

# Myofunktionelle Therapie

## Welche Faktoren wirken sich auf das Therapieergebnis aus – eine retrospektive Studie

*Bettina Heinzlmann, Kerstin Bilda, Anita M. Kittel*

**ZUSAMMENFASSUNG.** Neben erfolgreichen Therapieabschlüssen zeigen sich nach der Myofunktionellen Therapie auch Fälle, in denen das korrekte Schlucken nicht angewendet werden kann. Die vorliegende Studie untersucht, welche Einflussfaktoren positiv wirken und zum Erfolg beitragen. Es werden Ergebnisse des Projekts vorgestellt, das im Rahmen des Bachelor-Studiums an der FH Emden/Leer zusammen mit den Praxen für Logopädie A. Kittel durchgeführt wurde. In der retrospektiv angelegten Studie wurden die im Konzept nach A. Kittel postulierten Einflussfaktoren anhand eines Dokumentationsbogens erhoben. Insgesamt nahmen 51 ProbandInnen teil. Es ergaben sich zwei Stichproben. Verglichen werden die zuvor festgelegten Einflussgrößen der erfolgreichen Kinder, mit denen der weniger erfolgreichen Kinder. Auch wenn sich beide Populationen in ihrer Größe unterscheiden, lassen sich Erkenntnisse gewinnen, welche Faktoren positiv auf das Therapieergebnis wirken. Somit können erste Aussagen z.B. hinsichtlich des optimalen Alters und der Therapieform getroffen werden.

Schlüsselwörter: Myofunktionelle Therapie – Einflussfaktoren – Dokumentationsbogen – Therapieerfolgsfaktoren

### Einleitung

Die Myofunktionelle Therapie fungiert innerhalb der kieferorthopädischen Behandlung als wichtiger Baustein. Sowohl aus kieferorthopädischer (*Kahl-Nieke & Drescher, 2008*) als auch aus logopädischer Sicht ist sie in einem interdisziplinären Konzept wichtiger Bestandteil, um die Voraussetzungen für eine nachhaltige kieferorthopädische Behandlung zu schaffen (z.B. *Klocke et al., 2000*). Wie in der Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Kieferorthopädie (DGKFO, *Kahl-Nieke & Drescher, 2008*) festgestellt wird, existieren derzeit weder eine standardisierte Diagnostik noch standardisierte Therapieformen im Bereich der myofunktionellen Störungen. Eine erste wissenschaftliche Betrachtung des Konzeptes nach *Kittel (2004)* scheint daher sinnvoll und ist damit Gegenstand der vorgestellten Projektarbeit.

Das Therapiekonzept zielt, wie zahlreiche andere apparative und nichtapparative Konzepte auch, auf die Eutonisierung der orofazialen Muskulatur einerseits sowie auf die Anbahnung des physiologischen Schluckmusters andererseits. Es beinhaltet verschiedene Stufen, die sich aus fünf Übungsbereichen zusammensetzen. Diese bestehen aus Übungen zur Regulierung der Zungen- und Lippen- und der Ganzkörpermuskulatur so-

wie Einheiten zur Einhaltung der korrekten Zungenruhelage als Ausgangspunkt für das verbesserte Schluckmuster (*Kittel, 2003*).

Die vorliegende Arbeit bezieht sich auf die Anwendung des von A. M. Kittel entwickelten Konzepts in der logopädischen Praxis. Es zeigt sich hierbei, dass zahlreiche Patienten das Therapieziel – das korrekte Schlucken – dauerhaft erreichen. Im Rahmen des Projektstudiums an der Fachhochschule Emden/Leer wurde daher der Frage nachgegangen, ob und in welchem Umfang die von Kittel bezogen auf das Therapieergebnis vermuteten Faktoren wie Geschlecht, Art der Therapie, Einbeziehung der Eltern oder anatomische Voraussetzungen tatsächlich Einfluss auf das Therapieergebnis haben (*Kittel, 2004*). Bislang erfolgte zwar die praxisinterne Evaluation und Dokumentation der Therapieform, eine retrospektive Erhebung der Einflussfaktoren im Rahmen einer Studie gab es bislang jedoch nicht.

### Methodik

#### Zielsetzung

Ziel der Untersuchung war es, Anhaltspunkte darüber zu gewinnen, welche der vermuteten Faktoren einen Einfluss haben und in welchem Umfang sie auf das Outcome wirken (*Kittel, 2004*).

