

# Myofunktionelle Übungen/Myofunktionelle Therapie

Quelle: DZZ 1988

Fehlfunktionen der orofazialen Muskulatur (wie z. B. Zungenpressen, Lippenbeißen, Wangensaugen etc.) können Zahnstellungsanomalien, Okklusionsstörungen, Dysgnathien und Parodontopathien auslösen oder als ursächliche Kofaktoren erschweren. Die ungestörte Muskelfunktion bzw. deren Normalisierung ist daher für die regelrechte Gebißentwicklung von großer Bedeutung. Andererseits können morphologische Abweichungen im Gebißsystem zu Störungen der Muskelfunktion führen, die sich durch Korrektur der Fehlstellungen beheben lassen, sofern nicht andere negative Einflüsse (z.B. Lutschen, erschwerte Nasenatmung durch Adenoide etc.) vorliegen. Form und Funktion stehen demnach in enger wechselseitiger Abhängigkeit.

Zur Behebung von Fehlfunktionen der orofazialen Muskulatur bei Kindern stehen zwei Methoden zur Verfügung:

- apparative Maßnahmen, d.h. die eigentliche kieferorthopädische Behandlung, welche sowohl morphologische wie auch funktionelle Abweichungen korrigieren kann, und
- myofunktionelle Übungen, die primär die Muskelfunktion normalisieren sollen, jedoch über eine Veränderung des Funktionsmusters auch in der Lage sein können, dysgnathe Entwicklungen zu beeinflussen.

Im letztgenannten Gebiet, den myofunktionellen Übungen, überlagern sich teilweise die Arbeitsbereiche von Logopäden und Kieferorthopäden, da muskuläre Fehlfunktionen - insbesondere der Zungenmuskulatur - negative Auswirkungen sowohl auf das Sprach-Lautbild als auch auf die Gebißmorphologie haben können.

Überlegungen, durch eine Art gymnastischer Übungen die orofaziale Muskulatur zu trainieren und zu stärken, wurden bereits zu Beginn unseres Jahrhunderts angestellt. So wies Rogers (16, 17, 18) auf die Möglichkeit der Unterstützung kieferorthopädischer Bemühungen durch Muskelübungen hin. Auch viele Vertreter der Funktionskieferorthopädie (Andresen und Häupl (1), Balters (2), Fränkel (8, 9, 10) u.a.) hoben die Bedeutung begleitender myofunktioneller Übungen im Rahmen der kieferorthopädischen Therapie hervor. Strittig war und ist jedoch, inwieweit myofunktionelle Übungen allein ohne apparative kieferorthopädische Behandlung - in der Lage sind, dysgnathe Zustände zu korrigieren. Umstritten ist auch das Primat der aktiven Erziehung der oralen Funktion, d.h. der Notwendigkeit, beim Vorliegen von Malokklusionen zuerst das orale Funktionsmuster zu normalisieren in der Hoffnung auf eine korrekte Gebißentwicklung ohne den Einsatz kieferorthopädischer Geräte.

Erfahrungen mit myofunktionellen Übungen wurden in Europa vorzugsweise in Publikationen aus Polen, der ehemaligen DDR, der früheren Sowjetunion und anderen osteuropäischen Ländern mitgeteilt (4, 13, 22). Diesen Arbeiten ist zu entnehmen, daß für die planmäßige Durchführung einer Umerziehung der orofazialen Muskulatur nicht nur eine kontinuierliche Überwachung der Kinder erforderlich ist (was z. B. in Kindergärten möglich wäre), sondern auch eine ausreichende Anzahl geschulter Fachkräfte. Die Kritik an der Effizienz dieser Maßnahmen setzt daher häufig an dem unausgewogenen Verhältnis zwischen dem großen personellen und zeitlichen Aufwand und dem im Vergleich zur apparativen kieferorthopädischen (Früh-)Behandlung unsichereren Effekte an (4, 15). Die sowohl in osteuropäischen Ländern als auch von amerikanischen Orthodonten publizierten

