

# Neue Checklisten vereinfachen die interdisziplinäre Prophylaxe

Die Sprachheilpädagogin und Myofunktionstherapeutin Karla Passon (K.P.) ist vielen durch Materialveröffentlichungen wie z. B. ein linguistisches Förderprogramm, ein Kartenspiel zur Hördifferenzierung, ein Brettspiel bzw. Kartenspiel für die myofunktionelle Therapie sowie ein Mehrgenerationenbilderbuch für logopädische PatientInnen bekannt. Hier stellt sie im Gespräch mit Karen Ellger (ke) ihren therapeutischen Ansatz sowie eine aktuelle Neuerscheinung vor.

**ke** | Frau Passon, Sie leiten seit fast 20 Jahren zusammen mit einer Kollegin eine zertifizierte sprachtherapeutische Lehrpraxis in Leverkusen und arbeiten seither im Bereich der orofazialen Dysfunktionen und zwar mit dem von Ihnen entwickelten methodischen Ansatz der integrierten Myofunktionstherapie. Nun gibt es ja verschiedene Therapiekonzepte für dieses Störungsbild. Am geläufigsten ist sicherlich die MFT, die die Logopädin Anita Kittel aus den myofunktionellen Grundideen des amerikanischen Kieferorthopäden Daniel Garliner weiterentwickelte. Was unterscheidet Ihre Methode davon?

**K.P.** | Wir arbeiten sicherlich an der Verfolgung des gleichen Zieles, nämlich der dauerhaften physiologischen Einstellung orofazialer Systeme und damit deren Gesundung mithilfe unseres therapeutischen Know-hows. Und jeder Therapeut tut es auf seine eigene Art und Weise, die sich unter Umständen schon über Jahrzehnte aus der individuellen Entwicklung und Evaluation ergeben hat. Ich möchte gar keinen direkten Vergleich ziehen, sondern kann gerne sagen, welches in meinem Konzept die tragenden Säulen sind, die bei meinen Patienten und denen meiner Mitarbeiterinnen zu stabilen und sichtbaren positiven Veränderungen führen. Das ist zum einen die Arbeit über die aufklärende Beratung über den systemischen Ansatz, es kommen Elemente der Achtsamkeit und Wahrnehmung sowie der Autosuggestion zum Tragen. Von der ersten Sitzung an arbeite ich über Video- und Fotokontrastierungen und verwende sehr stark strukturierte indi-

viduelle Übungspläne, angepasst an das Leistungsvermögen des Patienten.

**ke** | Also dezidierte aufklärende Beratung, systemische Einbeziehung der Familienangehörigen bzw. des sozialen Umfeldes, Achtsamkeits- und Wahrnehmungsübungen bezüglich der Selbst- und Fremdeinschätzung des orofazialen Status, Foto- und Videokontrastierung zur Verdeutlichung bzw. Dokumentation des Ausgangszustandes und des Behandlungsverlaufes und auch als korrekatives Feedback, Autosuggestion und Elemente der Meditation zum Habitabbau und kontinuierliche Motivation sind die Eckpfeiler Ihres Behandlungskonzeptes, die das strukturierte Arbeiten an Muskeln, an der Zungenruhelage, am Schluckmuster und den Transfer über häusliche Übungspläne unterstützen. Das heißt, Ihr Ansatz beinhaltet mehrere methodische Bausteine. Das hört sich nach sehr intensivem, langem Übungsaufwand und eher nach Arbeit mit Erwachsenen an bzw. muss für die Arbeit mit Kindern sicherlich stark modifiziert werden?

**K.P.** | Vielleicht hört es sich in der Theorie so an. Aber dieses Konzept ist ebenso für Kinder ab vier Jahren geeignet wie für Jugendliche und Erwachsene. Bei Kindern und Jugendlichen binde ich die Eltern, Großeltern und auch Geschwister, sofern vorhanden, als eine Art Co-Therapeuten ein. Das hat zur Folge, dass zum einen die Übungen genauer durchgeführt werden, zum anderen wird den Angehörigen ein Stück Verantwortung für das zu erwartende Ergebnis und das avisierte therapeutische Ziel übertragen. Bei Er-

wachsenen habe ich öfter erlebt, dass Patienten selber auf die Idee kommen, ihren Lebenspartner mit Signalen zu betrauen, die sie erinnern, bestimmte therapeutische Inhalte im Alltag umzusetzen. Insgesamt strukturiere ich Übungspläne, deren Durchführungsdauer täglich zehn bis zwölf Minuten nicht überschreiten sollte. Alles andere wird in den Alltag des Patienten eingebaut. So ist der tägliche Aufwand durchaus zu überschauen.