#### Bettina Heinzlmann B.Sc.

beendete ihre logopädische Grundausbildung 2004 in Tübingen und arbeitete anschließend drei Jahre in der Praxis für Logopädie Anita Kittel in Reutlingen. Das Logopädie-Bachelor-Studium schloss sie 2009 als Stipendiatin der FH Emden/Leer ab. Neben dem Studium war sie als wissenschaftliche Hilfskraft im Fachbereich Soziale Arbeit und Gesundheit tätig. Derzeit ist sie Studierende im Masterstudiengang „Lehr- und Forschungslogopädie“ an der RWTH Aachen und arbeitet als Logopädin in Praxen mit den Schwerpunkten Kindersprache und Beratung/Prävention sowie als Dozentin im Bereich der ErzieherInnenfortbildung.



**Dr. Kerstin Bilda** erhielt ihre logopädische Grundausbildung in Ulm und Heidelberg. Seit 2003 ist sie als Professorin an der Fachhochschule Emden/Leer tätig und dort für den Studienbereich Logopädie verantwortlich. Einer ihrer Arbeitsschwerpunkte ist die Entwicklung neuer Therapieverfahren in der Aphasietherapie.



**Anita M. Kittel** absolvierte 1972 ihre Ausbildung zur Logopädin in Erlangen. Danach war sie an der Psychologischen Beratungsstelle für Eltern, Kinder und Jugendliche in Tübingen angestellt. Seit 1982 ist sie selbständig in ihren Praxen in Reutlingen, seit 1998 bis 2006 auch in Metzingen. 1982 begann sie sich in die Myofunktionelle Therapie einzuarbeiten, um dann die Modifikation der amerikanischen Vorgehensweise zu entwickeln. Seit 1983 bietet sie in Deutschland, Schweiz, Österreich und Griechenland Fortbildungseminare an. Ihr Buch „Myofunktionelle Therapie“ wurde auch ins Tschechische und Griechische übersetzt. 2008 hat sie eine Zusatzausbildung in Kunst- und Kreativtherapie sowie 2009 als Psychologische Beraterin abgeschlossen.



Um eine spezifische Aussage treffen und die Vergleichbarkeit gewährleisten zu können, wurden nur Kinder in das Projekt einbezogen, die ausschließlich gemäß dem Konzept nach Kittel behandelt wurden.

Mit Hilfe eines speziell entworfenen Dokumentationsbogens wurden im Rahmen des Intervalltermins die potenziellen Einflussfaktoren individuell erhoben. Die zentrale Frage war hierbei: *Welche Voraussetzungen müssen gegeben sein, um das korrekte Schluckmuster in der Myofunktionellen Therapie nachhaltig zu erreichen?*

Folgende Fragestellung wurde untersucht: *Lassen sich Unterschiede zwischen der Gruppe, die das Therapieziel – das korrekte Schlucken – erreicht hat („Erfolgs-Gruppe“), und der Gruppe, die es nicht erreicht hat („Misserfolgs-Gruppe“) feststellen?* Diese Frage galt im Hinblick auf:

- Eutonisierung der orofazialen Muskulatur
- Teilnahmefrequenz
- Therapiesetting
- muskuläre Voraussetzungen
- Motivation des Patienten
- Mitarbeit der Eltern

## Studiendesign

Im Rahmen der retrospektiv angelegten Studie sollte erhoben werden, welche der von Kittel (2004) angenommenen Einflussfaktoren auf das Therapieergebnis negativ oder positiv wirken. Zu diesem Zweck wurde ein Verlaufs- und Dokumentationsbogen nach gültigen wissenschaftlichen Kriterien für Fragebögen entworfen (Bortz & Döring, 2006; Kirchoff et al., 2003) und als Erhebungsinstrument sowie zur Beurteilung des Therapieergebnisses eingesetzt. Das Therapieergebnis selbst wurde anhand folgender Bewertungskriterien klassifiziert (ebd.):

- Schlucken beim Essen und Trinken sowie beim Speichelschlucken zu 80 % korrekt > positives Outcome, Therapieziel erreicht („Erfolg“).
- Schlucken beim Essen und Trinken sowie beim Speichelschlucken nicht korrekt > negatives Outcome, Therapieziel nicht erreicht („Misserfolg“).

