

Logopädie und Zahnmedizin

Myofunktionelle Störungen interdisziplinär behandeln

Wie wichtig eine enge Zusammenarbeit zwischen Zahnärzten, Kieferorthopäden, Kinderärzten und Logopäden ist, zeigt die Resonanz auf die zm-Titelgeschichte „Logopädie in der Praxis“ vom 1. April 2015. Viele Anfragen an die Autorin und an die Redaktion haben uns veranlasst, das Thema erneut aufzugreifen. Die Sprachheilpädagogin Karla Passon hat nun einen Schnelltest (AuMyo-Check) und einen Befundbogen entwickelt, mit dem Zahnärzte und Kieferorthopäden ein orofaziales Ungleichgewicht – sogenannte Myofunktionsstörungen – bei Patienten kompetent und schnell diagnostizieren und die weitere Therapie einleiten können.



„Wie gestaltet sich der durchschnittliche Verlauf einer Therapie in Bezug auf die Anzahl der Sitzungen?“ „Welche Übungen können die Patienten zu Hause machen und welche therapeutischen Ergebnisse sind

letztendlich zu erwarten?“ Diese und viele andere Fragen haben Zahnmediziner zum Thema Sprach- und Myofunktionsstörungen, wie sich aus der Resonanz zum damaligen Beitrag ergeben hat. Ganz besonders

interessieren Zahnärzte, Kieferorthopäden und Kinderärzte aber die spezifischen diagnostischen Parameter. Denn sie sind diejenigen, die den Auftrag haben, die Diagnose zu erstellen und den Patienten

Fall 1: Der Befund des neunjährigen Patienten zeigt ein aufgeworfenes, schlaffes Lippenprofil durch Mundatmung. Ebenso auffällig ist eine hypotone Gesichtsmuskulatur sowie ein hypotoner Gesamtkörpertonus. Die Kopfhaltung des Jungen ist retrudiert.



Abbildung 1: Der kleine Patient beim Erstbesuch

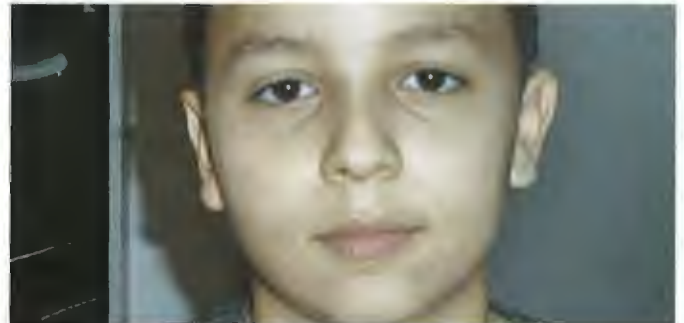


Abbildung 2: Nach einjähriger „Integrierter Myofunktionstherapie“ (IMT) mit 35 Sitzungen ist eine Gesamtkörpertonisierung gelungen. Der Junge hat eine aufrechte Kopfhaltung. Zudem konnte eine konstante Nasenatmung eingestellt werden.



Abbildung 3: Der kleine Patient hatte einen geöffneten Biss, hervorgerufen durch einen Lutschhabitus, eine unphysiologische Zungenlage sowie ein unphysiologisches Schluckbewegungsmuster.



Abbildung 4: Nach der einjährigen IMT ist keine KFO-Behandlung mehr nötig. Die Kräftigung des M. orbicularis oris garantiert einen stabilen Mundschluss. Außerdem wurde ein physiologisches Schluckbewegungsmuster eingestellt.

Fall 2: Dieser neunjährige Junge kam mit hohem, schmalem Gaumen, unphysiologischer Zungenruhelage und unphysiologischem Schluckbewegungsmuster zur Myofunktionstherapie in die Praxis.



Abbildung 5: Auffällig ist außerdem eine eingeschränkte skeletale Mittelgesichtsentwicklung.



Abbildung 6: Nach neunmonatiger IMT zeigte sich ein harmonisiertes Schädelwachstum im Mittelgesichts- und im Unterkieferbereich.



Abbildung 7: Ein Blick auf das Kopfprofil zeigt eine starke sagittale Stufe und somit eine Unterkieferrücklage.



Abbildung 8: Mithilfe der IMT wurden eine physiologische Zungenruhelage und ein physiologisches Schluckbewegungsmuster eingestellt. Des Weiteren war eine positive skeletale Schädelentwicklung durch Mittelgesichtsentwicklung und ventrale Unterkieferentwicklung erkennbar. Parallel fand eine kieferorthopädische Behandlung statt.

dann an den entsprechenden Therapeuten zu überweisen.

Eine Antwort auf diese Fragen sollen der entwickelte AuMyo-Check (siehe Kasten) und der dazugehörige Diagnosebogen geben. Beide richten sich gleichermaßen an

die Zahnmediziner und an die Therapeuten, damit der interdisziplinäre Gedanke fortgeführt und die „verzahnte“ Arbeit am Patienten auf qualitativ hohem Niveau Verbreitung findet. Mit diesem Test zur Beurteilung der Aussprache und zur Dia-

gnose von Muskeldysbalancen im Gesicht, vor allem der Zungen- und der Lippenmuskulatur, können Zahnmediziner innerhalb von zwei Minuten erkennen, ob die Durchführung des umfangreicheren Bogens nötig ist. Dieser kann dann auch von einer eingearbeiteten zahnmedizinischen Fachangestellten bearbeitet werden.

