

Zeig mir deine Zunge und ich sage dir, wie du gehst und stehst

«Schnullern», Sprechstörung, Zahnfehlstellung und Haltungsschwäche – Domänen des Multitasking*

Susanne Codoni

Der Mund – ein Tor zur Welt

Im Zentrum steht der Mund – ein Ort des spontanen persönlichen Ausdrucks. Als «Tor zur Welt», ein Ort des Gebens und Nehmens. Metaphern wie «grosse Töne spucken», «den Mund zu voll nehmen», «die Zähne zusammenbeissen» und «nicht auf den Mund gefallen sein», «kein Blatt vor den Mund nehmen», «Zähne zeigen» und «verbissen die Zunge herausstrecken», «Plappermäulchen», «alles schlucken», «das Wort bleibt im Halse stecken», «auf der Zunge zergehen lassen» oder «auf dem Zahnfleisch gehen» lassen den so Angesprochenen für den Moment stocken. Gemäss Welling (1) zeigt sich in diesen Ausdrucksformen, wie die «orofaziale Semantik» des Volkes den «Schauplatz Mund» mit den Erlebnisqualitäten des Menschen koordiniert: «Solche Metaphern bringen die Einheit von Physis und Psyche zum Ausdruck: organische und anatomische Gegebenheiten auf der einen, soziale und psychische auf der anderen Seite – immer gebunden an «mundmotorische» Bewegung als System, wovon der orofaziale Komplex ein Teil ist und der wiederum ein Teilsystem der Gesamtbewegung.»

Nach Hahn (2) ist «die Kenntnis über die normale Reifung der Mundfunktionen mit richtigem Saugen, physiologischem Schlucken, dem zeitgemässen Abbau früher Reflexe, dem Wachstum der Zähne, kräftigem Kauen und gesunder Nasen-

atmung» vorrangig für Diagnose und Therapie oraler Fehlfunktionen. Er geht von der Annahme aus, dass orofaziale Dysfunktionen meist nicht durch neurologische Schädigungen, sondern durch allgemeine Reifungsdefizite oder Entwicklungsrückstände ausgelöst werden. Dabei handle es sich eher um Fehlsteuerungen der Primärfunktionen oder des perioralen und intraoralen Muskelgleichgewichtes. Grabowski (3), die sich auf Fränkel bezieht, vertritt die Meinung, dass sich erst mit dem Auflösen der frühkindlichen Funktionseinheit Unterlippe-Unterkiefer-Zunge die Ringmuskelfunktion des M. orbicularis oris entwickeln kann.

Fachkreise sind sich einig, dass ursächliche Zusammenhänge zwischen der Form und den die oralen Strukturen umgebenden Weichteilen interdisziplinär analysiert werden müssen. Die komplexen Funktionen und differenzierten Leistungen fordern die entsprechenden Disziplinen in der wissenschaftlichen Forschung, in der Diagnose und Therapie heraus. Orale Fehlfunktionen (Abbildung 1) beeinflussen Sprechen, Atmung, Schlucken und Körperhaltung sowie den Zahnhalteapparat. Muskelinsuffizienzen im Gesichtsbereich zeigen Auswirkungen nicht nur auf die gesamte Körperstatik, sondern sekundär auch auf die Konzentration und das Lernverhalten. Nicht zuletzt können sie für die Betroffenen selbst zu einem ästhetischen Problem werden und die persönliche Befindlichkeit erheblich beeinträchtigen.

Überlegungen, durch eine Art gymnastischer Übungen die orofaziale Muskulatur zu normalisieren, wurden bereits von Rogers (3) zu Beginn des 20. Jahrhunderts angestellt.

Wer kennt nicht das alltägliche und vielfältige Erscheinungsbild

Kauen mit offenem Mund, schmatzen und schief auf dem Stuhl sitzen beim Essen, Daumen lutschen, lispeln, Schnuller und Nuckelflasche mit gesüstem Tee bis ins Kindergartenalter, «speichelndes Schnuller-Sprechen» und Lippen beis-

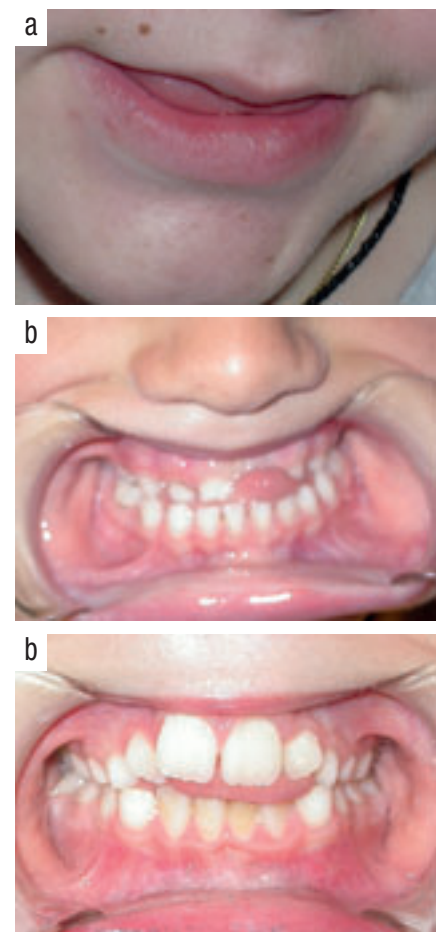


Abbildung 1: a) habituell basale Zungenlage, inkompetenter Lippenschluss
b) Zungenvorstoss beim Schlucken

*Dieser Artikel ist eine grundlegend umgearbeitete und aktualisierte Fassung der Publikation «Von Lispeln, Lutschzwergeren und dem aufrechten Gang», erschienen in päd.prax. 2004, 65: 15–24.

