



Der Lällekönig,
Wahrzeichen der Stadt Basel.

Im Brennpunkt dieses Artikels stehen Geschichte und Wandel der Myofunktionalen Therapie über die letzten Jahrzehnte, die Anwendungsbereiche, sowie exemplarisch einige Konzepte und Wegbereiter mit ihren Beiträgen. Dabei erhebt die Aufzählung nicht den Anspruch auf Vollständigkeit. Als geschichtliche Grundlage dient die Diplomarbeit „Geschichte und Wandel der „Myofunctional Therapy“ (11) von Mathys und Suter. Die Diplomarbeit von Baschnagel „Myofunktionelle Therapie: Ausgewählte Therapiekonzepte und therapeutische Hilfsmittel - Bestandesaufnahme und Relevanz in der Deutschschweizer Praxis“ (1) wird für praxisrelevante Informationen beigezogen.

„Myofunctional Therapy“ ist eine der ältesten und bekanntesten Bezeichnungen für die Therapie orofazialer Dysfunktionen. Das Auftreten von statischen und dynamischen Dysbalancen und Dystonien im Bereich der orofazialen Muskulatur beschäftigt seit Jahrzehnten in regelmäßig wiederkehrenden Interessensphasen die verschiedensten Disziplinen. Seit gut einem Jahrhundert wird sie vorwiegend in der Kieferorthopädie und Logopädie thematisiert. Zahnärzte, Kieferorthopäden und Mund-, Kiefer-, Gesichtschirurgen

nehmen dabei eine Schlüsselfunktion ein. Erkenntnisse über den Einfluss von orofazialen Dyskinesien auf die Entstehung und den Ausprägungsgrad von Dysgnathien werden immer wieder thematisiert. Allerdings scheinen diese Erkenntnisse nur wenig Einfluss auf gesundheitspolitische Weichenstellungen im Rahmen von kieferorthopädischen Präventionskonzepten, der Behandlung beim Erwachsenen und der Planung und Versorgung durch Zahnprothetik zu haben. Im Gegensatz zu kariesspräventiven Prophylaxe spielt die kieferorthopädische Frühbehandlung wie auch die myofunktionelle Therapie noch immer eine untergeordnete und kontrovers diskutierte Rolle in der Zahnmedizin (4).

Myofunktionelle Therapie war in den Anfängen in Deutschland und in der Schweiz die Domäne einer kleinen Gruppe von Kieferorthopäden und Zahnärzten, die sich um Garliner gruppierten. Einer breiteren Öffentlichkeit wurde sie schließlich durch die Logopäden zugänglich und vielfach als „eine mit Gummiringen umzudressierende Zungentherapie mit vielen Übungen und fraglichem Ergebnis“ (miss-) verstanden. Von Seiten der Orthodontie wurde sie oft belächelt, selten ernst genommen und selbst in der logopädischen Therapeutenwelt eingeschränkt als „Therapie rund um den Mund - vielfach mit fragwürdigem Erfolg“ definiert, verstanden und dem entsprechend auch praktiziert.

Myofunktionelle Therapie (MFT) wird oft als Umdressieren der Zunge mit Gummiringen und viel Üben bei fraglichem Ergebnis (miss-) verstanden.

Problemstellung und Grundlage zur MFT

Der Mund, als Zentrum des orofazialen Systems, als Ort des spontanen persönlichen Ausdruckes und als „Tor zur Welt“ erfüllt die unterschiedlichsten Funktionen. Metaphern wie „große Töne spucken“, „den Mund zu voll nehmen“, „die Zähne zusammenbeißen“, „nicht auf den Mund

gefallen zu sein“, „kein Blatt vor den Mund nehmen“, „Zähne zeigen“, „verbissen sein“, „Plappermäulchen“, „alles hinunterschlucken“, „das Wort im Halse stecken bleiben“, oder „auf der Zunge zergehen lassen“, „auf dem Zahnfleisch gehen“, lassen den so Angesprochenen für den Moment stocken.

Nach Welling (15) erhalten wir damit eine Idee davon, wie die „orofaziale Semantik“ des Volkes den „Schau- platz Mund“ (7) mit den Erlebnisqualitäten des Menschen zusammenführt: „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, der wiederum ein Teilsystem der Gesamtbewegung“.

**Form
follows
function!**

Modifiziert nach Hahn (8) ist „die Kenntnis über die normale Reifung der Mundfunktionen mit richtigem Saugern, physiologischem Schlucken, dem zeitgemäßen Abbau früher Reflexe, dem Wachstum und der Stellung der Zähne, kräftigem Kauen, gesunder Nasenatmung...“ vorrangig und geht von der Annahme aus, dass Auslöser meist nicht neurologische Schädigungen, sondern allgemeine Reifungsdefizite oder Entwicklungsrück-

stände sind. Es handle sich eher um Fehlsteuerungen der Primärfunktionen oder des perioralen und intraoralen Muskelgleichgewichtes. Grabowski (6), die sich auf Fränkel bezieht, vertritt die Meinung, „...dass sich mit dem Auflösen der frühkindlichen Funktionseinheit Unterlippe-Unterkiefer-Zunge... die Ringmuskelfunktion des musculus orbicularis oris entwickeln kann.“

Muskelinsuffizienzen im Gesichtsbereich zeigen in allen Altersklassen Auswirkungen, nicht nur auf mögliche Fehlstellungen der

Zähne (oder in der weiteren Konsequenz oft auch des Beckens), sie können den Menschen in seiner gesamten körperlichen Funktionstüchtigkeit beeinflussen. Fachkreise sind sich einig, dass ursächliche Zusammenhänge zwischen der Funktion und der die Form und die oralen Strukturen umgebenden Weichteile interdisziplinär zu analysieren sind.

Myofunktion des orofazialen Systems – Diagnose und Zusammenhänge

Bei der Diagnostik und Behandlung von Störungen im orofazialen Raum waren und sind eine Vielzahl von Fachpersonen beteiligt. Die interdisziplinäre Diagnostik ist eine unabdingbare Voraussetzung, bei der Allgemeinmedizin, Pädiatrie, Logopädie, Chirurgie, HNO/Phoniatrie, Kieferorthopädie, Zahnheilkunde, Orthopädie und Physiotherapie zusammenarbeiten. Nur so können diese komplexen Krankheitsbilder vollständig erfasst und langfristig wirksam behandelt werden.

