

Myofunktionstherapie als Prophylaxesäule

Karla Passon

Die Sprachheilpädagogin und Myofunktionstherapeutin Karla Passon arbeitet seit fast zwei Jahrzehnten im Bereich der Myofunktionstherapie und setzt sich für eine bessere Zusammenarbeit von Zahnärzten, Kieferorthopäden und Logopäden ein. Die Praktikerin erklärt, wie das in ihrem Umfeld gut funktioniert. Die große Mehrheit ihrer Patienten wird direkt überwiesen. Da das aber bundesweit lange nicht so ist, wirbt Passon für noch mehr Interdisziplinarität.

Foto: lassedesignen – Fotolia.com

Ein orofaziales Ungleichgewicht, eine sogenannte Myofunktionsstörung, egal welcher Genese, sollte von den unterschiedlichen Fachdisziplinen, von Hauszahnärzten, Kinderärzten, Kieferorthopäden, HNO-Ärzten und letztlich auch von Hausärzten möglichst früh erkannt und zur genauen Funktionsdiagnostik an einen qualifizierten Myofunktionstherapeuten überwiesen werden. Eine unbehandelte Funktionsstörung, die auch durch ein Habit verursacht werden kann, wächst sich nicht aus, sondern manifestiert Probleme der Fehlfunktionen in erheblichem Ausmaß, was vom Kleinkindalter bis zum Erwachsenenalter zu schweren Folgen in Form von okklusalen Störungen und zu deren Verschlechterung führt. So kann es zu Beeinträchtigungen der Aus-

sprache oder zu morphologischen Veränderungen insbesondere in der Wachstumsphase des Schädels kommen. Ein Gesichtsstudium, eine kurze Anamnese, ein bewusstes Checken des Schluckablaufs und der daran beteiligten Muskelstrukturen und -funktionen beim Patienten geben einem verantwortungsvoll und ganzheitlich arbeitenden Mediziner Aufschluss darüber, ob unphysiologische Abläufe im orofazialen System bestehen und ob damit eine Diagnostik und gegebenenfalls eine myofunktionelle Therapie indiziert sind, um mögliche Folgeschäden abzuwenden. Durch die Herstellung physiologischer Funktionsabläufe erfahren geplante oder laufende KFO-Therapien deutliche Unterstützung in ihrem Verlauf.

Zahnerhalt bis ins hohe Alter sichern

Beginnende Störungen im Milchgebiss wie im bleibenden Gebiss und damit verbundene morphologische Strukturveränderungen können abgewendet werden. Letztlich dient ein störungsfreies orofaziales System dem langjährigen Zahnerhalt bis ins hohe Alter. Demnach bewerten Fachleute, wie der Hamburger Zahnarzt Dr. Herbert Michel, die Myofunktionstherapie als „fünfte Säule in der Prophylaxe“.

Eine Funktionsstörung ist sehr einfach zu erkennen. Oftmals ist es der bloße Gesichtsausdruck von Patienten, der Anlass zu weiteren Überprüfungen geben sollte. Klassische Merkmale sind die allgemeine Hypotonie

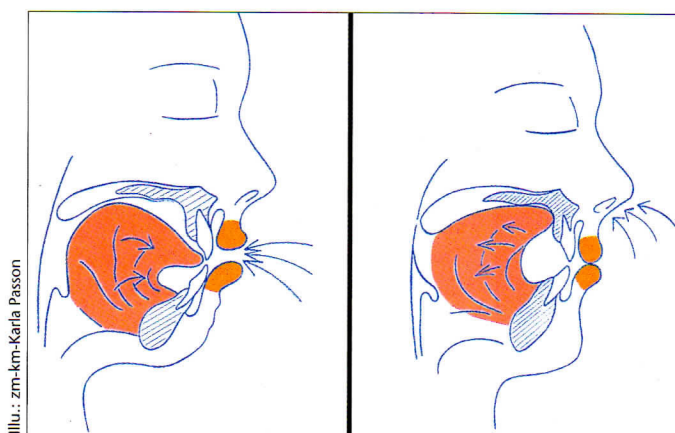
der Gesichtsmuskulatur, oftmals verbunden mit der Mundatmung und der Schwerfälligkeit der Zunge beim Artikulieren. Häufig wirkt der Gesichtsausdruck müde und schläfrig, matt, uninteressiert, beim Schlucken drückt sich die Zunge unphysiologisch in die Okklusion.

Der überweisende Arzt sollte mit Myofunktionstherapeuten interdisziplinär kooperieren und stark vernetzt arbeiten, gegebenenfalls noch andere Fachdisziplinen einschalten, damit der Patient das Gefühl eines umfassenden Konzepts erfährt – mit dem Gesamtziel der Herstellung von harmonischen Funktionsabläufen einer für den Patienten normalen interdentalen Beziehung sowie von einem harmonischen Gesichtsausdruck. Zusätzlich zu Zahnärzten, Kinderärzten, Kieferorthopäden und Myofunktionstherapeuten sollten gegebenenfalls HNO-Ärzte, Orthopäden, Physiotherapeuten und Osteopathen hinzugezogen werden.