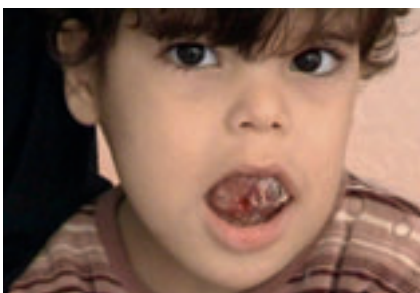
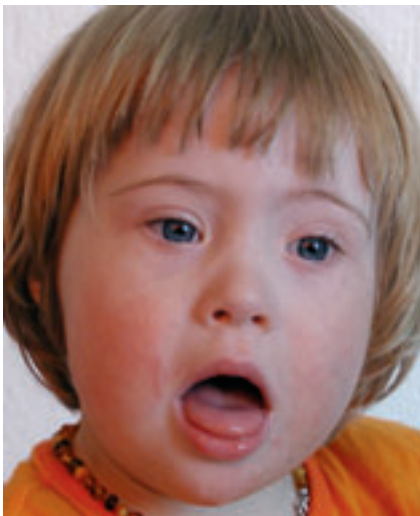


Abbildung 2: Mundoffenhaltung bei behinderten und «normalen» Menschen

sen. Eltern, Grosseltern, Tanten, Onkel und Fachleute können ein Lied davon singen. Die Geschichte von «Konrad» im Struwwelpeter, mit «dem Schneider mit der Scher» wurde zwar im letzten Jahrhundert geschrieben – das Problem ist heute jedoch aktueller denn je. Kinderärzte, Logopäden, Zahnärzte, Hals-Nasen-Ohren-Ärzte und Kieferorthopäden, Orthopäden kennen diese Kinder im Vorschul- und ersten Schulalter (Abbil-



Abbildung 3: Beziehungen und Wechselbeziehungen im stomatognathem System (nach Bigenzahn)

Abbildung 2). Was im frühen Kindesalter noch niedlich aussieht und drollig klingen mag, die Zahnücke zwischen den oberen und unteren Schneidezähnen mit der beim Sprechen vorschliessenden kleinen Zunge («Lispeln»), entpuppt sich später als behandlungsbedürftiger Fall mit Bezeichnungen wie Sprechstörung, Zahnfehlstellung, Zungenvorschub beim Schlucken, habituelle Mundoffenhaltung, Tonsillenhyperplasie und Ähnliches. Derartige Kinder atmen geräuschvoll durch den Mund, die Lippen sind etwas dicklich, spröde, gelegentlich tropft Speichel aus dem Mund, der Gesichtsausdruck wirkt seltsam schlaff, die Schultern hängen, der Gang ist instabil, oft ohne Abrollbewegung des Fusses. Diese Kinder wirken schwerfällig und antriebsarm. Sie sind oft erkältet und werden wegen ihres gesamten Erscheinungsbildes zu Unrecht als «schwer von Begriff und etwas doof» beurteilt.

Beobachtungen in der täglichen Praxis machen deutlich, dass bei der Mehrheit der sprechbehinderten Kinder orale Muskeldysfunktionen eine wesentliche Rolle spielen. Bei funktionell bedingten Artikulationsstörungen werden als Begleitsymptome beispielsweise unruhige Mitbewegungen des ganzen Körpers und eine Haltungsschwäche sichtbar. Viele dieser Kinder gehen auf den Zehenspitzen und zeigen selten ein korrektes Abrollen der Füsse und stabilen Fuss-Kon-

takt mit dem Boden. Grabowski/Stahl kommen in ihrer Rostocker Studie (2008, 4) an insgesamt 3041 Probanden im Kindergarten und in der Schule zum Schluss, dass «sich die offene Mundhaltung als Haltungsschwäche im Milchgebiss etabliert und sich zunehmend auf das Wechselgebiss überträgt». Statistische Erhebungen des Logopädischen Dienstes Basel-Stadt der Jahre 1991 bis 1994 bei 1736 Kindern im Vorschul- und Schulalter (5) belegen, dass 57 Prozent der wegen Sprach- beziehungsweise Sprechstörung angemeldeten Kinder zusätzlich andere Parameter wie zum Beispiel auffällige Bewegungsmuster, offene Mundhaltung, generelle Reifungsverzögerung, Auffälligkeiten hinsichtlich der Händigkeit aufweisen.