**ke** | Vor einer individualisierten Therapie steht aber immer auch die genaue Diagnostik orofazialer Dysfunktionen. Diese ist leider bisher weder standardisiert noch evidenzbasiert. Sie setzen sich sehr dafür ein, dass okklusale Störungen, morphologische Strukturveränderungen möglichst früh von den unterschiedlichen Fachdisziplinen vom Kinderarzt, der HNO-Ärztin über den Zahnarzt bis hin zur Kieferorthopädin erkannt werden und die interdisziplinäre Zusammenarbeit vorangetrieben wird. Daher haben Sie jetzt ein neues Material konzipiert, sodass anhand strukturierter diagnostischer Parameter Instrumente zur Einordnung bestimmter Störungen und Anomalien in heilmittelrichtlinienkonforme Diagnosegruppen möglich werden.

**K.P.** | Seit längerer Zeit ist bekannt, dass es auch Heilmittelrichtlinien, kurz HMR, für Zahnmediziner geben soll. Da Zahnmediziner im Gegensatz zu den Kinderärzten noch nicht mit den HMR in Berührung gekommen sind, wird dieses vermutlich zunächst in der Zahnmedizinerschaft zu einer großen Verunsicherung bezüglich des Ordnungsverhaltens führen. Oft wissen Zahnärzte und Kieferorthopäden auch wirklich nicht, in welchem Umfang und bei welchen Störungsbildern sie verordnen dürfen oder nicht. Was mich dazu bewogen hat, dieses Diagnostikmaterial zu entwickeln, war die Tatsache, dass ich aufgrund einer Publikation in einer zahnmedizinischen Fachzeitschrift mit dem Ti-

tel „Logopädie in der Praxis“ bundesweite Anfragen erhielt, wie eine solche Störung denn zu erkennen sei. Zu diesem Thema hätte es im Studium keinerlei Seminare, Vorlesungen oder Literatur gegeben. Vor allem fehle es an einem diagnostischen Medium.

**ke** | *Erstaunlich! Das heißt also erst mal Einführung in die Thematik, Aufzeigen der Zusammenhänge?*

**K.P.** | Ja, daher habe ich jetzt dem eigentlichen diagnostischen Bogen eine AUMYO-CHECKLISTE vorangestellt. Diese erleichtert die Entscheidung, ob noch der Diagnosebogen zur Differenzialdiagnostik durchgeführt wird, oder ob darauf verzichtet werden kann.

**ke** | *Also sind es zwei Bestandteile. Ein Kurzscreening und dann ggfs. die eigentliche Funktionsdiagnostik?*

**K.P.** | Genau. Die Differenzialdiagnose findet mittels eines Befundbogens statt, der sehr einfach und schnell durchzuführen ist und an fachmedizinisches Personal delegiert werden kann. Nun gibt es viele Kolleginnen, die sich schon mit Diagnosebögen für die genannte medizinische Zielgruppe beschäftigt und dabei sehr vielfältige Parameter aufgenommen haben. Alles schön und gut, aber in den Arztpraxen, denen wir Befundbögen zum Einsatz empfehlen, werden zwischen 60 bis 80 Patienten pro Tag behandelt. Und auch die Helferinnen sind sehr ausgelastet. Also habe ich den Bogen gemäß diesem Wissen um die Begleitumstände so konstruiert, dass er heilmittelkonforme Parameter beinhaltet, nämlich die Sprache und Aussprache testet, orofaziale Bereiche wie die Bisslage und auch die Atmung und die Körperhaltung berücksichtigt.

**ke** | *Der Aumyocheck umfasst also eine Seite und der Befundbogen zwei Seiten?*

**K.P.** | Ja, nach fünf bis sieben Minuten Durchführung ist der Patient gut eingeschätzt, eine Verordnung und Überweisung zur Myofunktionstherapeutin kann aus Sicht des Verordners erfolgen. Der Zahnmediziner hat somit eine Befundung des Patienten sorgfältig durchgeführt und kann jeglicher Krankenkassenbefragung gelassen entgegensehen. Dass die AUMYO-CHECKLISTE auch von Kinderärzten angewandt werden sollte, hat einen anderen Hintergrund: Hier spielt