Orofaziales Training ist nichts Neues

Schon 1918 machte der amerikanische Kieferorthopäde Dr. Alfred Paul Rogers mit dem Artikel „Living Orthodontic Appliances being the facial muscles“ auf das orofaziale Training in der Zusammenarbeit mit einer kieferorthopädischen Behandlung aufmerksam, später propagierte es der amerikanische Kieferorthopäde Daniel Garliner. Heute ist es für versierte und ganzheitlich behandelnde Zahnärzte, Kieferorthopäden und Kinderärzte eine wichtige Säule in der Beratung der Patienten und deren Behandlung.

Doch die Resultate einer therapeutischen Intervention können sehr unterschiedlich sein und reichen vom Abbruch bis hin zur erfolgreich abgeschlossenen Therapie, bei der hochwirksam eingestellte physiologische Muskelkräfte im orofazialen Bereich wirken, die dann ein orofaziales Gleichgewicht darstellen und damit jegliches skelettale Wachstum und kieferorthopädische Interventionen in jeder Altersstufe positiv unterstützen. Die unterschiedlichen Ergebnisse einer myofunktionellen Intervention sind stark abhängig von den verschiedensten Faktoren der Behandlungsart und -weise,



Sagittalschnitt eines unphysiologischen Schluckmusters (I.) im Vergleich zu einem physiologischen Schluckmuster

Illu.: zm-km-Karla Passon

vom funktions-therapeutischen Konzept des Therapeuten und von der Patientencompliance.

Als Therapeutin fühle ich mich verpflichtet, ein hochgradig auf den Patienten hin abgestimmtes und individualisiertes Behandlungskonzept zu entwerfen, wobei mehrere Methoden, Ansätze und der Einsatz von modernen technischen Hilfsmitteln das Korsett darstellen: Nur wenn beim Patienten wirkliches Interesse an der Veränderung oft jahrelanger Dysfunktionen besteht und dieser nach wenigen Sitzungen schon wahrnimmt, dass diese therapeutischen Veränderungen positiv wirken, wird er motiviert sein, die Therapie nach 30 bis 35 Sitzungen mit gutem Ergebnis zu beenden und damit dauerhaft schädigende Einflüsse auf morphologische Strukturen abzuwenden, kieferorthopädische und umfangreiche prothetische Behandlungen, auch im Erwachsenenalter, positiv zu unterstützen, so dass okklusale Veränderungen dauerhaft Bestand haben und nicht im Rezidiv enden.

Erhebliche Steigerung der Patientenzufriedenheit

Nach fast 20-jähriger Tätigkeit im Bereich der Myofunktionstherapie in der eigenen Praxis stellen sich mir leider immer wieder erwachsene Patienten mit einem hohen Leidensdruck vor, die eine Odyssee an ärztlichen Konsultationen hinter sich haben und mir immer wieder fassungslos zu verstehen geben, dass Symptome ihrer Funktionsstörungen überhaupt nicht als solche er-

kannt und ihnen weder Diagnostik noch Therapie empfohlen wurden.

Bei Jugendlichen kommt es nach einer abgeschlossenen KFO-Behandlung oft zu einer Rezidivbildung, da schädigende Einflüsse vor der Behandlung nicht ins Gleichgewicht gebracht wurden.

Eine frühzeitig einsetzende Funktionstherapie ist als sehr ökonomisch zu bewerten, da der Umfang und das zeitliche Ausmaß von kieferorthopädischen und prothetischen Behandlungen verkürzt und effektiver gestaltet werden können und damit der Zufriedenheitsgrad des Patienten erheblich gesteigert wird. Dass aber bis heute noch die Funktionstherapie nicht so häufig wie notwendig verordnet wird, ist sicherlich dem Unwissen über die Auswirkungen von orofazialen Störungen zuzuschreiben. Deshalb ist es dringend notwendig, dass der Hauszahnarzt und der Kieferorthopäde und nicht zuletzt der Kinderarzt, den Blick auf den Patienten und dessen orofaziales System schärfen, den Patienten kurz aufklären und ihn entsprechenden Therapien zuführen.

Leider werden mir auch Patienten vorgestellt, die wegen einer diagnostizierten Störung zwar in logopädischer Behandlung waren, aber keine signifikanten Veränderungen oder Verbesserungen durch die therapeutische Intervention wahrnehmen konnten. Aus diesem Anlass heraus möchte ich den in meiner Praxis angewandten und von mir entwickelten methodischen Ansatz der integrierten Myofunktionstherapie vorstellen, der beste sichtbare und messbare Ergebnisse hervorbringt.



Dreieinhalbjährige mit massivem Schnullerhabit und Mundatmung



Befund: lutschoffener Biss



Therapie: Umstellung auf Nasenatmung, Harmonisierung der Muskulatur, harmonisiertes Schädelwachstum



Schließung des Bisses nach fünfmonatiger Behandlung

Fotos: Karla Passon

Konzept der integrierten Myofunktionstherapie

Nach sehr langer Tätigkeit in diesem Spezialgebiet der Logopädie habe ich mein Therapiekonzept immer wieder modifiziert und um mehrere methodische Ansätze erweitert, so dass ich dieses Grundkonzept bei Patienten aller Altersstufen anwende. Die Patienten, die in unsere Praxis überwiesen werden, sind zwischen vier und 60 Jahren alt.