Die im Folgenden festgelegten, auf das Outcome Einfluss nehmenden Faktoren werden hier – bezogen auf die Myofunktionelle Therapie – mit dem Begriff „Einflussgrößen“ zusammengefasst. Angenommen wird, dass die Ausprägung verschiedener Faktoren die Qualität des Therapieergebnisses signifikant beeinflusst. Als solche Faktoren gelten u.a. die Motivation des Patienten während der Intensiv- und Intervalltherapie, Kieferorthopädische Apparaturen, vergleichende

Aufnahmen (Fotos) sowie interdisziplinäres Handeln (ebd.). Den genannten unabhängigen Variablen sind außerdem das Alter, die muskulären und gesamtkörperlichen Voraussetzungen sowie die Mitarbeit der Bezugspersonen im therapeutischen Setting hinzuzufügen. Diese finden ebenfalls innerhalb der Konzepterläuterung und im Ratgeber für Betroffene Beachtung (Kittel, 2006) und sollten als mögliche Einflussgrößen berücksichtigt werden.

Der postulierte Ursache-Wirkungszusammenhang ist bislang noch nicht wissenschaftlich belegt und war daher Gegenstand der Projektstudie.

## Probanden

Die Untersuchung schloss behandelte Kinder im Schulalter ein, da das untersuchte Therapieprogramm für diese Zielgruppe entwickelt wurde. Betrachtet wurden Patienten, die zum Zeitpunkt der Erhebung (März 2008) Einzel- und Gruppentherapie nach dem zu untersuchenden Konzept erhielten und die Intensivphase abgeschlossen hatten. Alle untersuchten Probanden befanden sich somit in der Intervallphase der Myofunktionellen Therapie.

Es wurden sowohl Jungen und Mädchen in die Stichprobe eingeschlossen, deren Eltern (oder ein Elternteil) an den Therapiesitzungen regelmäßig teilnahmen, als auch Patienten, die die Intensivtherapie überwiegend alleine wahrnahmen. Die Therapie und Beratung erfolgte jeweils durch eine Logopädin mit abgeschlossener Fortbildung. Die Patienten wurden unabhängig davon untersucht, inwieweit sie das Ziel der Behandlung erreicht hatten. Hieraus ergaben sich zwei Stichproben.

Ausgeschlossen wurden die Kinder, deren Eltern sich mit der Dokumentation ihres Therapieverlaufes per Dokumentationsbogen nicht einverstanden erklärt hatten, sowie solche, die zum Zeitpunkt der Therapieaufnahme noch nicht eingeschult waren. Nicht betrachtet wurden ebenso Kinder mit Behinderungen und/oder syndrombedingten Muskeldystonien, wie sie z.B. bei Morbus Down auftreten, sowie Patienten, die nicht ausschließlich nach dem Konzept der Myofunktionellen Therapie nach Kittel behandelt wurden.

## Konzeption des Dokumentationsbogens

Der für das Vorgehen entwickelte Dokumentationsbogen entspricht einem semistandardisierten Verfahren und soll den Kriterien der wissenschaftlichen Nachweisbarkeit (Evidenz)

entsprechen. Hierfür werden drei Themenschwerpunkte gesetzt, abgeleitet aus den Faktoren, die sich – so die Annahme – auf das Therapieergebnis auswirken:

- Angaben über Patient und Therapie
- Ruhelagen
- Dokumentation/Motivation

Vor der Durchführung der Beurteilung wurde das Dokumentationsinstrument erläutert, die teilnehmenden Therapeutinnen wurden entsprechend instruiert.

## Untersuchung und Procedere

### Rahmenbedingungen

Die Gewinnung der Stichproben erfolgte in Zusammenarbeit mit den Praxen für Logopädie Anita Kittel Reutlingen und Metzingen. Die Einrichtungen wenden das beschriebene Therapiekonzept seit 1982 bzw. seit 1998 an. Alle mitwirkenden Logopädinnen haben zuvor die Fortbildung „Myofunktionelle Störungen nach Kittel“ absolviert. Die perzeptive Beurteilung des Outcomes und das Ausfüllen des Dokumentationsbogens erfolgten im Rahmen des Intervalltermins. Die Datenerhebung erfolgte anonymisiert und mit dem Einverständnis des Patienten. Die Untersuchungsplanung und Durchführung fanden unter Supervision durch Prof. Dr. K. Bilda (Emden/Leer), A. Kittel (Praxis Reutlingen) und N. Förster (Praxis Metzingen) statt. Der Untersuchungszeitraum wurde mit drei Monaten (März 2008 bis Mai 2008) kalkuliert, um die notwendige Repräsentativität der Ergebnisse zu gewährleisten.