Die komplexen Funktionen und differenzierten Leistungen fordern die entsprechenden Disziplinen in der wissenschaftlichen Grundlagenforschung, der klinischen Forschung und in der Diagnose und Therapie heraus. Orale Fehlfunktionen beeinflussen Sprechen, Atmung, Schlucken und Körperhaltung, aber ebenso den Zahnhalteapparat. Muskelinsuffizienzen im Gesichtsbereich zeigen Auswirkungen nicht nur auf die gesamte Körperstatik, sondern sekundär auch auf die Konzent-

ration und das Lernverhalten. Nicht zuletzt können sie für die Betroffenen auch zu einem ästhetischen Problem werden und die persönliche Befindlichkeit und soziale Akzeptanz erheblich beeinträchtigen.

Gesamtkörperliche Auswirkungen myofunktioneller Störungen

- **Fehlhaltungen und Fehlspannungen im Schulter-Nackengebiet durch die basale Zungenlage: die Verbindung zur HWS besteht über das Hyoid.**
- **Fehlhaltungen und Fehlspannungen im Schulter-Nackengebiet wirken sich auf die gesamte Rückenmuskulatur aus: die Patienten zeigen oft eine gesamtkörperlich eher hypotone Spannung, welche bei motorischen Leistungsanforderungen durch eine hypertone Spannung kompensiert wird.**
- **Zahnfehlstellungen, insbesondere Kreuzbisse, gehen oft mit Beckenschiefstellungen in entgegengesetzter Richtung zum Kreuzbiss einher.**
- **Beckenschiefstellungen begünstigen Beinlängendifferenzen.**
- **Gesamtkörperliche Fehlhaltungen/Fehlspannungen gehen oft mit Fehlbelastungen / Fehlstellungen der Füße einher.**

Beobachtungen in der täglichen Praxis machen deutlich, dass bei der Mehrheit der sprechbehinderten Kinder orale Muskeldysfunktionen, z.B. Kompensationsbewegungen, eine wesentliche Rolle spielen. Bei funktionell bedingten Artikulationsstörungen werden als Begleitsymptome u.a. unruhige Mitbewegungen im ganzen Körper, sowie eine Haltungsschwäche sichtbar. Viele dieser Kinder gehen auf den Zehenspitzen und zeigen weder ein korrektes Abrollen der Füße noch einen stabilen Fußkontakt auf dem Boden.

Ein schlaffer Gesichtsausdruck hängende Schultern, dieser Habitus findet sich nicht

selten bei Kindern mit Sprachstörungen. Betrachten wir die gesamte Körperhaltung zum Beispiel unserer



Der obere Zahnbogen hat sich nach der Zunge mit ihrem anterioren Schub geformt: Schmal mit anterior offenem Biss (links). Rechts: Da der Mund habituell offen gehalten wird, strengt der Lippenschluss, wenn er dann erfolgt, sichtlich an.

Unten links ist ebenfalls ein anterior offener Biss zu erkennen, diesmal asymmetrisch. Das „kieferorthopädische Gerät“ ist trotz Unschärfe im Bild schnell ausgemacht: Die Zunge (mitte). Ein Lippenschluss kann nur mit Mühe hergestellt werden (rechts).



„Lutschzwerge“ oder „Lispler“, stellen wir häufig fest: Sie bewegen sich instabil, sie schlurfen oder gehen auf Zehenspitzen statt die Füße abzurollen. Insgesamt sind sie eher hypoton und antriebsarm (4).

Fallen Menschen im Becken- und Flankenbereich in sich zusammen, kollabieren sie auch im oberen Bereich und der Mund geht auf. Meist neigt sich der Kopf zurück und der Hals knickt ab, wodurch sich die Atlasposition verändert. Die Folgen: Zungenbein und Zunge sinken ab, häufig besteht eine offene Mundhaltung, der Unterkiefer wird zurückverlagert, die Lautbildung ist beeinträchtigt.

Oft sind eine offene Mundhaltung mit basaler Zungenlage, sowie Sigmatismen/Schetismen die ersten sichtbaren Zeichen einer myofunktionellen Störung. Zahnfehlstellungen und Kieferfehlentwicklungen werden dann später durch Kieferorthopäden diagnostiziert. Die fehlende Nasenatmung führt zu rezidivierenden Infekten, die Kopfvorhaltung zu Kopf-, Na-

cken- oder Rückenschmerzen. Ein Mundschluss wird über kompensative Muster erreicht, die der Patient gespeichert hat. Bei jeder motorischen Leistungsanforderung im orofazialen Bereich werden sie aktiviert, denn neuronale Netzwerke haben eine Mustererkennung (12). Die Reorganisation der Myofunktionen besteht darin, dem Patienten neue Muster zu ermöglichen.

Grabowsky, Rostock, hat an 3041 Kindergartenkindern gesamtkörperliche Auswirkungen der offenen Mundhaltung untersucht. Dabei wurde gefunden, dass „die

offene Mundhaltung sich als allgemeine ganzkörperliche Haltungsschwäche im Milchgebiss etabliert und zunehmend auf das Wechselgebiss überträgt“ (6). Es wurde angeregt, den Terminus „offene Mundhaltung“ durch den Begriff der „allgemeinen Haltungsschwäche“ zu ersetzen, um so auszudrücken, dass eine orthopädische Diagnostik und ent-

sprechende physiotherapeutische Therapie unerlässlich sind, wenn dem Patienten effektiv geholfen werden soll.

Beteiligte Fachdisziplinen:

- **Gesichts-, Mund-Kieferchirurgie**
- **HNO-Arzt/Pädaudiologe**
- **Orthopäde/Chiropraktor**
- **Zahnarzt/Kieferorthopäde**
- **Logopädie (k-o-s-t® - und Myofunktions-Therapeuten)**
- **Physiotherapie/ Osteopathie**

Statistische Erhebungen des Logopädischen Dienstes Basel-Stadt der Jahre 1991-1994 bei 1736 Kindern Kinder im Vorschul- und Schulalter zeigten bei 57% neben den Sprach-/Sprechstörungen zusätzliche Parameter

wie z.B. auffällige Bewegungsmuster, offene Mundhaltung, generelle Reifungsverzögerung und Auffälligkeiten bezüglich Händigkeit (4).