Untersuchungsergebnisse lassen zusammenfassend den Schluß zu, daß myofunktionelle Übungen als alleinige Behandlungsmaßnahme in ihrer Indikation weitgehend zu begrenzen und in ihren Erfolgsaussichten sehr skeptisch zu beurteilen sind (14, 21, 22). Als Maßnahme zur Unterstützung der apparativen kieferorthopädischen Therapie werden myofunktionelle Übungen hingegen überwiegend als brauchbar angesehen. Auch die in jüngster Zeit publizierten Berichte über die erfolgreiche Korrektur gravierender Zungenfunktionsstörungen bei Kleinkindern mit Morbus Down (5, 6, 12) sprechen für die Wirksamkeit gezielt eingesetzter Myotherapie.

Generell positive Wertungen und Berichte über eine erfolgreiche Durchführung myofunktionaler Behandlungen kommen hauptsächlich aus dem Lager der Sprach- bzw. Myotherapeuten (3, 11 u. a.); jedoch handelt es sich zumeist um kasuistische Beiträge, die den wissenschaftlichen Nachweis zuverlässiger Wirksamkeit auf breiter Basis nicht erbringen konnten.

Die Diskussion um den Stellenwert myofunktionaler Übungen wurde in den vergangenen Jahren insbesondere durch den Ausbau, die Systematisierung und die Indikationsausweitung in Richtung auf eine eigenständige Therapieform, wie sie vor allem von Garliner und seinen Anhängern propagiert wird, neu entfacht und verschärft.

Zur Durchführung dieser eigenständigen, systematisierten myofunktionellen Therapie (MFT) wurden jedoch bereits vor Garliner (z.B. von Straub (20), Barrett (3) u.a.) Programme beschrieben, welche aus aufeinander aufbauenden und sich im Schwierigkeitsgrad steigenden Übungsschritten bestehen.

Als günstigsten Zeitpunkt für eine erfolgversprechende Durchführung dieser Maßnahmen nennt Barrett (3) das Alter vom 8. Lebensjahr an, während Garliner (11) Erfolge auch noch bei der Anwendung im Erwachsenenalter für möglich hält.

Bereits 1982 wurde in einem kurzen Statement der DGZMK (7) darauf hingewiesen, daß die Indikationsausweitung, welche Garliner und die Anhänger seiner Methode dieser Form der myofunktionellen Therapie zusprechen, nicht unwidersprochen bleiben könne. Zur allgemeinen wissenschaftlichen Anerkennung fehlen noch notwendige Kriterien der Beweisführung und der Reproduzierbarkeit durch andere Wissenschaftler sowie ein allgemein akzeptierter Indikationskatalog. Zu einer endgültigen Stellungnahme über den Stellenwert dieser Therapie bedürfte es weiterer wissenschaftlicher Erkenntnisse. Diese Einschätzung hat auch heute noch vollinhaltlich Geltung.

Die "explosionsartige Verbreitung" der MFT in Europa durch Garliner und seine Anhänger veranlaßte 1987 die Vorsteher der Abteilungen für Kieferorthopädie an den Universitäten der Schweiz zu einer sehr kritischen Stellungnahme (19), in welcher sie den Stellenwert und die Wirksamkeit dieser zeitlich und finanziell belastenden Maßnahme in Frage stellten. Die therapeutische Programmstruktur von Garliner wurde angesichts der fehlenden wissenschaftlichen Basis auch von dieser kompetenten Seite als untauglich angesehen, "sich in der propagierten Form als therapeutisch zuverlässige Komponente in der Kieferorthopädie zu qualifizieren". Die zahnärztlichen Kollegen in der Schweiz wurden vor einem fragwürdigen Verfahren gewarnt, damit nicht Kinder nutzlosen oder wenig erfolgversprechenden Therapieformen unterworfen würden.