### Rücklauf

Die Rücklaufquote betrug n=51 (Mädchen n=31, Jungen n=20), siehe Tab. 1. Die vergleichende Auswertung der Stichproben „Erfolg (+)“ vs. „Erfolg (-)“ erfolgte mit MS Excel.

## Ergebnisse und Diskussion

### Verteilung der Probanden

Tab. 1 und Abb. 1 stellen die Verteilung der männlichen und weiblichen Probanden dar. Danach wurden 14 Patienten der „Misserfolgs-Gruppe“, 35 Patienten der „Erfolgs-Gruppe“ sowie zwei Patienten der Gruppe „keine Angaben“ („k.A.“) zugeordnet. Abb. 2 zeigt, dass 69% aller an der Therapie Teilnehmenden das Therapieziel erreicht, 27% die Therapie weniger erfolgreich abgeschlossen haben. Innerhalb der Gruppe der Mädchen zeigt sich eine Erfolgsquote von 77%, während sich die Erfolgsquote der Jungen lediglich auf 55% beläuft (Abb. 3).

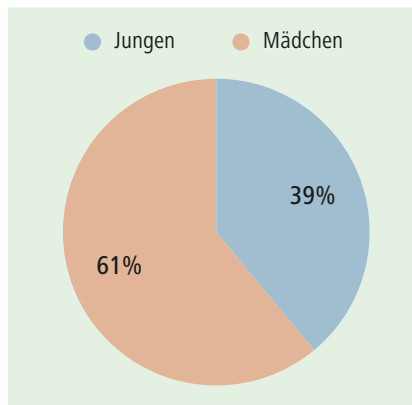
■ Tab. 1: Probandenverteilung

n = 51	männlich 20	weiblich 31
<b>Therapieerfolg</b>	11	24
<b>Misserfolg</b>	7	7
<b>k. A.</b>	2	0

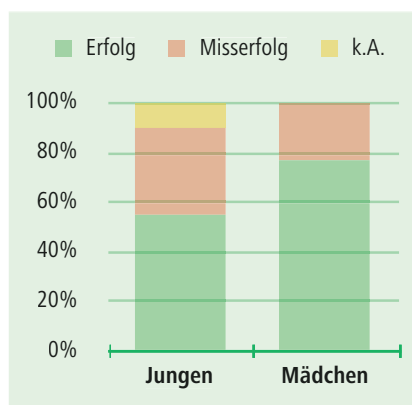
### Alter

Das Alter (Abb. 4) der Probanden erstreckt sich zum Zeitpunkt der Erhebung von 8 bis 17 Jahren. Die teilnehmerstärksten Gruppen werden hier von den 9- bzw. 11-Jährigen mit 12 bzw. 9 Teilnehmern gebildet. Das Durchschnittsalter der Probanden beträgt 11,83 Jahre. Das Durchschnittsalter der „Misserfolgs-Gruppe“ liegt bei 9,64 Jahren, das der „Erfolgs-Gruppe“ bei 12,82 Jahren. Interessanterweise lässt sich beobachten, dass ab dem Alter von ca. 13 Jahren die Erfolgsquote bei beiden Geschlechtern 100% beträgt. Es lässt sich vermuten, dass die Wahrscheinlichkeit, die Therapie erfolgreich beenden zu können, mit zunehmendem Alter steigt. Hiermit könnte die vergleichsweise höhere Therapiemotivation der Patienten als mögliche Ursache assoziiert werden.