Lutsch- und Schnullerkinder mit schlaffen, inaktiven Muskeln weisen fast ausschliesslich ein falsches orales Schluckmuster auf. Diese und andere Gewohnheiten, wie extraorale Habits (z.B. Schlaftierchen-Saugen, Haare «essen», (Abbildung 4) sind zwar sehr hartnäckig, jedoch abzugrenzen von anderen abnormen und willkürlichen Bewegungen, die auf mentale oder psychogene Ursprünge oder auf Bewegungsphänomene epileptogener Genese zurückzuführen sind. Die Situation ist komplex, stressbesetzt und eine grosse Herausforderung für alle Beteiligten. Diagnostik auf interdisziplinärer Ebene



Abbildung 4a: Schlaf-tierchen-Habit



Abbildung 4b: Speichelnder Schnullersprecher

ist hier eine unabdingbare Voraussetzung. Erforderlich ist die fächerübergreifende Zusammenarbeit zwischen Pädiatrie, Logopädie, HNO/Phoniatrie, Kieferorthopädie, Orthopädie und Physiotherapie. Dies führt zu einem Gesamtbild und wirkt sich entscheidend auf das Einleiten geeigneter Massnahmen aus. W. Bigenzahn (2) zeigt anhand der Beziehungen und Wechselbeziehungen im stomatognathen System die Komplexität des Geschehens auf (Abbildung 3).

Primärfunktionen: Stillen – Saugen – «Schnullern»

Es gibt beeindruckende Fotos von Kindern, die im Bauch der Mutter bereits am Daumen lutschen. Solche Bilder lösen starke Gefühle aus. Das Kind kommt mit einem grossen Saugbedürfnis zur Welt und will diesen Trieb ausgiebig befriedigen – an der Brust der Mutter. Dass es auf diese Weise gleichzeitig diejenigen Muskeln trainiert, die zu korrekter Aussprache verhelfen, ist eine Begleiterscheinung, die späterhin zunehmend an Bedeutung gewinnt (Abbildung 5).

Durch das Stillen erhält das Kind nicht nur die bestmögliche Ernährung, sondern auch die notwendige Wärme und Zuwendung. Fachleute sind sich einig, dass Kinder, die etwa sechs Monate voll gestillt worden sind und dann mit Löffel und Trinktasse zugefüttert werden, in der Regel weder Schnuller noch Nuckelflasche benötigen. Für Mütter, bei denen

das Stillen einfach nicht klappen will, ist eine kompetente Beratung über geeignete Art und Weise der Flaschenernährung entscheidend. Es gibt sehr viele Kinder, die lange und intensiv genuckelt haben und deren Zähne und Sprechen unauffällig sind; bei jenen, wo Nuckeln und Lutschen bereits ihre Spuren hinterlassen haben, handelt es sich um Schandensbegrenzung.

Die Lippen sind in einem System von

Muskeln rund um den Mund eingebettet. Durch Schnuller oder den Daumen entsteht eine offene Mundhaltung, daher wird der runde Lippenmuskel wenig trainiert, er wird inaktiv und schlaff. Die Folge davon sind ein häufig bis ständig offener Mund, trockene und spröde Lippen oder aber erhöhter Speichelfluss mit ständig feuchten Lippen.

Die Bewegungen der Zunge beim Schlucken geschehen unbewusst automatisiert. Dabei sind sehr viele Nerven und Muskelsysteme beteiligt, das System ist also komplex und daher störanfällig. Allein für das Schlucken von Speichel bewegt sich die Zunge in einer automatisierten Schluckbewegungsarbeit durchschnittlich zweimal pro Minute. In der Literatur finden sich unterschiedliche Zahlen über den Druck, den die Zunge ausübt, man geht jedoch von etwa 1,5 kg aus. Im Normalfall drückt sich die Zunge mit ihrem «Transportgut» (Speisen, Getränke, Speichel) an den Gaumen, und die Schluckbewegung erfolgt von vorne nach hinten. Das infantile Schluckmuster wird in der Regel beim Durchbruch der Milchmolaren durch das somatische Schlucken abgelöst. Die Zunge rollt sich am Gaumen nach hinten oben ab. Dieser

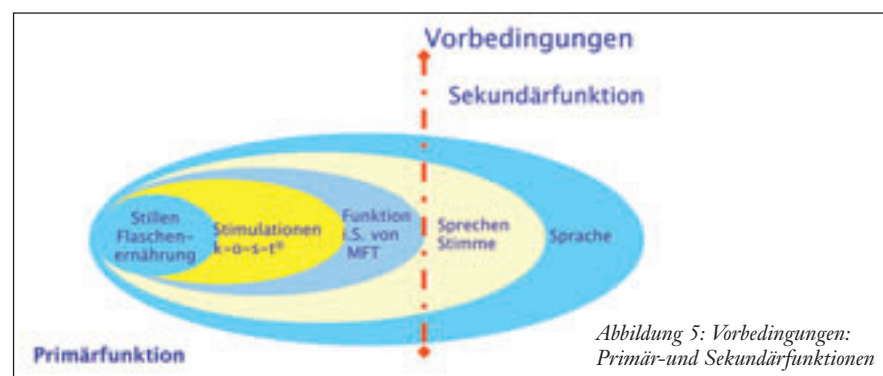


Abbildung 5: Vorbedingungen: Primär- und Sekundärfunktionen

Saugen – aber wie?

Beim Saugen an der Mutterbrust drückt die Zunge die Brustwarze gegen den Gaumen, und die Milch wird durch «Melkbewegungen» nach hinten in Richtung Rachen transportiert und dann geschluckt. Auch in Ruhephasen drückt die Zunge des Kindes an den Gaumen: durch «Melkdruck» während des Saugens und den «Ruhe-Druck» kann der Gaumen in die Breite wachsen. Das schafft Platz für die Zähne.

