

Status quo der myofunktionellen

Heike Korbmacher, Arndt Klocke, Bärbel Kahl-Nieke

Der Erfolg einer myofunktionellen Therapie hängt entscheidend von der Qualität der Zusammenarbeit der unterschiedlichen Fachdisziplinen ab. Doch wie steht es mit der interdisziplinären Kooperation aus logopädischer Sicht? Eine Umfrage unter logopädischen Praxen im Großraum Hamburg gibt eine Antwort.

Orofaziale Störungen werden nach ihrer Pathogenese in primäre und sekundäre Dysfunktionen gegliedert. Während sekundäre Dysfunktionen als eine adaptative Reaktion auf ungünstige anatomische Gegebenheiten gesehen werden, lösen primäre Dyskinesien die Störung des morphologisch-funktionellen Gleichgewichtes aus.

Auf Grund des komplexen Pathomechanismus können myofaziale Störungen als exogene Faktoren in der Entstehung broncho-pulmonaler Erkrankungen und bei der Entwicklung von Zahn- und Kieferfehlstellungen eine wesentliche Bedeutung besitzen. So sind neben einer eingeleiteten myofunktionellen Therapie häufig weitere medizinische Fachbereiche bei der Korrektur von orofazialen Dysfunktionen beteiligt. Diese Multidisziplinarität des Krankheitsbildes zeigt sich auch in der heterogenen Überweisergruppe, zu der vor allem Kinderärzte, Kieferorthopäden und Hals-Nasen-Ohren-Ärzte zählen.

Der Erfolg einer myofunktionellen Therapie hängt entscheidend von der Qualität der Zusammenarbeit der unterschiedlichen Fachdisziplinen ab. Diese wird jedoch in der bestehenden Fachliteratur mehrheitlich als unzureichend eingestuft. Logistische Probleme wie auch mangelndes fachübergreifendes Wissen behindern eine reibungslose Zusammenarbeit: in Abhängigkeit von der Kammerzugehörigkeit unterscheiden sich

Überweisungsmodi und Berechtigung zur Rezeptausstellung der myofunktionellen Therapie. Von Praxis zu Praxis differierende Wartelisten und Behandlungszeiten erschweren zusätzlich den involvierten Fachdisziplinen, sich und dem Patienten eine einheitliche Vorstellung über die notwendigen Behandlungsmodalitäten zu geben.

Kinder unterschiedlichster Altersgruppen werden beim Kieferorthopäden vorstellig und benötigen auf Grund bestehender orofazialer Dysfunktionen eine Myofunktionstherapie. Doch wann ist der optimale Behandlungszeitpunkt für den Beginn einer Myofunktionstherapie gegeben? Wie sollte diese im zeitlichen Verhältnis zu der kieferorthopädischen Behandlung verlaufen?

Umfrage in Hamburg

Zur Verbesserung der fachübergreifenden Zusammenarbeit wurde in der im folgenden dargestellten Studie der aktuelle Status der myofunktionellen Therapie aus logopädischer Sicht hinterfragt.

44 logopädische Praxen im Großraum Hamburg, die myofunktionelle Therapie anbieten, wurden telefonisch von den Autoren kontaktiert und um Teilnahme an der vorliegenden Studie gebeten. 42 der Logopäden aus 32 der 44 befragten Praxen erklärten sich bereit, an der ein-



Dr. Heike Korbmacher
ist seit 2000 Oberärztin im Universitäts-Krankenhaus Eppendorf (UKE) in Hamburg. Ihr Interesse gilt unter anderem der Myofunktionstherapie und der Anwendung des Castillo-Morales Konzepts in der Kieferorthopädie.



Arndt Klocke
hat nach dem Zahnmedizinstudium in Münster seine kieferorthopädische Ausbildung in den USA absolviert und mit dem Facharzt abgeschlossen. Er ist seit 1998 Oberarzt am UKE.