■ Abb. 1: Probandinnen



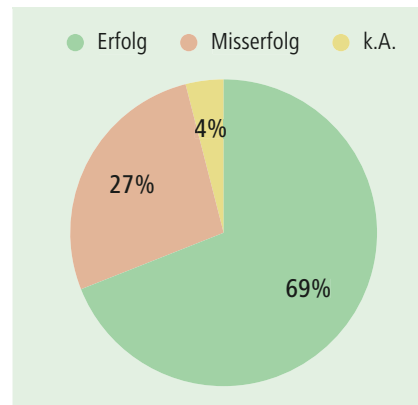
■ Abb. 3: Therapieergebnisse



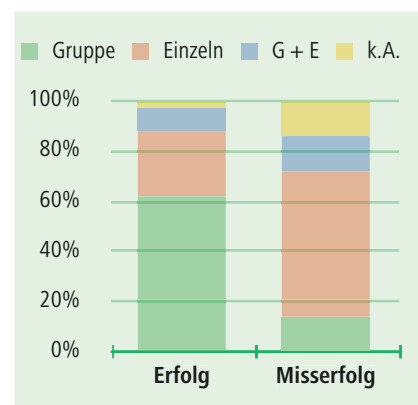
### Therapiemodus

Abb. 5 zeigt, dass die meisten Teilnehmer der „Misserfolgs-Gruppe“ während der Intensivphase eine Einzeltherapie wahrnahmen (58%). Innerhalb der „Erfolgs-Gruppe“ wurde deutlich häufiger die Gruppentherapie wahrgenommen (62%). Die Gruppentherapie als Therapiemodus scheint einen maßgeblichen Einfluss hinsichtlich des Therapieerfolges zu haben. In der „Misserfolgs-Gruppe“ haben nur 14% eine Gruppentherapie wahrgenommen. An dieser Stelle gilt zu beachten, dass die Zuordnung in Gruppen- oder Einzeltherapie verschiedenen Gesichtspunkten folgte: So ist zu vermuten, dass sich in der „Misserfolgs-Gruppe“ mehr Patienten mit schwerer myofunktionaler Störung befanden. Diese können z.T. den Inhalten in einer Gruppentherapie nur mit unterschiedlicher Geschwindigkeit folgen (z.B. aufgrund muskulärer Voraussetzungen, orofazialer Koordinationsschwierigkeiten) und benötigen zur optimalen Förderung Einzelbetreuung. In dieser Gruppe befand sich z.B. ein Kind mit Aufmerksamkeitsdefizit/Hyperaktivitäts-Störung (Zusatzangabe auf einem Dokumentationsbogen durch die Logopädin). Eine weitere Erklärungsmöglichkeit könnte sein, dass zum Zeitpunkt der Intensiv-

■ Abb. 2: Ergebnis nach Intensivphase



■ Abb. 5: Therapieform Intensivphase



therapie kein altersgemäß passendes Gruppenmitglied gefunden werden konnte, oder z.B. die Arbeitshaltung des Patienten eine Therapie in der Gruppe aus Sicht der behandelnden Logopädin nicht zuließ.

**Therapiepartizipation**

Die regelmäßige Therapiepartizipation scheint ein weniger ausschlaggebender Faktor hinsichtlich des Therapieerfolgs zu sein. Beide Gruppen zeigen einen hohen Wert im Hinblick auf die Regelmäßigkeit (Abb. 6) und unterscheiden sich in diesem Aspekt geringfügig. Interessant wäre die Frage nach der häuslichen Festigung des in der Therapie Erlernten (der Übungen). Aufgrund geringer Bewertungsgenauigkeit wurde in der Konzeption des Dokumentationsbogens hierauf jedoch verzichtet.

**KFO-Behandlung**

In der „Misserfolgs-Gruppe“ befanden sich insgesamt 7 Probanden mit normalem Gaumen, 7 mit gotischem Gaumen und weitere 7 wiesen einen normalen Biss auf. 3 Patienten hatten einen offenen Biss, 2 einen Lückenbiss und 2 weitere einen Kreuzbiss. Bei insgesamt 47% der Probanden wurde bzgl. der kieferorthopädischen Behandlung „kein

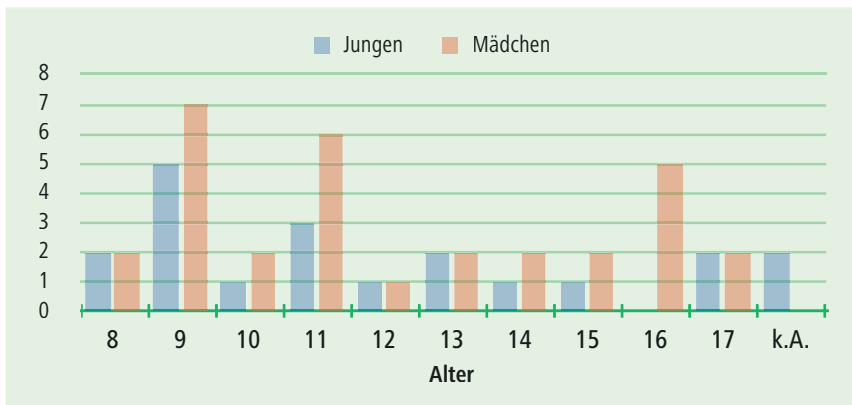
Gerät“, „k.A.“ oder „KFO geplant“ angegeben. Die Myofunktionelle Therapie als der kieferorthopädischen Behandlung oft vorausgehende Therapie lässt sich als Grund hierfür vermuten. Die (noch) nicht eingeleitete kieferorthopädische Behandlung könnte auch als ein negativ wirkender Faktor hinsichtlich der Therapiemotivation vermutet werden. Das Ziel der Myofunktionellen Therapie könnte in diesem Fall für die Patienten z.B. noch nicht deutlich genug erkennbar sein.