Beim Saugen an Schnullern und/oder Nuckelflaschen – mit vielfach vergrössertem Saugerloch – fliesst die Nahrung ohne grosse Melk- und Druckbewegung nach hinten: so entsteht eine unzureichende Zungenbewegung, die Verwendung eines Schnullers – der Ruhe wegen – drückt die Zunge nach unten: dem Gaumen fehlt der erforderliche Wachstumsreiz in die Breite. So entwickelt sich häufig ein hoher und schmaler Gaumen mit zu wenig Platz für die Zähne.



Abbildung 6: Primärfunktion-Sekundärfunktion; Form und Funktion bedingen sich gegenseitig

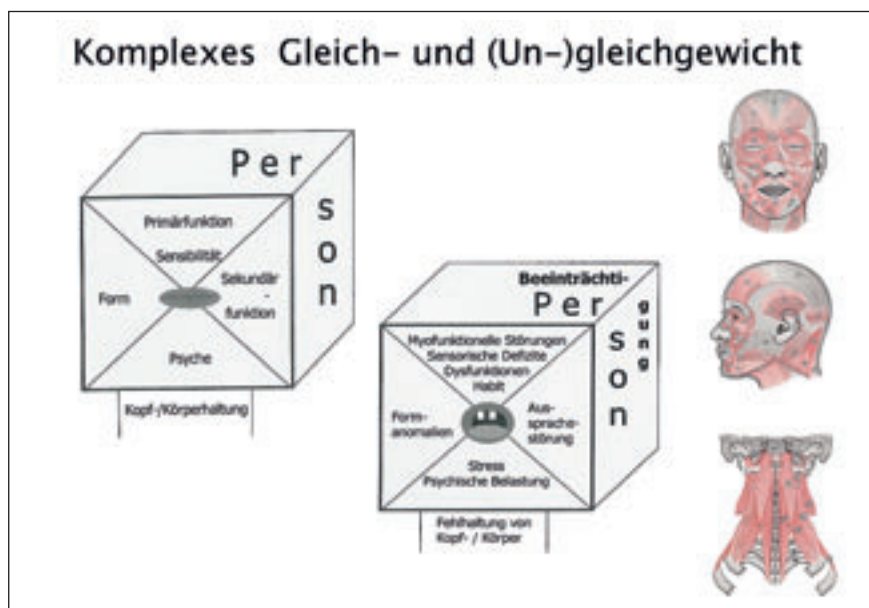


Abbildung 7: Gleichgewicht und (Un-)gleichgewicht im orofazialen System. Ein gestörtes Gleichgewicht im orofazialen System wirkt sich auf das gesamte Körpersystem aus. Voraussetzung: Zusammenspiel der Muskelketten im Kopf-Nacken-Bereich (Quelle: Gaumann/Sasse, Schattauer 2005; Bd 2, S. 450/451)

Prozess ist mit etwa vier Jahren abgeschlossen.

Voraussetzung für eine gesunde kindliche Entwicklung ist eine intakte physische und psychische Ausstattung. Dabei darf die Sprachentwicklung nicht isoliert betrachtet werden. Die einzelnen Entwicklungsbereiche stehen vielmehr in gegenseitiger Wechselwirkung; sie hemmen oder fördern sich gegenseitig. Sprache, Sprechen und Bewegung sind eine untrennbare Einheit. Sprechen hat viel mit Bewegung, mit sehr differenziert ablauf-

enden Bewegungen und Bewegungsmustern zu tun. Sensorische und motorische Mechanismen sind für die reibungslose Abfolge differenzierter Bewegungsabläufe wie Saugen, Beissen, Schlucken, Kauen, Bewegen als Primärfunktionen (Abbildung 6) und Sprechen als sekundär zu erlernende Funktion zuständig. Fachkreise betrachten und akzeptieren das orofaziale System inzwischen als funktionelle, sensomotorische Einheit. Das ursprünglich von J. Brodie entwickelte, durch Castillo-Morales und Brondo er-

weiterte und von Codoni modifizierte Modell stellt die Zusammenhänge zwischen Form und Funktion bezogen auf den ganzen Körper dar. Es verdeutlicht, dass beispielsweise Fehlstellungen der Zahnreihen oder des Beckens den ganzen Menschen in seiner Funktionstüchtigkeit beeinflussen können (6).

Sekundärfunktionen: Sprechen, Stimme, Sprache

Eine Sprach- oder Sprechstörung wird am ganzen Körper sichtbar (Abbildung 7). Dabei sind orofaziale Dysfunktionen bei der Entstehung veränderter, bei Sprach-, Sprech-, Stimm- und Schluckanomalitäten sowie bei unerwünschten okklusalen Verhältnissen häufig ein beitragender oder verursachender Faktor. Begleiterscheinung sind vielmehr – wie es R. Grabowski 2008 (4) formulierte – ausgeprägte Haltungsschwächen. Wenn Menschen im Becken- und Flankenbereich in sich zusammenfallen, kollabieren sie auch im oberen Körperbereich, und der Mund geht auf. Meist beugt sich der Kopf zurück; der Hals knickt ab, und dadurch verändert sich die Atlasposition (Abbildung 7). Die Folgen: Zungenbein und Zunge sinken ab, häufig besteht eine offene Mundhaltung, der Unterkiefer wird zurückverlagert, die Lautbildung ist beeinträchtigt.