Prof. Dr. Bärbel Kahl-Nieke
ist Geschäftsführende Direktorin der Poliklinik für Kieferorthopädie der Klinik für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde des UKE. Autorin des Buchs „Einführung in die Kieferorthopädie“.

stündigen kombinierten Interview- und Fragebogenstudie zu partizipieren. Angesprochene Themenbereiche waren die begleitende Symptomatik der zu therapierenden Patienten, zeitliche Koordinierung sowie die Qualität der interdisziplinären Zusammenarbeit. Weitere, bereits von den Autoren veröffentlichte Fragestellungen beschäftigten sich mit der Beurteilung kieferorthopädischer Apparaturen sowie dem Überweiserklientel. Die ermittelten Daten wurden anonym und mit Hilfe des SPSS-Programms statistisch ausgewertet.

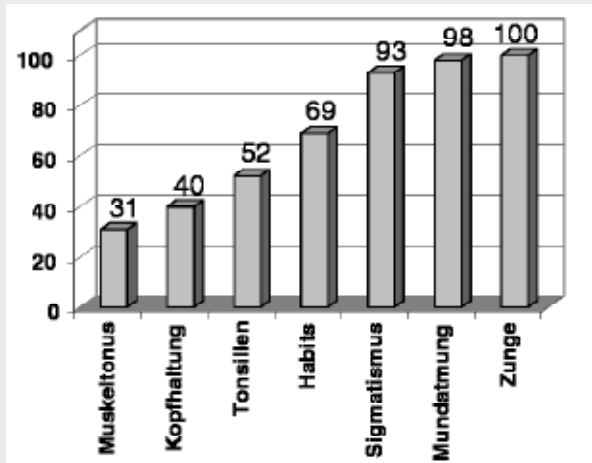


Abbildung 1: Beschreibung des Symptomenkomplexes bei Patienten mit orofazialen Dyskinesien, Angaben in Prozent.

Nach Aussagen der Muskelfunktionstherapeuten liegt neben der grundsätzlich zu therapierenden Zungenfehlfunktion (100% der Fälle) bei 98% der Patienten eine persistierende Mundatmung vor, in 93% der Behandlungen wird zusätzlich eine Korrektur des Sigmatismus (Sprechen) benötigt. 89% der Patienten weisen eine ausgeprägte Habitusgenese vor. Bei der Hälfte der Patienten sind die Tonsillen hyperplastisch. 40% der Kinder besitzen eine abnorme Kopfhaltung, bei 31% ist der Muskeltonus deutlich reduziert.

standardisierten Diagnostikbogens zum Zeitpunkt der Überweisung.

Zeitliche Koordinierung der interdisziplinären Zusammenarbeit

Bevorzugtes Alter des Patienten bei Therapiebeginn

Bei der Frage nach dem idealen Alter des Patienten zu Therapiebeginn wurde von mehr als 60% (26/42) der Therapeuten ein Alter von sieben Jahren oder jünger bevorzugt, 24% (10/42) gaben als ideales Alter acht Jahre an, nur drei der befragten Behandler favorisierten ein Patientenalter von neun Jahren oder älter (Abbildung 2). Jeder dritte Therapeut äußerte Unzufriedenheit mit dem Überweisungszeitpunkt. Dabei wurde von 21% (9/42) der Befragten moniert, dass Patienten oft zu spät zur Therapie überwiesen werden.

Wartezeit bis zum Beginn der myofunktionellen Therapie

Nur vier der 42 (10%) befragten Therapeuten gaben an, keine Wartezeit bei Neuüberweisungen zur myofunktionellen Therapie zu haben. Die durchschnittliche Wartezeit beträgt in dem Großteil der Praxen zwischen sechs und neun Monaten (57%, angegeben von 24 der Befragten). Nur in einer Praxis betrug die Wartezeit mehr als ein Jahr. Die Dringlichkeit aus eigener Sicht und aus Sicht des Überweisers wird von den Logopäden im Rahmen der Möglichkeiten

bei der Terminierung der Patienten in 64% (27/42) der Praxen berücksichtigt.

Dauer der Behandlung

44% (15/34) gaben eine durchschnittliche Anzahl von bis zu 20 Therapiesitzungen an, weitere 41% (14/34) benötigen in der Regel zwischen 21 und 30 Therapieeinheiten. Nach Angabe von 98% (41/42) der Logopäden finden diese einmal pro Woche für ca. 45 Minuten statt.