„Myofunctional Therapy“ und die Zeit davor

In diesem geschichtlichen Abschnitt werden Passagen aus der 2-bändigen Diplomarbeit von Mathys und Suter (11) zitiert und mit Seitenzahlen gekennzeichnet. Details zur dort zitierten Literatur sind bitte dem dortigen Literaturverzeichnis zu entnehmen.

„Anfangs des 20. Jahrhunderts taucht in den USA erstmals der Begriff „Myofunctional Therapy“ auf. Er bezeichnet eine Therapieform, deren Ziel es ist, Fehlstellungen von Zähnen und/oder Kiefer rein funktionell oder funktionell ergänzend zur mechanischen, apparativen Behandlung zu korrigieren. Aus diesem Ansatz heraus haben sich im Laufe der Jahrzehnte weltweit eine Vielzahl von Konzepten entwickelt. Keinem dieser Konzepte ist jedoch bis heute der Durchbruch zu einer wissenschaftlich begründeten Therapiemethode gelungen“ (S. 5).

„Zur Frage, wann die ersten Ideen zur Therapie funktionaler orofazialer Störungen auftauchen, lassen sich keine genauen Angaben machen. Norman Wahl (2005) bemerkt dazu, dass aus der Geschichte der Zahnmedizin bekannt ist, dass bereits die alten Ägypter sich mit Malokklusionen auseinander gesetzt haben sollen.“ (S.24 ff).

Im späten 18. Jahrhundert wird der Einsatz von kieferorthopädischen Geräten populär, grundlegende Techniken sind bekannt und kommen zu Anwendung. Zu Beginn steht jedoch nicht das Erreichen einer stabilen Okklusion, sondern die ästhetische Regulation im Vordergrund. Die klassische Kieferorthopädie befasste sich vornehmlich mit der Remodellierung von Hartgewebe und versucht durch mechanische Maßnahmen Kiefer- und Zahnstellungsanomalien zu korrigieren.

Obwohl bereits einige Funktionen der Zunge und des umgebenden Weichgewebes beschrieben wurden, schenkte man diesem dynamischen Partner der Form kaum Beachtung. Tulley (1969) und andere Autoren sind der Ansicht, dass Edward Angle die Ehre gebührt, Einflüsse funktioneller Komponenten erkannt zu haben. Hahn (1988:89) schreibt, dass Angle : „... als einen ätiologischen Faktor von Kieferanomalien ... die falsche Zungenlage, den schädlichen Einfluss der orofazialen Muskulatur, der Finger- und Lutschgewohnheiten und der Mundatmung, ...“ ansah.

In der Folge entbrannten Diskussionen zu Wechselwirkungen zwischen Form und Funktion bzw. welchen Einfluss Behandlungen auf die Weiterentwicklung von Dysgnathien nehmen. Pierre Robin entwickelte den Monoblock um 1900 mit dem Ziel, Muskelfunktionschwäche solange auszugleichen, bis der Körper die fehlende Kraft selbst aufbringen kann. Dieses Gedankengut wurde dann Jahre später von Waltry als Grundlage seines Konzeptes „physiotherapeutische Methoden“ (1942 dann „Funktionstherapie“ genannt) übernommen. Sein Ziel war es, fehlende oder mangelhafte Muskelfunktion anzuregen und Zahnstellungsanomalien so zu beheben. Andresen (1957) und Häupl arbeiteten später mit dem gleichen Gerät wie Waltry (nannten es jedoch Aktivator) mit dem Ziel, die Muskelkraft des Trägers zur Korrektur von Zahnstellungsanomalien zu nutzen. Bal-

Herbert Dohmen
Zahntechnikermeister



ters (1960) entwickelt den Bionator zur Korrektur von Form- und Funktionsanomalien. Er bemüht sich auch, den inzwischen für Gewebeumbau verwendeten Begriff „Funktion“ wieder seiner ursprünglichen Bedeutung zuzuordnen, der Korrektur von Hartgewebe über Tragen des Gerätes mittels funktioneller Weichgewebkräfte durch Sprechen, Schlucken, und Mimik. Rolf Fränkel veränderte dieses Gerät schließlich zum Funktionsregler, der bis heute Anwendung in der Therapie von Zahnstellungs- und Kieferanomalien findet“ (S.25 ff).

Überlegungen, durch eine Art gymnastische Übungen die orofaziale Muskulatur zu normalisieren, wurden bereits zu Beginn des 20. Jahrhunderts angestellt. Als ihr Begründer wird der amerikanische Kieferorthopäde Alfred Paul Rogers genannt (1918, 1936). In den Anfängen wurden die therapeutischen Konzepte also seitens der Kieferorthopädie entwickelt. Erst im Laufe der Zeit fan-

den auch sprachtherapeutische Aspekte Eingang in die Therapien. Der Arzt Gottfried Arnold (1943) beschreibt neben funktionellen Ursachen für Sigmatismen auch Zusammenhänge mit Dysgnathien (S.79 ff).

Allgemein ist zu vermerken, dass das prozentuale Auftreten von Dysgnathien und Lautfehlbildungen bei verschiedenen Autoren in Abhängigkeit der Probandenzusammensetzung und der Charakterisierung von Dysgnathien und Lautfehlbildungen sehr stark variiert. Der Hals-Nasen-Ohrenarzt Max Nadoleczny beschäftigte sich Zeit seines Lebens mit Form und Funktion im orofazialen Raum. Er sah 1912 erstmals einen funktionellen Zusammenhang zwischen Zungenlage, Schläffheit der Zungenmuskulatur, falscher Zungenbewegung und der Entstehung von Zahn- und Kieferanomalien sowie der gestörten Lautbildung „S“ (Bigenzahn 1995:1, S 30).

Wegbereiter der ersten Generation

Exemplarisch werden in der Folge kurze Übersichten über die Arbeiten von Straub, Barrett und Hanson, sowie Garliner gegeben.