Deshalb sind die Modifikation und der persönliche Zuschnitt des Behandlungsplans auf den Patienten in seiner Altersstruktur und mit seiner Persönlichkeit bedeutend, wobei aber die Eckpfeiler des Behandlungskonzepts immer behandlungstragend sind:

- Arbeit über aufklärende Beratung
- Arbeit über den systemischen Ansatz
- Arbeit über Elemente der Achtsamkeit und der Wahrnehmung
- Arbeit mit Fotokontrastierung
- Arbeit über Videokontrastierung
- Arbeit über Elemente der Autosuggestion
- Arbeit über Elemente der Meditation
- Arbeit über unterschiedliche Motivationsmodule
- strukturiertes Arbeiten an Muskeln, an der Zungenruhelage, am Schluckmuster und Transfer über häusliche Übungspläne

Da vom Patienten verlangt wird, dass er sein gesamtes orofaziales Verhalten ändern soll, habe ich ein Konzept entwickelt, das mehrere methodische Ansätze beinhaltet, so dass für jeden Patienten aus diesen methodischen Bausteinen ein hochwirksamer Übungsplan entsteht, der intensiv bearbeitet und therapeutisch angeleitet zur orofazialen Balance führt.

INFO

Gesichtserkennung

Eine Funktionsstörung ist sehr einfach zu erkennen. Oftmals ist es der bloße Gesichtsausdruck von Patienten, der Anlass zu weiteren Überprüfungen geben sollte.



Siebenjährige Mundatmerin mit hypotoner orofazialer Muskulatur, verdickter Unterlippe und Zungenruhelagerung auf der Unterlippe



Befund: unphysiologisches Schlucken, Einlagerung in lückiges Milchzahngebiss



Therapie: harmonisierte orofaziale Muskulatur, Umstellung auf Nasenatmung



Das Schluckmuster konnte noch nicht vollständig verändert werden, eine begleitende KFO-Behandlung erfolgte noch nicht.



Neunjähriger: starker Sigmatismus, orofaziale Dysfunktion, hypotone Gesichtsmuskulatur, Mundatmer, verdicktes Unterlippenprofil



Befund: massive sagittale Stufe, Zungen-einlagerung beim Schlucken, frontal und lateral



Durch die Therapie: Harmonisierung der Muskulatur, Harmonisierung des Schädelwachstums, Harmonisierung des Lippenprofils und deutliche Aussprache



Verbesserung der okklusalen Situation nach einjähriger Behandlung, begleitende KFO-Therapie durch Eingliederung eines losen Geräts

Diesen Ansatz habe ich als „integrierte Myofunktionstherapie“ bezeichnet, die das orofaziale System sichert und dauerhaft aufrechterhält.

Deziierte Aufklärung über das Störungsbild

Der Patient kommt auf Empfehlung seines Arztes in die Praxis und muss vom Therapeuten über sein individuelles Störungsbild deziiert aufgeklärt werden. Nur wenn dem Patienten sein Störungsbild und die daraus resultierenden Folgen klar sind, wird er motiviert sein, daran zu arbeiten. Notwendig ist, im Diagnose- und Aufklärungsgespräch über die Dauer der therapeutischen Intervention zu sprechen und über den Übungsaufwand, der zu einer Automatisierung der Bewegungsmuster führt, aufzuklären, damit der Patient abwägen kann, ob er diesen Zeitaufwand leisten kann und will. Das Ziel der Behandlung muss der Therapeut dem Patienten im Erstkontakt klar benennen können. Zwischen dem Erstkontakt und der ersten Behandlungssitzung sollte dem Patienten eine Bedenkzeit gegeben werden, in der er sich frei für oder gegen die Myofunktionstherapie entscheiden kann.

■ systemischer Ansatz

Bei Kindern und Jugendlichen ist es wichtig, dass von Beginn an die Eltern in die Therapie einbezogen werden. Sie haben an den ersten vier bis fünf Sitzungen teilzunehmen, den Ansatz der Therapie kennenzulernen, ihn im Sinne ihrer Kinder zu unterstützen und als Co-Therapeuten im häuslichen Umfeld zu agieren. Kinder unter zwölf Jahren können die komplizierten Inhalte der Therapie nicht alleine ins häusliche Umfeld transportieren. Sind Eltern eingebunden, übernehmen sie automatisch mehr Verantwortung für das Vorankommen in der Therapie und verpflichten sich damit, Verantwortung für das tägliche Üben zu übernehmen. Gerne nehmen zum Teil sogar Erwachsene im Therapieprozess die Hilfe und Unterstützung ihrer Partner in Anspruch.