Die Bewegung der Zunge verläuft entgegengesetzt, das heißt, sie presst beim Schlucken und Sprechen nach vorne und kann so Frontzähne verschieben oder drückt bilateral gegen die Backenzähne. Die Druckpunkte der Zunge beim Schlucken sind identisch mit denen der Lautbildung. So ist es nicht verwunderlich, wenn mit ebendieser Zunge verschiedene Laute, Lautverbindungen und Wörter der Gruppe /N/D/T/L/ interdental und insbesondere die Zischlaute /S/ SCH/Z/X/ fehlerhaft interdental (Lispeln) oder lateral/bilateral gesprochen, ersetzt oder ausgelassen werden.

Grabowski regte an, den Terminus «offene Mundhaltung» durch den präziseren Begriff einer «allgemeinen Haltungsschwäche» zu ersetzen, um damit klar zum Ausdruck zu bringen, dass eine orthopädische Diagnostik sowie eine entsprechende physiotherapeutische Be-



Abbildung 8

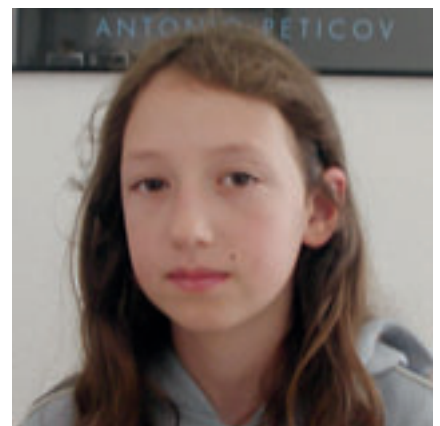


Abbildung 9: Fallbeispiel 1: Mädchen Kindergartenalter; Erstvorstellung: interdentaler Sigmatismus (Lispeln), Kreuzbiss, zarte, hypotone Gestalt, Sitzen «wie ein Sack auf dem Stuhl mit offenem Mund, viszerales Schluckmuster; Tonsillen und Adenoidhyperplasie. Therapie: zeitlich nacheinander gestaffelt: Korrektur Kreuzbiss, AD/TE, Face Former®, Ballovent®, funktionelle Therapie in enger Zusammenarbeit mit der berufstätigen Mutter, wenig Sprechübungen. Unten: 5 Jahre später orofaziales Gleichgewicht nach Therapie.

handlung unerlässlich sind, um dem Patienten effizient zu helfen. Im Weiteren kommt sie zum Schluss, «dass sich die offene Mundhaltung als Haltungsschwäche im Milchgebiss etabliert und zunehmend auf das Wechselgebiss übertragen wird».

Konsequenz: Myofunktion – bezogen auf den ganzen Körper – im Fokus

Die Grundlage logopädischer Diagnostik beruht auf dem Wissen um neurologische, biologische, physiologische Voraussetzungen sowie den Ablauf der sensorischen Entwicklungsfolge unter Berücksichtigung der psychosozialen Situation. Den individuellen Grundbedürfnissen des Kindes und des psychophysischen Zustandes Rechnung tragend, muss es beim leicht behinderten ebenso wie beim schwer beeinträchtigten Kind ein Ziel sein, als Basis einen möglichst ausgeglichenen Körpertonus herzustellen (Abbildung 8).

Bestehen deutliche Dysbalancen im Körpersystem, müssen zuerst diese harmonisiert werden. Dabei ist eine altersgerechte, ganzheitliche und sinnesspezifisch orientierte Frühbehandlung unter Berücksichtigung der noch kurzen Konzentrationsspanne der jungen Kinder gefordert. Nach dem Abstellen von Habits und erfolgter Körperaufrichtung kann eine funktionelle Therapie wie die MFT (Myofunktionelle Therapie) das Muskelgleichgewicht im orofazialen Bereich fördern und ein korrektes Schluckmuster

herstellen, sodass der unerwünschte Druck auf die Zähne entfällt. Damit wird die Basis für eine erfolgreiche zahnärztliche, kieferorthopädische oder logopädische Intervention gelegt. Durch Lippenchluss und Nasenatmung wird zudem die Infektanfälligkeit der oberen Luftwege reduziert. Zusammen mit Stimulationen, verstanden als den Körpertonus stimulierende Berührungen und eingebettet in die Sprach- und Sprechentwicklung, wird die myofunktionelle Therapie bereits im frühen Kindesalter zu einer wichtigen Förderungsmöglichkeit. Eine Vielzahl populär gewordener ganzheitlicher Therapiekonzepte stammt aus



Abbildung 10: Fallbeispiel 2: Junge, 11 J., Adipositas, seit 5 J. Sprachheilschule mit logopädischer Therapie, skelettal offener Biss und in Kfo-Behandlung, viszerales Schluckmuster; partielles Stammeln in der Spontansprache durch Schwäche der Zungenmitte Sigmatismus/Schetismus lat., G/D Verwechslungen, int. Zungenrubelage, erhöhter Speichelfluss, Haltungsschwäche. Therapie: primär Aufrichtung durch chiropraktische Behandlungen, Motivationsaufbau und dosierte Durchführung einer speziellen funktionellen Therapie mit Stärkung der Zungenmitte mittels Tens, Wangenmuskulatur mittels Novafon®, Ballovent®, FaceFormer®. Therap. Ergebnis: befriedigend, größtes Problem: Motivation von Mutter und Sohn wegen jahrelanger frustrierender Therapie