Der Amerikaner Walter Straub, der in Europa nur wenig bekannt ist, hat wesentliche Beiträge zur Entwicklung der myofunktionellen Therapie geleistet. Eine zentrale Stellung nahmen in seiner praktischen Arbeit das Abgewöhnen von schädlichen oralen „Habits“ (Daumen- und Fingerlutschen) sowie das „tongue-thrust swallowing“ (Zungenvorschubschlucken) ein.

Er entwickelte ein Übungsprogramm zur Korrektur des „tongue-thrust swallowing“, welches nach dem Abgewöhnen dieser Habits einsetzen sollte. Er beschäftigte neben Anderen auch Sprachtherapeuten in seiner kieferorthopädischen Praxis. Sein besonderes Interesse galt der Säuglingsernährung, insbesondere der Flaschenernährung, und er schrieb dazu „... the perverted swallowing habit seems to be the direct result from improper bottle feeding“ (Straub 1951, S. 36ff)

Barrett und Hanson wiederum verstanden unter der Myofunctional Therapy „a rational psychophysiological approach aimed at establishing as routine those patterns of muscle movement employed in normal deglutition“ (Barrett und Hanson 1978, 223).

Sie entwickelten das Konzept von Straub weiter und legten Wert auf einen fachlichen Hintergrund, den sie als notwendige Grundlage für jeden „Oral Myologist“ betrachteten. 1988 erschien eine überarbeitete Version sei-

ner „Fundamentals of Orofacial Myology“. Barrett und Hanson entwickelten ein eigenes therapeutisches Konzept zur Korrektur von „oral myofunctional disorders“ und betonten, dass dieses ein Programm zur Korrektur des falschen Schluckmusters sei („It is done by the patient, not to the patient“). Hansons Programm fand in Europa wesentlich weniger Verbreitung als dasjenige von Garliner, welches etwa zur gleichen Zeit entstand.

Barrett und Hanson beschäftigten sich intensiv mit der Geschichte und dem Wandel und hielten fest, dass sich in den USA hauptsächlich Kieferorthopäden in einer pragmatischer Weise mit der Thematik auseinandersetzten. „Tongue-thrust swallowing“ wurde als schädliche Gewohnheit betrachtet, ohne den möglichen Reifungsprozess des Schluckens zu berücksichtigen (S.43). Nach dieser Sichtweise wollte man das störende Symptom abschalten, ohne die zugrundeliegenden Ursachen ausreichend zu beachten.

Garliner ist wohl die bekannteste, am meisten polarisierende und schillernde Persönlichkeit im Zusammenhang mit „Myofunctional Therapy“. Er war vor allem als Praktiker tätig. Sein Institut, welches er zusammen mit dem Sprachtherapeuten Roy Langer in Florida gründete, hatte bis zu seiner schweren Erkrankung in den 90-er Jahren Bestand. Biografisch ist wenig über ihn bekannt, jedoch hat er zweifellos die Verbreitung der Myofunctional Therapy in Europa wesentlich geprägt.

Als gesichert gilt, dass er 1964 ein von ihm entwickeltes Programm herausgab (auf Rogers basierend) und es als

„Myofunctional Therapy“ bezeichnet. (S 39 ff) Sein Programm, das er 1971 in den USA veröffentlichte, war, wie das seiner meisten Zeitgenossen, motorisch ausgerichtet und beschränkte sich auf den orofazialen Raum. In der Diagnostik griff er jedoch weiter und sprach neben den Zahnärzten und Kieferorthopäden immer wieder die Zusammenarbeit mit Chiropraktoren und anderen Therapeuten an. Es war sein Bestreben, den Muskelfunktionstherapeuten als Teil eines interdisziplinären Teams in der Zahnmedizin zu etablieren.

Garliner führte Messgeräte wie den Myoscanner, die Payne Technik und auch die durch ihn entwickelte Kraftskala ein und macht sie zum Bestandteil seiner Myofunktionellen Therapie. Auch legte er großen Wert auf die Bilddokumentation. Er veröffentlichte eine Vielzahl von Kurzpublikationen. Garliner bestand auf seinen Messungen und versuchte, auch seine Kursteilnehmer zum Kauf seiner verschiedenen Produkte zu zwingen, was ihm erhebliche Kritik einbrachte.

Er wurde in Deutschland sehr durch eine Gruppe von Zahnärzten und Kieferorthopäden (Dres. Hahn/München, Helms/Hamburg, Thiele/Kiel, u.a.) gefördert und unterrichtete über viele Jahre hinweg in deren Praxen. Etwas später weitete er seine Unterrichtstätigkeit auch in die Schweiz aus.

Die MFT hat unter Garliner sicher einen ihrer größten Aufschwünge erlebt. Der erste Europäische Kongress für Myofunktionelle Therapie fand 1981 in München statt, der zweite bereits ein Jahr später in Hamburg, der sechste im Jahre 2000 dann in Basel, mit dem Leitthema „HABITS“.

Es ist in diesem Artikel nicht möglich, auf alle Einflüsse bedeutender Kieferorthopäden und Zahnärzte einzugehen, die wesentlich zum Verständnis und der MF-Entwicklung beigetragen haben. Jedoch sind Namen wie Angle, Zickefoose, Balters, Fränkl, Schöttl, Sergl und Tränckmann nicht wegzudenken.