die Beurteilung der orofazialen Parameter eine große Rolle. Aus meiner Erfahrung heraus sind besonders Kinderärzte, die noch etwas jünger sind, stark daran interessiert, ihr Wissensspektrum in Sachen Diagnostik zu erweitern. Dass die myofunktionellen Variablen bisher noch nicht intensiv betrachtet wurden, wird öfter in persönlichen Gesprächen eingeräumt und auch hier und da bedauert. Insbesondere dann, wenn der Kinderarzt auf Patientenfotoverläufen sieht, was sich verändern kann, wenn therapeutisch frühzeitig interveniert wird, und welche langwierigen Behandlungen, z. B. kieferorthopädische Folgebehandlungen, abgemildert werden könnten. Der Gedanke des interdisziplinären Wirkens am Patienten ist ja nicht neu, er muss aber praktikabel sein. Ich möchte daher mit der AUMYO-CHECKLISTE vermehrt die Ärzteschaft ins Boot holen, wenn es darum geht, „myofunktionelle Störungen“ zu erkennen und ihnen den Stellenwert der Behandlungsbedürftigkeit zuzumessen.

**ke** | *Sie haben aber auch ein derartiges Manual extra für Logopädinnen, Sprachtherapeutinnen und Myofunktionstherapeutinnen entwickelt. Wodurch unterscheidet sich dieses von dem für die Ärzteschaft? Und woher leitet sich das „Au“ bei Aumyocheckliste ab?*

**K.P.** | Bei dem Diagnosebogen für Therapeuten gemäß der HMR zu den Störungsbildern mit dem Indikationsschlüssel SP1 und SP3 war es mir ein Anliegen, neben den orofazialen und psychosozialen Parametern die meist betroffenen Laute zusätzlich einschätzen zu können. Das AU steht für die Ausspracheüberprüfung, die in Form von Bildbenennungen zum einen und zum anderen in Form einer sprach-

lichen Reproduktionsaufgabe entwickelt wurde. Hierbei sollen der Mediziner und die Therapeutin beurteilen, ob die Aussprache undeutlich oder verwaschen ist, ob Laute ersetzt oder weggelassen werden, ob die Motorik der orofazialen Muskulatur, die an der Artikulation beteiligt ist, auffällig ist. Ferner ist es möglich, einzuschätzen, ob der Patient in der Lage ist, grammatikalisch angemessene Satzstrukturen zu bilden. Bei der Benennungssituation stellt der Patient oftmals eine kurze Rückfrage und soll auch möglichst im ganzen Satz antworten. Die Sätze, die es zu reproduzieren gilt, enthalten hochfrequent zu bildende Zischlaute und Dental-laute, beides Lautgruppen, die besonders unter der Artikulation leiden, wenn die orofaziale Störung ausgeprägt ist. Leider ist Medizinern dieser Zusammenhang, der oftmals auftritt, nicht offensichtlich.

**ke** | *Und was meinen Sie mit „psychosoziale Parameter“?*

**K.P.** | Nun, als künftig behandelnde Therapeutin möchte ich beispielsweise von Beginn an wissen, ob der Patient überhaupt eine Bereitschaft zur Therapie hat. Gibt es Ressentiments von den Angehörigen oder ihm selbst? Aus solchen Schlüssen kann ich therapeutische Übungen völlig anders anleiten oder diese gegebenenfalls auch zeitlich verschieben. Neben der Tatsache, dass dieser Diagnostikbogen für Therapeutinnen differenzierter ist, entfällt da auch das Screening. Also nur ein Befunderhebungsbogen von insgesamt drei Seiten. Ebenfalls kurz und knapp, gut praktikabel.

Über Karla Passon und ihre sprachtherapeutische Praxis erfahren Sie mehr unter z. B. [passon-kolb.de](http://passon-kolb.de).



Auf unserer Webseite <http://logos-fachzeitschrift.de/interner-bereich/downloads> finden unsere AbonentInnen als Muster zum Herunterladen die „**Aussprache-Myofunktions-Checkliste und Diagnosebogen für Zahnmediziner/Kinderärzte zur Äbklärung von Sprachstörungen und Myofunktionsstörungen**“ und den „**Diagnosebogen gemäß der HMR zu den Störungsbildern (SP1) und (SP3) zur Feststellung von Artikulations- und Myofunktionsstörungen durch die Logopädin, Sprachtherapeutin, Myofunktionstherapeutin**“, die über den ProLog-Shop zu beziehen sind.

Unser Dank gilt Karla Passon und dem Kölner ProLog-Verlag für die Bereitstellung.