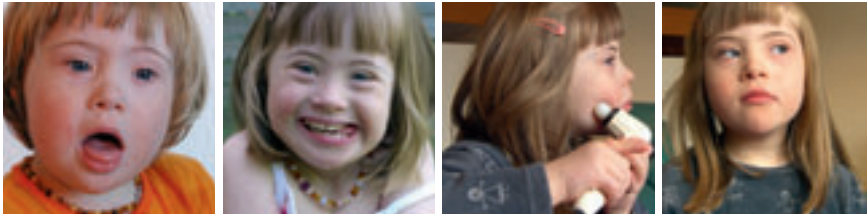


Abbildung 11: Fallbeispiel 3: Behandlungsverlauf Mädchen mit Trisomie 21, geb. 2002, Erstkontakt 2005 Auftrag: Mundschluss anfängl. regelmässig, ab 2006 in Intervallen: Therapie: Elternarbeit, -anleitung, Körperarbeit, Face Former®, Ballovent® (abgebrochen), Position Trainer®, Novaafon®, Foto 1-2004/2-2006, Foto 3/4 2008. Selbständiges Arbeiten mit Novaafon, beeindruckender Mundschluss nach Behandlung. Therapeutisches Ergebnis: orofaziales Gleichgewicht.

dem englischsprachigen Raum. Sie werden von schulmedizinischer und wissenschaftlich orientierter Seite teilweise in Frage gestellt, erweisen sich jedoch in der täglichen Praxis in vielen Fällen als motivierend, wohltuend und wirksam. Folgt man der Ansicht von A.T. Still, dem Begründer der Osteopathie, so ist davon auszugehen, dass der menschliche Organismus eine konstante Wechselwirkung mit seiner Umgebung entwickelt: Der gesamte Körper zeigt sich als funktionelle Einheit. Der Mensch, ein Organismus, dessen einzelne Teile sich alle gegenseitig beeinflussen. Wie bei einem Uhrwerk hat auch hier jedes Rädchen seine Aufgabe im Gesamtgefüge. Sprache und Bewegung sind untrennbar miteinander verbunden und mitverantwortlich für das korrekte Funktionieren der Sekundärfunktionen wie zum Beispiel Sprechen. Habits wie Daumenlutschen oder am Schnuller nuckeln und ähnliches bis ins Kindergartenalter sind in vielen Fällen (Mit-)Verursacher von Artikulationsstörungen und/oder Dysgnathien (Abbildung 8). Fehlstellungen der Zahnreihen oder des Beckens wiederum können den Menschen in seiner gesamten Funktionstüchtigkeit beeinflussen. Sprechstörungen (als Sekundärfunktion) erweisen sich häufig als die Spitze des Eisbergs einer komplexen Problematik. Orofaziale Dysfunktionen, Sprechstörungen – beispielsweise Lispeln mit seinen vielfältigen Erscheinungsbildern –, Infekte der oberen Luftwege, Zahnfehlstellungen und HNO-Probleme betreffen mehr als 65 Prozent der ambulanten logopädischen Kinderklientel (Abbildung 9).

Nach Vojta sind Muskelfunktionen ohne Stützapparat nicht möglich, andererseits hängen Skelett, Bandapparat und Bindegewebe in ihrer Entwicklung und Gesund-

erhaltung in hohem Masse von ihnen ab. Bewusst oder unbewusst bestimmen solche Zusammenhänge auch das individuelle subjektive Erleben. Citron äussert sich dazu wie folgt: «Unser Körper ist in seiner Ganzheit der Ort der Befindlichkeit, Gestimmtheit, Gebärden und Gedanken. Er ist der Mittelpunkt unseres subjektiven Erlebens und Orientierungspunkt unserer Wahrnehmung» (...) «Unsere körperliche Geschichte nimmt Einfluss auf unsere Wahlmöglichkeiten, auf das, wonach wir suchen, welche Erfahrungen uns berühren (...) sie wirkt beständig auf die physiologischen und chemischen Prozesse unseres Organismus» (7). Davon sind auch Sprach- und Sprechfunktionen nicht ausgenommen.

Multitasking als möglicher Ausweg aus der Sackgasse – das Kombipaket

Ziel der Behandlungsmassnahmen ist die Reorganisation der Myofunktionen, bezogen auf den gesamten Körper, die dem Patienten neue Funktions- und Bewegungsmuster ermöglichen, damit die etablierten «unreifen» Muster, die der Patient gespeichert hat, überschrieben werden können. Bei jeder motorischen Leistungsanforderung werden diese «unreifen» Muster auch im orofazialen Bereich aktiv, denn neuronale Netzwerke haben eine Mustererkennung (8).