Bei beiden Altersgruppen muss der Therapeut genau definieren, an welcher Stelle und mit welcher Aufgabe die Familienmitglieder



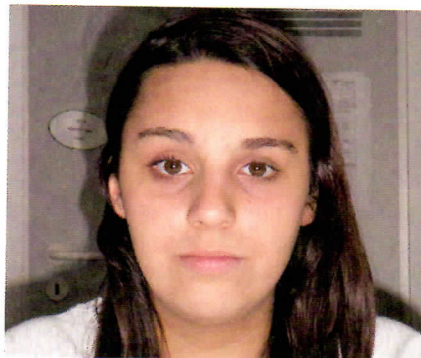
Diese zwölfjährige Patientin wechselte nach 30 Behandlungssitzungen in meine Praxis. Diagnose: hypotone Gesichtsmuskulatur, orofaziale Dysfunktion, starke Augenringe, Mundatmerin, wulstiges Unterlippenprofil



Befund: massives habituelles Nägelkauen



Okklusaler Status nach viermonatiger Bracketsversorgung



Durch die Therapie: harmonisierte Gesichtsmuskulatur, Umstellung auf Nasenatmung nach sieben Monaten, habituelles Nägelkauen teilreduziert

Fotos: Karla Passon

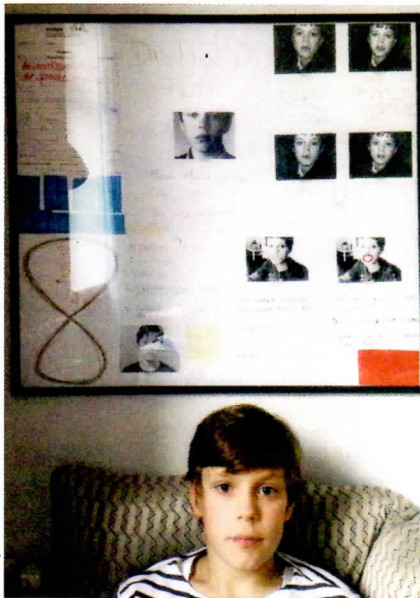


Foto: privat

Beispiel für systemische Arbeit – Einbindung der Familie: Die Mutter des Patienten F. hat alle Bilder und Zeichnungen, die in der Therapie entstanden sind, in einer Collage künstlerisch angeordnet. So ist es Familienthema und auch Freunde fragten immer wieder nach dem Hintergrund der Collage.

sinnvoll einzubinden sind. Nur positive Unterstützung wird den Fortschritt sichtbar machen.

■ Wahrnehmung/Achtsamkeit

Die wichtigste Säule in der Therapie ist die

INFO

Kurzes Beispiel für eine Schluckmeditation

„Ich schließe meine Augen, sitze auf diesem Stuhl und gebe mein Gewicht an diesen ab. Ich spüre meine Zunge, die sich in meiner Kuhle locker platziert, mein Atmen geht ein und aus, ein und aus. Ich spüre, wie ich entspannt, aber sehr wach über die Nase atme. Das ist ein gutes Gefühl. Ich stelle mir jetzt das richtige Schlucken vor, wie meine Zunge sich an den Gaumen saugt, die Zähne sich schließen und ich sauber abschlucke. Zwei- bis dreimal stelle ich mir diesen Ablauf bildlich vor. Jetzt komme ich wieder in diesem Raum an, nehme mein Gewicht wieder an mich, und öffne meine Augen.“ ■

Schulung der Wahrnehmung des Patienten für seine orofazialen Muskeln, insbesondere für den Zungenmuskel. Wo spürt er die Zunge, zu welchem Zeitpunkt muss sie welche Position einnehmen, liegt sie in der Zungenruhelage richtig, welches Bewegungsmuster läuft ab, wenn geschluckt wird? Das gleiche gilt für die Atmung und für die Mundhaltung.

Der Patient soll angeregt werden, durch persönliche Achtsamkeit in Situationen und Zeitfenstern bestimmte Abläufe zu überprüfen und zu spüren. Dieser methodische Ansatz wird in jeder Sitzung der Therapie angewendet und bietet Anlass, über die neu eingestellte Wahrnehmung bewusst zu sprechen. Zu differenzieren sind hier die Eigenwahrnehmung des Patienten und die Fremdwahrnehmung zum Beispiel des Therapeuten oder des sozialen Umfelds des Patienten. Schätzt der Patient seinen momentanen orofazialen Status richtig ein oder braucht er verstärkt ein korrekatives Feedback von außen?

Fotokontrastierung

Jeder Funktionstherapeut sollte über ein Tablet und eine digitale Kamera verfügen, um über die Foto- und die Videokontrastierung den Ausgangszustand und den Verlauf der Behandlung dokumentieren zu können. Beispiele:

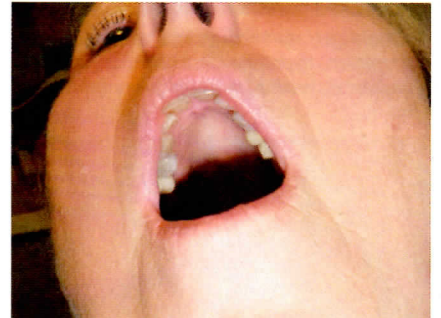
- Mundatmung versus Nasenatmung
- Körperhaltung aufrecht versus Körperhaltung zusammengesunken
- Fingernägel abgekaut versus Fingernägel gepflegt