Die Teilnehmer der „Erfolgs-Gruppe“ befanden sich zu 56% in kieferorthopädischer Behandlung bzw. waren mit entsprechenden Geräten ausgestattet. Die Myofunktionelle Therapie wurde hier also als flankierende Maßnahme durchgeführt. Idealerweise liegt das korrekte Schlucken nach Beendigung beider Therapien vor, da die Wahrscheinlichkeit für ein KFO-Rezidiv „geringer ausfällt“ (Hanson, 2004, S. 24).

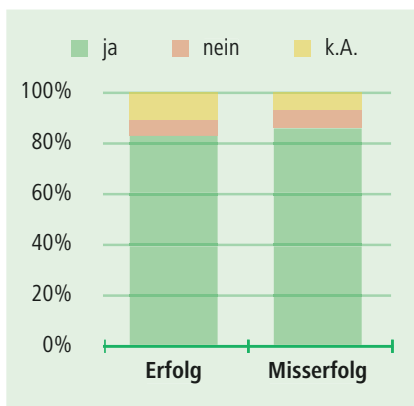
**Habits**

Im Bereich Habits (Abb. 7) bestätigen sich Annahmen der Fachliteratur (z.B. Kahl-Nieke & Drescher, 2008), dass anhaltende Lutschgewohnheiten das Erreichen des physiologischen Schluckmusters negativ beeinflussen bzw. erschweren. 69% der Patienten der

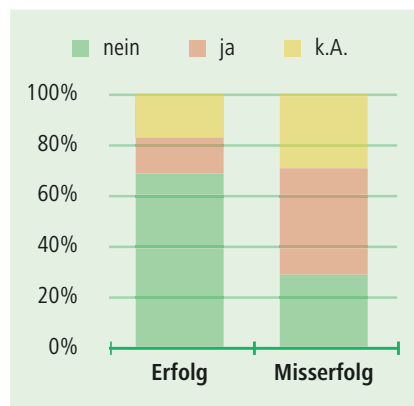
■ **Abb. 4: Verteilung Alter der ProbandInnen**



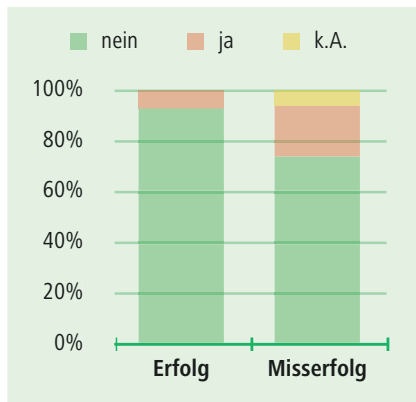
■ **Abb. 6: Regelmäßige Therapiepartizipation**



■ **Abb. 7: Vorliegen eines Habits**



■ Abb. 8: KFO-Bericht vor Intensivphase



„Erfolgs-Gruppe“ zeigen keine Habits, in der „Misserfolgs-Gruppe“ sind dies nur 29 %, wovon wiederum 42 % (weiter) bestehende Habits aufweisen. Innerhalb der „Erfolgs-Gruppe“ fehlen Angaben in 17 % der Fälle. Es ist zu vermuten, dass diese schon zu Beginn der Intensivphase keine Habits (mehr) zeigten.

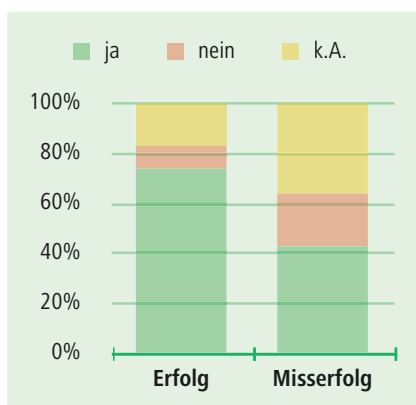
**KFO-Bericht**

Der Forderung nach interdisziplinärem Vorgehen innerhalb der Myofunktionellen Therapie (Korbmacher et al., 2004) wurde nachgegangen. So arbeiteten die Logopädinnen in 40 Fällen (82 %) interdisziplinär mit Kieferorthopäden zusammen. Zur Optimierung der Versorgung wäre allerdings ein KFO-Bericht zu Beginn der Therapie wünschenswert. Dieser lag nur in 16 % der Fälle vor (Abb. 8).