Zur Behandlung eignet sich die körperorientierte Sprachtherapie k-o-s-t® in Verbindung mit dem 5-Phasenmodell der myofunktionellen Therapie nach Hörstel (Abbildung 12). Die körperorientierte Sprachtherapie (k-o-s-t®) ist eine eigenständige körperintegrierende Basistherapie, die auf neurologischen, biologischen und physiologischen Grundlagen beruht

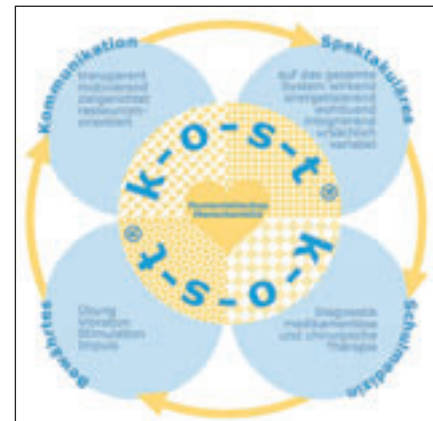


Abbildung 12: Logo von k-o-s-t®

und den individuellen psychomotorischen Entwicklungsstand des Kindes berücksichtigt. Sie steht für multidisziplinäres Erfassen und interdisziplinäre Vorgehensweise. Im Zentrum steht dabei die umfassende, ganzheitliche schulmedizinisch geprägte Diagnostik. Die interdisziplinäre Zusammenarbeit führt zu einem Gesamtbild und einem darauf aufbauenden individuellen Behandlungskonzept mit Elementen aus Konzepten der (anerkannten) Komplementärmedizin. Die Beschränkung auf Fächergrenzen ist aufgehoben, und komplementärmedizinische Konzepte werden ausdrücklich in den Aufbauplan einbezogen (Abbildung 10). Für das tägliche «Training» zuhause stehen eine Reihe medizinischer Hilfsmittel zur Verfügung, die nach genauer fachlicher Anleitung eingesetzt werden und sich hervorragend als Ergänzung zu den k-o-s-t®-Stimulationen eignen.



Abbildung 13: Ein möglicher Weg aus der Sackgasse – bin zu konsequentem Aufbau mit Multitasking, Aufbau der Ausbildung in Modulen



Abbildung 14: Fallbeispiel 4: Mädchen mit Zungenhäangiom; Therapiebeginn 2 Wochen nach OP (2005). Medizinischer Auftrag: Mundschluss und Zungenbewegung, um Druck vom Zahnbaltepparat zu nehmen. 2006: Insgesamt 14 Behandlungen plus kontinuierliches tägliches Üben zuhause. 2008: Kontrolle nach einem Jahr ohne Therapie, mit weiterem Üben zuhause unter Einbezug der ganzen Familie. Hilfsmittel Face former®, Ballovent®, Novafon®, Gesichtsstimulationen, Anwendung k-o-s-t.



14.6.2005

18.8.2006

4.6.2008

Tragende Säule dieser Behandlungsmassnahme bilden die präzise Patientenbeobachtung, das Erfassen aller den Patienten beeinträchtigenden Faktoren und eine ständige Kommunikation der multidisziplinär arbeitenden Ärzte und Therapeuten. Jede Veränderung des Patienten führt zu Änderungen des individuellen Behandlungsplanes. So entsteht ein komplexes interdisziplinäres Netz. Ebenso verändern sich die Rolle des Therapeuten und diejenige der Eltern: der Therapeut wird zum Moderator des Behandlungsprozesses, gleichsam fachlicher Begleiter auf Zeit zu einem definierten Ziel. Die Eltern übernehmen im Rahmen ihrer Möglichkeiten aktiv den täglichen Part zuhause. Die neu geschaffenen Synergien verhelfen dem Patienten zu einer effektiven ressourcenorientierten Therapie, seinen Angehörigen zu einer umfassenden Kenntnis des Störungsbildes und

damit zu einer sinnvollen Unterstützung der Behandlung und den Ärzten und Therapeuten zu einer zielorientierten Behandlungsökonomie. Dieses neue Rollenbild führt zu einer partnerschaftlichen und respektvollen Zusammenarbeit. Zielgerichtete Interventionen orientieren sich inhaltlich sowohl an den Ressourcen als auch an den Defiziten des Patienten. Koordinator ist die Logopädie. Der Patient steht im Mittelpunkt eines Behandlungsprozesses, in dem unterschiedliche Fachrichtungen multidisziplinär auf ein gemeinsames Ziel hin arbeiten.

Auf diese Weise wird ein Paradigmawechsel vollzogen, den Reinhard Sprenger in seinem Buch «Mythos Motivation – Wege aus der Sackgasse» (9) folgendermassen beschreibt: «Wer zu neuen Ufern will, muss zunächst aus dem altvertrauten Milieu, dem Spiegelkabinett der Motivierung gedanklich ausbrechen. Denn hier

«Je grösser dein Verständnis der menschlichen Natur, der biologischen Prozesse, der Geschichte individuellen Lebens, je grösser deine Kenntnis deiner eigenen Reaktionen, deines eigenen Potentials, desto besser wirst du arbeiten und desto besser wirst du leben» (Milton Erickson, 2)

verstellen uns unsere eigenen Systeme auf Schritt und Tritt den Weg.»

Das 5-Phasen-Modell der myofunktionellen Therapie baut auf der «k-o-s-t» Arbeit auf (Abbildung 13). Es ist ein sehr strukturiertes, systematisches Konzept, das die Wünsche nach einer ganzheitlichen, individuellen und klientenzentrierten Vorgehensweise und einem rückfallfreien Therapieabschluss erfüllt. Es enthält unter anderem verhaltenstherapeutisch orientierte Programme zum Abbau extraoraler Habits, therapeutische Massnahmen zum Abbau oraler und intraoraler Habits, Arbeitsblätter zur Durchführung der Übungen und baut medizinische Hilfsmittel (z.B. BalloVent®-System, Position Trainer, Face Former®) mit ein.