Zeitliche Koordination von myofunktioneller Therapie und kieferorthopädischer Behandlung

Auf die Frage nach der Koordinierung einer myofunktionellen Therapie und zusätzlich notwendiger kieferorthopädischer Behandlung wurde von seiten der Logopäden die

Durchführung einer myofunktionellen Therapie vor Beginn der kieferorthopädischen Behandlung bevorzugt. So favorisieren 60% (25/42) der Sprachtherapeuten erst eine logopädische Intervention. 24% (10/42) möchten parallel zu der kieferorthopädischen Behandlung therapieren. Zwei Logopäden arbeiten erst nach erfolgter kieferorthopädischer Behandlung. Die verbleibenden fünf Therapeuten machten keine Angaben.

Diskussion

Die bereits aus der Literatur bekannte Multidisziplinarität bei Patienten mit orofazialen Störungen (klinische Beispiele siehe Abbildung 3 und 4) wurde bestätigt. Die geschilderte klassische Symptomatik lässt einen Behandlungsbedarf bei der Korrektur von orofazialen Dysfunktionen von mehreren Fachdisziplinen wie der Logopädie, der Kieferorthopädie, der Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, der Pädaudiologie/Phoniatrie, der Pädiatrie sowie der Orthopädie erkennen.

Persistierende orofaziale Dysfunktionen begünstigen die Entstehung von Zahn- und Kieferfehllstellungen, Sprachstörungen sowie Erkrankungen oberer Atemwege. Deshalb müssen begleitende oder sich der myofunktionellen Behandlung anschließende Therapiewege unter interdisziplinären Gesichtspunkten in Betracht gezogen und möglichst im Team der notwendigen medizinischen Fachdisziplinen geplant werden. Zum Teil sollten auch bestimmte Ziele von unterschiedlichen Fachdisziplinen gemeinsam verfolgt werden. Stellvertretend hierfür sei das Erreichen eines kompetenten Lippenschlusses erwähnt, der sowohl zur

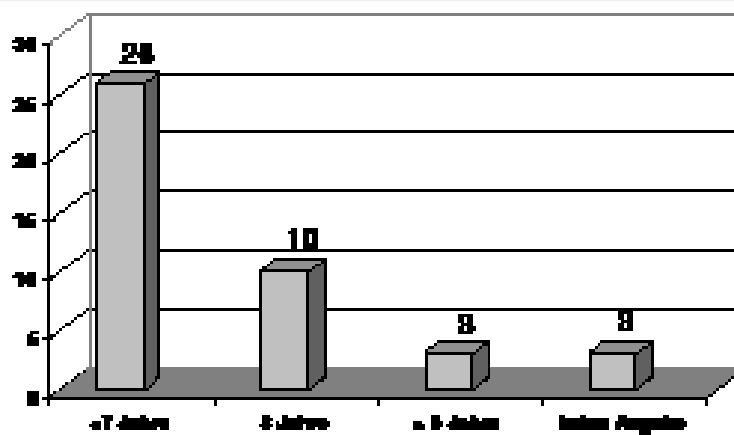


Abbildung 2: Bei der Therapie von orofazialen Dysfunktionen zeichnet sich der Wunsch nach frühzeitigem Beginn ab. Die Mehrheit der Therapeuten favorisiert einen frühen Behandlungsbeginn im Vorschulalter.



Abbildung 3: Facies adenoidea. Klassischer Symptomenkomplex eines Myofunktionspatienten bei persistierender Mundatmung und erzwungenem Lippenschluß, „Steckdosennasenlöcher“, Mentalisverspannungen.



Abbildung 4: Profilsicht einer achtjährigen Patientin mit orofazialen Dysfunktionen: fliehendes Profil, deutlich reduzierter Muskeltonus, offene Mundhaltung und Mundwinkelrhagaden bedingt durch die chronische Mundatmung.

Etablierung einer physiologischen Nasenatmung, zur Unterstützung der Abgewöhnung von orofazialen Dyskinesien sowie zur Vermeidung exogener Faktoren einer Zahn- und Kieferfehlstellung beiträgt. Wie an diesem Beispiel ersichtlich, verlangt eine erfolgreiche Therapie eines derart komplexen Befundes einen regelmäßigen interdisziplinären Austausch. Doch gerade dieser wurde von fast allen Befragten bemängelt.