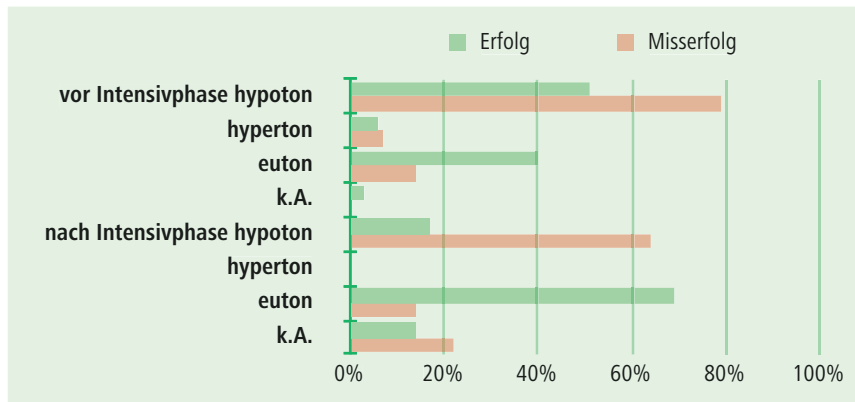
**Tonusqualität**

Die Tonusqualität (Abb. 9) hat sich in der „Misserfolgs-Gruppe“ insgesamt nicht verbessert. Bei 9 von 14 Patienten dieser Gruppe bestehen zu Beginn und zum Abschluss der Therapie eher hypotone muskuläre Voraussetzungen. Innerhalb dieser Gruppe wurden die Ganzkörperübungen zu 43 % durchgeführt, in der „Erfolgs-Gruppe“ war dies zu 74 % der Fall (Abb. 10). Diese Gruppe zeigte

■ Abb. 10: Ganzkörperübungen



■ Abb. 9: Tonus vor und nach der Intensivphase

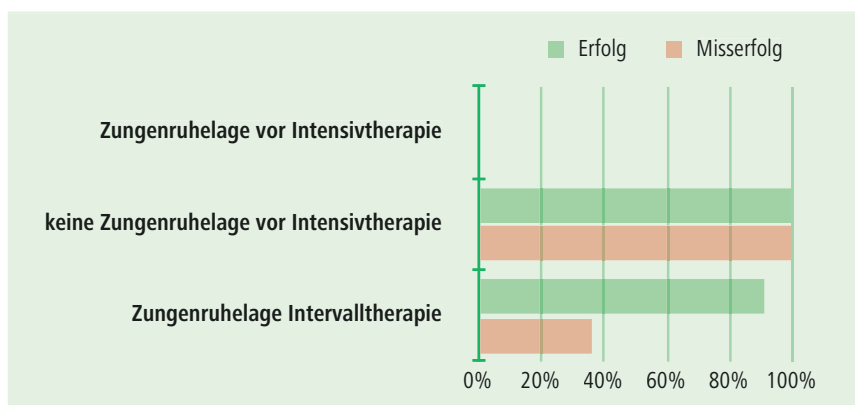


deutliche Verbesserungen: So sind nur noch 6 Patienten als „hypoton“ eingestuft, 24 Patienten wurden mit „euton“ bewertet. Dies steht für eine Quote von 69 % und spricht deutlich für die Therapie begleitende Durchführung von Ganzkörperübungen, analog der Tatsache, dass es sich auch um ein den ganzen Körper betreffendes Störungsbild handelt (Fischer-Voosholz, 2002). Die Möglichkeit der Zusammenarbeit mit z.B. Physiotherapeuten zur Unterstützung der eutonen Gesamthaltung sollte daher näher beleuchtet werden.