Bis zur Vorlage neuer wissenschaftlicher Erkenntnisse und eindeutiger Beweise sieht auch die DGZMK keine Veranlassung, ihre bereits 1982 geäußerte kritische Einstellung zum

Programm der MFT nach Garliner zu revidieren.  
P. Schopf, Frankfurt

## Literatur

1. Andresen, V., Häupl, K., Petrik, L.: Funktionskieferorthopädie, 6. Aufl., Barth, München 1957
2. Balters, W.: Ergebnisse gesteuerter Selbstheilung von kieferorthopädischen Anomalien. Dtsch. Zahnärztl. Z., 15, 241-248 (1960)
3. Barrett, R. H., Hanson, M. L.: Oral Myofunctional Disorders, C. V. Mosby, St. Louis 1974
4. Bredy, E.: Einige kritische Bemerkungen zur Myotherapie. Dtsch. Stomat, 10, 734-741 (1960)
5. Castillo-Morales, R., Crotti, E., Avalle, C., Lnnbrock, G.: Orofaziale Regulation beim Down-Syndrom durch Gaumenplatte. Sozialpädiatrie 4, 10-17 (1982)
6. Chapmann, E., Fischer-Brandies, H., Stahl, A.: Vorläufige Ergebnisse der funktionellen Frühbehandlung zur Verbesserung der Kiefer-Gesichts-Beziehungen bei Kleinkindern mit Morbus Down. Fortschr. Kieferorthop. 44, 452-456 (1983)
7. DGZMK - Stellungnahme: Myofunktionelle Therapie nach Professor Garliner. Mitteilungen der DGZMK Nr. 2/ 82 und Zahnärztl. Mitt. 73, 621 (1983)
8. Fränkel, R.: Der Funktionsregler und das Prinzip der Enthemmung. Fortschr. Kieferorthop. 23, 440-456 (1963)
9. Fränkel, R.: Die Bedeutung der Weichteile für die Induktion und Formorientierung des Kieferwachstums unter Zugrundelegung der Behandlungsergebnisse mit Funktionsreglern. Fortschr. Kieferorthop. 25, 413-432 (1965)
10. Fränkel, R.: Funktionskieferorthopädie und der Mundvorhof als apparative Basis. Volk und Gesundheit, Berlin (DDR) 1967
11. Garliner, D.: Myofunctional Therapy in Dental Practice. 2. Ed., Bartel Dental Book Co., Brooklyn (NY) 1974
12. Hoyer, H.: Mongolismus und Kieferorthopädie: Frühe Behandlung ist oft erfolgreich. Zahnärztl. Mitt. 76, 1993-1997 (1986)
13. Jaruszelska-Labiszewska, L.: Die kieferorthopädische Fürsorge in Säuglingskrippen und Vorschulen in Volkspolen. Dtsch. Stomat 9, 309-316 (1959)
14. Proffit, W. R., Masott, R. M.: Myofunctional therapy for tongue thrusting: background and recommendations. J. Am. Dent. Ass. 90, 403-411 (1975)
15. Reichenbach, E.: Kinder-Zahnheilkunde im Vorschulalter. Barth, Leipzig 1967
16. Rogers, A. P.: Exercises for the development of the muscles of the face, with a view to increasing their functional activity. Dent. Cosmos 60, 857-876 (1918)
17. Rogers, A. P.: Muscle training and its relation to orthodontia. Int. J. Orthodont 4, 555 (1918)
18. Rogers, A. P.: Making facial muscles our allies treatment and retention. Dent. Cosmos 64, 711-730 (1922)
19. Stöckli, P. W.: Myofunktionelle Therapie. Schweiz. Mschr. Zahnmed. 97, 671 (1987)
20. Straub, W. J.: Malfunction of the tongue. Am. J. Orthodont. 46, 404-424, (1960), 47596-617, (1961), 48 486-503 (1962)
21. Subtelny, J. D.: Oral habits - studies in form, function and therapy. Angle Orthodont 43, 347-383 (1973)
22. Taatz, H.: Kieferorthopädische Prophylaxe und Frühbehandlung. Hanser, München-Wien 1976