Videokontrastierung durch Statuserhebung alle vier Wochen:

- aktuelles Statement des Patienten über seine eigene Einschätzung
- physiologisches Schlucken versus unphysiologisches Schlucken
- Körperhaltung (zum Beispiel zu Beginn zusammengesunkene Haltung versus aufrechte Haltung durch Beckenaufrichtung)
- eventuell Habitabbau
- Ausspracheentwicklung (zum Beispiel massiver Sigmatismus und interdentaler Phonation anderer Laute versus korrekte und lautreine Aussprache)



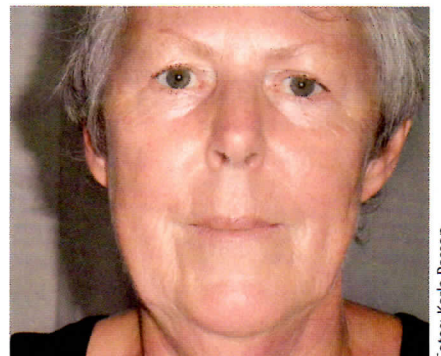
Patientin (62), Diagnose: massive Fehlokklusion durch Daumenlutschen, unphysiologische Zungenruhelage



Befund: Zungenruhelage an unterer Front, gotischer hoher Gaumen, da der physiologische Zungendruck durch das unphysiologische Schluckmuster bedingt, fehlte



Gesicht der Schmerzpatientin bei Vorliegen von Myogelosen im M. Masseter: Die unphysiologische Zungenruhelage verursachte Schmerzen im M. Hypoglossus.



Fotos: Karla Passon

Nach der Therapie: Umstellung auf Nasenatmung und Harmonisierung der Muskulatur, Zungenruhelagenveränderung, entspannter Mundschluss möglich, insgesamt deutliche Schmerzreduzierung nach zwölf Behandlungssitzungen über fünf Monate.

INFO

Prinzipielle Erwägungen aus kieferorthopädischer Sicht

Dysfunktionen des Sprechens, der Atmung, der Zunge, der Lippen sowie der orofazialen Muskulatur und der Körperhaltung zählen zu den wissenschaftlich anerkannten Faktoren, die das kraniofaziale Wachstum und die Zahnstellung beeinträchtigend beeinflussen. Des Weiteren konnte in zahlreichen Studien gezeigt werden, dass bei charakteristischen Zahnstellungs- und Kieferanomalien eine erhöhte Prävalenz orofazialer Fehlfunktionen vorliegt. Diese lang bekannten Wechselwirkungen zwischen Funktionsabläufen im orofazialen System und der Zahn-Kieferentwicklung sind in ihren genauen Mechanismen bislang allerdings noch nicht abschließend erforscht, wenngleich zu dieser Thematik wissenschaftlich interessante Ergebnisse vorliegen. Zur Diagnostik und Therapie orofazialer Dysfunktionen wurde 2008 aus dem Fachgebiet Kieferorthopädie eine detaillierte Stellungnahme unter Einbeziehung internationaler Fachliteratur erarbeitet, die auf der Website der Deutschen Gesellschaft für Kieferorthopädie (DGKFO) publiziert wurde. Kernanliegen der präventionsorientierten Kieferorthopädie ist danach die frühzeitige

Erkennung und Eliminierung möglicher die dentofaziale Entwicklung beeinträchtigender Faktoren. Unbestritten ist, dass ohne therapeutische Intervention eine körpereigene funktionelle Harmonisierung nicht eintritt. Vielmehr muss mit zunehmendem Alter mit einer erhöhten Prävalenz, Intensität und Komplexität der funktionellen Befunde gerechnet werden. Dies wirkt sich erschwerend auf kieferorthopädische Korrekturmaßnahmen aus, ist aber auch problematisch im Hinblick auf die Langzeitstabilität kieferorthopädischer Behandlungsergebnisse zu bewerten.

Bereits in oben genannter Stellungnahme wird angesprochen, dass die Diagnostik orofazialer Dysfunktionen weder standardisiert noch evidenzbasiert ist. Hier besteht sicher noch Verbesserungspotenzial.

Therapieansätze zur Korrektur von orofazialen Dysfunktionen werden grundsätzlich in apparative und nicht apparative eingeteilt. Beide Ansätze verfolgen die funktionelle Harmonisierung.

In der Stellungnahme der DGKFO wird auch darauf verwiesen, dass die Reduktion der funktionellen Harmonisierung auf die Myofunktionelle Therapie nach Garliner

mit Schwerpunkt der Erlernung der physiologischen Ruhelage das Spektrum der therapeutischen Möglichkeiten bei Weitem nicht abdeckt [Stellungnahme der DGKFO, 2008]. In einem Statement der „American Speech and Hearing Association“ [ASHA, 1991] wurde sehr treffend darauf hingewiesen, dass eine Therapie orofazialer Dysfunktionen interdisziplinär und individualisiert sein müsse mit den Kernzielen der Stärkung der hypotonen orofazialen Muskulatur, der Etablierung eines kompetenten Lippenschlusses sowie der Nasenatmung und des Erlernens der physiologische Zungenruhelage.