Was ist eine Myofunktionsstörung?

Gemäß des Deutschen Bundesverbands für Logopädie e.V. ist eine Myofunktionsstörung eine Störung der Muskulatur im Mund-Gesichts-Bereich. Eine sogenannte funktionelle orofaziale Störung betrifft die Bewegungs- und Koordinationsabläufe sowie das muskuläre Gleichgewicht aller am Schlucken beteiligten Strukturen. Ursächlich dafür ist häufig eine isolierte Fehlfunktion der Wangen-, Lippen- und Zungenmuskulatur.

Mögliche Folgen einer nicht behandelten Myofunktionsstörung können zum Beispiel eine unphysiologische Kau-, Beiß- und Schluckentwicklung sein. Daraus resultieren dann oft Zahn- und Kieferfehlstellungen.

Auch eine deutliche Aussprachstörung, die sich vorwiegend durch Zischlaute wie zum Beispiel „sch“ und „s“ äußert, kann aus einer Myofunktionsstörung resultieren. ■

Ablklärung in knapp zehn Minuten

Der Befundbogen beschäftigt sich mit der Diagnostik der Aussprache und des orofazialen Systems. Die Durchführung dauert acht bis zehn Minuten. Dieser zeitliche Aufwand scheint realisierbar, da die Fachdisziplinen der Zahnärzte, der Kieferorthopäden und der Kinderärzte täglich meist mehrere Dutzend Patienten sehen, beraten und behandeln.

Fall 3: Im Gesicht dieser 56-jährigen Patientin sind lymphathische Einlagerungen im orofazialen Bereich erkennbar.



Abbildung 9: Eine unphysiologische Zungenruhelage, unphysiologisches Schlucken und ein ausgeprägtes Diastema sind weitere Befunde.



Abbildung 10: Die Zunge lagerte in der massiven Frontzahn­lücke.



Abbildung 11: Die Patientin erhielt eine einjährige Intervallbehandlung nach IMT. Nach sechs Monaten erfolgte die Eingliederung von Invisalign-Schienen.



Abbildung 12: Nach viermonatiger IMT zeigen sich positive Ergebnisse wie etwa eine physiologische Zungenruhelage, die Einstellung des physiologischen Schluckbewegungsmusters, ein Abbau des Lymphstaus, eine Kräftigung des Musculus orbicularis oris und damit eine positive Lippenprofilveränderung.

Alle Fotos: K. Passon

Bei 80 Prozent aller auffälligen, behandlungsbedürftigen Patienten sind beide Bereiche (Aussprache und orofaziales System)

betroffen und die Störungen miteinander vergesellschaftet. Sind die primären Artikulationsorgane Zunge (Fall 3, Abbildungen 9

bis 12), Kiefer und Lippen (Fall 1, Abbildungen 1 bis 4) nicht im Gleichgewicht und von pathologischen Bewegungsmustern oder Hypotonien betroffen (Fall 2, Abbildungen 5 bis 8), kann die Aussprache von leichten Lautabweichungen bis hin zu schwersten Lautabweichungen und folglich auch von Ersetzungsprozessen geprägt sein, die zur schweren Sprachunverständlichkeit führen können. Die Diagnosestellung formuliert die Indikation für eine notwendige Verordnung.

Zahnärztliche Verordnung von Myofunktionstherapien

Die Kassenzahnärztliche Vereinigung Nordrhein beispielweise weist im Leitfaden zur Verordnung in der vertragsärztlichen Praxis darauf hin, dass ein Vertragszahnarzt, der sprachtherapeutische und physiotherapeutische Maßnahmen im Rahmen der Zahnheilkunde für indiziert hält, diese selbst zu verordnen hat und nicht anderen Fachdisziplinen zuweisen darf.

Die Verordnung von reinen Myofunktionstherapien hingegen ist laut Kassenzahnärztlicher Bundesvereinigung (KZBV)

nicht generell Bestandteil der vertragszahnärztlichen Versorgung, kann aber in Einzelfallentscheidungen von den gesetzlichen Krankenkassen (GKV) übernommen werden. Der Verordner sollte auf dem Kassenrezept und auf der Privatverordnung grundsätzlich folgende Angaben vermerken: die genaue Diagnose, die Anzahl der Sitzungen, und die Therapiedauer. Beispiel: „10 Sitzungen logopädische Therapie à 45 Minuten wegen Aussprachestörung und myofunktioneller Störung“.

Karla Passon
Bergische Landstr. 42
51375 Leverkusen
karla.passon@t-online.de

Die Autorin ist Diplom-Sprachheilpädagogin und Myofunktionstherapeutin und seit 19 Jahren in eigener Praxis in Leverkusen niedergelassen. Ihr Hauptschwerpunkt ist die Myofunktionstherapie, die sie in enger Zusammenarbeit mit Zahnärzten, Kieferorthopäden und Kinderärzten durchführt.