten meiner Mentoren aufzuwarten – *Ein Patient ist immer vor uns, sein Zustand und sein Therapieweg, stehen nicht auf einem Blatt Papier.*

Dieser Vortrag und die Worte meiner Erfahrungen sollen nicht anmaßend verstanden werden, sondern repräsentieren lediglich die Perspektive von Fachlichkeit und gleichermaßen ist dies auch ein Sinnbild, für die individuellen Geschichten meiner Patienten.

Eine jede Schluckstörung kann zwar in der Regel verschiedene Störungssymptome aufweisen wie z.B. eine gestörte Zungenfunktion, eine reduzierte Wahrnehmung im Rachen- und Kehlkopfbereich und/oder eine reduzierte Atemfunktion, aber dennoch bleibt es eine individuelle Schluckstörung des Patienten.

Hingegen kann ein anderer Patient, auch mit ähnlichen Symptomen, jedoch eine ganz andere Form einer Schluckstörung aufweisen – diesen Grundsatz gilt es aufrichtig zu beherzigen und fordert bitte dazu auf, keine Schablonen – Therapien durchzuführen.

Viele Schluckstörungen werden leider zu spät erkannt und diese Gefahr bedingt ein hohes Risiko für falsche Therapieansätze, mit dementsprechenden falschen Reflexionen. Die Folge und die Zeche geht allein zu Lasten des Patienten, mit einer hohen Aufkommensrate für weitere Verschlechterungen der Gesundheit und/oder einer verfrühten Todesfolge.

Im Umkehrschluss lässt sich jetzt wissenschaftlich gut argumentieren, dass viele Patienten womöglich eine andere Chancenvielfalt bekommen hätten, wenn man proaktiv und präventiv den Schweregrad einer Schluckstörung, zu einem früheren Zeitpunkt qualitativ hätte benennen können.

Die nachfolgenden Kapitel umfassen zum einen, konkrete individuelle Patientenbeispiele und zum anderen werden praktische Tipps vermittelt. Diese literarische Veranschaulichung soll dabei helfen für Betroffene, Angehörige und medizinisch – therapeutische Berufsgruppen, mehr praktisches Tiefenverständnis zu erlangen, um künftig mehr Einzelheiten bedenken zu können.

„Die Logopädie ist eine Kunst, die es verdient hat, dass man sie kennt“, so benannte es einst der französische Journalist, Autor und Chefredakteur des Magazins Elle - Jean - Dominique Bauby (1952 - 1997).

In meiner Examenszeit (2004 - 2007) zum Logopäden in Schwerin, habe ich zum ersten Mal von dieser schicksalshaften Geschichte gelesen und im

stillen Gedenken daran, widme ich dieser Geschichte einen Platz in diesem Werk.

Zugleich drückt es den Gedankenwert der Therapie aus, indem zwei Menschen an unterschiedlichen Ufern, tätig bemüht sind, eine gemeinsame Brücke zu erbauen.