Vor diesem Hintergrund ist es sinnvoll, dieses interdisziplinäre Thema erneut zu beleben. Bislang konnte wissenschaftlich nicht dokumentiert werden, inwieweit durch alleiniges funktionelles Training Zahn- und Kieferfehlstellungen korrigiert oder sogar vermieden werden können. In gleicher Weise konnte bisher nicht das Primat einer zunächst alleinigen Umstellung der Funktion vor apparativen Korrekturen evident bestätigt werden.

Prof. Dr. Ursula Hirschfelder, DGKFO

Da Patienten sich oftmals nicht an ihren optischen Ausgangszustand vor der Behandlung erinnern, können sie selber über die Methode der Foto-Video-Kontrastierung objektiv beurteilen, was sich unter der Therapieintervention verändert hat beziehungsweise was noch auffallend ist und woran noch gearbeitet werden soll.

Autosuggestionselemente

Die Autosuggestion und damit die Eigenmanipulation hilft dem Patienten insofern, als verschiedene Merksätze zu den jeweilig zu bearbeitenden Funktionen formuliert und diese dann laut und eindringlich hochfrequent gesprochen werden. Kindern macht es Spaß, die Merksätze selber zu formulieren, sie sprechzeichnerisch und rhythmisch umzusetzen. Erwachsene lassen sich meiner Erfahrung nach ebenfalls auf

Merksätze ein, da sie recht zügig eine schnelle Umsetzung des Gesprochenen bei sich selber registrieren.

Beispiele:

- Meine Zunge ist immer oben in der Kuhle drin und hält sich da gut fest.
- Meine Zunge ist immer oben in der Kuhle, mein Mund ist zu, meine Nase atmet.
- Ich schlucke bewusst und richtig.

Elemente der Meditation

Als ich die ersten Funktionsmeditationen formulierte und im zeitlichen Rahmen von vier bis sechs Minuten durchführte, war ich äußerst unsicher, ob die Patienten – Kinder oder Erwachsene – dieses Element annehmen können. Erstaunlicherweise habe ich die Rückmeldung von beiden Altersgruppen, dass dieses Element als äußerst

wohlthuende Einheit in der Therapiesitzung empfunden wird.

Da von den Patienten 45 Minuten lang größte Anstrengung auf verschiedenen Ebenen verlangt wird, ist diese kurze, aber themenbezogene Bewusstseinsweiterung eine wunderbare Form, die Therapiezeit zu beschließen.

Motivationsmodule

Während einer Therapie sollte die Motivation insbesondere bei Kindern und Jugendlichen, immer wieder durch neue Motivationshilfen auf einem entsprechenden Level gehalten werden. So führen meine Patienten eine Kontrollliste, in die sie einzeichnen, ob sie täglich geübt haben und „verdienen“ sich Stempel, die sie in ein Geschenk umwandeln können. Benotungstabellen für die Aussprache, den Mundschluss oder das Schlucken werden

Therapeut: PASSON Patient: Kind 10 Jahre Datum: _____

Übungsplan

Nr.	Übungen und Bemerkungen	Dauer	Anzahl
1)	 Füße auf den Boden, Becken aufrichten	ganz oft	
2)	 Halsack: Keine Zunge ist immer oben in der Kugel drin, wenn Mund ist zu, meine Nase atmet.  Liegende lehnt dabei malen		5x
3)	 Esspapier in Kugel kleben, abziehen  Kiefer festhalten, Mund auf		3x
4)	 Handstand, Mund weit auf	1min	
5)	 Ansagen, Mund weit auf	1min	
6)	 für die Zungenruhe Lage Zuckerwatte in der Kugel mit Zungen Spitze festhalten, Mund zu	1min	
7)	 Fußball mit Händeldruck raupfen	1min	5x pro Seite
8)	 Zungentablett  Zunge gerade herausstrecken	1min	

Nächster Termin: bitte täglich vor dem Spiegel üben

Terminabsage mindestens 24 Stunden vorher, Tel. 02 14 / 5 00 59 10

Therapeut: PASSON Patient: ERWACHSENER Datum: _____

Übungsplan

Nr.	Übungen und Bemerkungen	Dauer	Anzahl
1)	Haltung überprüfen Aufmerksamkeit auf die Zunge legen		
2)	Autosuggestionssatz: Keine Zunge ist ganz oft in der Kugel drin		laut sprechen 3-5x
3)	Handstand (Zunge in die Kugel legen; Mund weit geöffnet)	1min	
4)	Handstand 1/2 - Ansagen	1min	
5)	Knopf / Faceformer statisch ziehen		6-7x
6)	Kugeln tupfen, Mund weit geöffnet	1min	
7)	Zungenrücken; Kiefer festhalten	1min	
8)	10 x pro Tag die Zungenruhe Lage überprüfen und korrigieren		10x pro Tag

Nächster Termin: Übungen täglich in den 15 Minuten

Terminabsage mindestens 24 Stunden vorher, Tel. 02 14 / 5 00 59 10

Behandlungsplan für Kinder: Symbole, die die Kinder kennen, kennzeichnen die einzelnen Übungen.