MAS IN CRANIO FACIAL KINETIC SCIENCE (MCFKSc)

Schwerpunkte

- > spezielle Embryologie, angeborene Fehlbildungen, kraniofaziale Fehlbildungen, Lippen-Kiefer-Gaumenspalten und deren klinische Einordnung
- > Medizinische Grundlagen, Morphologie, Physiologie, Pathophysiologie des stomatognathen Systems, Krankheitsbilder Erwachsener, spezielle Anatomie des kraniofazialen und stomatognathen Systems
- > Funktionelle Bewegungslehre (FBL)
- > Techniken bei der Ernährung ernährungsschwieriger Säuglinge, gesunde Ernährung bei Kindern, Unverträglichkeiten
- > Das Prinzip der körperorientierten Sprachtherapie k-o-s-t nach S. Codoni® und orofaziales System
- > das 5 Phasenmodell der myofunktionellen Therapie
- > chirurgische Behandlungs- und Operationstechniken
- > sprechmotorische Störungen beim LKG-Kind und verbale Entwicklungsdyspraxien bei Syndromen
- > Therapeutische Behandlungstechniken (inkl. Hilfsmittel)
- > Theorie und Praxis der sensomotorischen Koordination
- > Strategien des motorischen Lernens
- > Ethik
- > Neurowissenschaften
- > Praxismanagement

Zulassung

Zugelassen werden Fachpersonen mit einem Hochschulabschluss aus den Bereichen Logopädie, Physiotherapie, Ergotherapie, Medizin, Psychologie, Sonderpädagogik, einem nachträglich erworbenen Titel (NTE) oder «sur Dossier» mit einem Fachabschluss mit gleich zu haltenden Voraussetzungen (Berufserfahrung, Weiterbildung).

Kontakt und Anmeldung

Dr. h.c. Susanne Codoni
Langmattweg 1
4123 Allschwil
Tel.: +41 61 481 24 54
Fax: +41 61 481 34 30
susanne.codoni@unibas.ch
www.scodoni.ch

Studienleitung



Prof. Dr. med. Dr. med. dent. Dr. h.c. Hans-Florian Zeilhofer

Chefarzt und Leiter Klinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie, Sprecher des fakultären Forschungsschwerpunkts CMBE

(Clinical Morphology & Biomedical Engineering) des Universitätsspitals Basel



PD Dr. med. Dr. med. dent. Katja Schwenzer-Zimmerer

Leitende Ärztin Klinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie, Fachärztin für Mund-, Kiefer und Gesichtschirurgie, Plastische Operationen, FEBOMS,

Leiterin des interdisziplinären Kompetenzzentrums für Lippen-Kiefer-Gaumenspalten und verwandte Fehlbildungen



Dr. h.c. Susanne Codoni

Wissenschaftliche Mitarbeiterin Klinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie, Dipl. Logopädin EDK, zertifizierte Craniosacraltherapeutin und Myofunktions-therapeutin, NLP Trainerin in

Body Work, Health and Special Education der American Society of NLP, Mitarbeiterin im interdisziplinären Kompetenzzentrum für Lippen-Kiefer-Gaumenspalten und verwandte Fehlbildungen

Generationenwechsel: Modifizierungen und Therapiekonzepte aus der „Neu-Zeit“

Wiederum exemplarisch werden nachfolgend Arbeiten in Deutschland und der Schweiz dargestellt: Bolton, H. und V. Hahn, Thiele, Schwitzer und Codoni.

Die in Deutschland wohnhafte Amerikanerin Mary Ann Bolton ist Sprachpathologin und eine Schülerin Garliners. Sie hat auf der Basis seines Programmes ein modifiziertes Therapiekonzept entwickelt, dass sie in ihrer Praxis umsetzt und an Interessierte in Kursen weitergibt. Ihr Konzept ist für Kinder ab dem 10. Lebensjahr gedacht, da sie gewisse kognitive Leistungen, Mitarbeit und Selbstverantwortung voraussetzt. (S. 61)

Große Verdienste um die Verbreitung und die Qualitätserhaltung der myofunktionellen Therapie gebührt dem münchener Ehepaar Hermann Hahn (Zahnarzt) und Vevi Hahn (Sprachheilpädagogin). Vevi Hahn beschrieb in ihrem Buch „Myofunktionelle Therapie - Ein Beitrag zur interdisziplinären Fundierung aus Sicht der Sprachbehindertenpädagogik“ (9) detailliert ihre fundierte Vorgehensweise bei der Durchführung der myofunktionellen Therapie (S.62). Eines ihrer wichtigen Therapieelemente ist das Einüben der Primärfunktionen als Grundlage differenzierter oraler Bewegungsabläufe. Vevi Hahn unterrichtete an der LMU in München und befasste sich in mehreren Publikationen mit der Häufigkeit myofunktioneller Störungen und deren Prävention. Sie fordert die Frühbehandlung orofazialer Dyskinesien. Sie gilt als Vorreiterin der MFT der „neuen Zeit“, gab zusammen mit ihrem Mann, der auch Garliners Buch (5) ins Deutsche übersetzt hatte, viele Kurse und war mit ihm zusammen sehr wesentlich an der Etablierung von Daniel Garliners MFT in Deutschland beteiligt. Das Ehepaar engagierte sich über viele Jahre hinweg mit bewundernswertem Einsatz im Arbeitskreis für myofunktionelle Therapie e.V., als erster Vorsitzender, Beisitzer(in) und weiteren Chargen.

Erhard Thiele, deutscher Zahnarzt aus Kiel, beschäftigte sich als Schüler Walter Schöttls bereits in den 60-er Jahren mit der zahnmedizinischen Funktionstherapie und besuchte mit dem Aufschwung der MFT in Deutschland und in der Schweiz Garliners Kurse. In der Folge setzte sich Thiele immer intensiver mit dieser Methode auseinander. Auch er engagierte sich über viele Jahre im Arbeitskreis für myofunktionelle Therapie und veröffentlichte ein Trainingsprogramm für Kinder und Jugendliche zur Behandlung von Dysfunktionen der orofazialen Muskulatur „Vom Zungenkämpfer zum Schluckmeister“ (14). Später veröffentlicht er einen ausführlichen Katalog von 150 Übungen zur neuromotorischen Funktionsregulation.

Die deutsche Logopädin Anita Kittel entwickelte ein Therapieprogramm (10), beruhend auf Modifikationen der Konzepte Garliners und Bolton. Ihre interdisziplinäre Zusammenarbeit konzentriert sich vorwiegend auf die Zusammenarbeit mit der Zahnheilkunde. Sie führt eine eigene Praxis und bietet Weiterbildungskurse an.