Die Verbindung dieser beiden Therapie-systeme in Kombination mit medizinischen Hilfsmitteln sowie unter Einbezug und Kooperation des häuslichen Umfeldes verkürzen sowohl die tägliche «Übungszeit» als auch die Gesamtdauer der Therapie erheblich. Damit wird die ursprünglich langdauernde und ständig durch Motivationseinbruch gefährdete MFT auf eine neue Basis gestellt und so zu einem neuzeitlichen, ökonomischen und effizienten Behandlungskonzept. Dieses Konzept ist seit mehreren Jahren auch integrierter Bestandteil der Behandlungen am interdisziplinären Spaltzentrum im Universitätsspital Basel. Logopädie im Wandel – eine Herausforderung angesichts der heutigen Wirtschaftslage mit dem notwendigen Trend zu mehr Ökonomie, Effizienz und Kostensenkung.

Schlussfolgerung

«Hin zu neuen Ufern – ökonomisch-effiziente Therapiekonzepte sind notwendig»

Die nach der logopädischen Ausbildung verfügbaren Konzepte reichen bei der heutigen Anforderungsrealität der Praxen

vielfach nicht aus, um in nützlicher Frist befriedigende rezidivfreie Therapieergebnisse zu erzielen. Dies betrifft auch die myofunktionelle Therapie im Sinne einer Übungstherapie im orofazialen Bereich mit adjuvanten motorischen Übungen. Die erhoffte Automatisierung stellt sich nicht ein. Das therapeutische Ergebnis ist in der Mehrzahl der Fälle unbefriedigend, das medizinische Feedback als Qualitätskontrolle fehlt. Offene Mundhaltung mit basaler Zungenlage, falsche Schluckmuster, vergesellschaftet mit Sprechstörungen wie «Lispeln», multiple Interdentalitäten und anderes mehr, sind erste sichtbare Zeichen einer myofunktionellen Störung. Gleichzeitig kommt es zu begleitenden Zahnfehlstellungen wie zum Beispiel offener Biss, Kreuzbiss sowohl im Milchzahn- wie im Wechselgebiss, die eine Kooperation mit dem Kieferorthopäden oder Hauszahnarzt erfordern. Fehlende Nasenatmung, gehäufte Infektanfälligkeit der oberen Atemwege führen zur Schwächung des Abwehrsystems – hier entsteht eine weitere Brücke zur nächsten Fachdisziplin. Ein Mundschluss ist zwar über kompensative Muster erreichbar, allerdings mit Konsequenzen auf die gesamte Körperspannung – doch wo bleibt die Automatisierung? Es macht wenig Sinn, sich prioritär auf die Erarbeitung neuer Laute und Lautverbindungen zu konzentrieren, wenn nicht sichergestellt ist, dass die Funktion eine Automatisierung überhaupt zulässt. Das beschriebene Erscheinungsbild ist eines der häufigsten im logopädischen Alltag und gehört zu jenen, die sich durch lang dauernde und für alle Betei-

ligten vielfach demotivierende und wenig befriedigende Therapieergebnisse auszeichnen.

Als Resultat ihrer Studie hat die Kieferorthopädin R. Grabowski (4) festgestellt, dass myofunktionelle Störungen mit einer Haltungsschwäche einhergehen, die immer ein funktionelles Problem darstelle. Es reiche daher nicht aus, nur an den Symptomen zu «regulieren». Das gleiche gilt auch für den logopädischen Aspekt. Die Reorganisation der Myofunktionen, bezogen auf den gesamten Körper, besteht darin, dem Patienten überhaupt neue Muster zu ermöglichen. Der Patient speichert diese Muster. Bei jeder motorischen Leistungsanforderung, also auch im orofazialen Bereich, werden sie aktiv, denn neuronale Netzwerke haben eine Mustererkennung. Diese gezielt vorgeschalteten körperlichen Stimuli schaffen die Basis und so für den orofazialen Bereich optimale Voraussetzungen für die nachfolgende logopädisch-funktionelle Arbeit.

Die konsequente Zusammenarbeit mit interdisziplinär tätigen Therapeuten sowie die Kooperation mit den Eltern sind unerlässlich. Darüber hinaus unterstützen das intermittierende «Zuschalten» anderer Fachdisziplinen sowie das Hinterfragen der Effektivität und Ökonomie der aktuellen Massnahme die Qualitätssicherung, Motivation und Wirksamkeit der Therapie. Die positiven Wechselwirkungen von Interdisziplinarität und körperorientierter Basis-Arbeit der Logopädin mit kooperierenden Patienten und ihrem Umfeld führen in einer aktiven und zielorientierten Beglei-



tung zu einem befriedigenden Ergebnis. Die Behandlung von Sprechstörungen erfordert in einer Vielzahl von Fällen dieses Multitasking. Die Behandlung funktionell bedingter Sprechstörungen beginnt also bei den Füßen. ◉

Susanne Codoni
Interdisziplinäres Zentrum für Lippen-Kiefer-Gaumenspalten, kraniofaziale Fehlbildungen und verwandte Krankheitsbilder
Universitätsklinik für Wiederherstellende Chirurgie
Abteilung für Kiefer- und Gesichtschirurgie
Universitätskliniken Basel, Spitalstrasse 21, Basel

Korrespondenzadresse:

Praxis für Logopädie
Langmattweg 1
4123 Allschwil
Internet: www.scodoni.ch

Literatur und Quellenangaben bei der Autorin erhältlich