Behandlungsplan für Erwachsene: Die Übungen sind täglich zehn bis zwölf Minuten durchzuführen.

oft von Eltern geführt. Sogenannte „Mahlzeitentabellen“, halten fest, welchem Nahrungsmittel unmittelbar erhöhte Aufmerksamkeit beim Schlucken zuteilwird.

Muskelarbeit anhand eines konkreten Wochenplans

Merksprüche und farbige Signalpunkte werden als Zettel in der Wohnung verteilt und geben Anlass, auch mit Besuch und Freunden über die orofazialen Verhaltensänderungen zu sprechen. Wichtig ist, dass durch diese Motivationshilfen immer wieder der Fokus auf zu verändernde Prozesse gelenkt wird und die Eigenwahrnehmung damit ständig angetriggert wird.

Jeder Patient erhält zum täglichen Üben einen individuell formulierten Wochenplan, in dem die Übungen nach Störungsschwerpunkt strukturiert werden. Dabei werden die Übungen unterschieden nach Muskelaufbau, Zungenruheübungen, Schluckübungen und hoch-

frequenten Transferübungen. Bei kleinen Kindern werden Symbole für die Übungen in einen Plan gemalt mit genauer Anzahl und Minutenangabe, so dass auch die jüngsten Patienten die eigenen Pläne eigenverantwortlich „lesen“ und üben können. Diesen hohen, klaren und strukturgeprägten Anteil schätzen Eltern, kleine und erwachsene Patienten, wobei die häusliche Übungszeit bei Vier- bis Sechsjährigen fünf bis sechs Minuten, bei Sechs- bis Zehnjährigen acht bis zehn Minuten und bei älteren Kindern zehn bis 15 Minuten täglich nicht überschreiten sollte. Dies halte ich für angemessen, es überfordert nicht und es zeigt sich bei konsequenter Durchführung, dass sich Muskelaufbau generiert, sich ein normaler Muskeltonus einstellt und sich bei entsprechender Therapielänge dringend notwendige Automatismen einschleifen. Bei erwachsenen Patienten ist es wichtig, mit den Patienten zu denken, welche Übungen wann, wie und wo in den Alltag eingebaut werden können.

Diplom-Heilpädagogin Karla Passon
Bergische Landstr. 42
51375 Leverkusen
Tel.: 0214/5005910
karla.passon@t-online.de

Die Autorin ist Diplom-Sprachheilpädagogin und Myofunktionstherapeutin und seit 18 Jahren in eigener Praxis in Leverkusen niedergelassen. Ihr Hauptschwerpunkt ist die Myofunktionstherapie, die sie in enger Zusammenarbeit mit Zahnärzten, Kieferorthopäden und Kinderärzten durchführt. Sie ist Autorin mehrerer logopädischer Materialien, unter anderem vom Myofunktionsspiel „Zunge Ahoi“ und dem linguistischen Förderprogramm VSL, einem Förderprogramm für geistig behinderte Kinder und Jugendliche.

ZM-ONLINE: QR-CODE 32792

Bilderstrecke mit Übungen



Fallbeispiele mit konkreten Übungen gibt es in der Bilderstrecke.

INFO

„Die Zusammenarbeit ist zufriedenstellend, aber ausbaubar.“

zm: Wann ist es aus kieferorthopädischer Sicht sinnvoll, einen Patienten zum Logopäden zu überweisen?

Hirschfelder: Prinzipiell ist aus kieferorthopädischer Sicht eine Unterstützung durch gezielte logopädische Therapiemaßnahmen in vielen Fällen sehr hilfreich und in manchen sogar notwendig, um die angestrebte funktionelle Harmonisierung zu erreichen. Die Frage des Zeitpunkts einer Überweisung an den Logopäden lässt sich allerdings nicht pauschal, sondern nur für jeden Einzelfall in Abhängigkeit von Art und Ausprägung der funktionellen Dysbalancen, vom Charakter der jeweiligen Zahnfehlstellung und Kieferfehlbildung, vom Stand der skelettalen, der dentalen und der funktionellen Reife sowie von individuellen neuromotorischen Konstellationen beantworten. Aufgrund der frühzeitigen Reifung der Zunge ist prinzipiell einer frühzeitigen Korrektur der Sprech- und Zungenfunktion gegebenenfalls mit gleichzeitigen apparativ kieferorthopädischen Behandlungsmaßnahmen Vorzug einzuräumen. Bei ausgeprägt skelettal offenem Biss, bei Anomalien des progenen Formenkreises oder bei markanten Angle-Klasse-II/1-Anomalien ist es zunächst sinnvoller, die dentalen und basalen Relationen kieferorthopädisch oder bei Erwachsenen durch kieferorthopädisch-kieferchirurgische Interventionen zu harmonisieren und anschließend ein intensives funktionelles Training vorzunehmen.