Einen interessanten Ansatz vertritt der italienische Kieferorthopäde Mario Bondi, inspiriert durch Erkenntnisse des Funktionskieferorthopäden Häupl und basierend auf eigenen Erfahrungen. Er beachtet nicht nur das lokale Geschehen am und im Mundbereich, sondern dehnt seine Beobachtungen auf die Wechselwirkungen aus, die

Überblick über aktuelle Therapiekonzepte

- **Heidelberger Gruppenkonzept für myofunktionelle Störungen - GRUMS®**
- **MFT nach dem Hannoveraner Konzept (HaKo)**
- **MFT nach Thiele (KÜnF, PmBK, ZK)**
- **Logopädisch orientierte Orofaziale Therapie nach Hammerle (LOOFT)**
- **Myofunctional Therapy nach Bolton (MFTB)**
- **Myofunktionelle Therapie nach Hahn (MFTH)**
- **Myofunktionelle Therapie nach Codoni (MFTC)**
- **Myofunktionelle Therapie nach Kittel (MFTK)**
- **Schweizerisches MFT-Übungsprogramm nach Schwitzer (MFTS)**
- **Muskelfunktionsübungen im orofazialen Bereich nach Curschellas (MFÜoB)**
- **Neurofunktionelle Reorganisation nach Padovan (NFR)**
- **Orofaziale und craniocervikale Myotherapie nach Bondi (OCMT)**
- **Muskelfunktionsübungen / Orofaziale Muskelfunktionstherapie nach Clausnitzer (OMT)**
- **Myofunktionstherapie nach Fischer-Voosholz & Spenthof (OMS)**
- **Die orofaziale Regulationstherapie nach Castillo Morales**
- **Wiener Konzept zur Therapie orofazialer Dysfunktionen**
- **Körperorientierte Sprachtherapie und orofaziales System nach Codoni (k-o-s-t®)**
- **5 Phasenmodell der Myofunktionellen Therapie nach Hörstel**



Der Therapeut (links) wird zum Moderator des therapeutischen Prozesses wählt jeweils passende Übungen aus und weist in deren Durchführung ein. Das aktive tägliche Üben übernehmen nach Möglichkeit die Eltern.

„die verschiedenen Teile des Schädels und der Halswirbelsäule auf die dynamische Pathologie des Mundes und des Kiefersystems erzeugen“. 1991 veröffentlichte er sein Buch „Mioterapia orofacciale craniocercicale“ in Italien. Zwei Jahre später wurde es ins Deutsche übersetzt (2).

Das Ehepaar Volkmar und Renate Clausnitzer, ehemals in Halle ansässig, haben gemeinsam das Übungsprogramm Orofaziale Muskelfunktionstherapie (OFM) zusammengestellt (3). Zusammen mit Erhard Thiele veröffentlichten Clausnitzers das Buch „Myofunktionelle Therapie aus sprechwissenschaftlicher und kieferorthopädischer Sicht (13).

Als pionierhafter Vertreter in der Schweiz ist Dr. R. Schwitzer, Olten, zu nennen. Er beschäftigte bereits 1983 in seiner Praxis eine Physiotherapeutin, die sich um die myofunktionellen Belange seiner Patienten bemühte. Schwitzer führte 1990 in einem Referat aus, dass Dr. Rahm, Kieferorthopäde in Schaffhausen, das Verdienst zukommt, 1980 zusammen mit Mary Ann Bolton die MFT in die Schweiz gebracht zu haben.

Im Zuge der Zeit wurde Ende der 80-er Jahre die schweizerische Forschungsgruppe (Dr. R. Schwitzer, Olten und Mitstreiter) für orale Dyskinesien (SFOD) gegründet, mit dem Ziel, die Methoden der „Myofunctional Therapy“ wissenschaftlich kritisch zu prüfen und Grundlagenforschung auf dem Gebiet der Dyskinesie und der funktionskorrigierenden Maßnahmen zu betreiben. Die Therapie weitete sich zunehmend von Kindern zu Patienten mit Kiefergelenksbeschwerden aus. So wird laut Schwitzer auch deutlich, dass für die Behandlung dieser Fälle das Studium der Logopädie ungenügende Voraussetzungen bietet (S 46).

Hemmend auf die Entwicklung und breitere Anerkennung wirkte sich die negative Beurteilung und das abweisende Verhalten der vier Vorsteher der Universitätsinstitute für Kieferorthopädie vom Mai 1987 aus.

Susanne Codoni, Schweizer Logopädin und langjährige Leiterin des Logopädischen Dienstes Basel-Stadt hat schon früh in den 80-er Jahren begonnen - inspiriert durch die Schweizer Kolleginnen Cecile Curschellas und Marianne Campiche - sich mit der MFT zu befassen. Sie war auf der Suche nach effektiven Programmen zur Behandlung von funktionelle Artikulationsstörungen und lud Garliner in den späten 80-er und frühen 90-er Jahren wiederholt zu Kursen ein. Er unterrichtete in Basel im Wenkenhof in 5-tägigen Grund- und mehrtägigen Aufbaukursen das Gedankengut der MFT. Diese meist interdisziplinär besuchten Kurse wurden bekannt als „Wenkenhof-Seminare“, die von Codoni organisiert und übersetzt wurden. Durch diese enge Zusammenarbeit erhielt sie vertiefte Einblicke in seine Arbeit. Codoni modifizierte Garliners Programm und entwickelte später daraus in langjähriger Arbeit das eigene Konzept der körperorientierten Sprachtherapie k-o-s-t®. Susanne Codoni war während vieler Jahre als aktives Mitglied im Arbeitskreis für myofunktionelle Therapie in enger Kooperation mit dem Ehepaar Hahn aus München. Sie organisierte 2000 auch den erwähnten Kongress in Basel.

Die nach der logopädischen Ausbildung verfügbaren Konzepte reichen bei der heutigen Anforderungsrealität und Breite des stark erweiterten Behandlungsfeldes mit MFT oft nicht mehr aus, um in einer akzeptablen Frist befriedigende rezidivfreie Therapieergebnisse zu erzielen, weshalb sie sich bei der Etablierung eines Master Studienganges an der Universität Basel engagiert hat.



Die moderne myofunktionelle Therapie kennt neben dem klassischen Gummiring (links) noch viele weitere Hilfsmittel, darunter auch das Ballovent[®] (mitte) und den Faceformer[®] (rechts).