Während mehrheitlich ein früher Beginn einer Myofunktionstherapie im Alter von unter sieben Jahren gewünscht wurde, werden in der Praxis Patienten häufig zu spät überwiesen. Ausgehend von einem optimalen Therapiebeginn bei einem chronologischen Alter von sieben Jahren und jünger sowie einer durchschnittlichen Wartezeit zwischen sechs und neun Monaten, sollte der überweisende Arzt die potentiellen Patienten bereits im Vorschulalter auf charakteristische Befunde überprüfen und rechtzeitig die logopädische und myofunktionelle Therapie einleiten. Bei Dringlichkeit kann die Therapie individuellen zeitlichen Bedürfnissen angepasst werden. Diese Flexibilität wurde mehrheitlich von den Befragten bestätigt.

Ein frühzeitiges Screening mit entsprechender Einleitung einer myofunktionellen Therapie vereinfacht zudem die zeitliche Koordinierung einer notwendigen myofunktionellen und kieferorthopädischen Behandlung. Abgesehen von einer frühen Interzeptivbehandlung beginnt letztere im allgemeinen im Alter von zehn Jahren.

Ein solches, bereits von *Benkert und Hilton*

gefordertes frühzeitiges Screening besitzt neben der Optimierung der Therapieumstände einen präventiven Charakter, der für das Gesundheitssystem einen nicht zu unterschätzenden ökonomischen Faktor darstellt. Durch frühzeitige interzeptive Maßnahmen können die Progredienz von Einzelbefunden und somit weitere aufwendige Behandlungsmaßnahmen verhindert werden.

Als weiteren Ansatzpunkt zur Verbesserung der interdisziplinären Zusammenarbeit wurde von fast allen Beteiligten ein standardisierter Diagnosebogen gefordert. Unter Berücksichtigung des von den Logopäden beschriebenen Symptomenkomplexes haben die Autoren einen Bogen konzipiert, der als Laufbogen gestaltet ist und so die Kommunikation unter den involvierten Disziplinen vereinfachen soll (siehe *Journal of Orofacial Orthopedics/Fortschritte der Kieferorthopädie* 3 (2001), 246-250). Des Weiteren soll so im Sinne von Qualitätssicherung eine gute Dokumentation zur weiteren wissenschaftlichen Beweisführung gewährleistet werden.

Literatur bei den VerfasserInnen

Korrespondenzanschrift

Dr. Heike Korbmacher
Universitäts-Klinikum Eppendorf
Abt. für Kieferorthopädie
Martinistr. 52
20246 Hamburg
E-Mail: korbmach@uke.uni-hamburg.de

Ergebnisse

Symptomenkomplex des typischen Patienten mit orofazialen Dysfunktionen

Die von den Befragten genannte Begleitsymptomatik des Patienten, der zur myofunktionellen Therapie überwiesen wird, ist in Abbildung 1 dargestellt. Auf die Frage „Welche weiteren Befunde neben der zu therapierenden Zungenfehlfunktion liegen bei dem klassischen Myofunktionspatienten zusätzlich vor?“ bemerkten ohne vorgegebene Antwortmöglichkeiten 98 % (41/42) der Befragten eine persistierende Mundatmung. Sprachstörungen – hier vor allem Sigmatismen – wurden von 93 % (39/42) der Therapeuten angegeben. 69 % (29/42) der Therapeuten diagnostizierten auch diverse Habits. Vornehmlich besaßen diese eine lustbetonte Komponente, wie vor allem das Lutschen. Die Hälfte der Befragten befundeten hyperplastische Tonsillen. Ebenfalls erwähnt wurden eine unphysiologische Kopfhaltung (40 %; 17/42) und ein generalisiert auftretender Muskelhypotonus (31 %; 13/42).

Zufriedenheit mit der interdisziplinären Zusammenarbeit aus Sicht der Logopäden

86 % (36/42) der Interviewten bemängelten die Qualität der interdisziplinären Zusammenarbeit. Hauptkritikpunkt war laut 48 % (20/42) der Logopäden die fehlende interdisziplinäre Kommunikation. 26 % (11/42) monierten unvollständige Diagnostik des überweisenden Arztes. Als Verbesserungsansatz befürworteten 93 % (39/42) der Befragten die Erstellung eines