In jedem Fall muss eine frühzeitige interdisziplinäre Kooperation zwischen Kieferorthopäden, Mund-Kiefer-Gesichtschirurgen, Phoniatern, Logopäden und gegebenenfalls anderen zahnmedizinischen und medizinischen Fachdisziplinen bei Patienten mit angeborenen Lippen-Kiefer-Gaumenspalten oder mit syndromalen Fehlbildungen erfolgen. Dies ist an den Universitäten durch die Etablierung von interdisziplinären Zentren bereits gewährleistet.

zm: Wie bewerten Sie die aktuelle Zusammenarbeit von Kieferorthopäden, Logopäden und Zahnärzten?

Hirschfelder: Die aktuelle Zusammenarbeit von Kieferorthopäden und Logopäden dürfte regional unterschiedlich, in der

Regel jedoch zufriedenstellend zu bewerten sein. Sicher ist die Zusammenarbeit ausbaubar. Neben medizinischen Aspekten müssen sicher aber auch wirtschaftliche Gesichtspunkte mitbetrachtet werden.

zm: Wie stellen Sie sich die ideale Vernetzung der Disziplinen vor?

Hirschfelder: Die ideale Vernetzung der Disziplinen könnte zum einen durch gemeinsam initiierte Fortbildungsveranstaltungen oder Symposien erreicht werden, bei denen alle beteiligten Fachdisziplinen die Möglichkeit hätten, ihre klinischen Erfahrungen unter Einbeziehung aktueller Forschungsergebnisse untereinander auszutauschen. Dieses Konzept ist für die mit Spaltfehlbildungen assoziierten Probleme bereits durch ein jährlich stattfindendes Symposium des Deutschen Interdisziplinären Arbeitskreises Lippen-, Kiefer-, Gaumenspalten seit Langem erfolgreich realisiert und etabliert. Alle Fachdisziplinen aus Praxis und Universität sollten das bereits vorhandene Angebot intensiv zu interdisziplinären Diskussionen nutzen.

Darüber hinaus könnten methodisch gut konzipierte interdisziplinäre Forschungsinitiativen im Rahmen der Versorgungsforschung sehr hilfreich sein, um Expertenwissen wissenschaftlich besser zu untermauern. Das wird vonseiten der DGZMK wie von allen wissenschaftlichen Fachgesellschaften der Zahnmedizin ausdrücklich unterstützt und gefördert.

zm: Wo sehen Sie die Herausforderung in der fächerübergreifenden Zusammenarbeit?

Hirschfelder: Die Herausforderung einer fächerübergreifenden Zusammenarbeit sehe ich in der gemeinsamen Lösung interdisziplinärer Fragestellungen durch alle beteiligten Fachdisziplinen der Medizin, der Zahnmedizin und der Logopädie sowie durch die Realisierung abgestimmter Untersuchungs- und Therapiekonzepte.

zm: Ökonomisierungseffekte und die individuelle Patientenzufriedenheit werden von den Logopäden als die wichtigsten Argumente für eine bessere Vernetzung von Kieferorthopädie, Zahnmedizin und Logopädie genannt. Welchen Einfluss hat

eine frühzeitig einsetzende Funktionstherapie tatsächlich für die kieferorthopädischen Behandlungen?

Hirschfelder: Ökonomisierungseffekte und die Patientenzufriedenheit wie von logopädischer Seite formuliert sind in der Tat wichtige Eckpunkte, denen sich die gesamte Medizin und Zahnmedizin stellen muss. Der tatsächliche Einfluss der Funktionstherapie für die kieferorthopädischen Behandlungen ist aufgrund von Expertenwissen klar gegeben, konnte bislang, vermutlich aufgrund der Komplexität der Einflussfaktoren, jedoch nur auf einem relativ geringen Evidenzlevel bestätigt werden. Ich verspreche mir prospektiv aus gut konzipierten Forschungsinitiativen auch im Rahmen der Versorgungsforschung neue Erkenntnisse und Impulse.

Das Argument der „Patientenzufriedenheit“ ist vorrangiges Ziel aller medizinischen Fachdisziplinen.

zm: Welchen Stellenwert hat das orofaziale Training in der Ausbildung und Arbeit von Kieferorthopäden heute?

Hirschfelder: Die Vermittlung von Kenntnissen zu normalen und gestörten Funktionsabläufen sowie zu Möglichkeiten des orofazialen Trainings nimmt sowohl in der studentischen Lehre als auch in der Weiterbildung zum Fachzahnarzt für Kieferorthopädie sowie für die Arbeit von Kieferorthopäden traditionell einen hohen Stellenwert ein. Dieser Aspekt ist mit besonderem Fokus auf eine qualifizierte medizinische Patientenversorgung hervorzuheben.

zm: Wie wird sich die Vernetzung von Logopädie und Kieferorthopädie in den nächsten fünf bis zehn Jahren entwickeln?

Hirschfelder: Ich hoffe, positiv. Das hängt allerdings auch von strukturpolitischen Entscheidungen auf Bundesebene und den daraus resultierenden Rahmenbedingungen ab.



Foto: privat

Prof. Dr. Ursula Hirschfelder,
Präsidentin der Deutschen Gesellschaft für Kieferorthopädie (DGKFO)