Therapeutische Hilfsmittel in der MFT - integrierter und unverzichtbarer Bestandteil

Als Grundlage für den nächsten Abschnitt dient die Diplomarbeit von Baschnagel (1). Darin setzt er sich zum einen mit Therapiekonzepten und zum anderen mit einer Auswahl häufig verwendeter Hilfsmittel auseinander. Die zur Auswertung verwendeten Fragebogen hatten eine effektive Rücklaufquote von 39.5%. Das erste im Anhang aufgelistete Kompendium präsentiert in einer differenzierten Übersicht insgesamt 16 verschiedene Therapiekonzepte, aufgelistet nach Urheber, Grund-

lage, Klientel, Grundsätze, Schwerpunkte, Programm und Bezug zur Behandlung von funktionellen Störungen. Ebenso wichtig für die diagnostisch-therapeutische Praxis ist das zweite Kompendium mit 18 ausgewählten Hilfsmitteln (inkl. Myometer, Federwaage, Payne-Lampe) mit Angaben zur Indikation, Anwendung und Intensität. Der Anhang schließt mit einem Verzeichnis der Bezugsquellen. Eine Diplomarbeit mit erheblicher Relevanz für die tägliche Praxis!

Multitasking - Mögliche Wege aus der Sackgasse

Die Verbindung der „Körperorientierter Sprachtherapie k-o-s-t[®] und orofaziales System“ mit dem „5 Phasenmodell der myofunktionellen Therapie“ nach Hörstel:

Körperorientierte Sprachtherapie

k-o-s-t[®] nach S. Codoni ist definiert als ganzheitliches Konzept: die körperintegrierende Basistherapie, beruhend auf neurologischen, biologischen und physiologischen Grundlagen unter Berücksichtigung des individuellen Entwicklungsstandes. Sie steht für multidisziplinäres Erfassen und interdisziplinäre Vorgehensweise. Im Zentrum steht die umfassende, ganzheitliche (schulmedizinisch geprägte) Diagnostik.

Die interdisziplinäre Zusammenarbeit führt zu einem Gesamtbild und einem darauf aufbauenden Behandlungskonzept mit Elementen aus Konzepten der (anerkannten) Komplementärmedizin. Die Beschränkung auf Fachgrenzen ist aufgehoben und komplementärmedizinische Konzepte werden ausdrücklich in den Aufbauplan einbezogen.

Gestützt darauf ist das Ziel die Reorganisation der Myofunktionen bezogen auf den gesamten Körper und besteht darin, dem Patienten neue Muster überhaupt zu ermöglichen. Die „unreifen“ Muster hat der Patient gespeichert. Bei jeder motorischen Leistungsanforderung werden diese auch im orofazialen Bereich aktiv, denn neuronale Netzwerke haben eine Mustererkennung (Spitzer, 2000, S. 31). Zu Beginn jeder Therapieeinheit werden funktionsstimulierende Massnahmen aus k-o-s-t[®] angewendet, um eine gesamtkörperliche Aufrichtung zu unterstützen und somit eine Vigilanz zu fördern.

Eine Reihe von medizinischen Hilfsmitteln wie z. B. Face Former[®], BalloVent[®], Position Trainer[®], TENS[®], Novafon[®] und andere mehr eignen sich außerordentlich gut als Ergänzung zu den k-o-s-t[®]-Stimulationen für das tägliche „Training“ zu Hause. Voraussetzung ist die genaue Kenntnis, wie sie eingesetzt werden und in der Folge die genaue Anleitung der Eltern, wann, wie, wie oft und weshalb deren Einsatz notwendig ist.



Nur 2 1/2 Monate individuelles (myo-) funktionelles Training liegen zwischen den Aufnahmen links und rechts.



Das ganzheitliche neurophysiologisch orientierte Konzept ermöglicht durch seinen interdisziplinären Ansatz eine Verbindung zwischen Schulmedizin, Komplementärmedizin und therapeutischen Maßnahmen und schafft lösungsorientiert ein individuelles Behandeln.

Tragende Säule bildet die präzise Patientenbeobachtung, das Erfassen aller den Patienten beeinträchtigenden Faktoren und eine ständige Kommunikation der multidisziplinär arbeitenden Ärzte/Therapeuten untereinander. Veränderungen des Patienten führen zu Änderungen des individuellen Behandlungsplanes. Ein komplexes interdisziplinäres Behandlungsnetz entsteht.

Die Rolle des Therapeuten und diejenige der Eltern verändern sich: er wird zum Moderator des therapeutischen Prozesses, gleichsam fachlicher Begleiter auf Zeit zu einem definierten Ziel. Die Eltern übernehmen im Rahmen der Möglichkeiten aktiv den täglichen Part zu Hause. Die neu geschaffenen Synergien verhelfen dem Patienten zu einer effektiven, ressourcenorientierten Therapie, seinen Angehörigen zur umfassenden Kenntnis des Störungsbildes und damit zu mehr Möglichkei-

ten einer sinnvollen Unterstützung der Behandlung, sowie Ärzten und Therapeuten zur zielorientierten Ökonomie.

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 welchem unterschiedliche Fachrichtungen multidisziplinär auf ein gemeinsames Ziel hin arbeiten.

Der Paradigmenwechsel wird vollzogen, welchen Reinhard Sprenger in seinem Buch „Mythos Motivation – Wege aus der Sackgasse“ (1997, 12) folgendermaßen beschreibt: „Wer zu neuen Ufern will, muss zunächst aus dem altvertrauten Milieu, dem Spiegelkabinett der Motivierung gedanklich ausbrechen. Denn hier verstellen uns unsere eigenen Systeme auf Schritt und Tritt den Weg“. Es gilt, Visionen zu entwickeln und mutig neue Wege zu beschreiten.



Vieles kann auch schon innerhalb von 20 Minuten erreicht werden, wenn das Training individuell passend gestaltet wird.



Das 5-Phasen-Modell

der myofunktionellen Therapie nach Ulrike Hörstel baut auf der „k-o-s-t“ Arbeit auf. Es ist ein sehr strukturiertes, systematisch aufgebautes Konzept zur Durchführung der myofunktionellen Therapie, welches die Wünsche nach einer ganzheitlichen, individuellen und klientenzentrierten Vorgehensweise und einem rückfallfreiem Abschluss mit dem somatisch korrekten Schluckmuster erfüllt.

Es beinhaltet u.a. verhaltenstherapeutisch orientierte Programme zum Abbau extraoraler Habits, therapeutische Maßnahmen zum Abbau oraler und intraoraler Habits, Arbeitsblätter zur Durchführung der Übungen

und integriert die medizinischen Hilfsmittel BalloVent®-System in Verbindung mit dem PostionTrainer.

Damit wird die ursprünglich lange dauernde und ständig motivationseinbruchgefährdete MFT auf eine neue Basis gestellt, sie wird zu einem neuzeitlichen, ökonomischen und effizienten Behandlungskonzept. Die Verbindung dieser beiden Konzepte ist seit rund sieben Jahren auch integrierter Bestandteil der Behandlungen im interdisziplinären Kompetenzzentrum für Lippen-Kiefer-Gaumenspalten in der Abteilung Mund-Gesichts-Kieferchirurgie im Universitätsspital Basel (www.lkg-info.ch).

*Beckwith-Wiedemann-Syndrom, diagnostiziert im Dezember 2003 (rechts).
Unten: Tüchtiges Üben 2004 und 2005 (ganz unten). Rechts unten: Die Situation Anfang 2007.*



Es entsteht eine natürliche Selektion: die Quantität der Menschen, die mit symptom-orientierten Therapien mit wenig erfreulichen Ergebnissen ihre Therapiekarriere beenden versus eine Qualität mit Einbeziehung wesentlicher Fachdisziplinen, die sich mit diesem Erscheinungsbild „Mund“ befassen. Kooperation des Umfeldes

des Patienten sind dabei eine Voraussetzung. Logopädie und MFT im Wandel – eine Herausforderung angesichts der heutigen Wirtschaftslage mit dem notwendigen Trend zu mehr Ökonomie, Effizienz und Kostensenkung.

Zusammenfassung

„...Eine Vielzahl an entstandenen „neuen“ Konzepten schließen das ursprüngliche Gedankengut und bestimmte Übungen der „Myofunctional Therapy“ in einer mehr oder minder modifizierten Form noch mit ein. Ergänzend werden in Abhängigkeit vom fachlichen Hintergrund der Therapeuten, aber auch vom (interdisziplinären) Team, das an der Bedeutung der Patienten beteiligt ist, weitere Schwerpunkte gelegt. Die Bezeichnung der Konzepte weisen auf deren Ursprünge oder die Schwerpunkte der therapeutischen Inhalte hin...“ (Mathys /Suter S 47/48)

Hahn (2007) beschreibt die Myofunktionelle Therapie (MFT) wie folgt: Die Myofunktionelle Therapie (MFT) ist ein in sich geschlossenes, eigenständiges sensomotorisches Therapiekonzept bei funktionellen Störungen im orofazialen Bereich. Inhalt ist das Erlernen physiologischer oraler Praxien (v.a. des somatischen Schluckens, der physiologischen Zungenruhelage, der physiologischen Nasenatmung mit Mundschluss). Diese wirken sich positiv auf die Lauterzeugung und die Sprachwahrnehmung aus. Der Zugang ist entwicklungsbezogen. Als Basistherapie wird die MFT vorbereitend, begleitend oder sichernd v.a. in der Logopädie und Kieferorthopädie innerhalb eines individuell erstellten Behandlungsplanes eingesetzt. Ziel der Myofunktionellen Therapie ist eine vollständige Rehabilitation.

Die Situation ist komplex, stressbesetzt und eine grosse Herausforderung für alle Beteiligten. Diagnostik auf interdisziplinärer Ebene ist unabdingbare Voraussetzung. Erforderlich ist die fachübergreifende Zusammenarbeit zwischen Pädiatrie, Logopädie, HNO/Phoniatrie, Kieferorthopädie, Orthopädie und Physiotherapie. Sie führt zu einem Gesamtbild und wirkt sich entscheidend

auf das Einleiten geeigneter Maßnahmen aus. W. Bigenzahn zeigte bereits 1955 anhand der Beziehungen und Wechselbeziehungen im stomatognathen System die Komplexität des Geschehens auf.

Der akute große Bedarf an nachhaltig wirksamer Therapie, die Entwicklung effizienter Hilfsmittel und deren Einsatzmöglichkeit in der Therapie, die Veränderung des Blickwinkels auf ganzkörperliche Zusammenhänge, die enger werdende fachübergreifende Zusammenarbeit mit Partnerdisziplinen in der Diagnostik, das aktive Einbeziehen der Eltern ins Geschehen – all diese Aspekte haben dazu geführt, die Ausbildung zu überdenken und neu zu konzipieren.

Die Myofunktionelle Therapie hat sich zu einer umfassenden, ganzheitlichen und interdisziplinären Therapieform entwickelt. Sie wird damit zu einer echten Ergänzung, eine Unterstützung von prä- und/oder postorthodontischen/operativen Maßnahmen. Die komplexen Funktionen und differenzierten Leistungen fordern die entsprechenden Disziplinen in der wissenschaftlichen Grundlagenforschung, der klinischen Forschung, in der Diagnose und Therapie heraus.

Das Niveau der interdisziplinär durchgeführten Ausbildung muss qualitativ gehoben, den heutigen Gegebenheiten angepasst, der auszubildende Personenkreis erweitert und die Durchführung effektiv und ökonomisch werden. Dies sind Voraussetzungen um den großen Bedarf in dieser wirtschaftlich schwierigen Zeit attraktiv zu gestalten und in annähernd nützlicher Frist zu befriedigen.

Literatur auf Seite 62



Video-Workshop mit Susanne Codoni

„Myofunktionelle Therapie im Wandel“

Disk 1: Einführung in die MFT, Erscheinungsbilder, ganzheitliche symptomorientierte Sichtweise, Zusammenhänge, Case Management.
Disk 2: Stadien der MF-Therapie, Hilfsmittel, Fragen und Antworten

MediPlus

Doppel-DVD
menügeführt
Laufzeit ca. 170 Min.

€ 40,-

www.mediplus-shop.de