**Zungenruhelage**

Das Erlernen der korrekten Zungenruhelage als wichtige Grundvoraussetzung für das erfolgreiche Schlucken wird mit den vorliegenden Daten bestätigt. Kein Proband der „Misserfolgs-Gruppe“ und der „Erfolgs-Gruppe“ (Abb. 11) zeigte vor der Intensivphase die korrekte Zungenruhelage. In der Intervallphase ist bei nur fünf (36 %) Probanden der „Misserfolgs-Gruppe“ die korrekte Zungenruhelage zu beobachten, in der „Erfolgs-Gruppe“ hingegen sind dies 91 % der Patienten. Die Übereinstimmungen bei den diesbezüglichen Angaben seitens der Eltern/Therapeuten/Patienten unterscheiden sich in beiden

■ Abb. 11: Entwicklung der Zungenruhelage



Gruppen deutlich: In der „Misserfolgs-Gruppe“ stimmen nur 30 % der Angaben überein, in der „Erfolgs-Gruppe“ hingegen nur 77 %. Hypothetisch wäre hier ein Unterschied in der Kommunikation innerhalb der Familie oder der unterschiedliche Stellenwert der Therapieinhalte im Alltag zu vermuten. Auch das Wissen über die Therapieinhalte und mögliche qualitative Unterschiede beider Stichproben hinsichtlich des Wissens über die Zusammenhänge zwischen der Ruhelage und dem Schlucken wäre möglich. Die Ergebnisse unterstreichen in jedem Fall die Relevanz der Übungen in diesem Bereich.

**Unterstützung durch die Eltern**

Die Therapie der Kinder mit hoher Motivation wurde innerhalb der „Misserfolgs-Gruppe“ zu 35 % und in der „Erfolgs-Gruppe“ durch die Eltern (Teilnahme an laufender Intensivtherapie) unterstützt. Offen ist, ob in den verbleibenden Fällen die Eltern kein Interesse zeigten, ob ihnen die Teilnahme nicht angeboten wurde oder inwieweit sie aus anderen Gründen fernblieben/unregelmäßig erschienen. Nach Kittel (2004) ist die Teilnahme der Eltern jedoch als ein relevanter Faktor u.a. im Hinblick auf die angestrebte Automatisierung zu berücksichtigen.

In beiden Stichproben zeigt sich eine positive Wechselwirkung der Patienten-Motivation („gut“) und der Elternunterstützung. Sowohl die positive Haltung der Teilnehmer als auch die unterstützende Mitarbeit der Eltern könnten also für den Therapieerfolg durchaus ausschlaggebend sein.

## Zusammenfassung und Ausblick

Da im Rahmen der Projektstudie zwei ungleich große Populationen miteinander verglichen wurden, ist ein retrospektiver Vergleich nur eingeschränkt möglich. Prozentuale Angaben sollten daher immer im Kontext mit der jeweiligen Stichprobengröße betrachtet werden.

Allerdings können die gewonnenen Ergebnisse erste wertvolle Hinweise darauf geben, welche Faktoren das Erreichen eines korrekten Schluckmusters begünstigen bzw. hemmen. Hierbei ist zunächst eine *Geschlechterdifferenz* zu beobachten: Deutlich mehr Mädchen als Jungen erreichen das Therapieziel. Dieser Unterschied verliert sich allerdings, denn ab einem Alter von ca. 13 Jahren wird das Therapieziel bei Jungen und Mädchen gleichermaßen erreicht.

Ein weiterer Unterschied ist zwischen *Einzel- und Gruppentherapie* festzustellen: Die Gruppentherapie scheint zur Erarbeitung der therapeutischen Inhalte effektiver zu sein.

Als wichtiger Therapieaspekt gilt der *Tonus*, der sich innerhalb der Erfolgs-Gruppe deutlich verbessert hat. Dies spricht für eine stärkere Einbeziehung des Gesamtkörpertonus zur Unterstützung der orofazialen Muskelfunktion. Eine Erhebung über begleitende sportliche Aktivitäten der Patienten während der Intensivphase wäre hier ein weiterführender Ansatzpunkt. Auch der Einbezug anderer therapeutischer Bereiche wie z.B. der Physiotherapie wäre denkbar. Möglicherweise ließen sich in der Misserfolgs-Gruppe mehr positive Ergebnisse durch zeitnahen Einbezug anderer Muskelfunktionstherapeuten erzielen.

Die Relevanz der *Zungenruhelage* als Voraussetzung für den kompetenten Lippenchluss und als physiologische Ausgangslage für das korrekte Schluckmuster wird durch die Daten der vorliegenden Untersuchung bestätigt. Die Ergebnisse in diesem Bereich sollten möglicherweise noch mehr in den Fokus der Behandlung während der Intensivphase rücken.

Die *Unterstützung im Alltag durch die Eltern* spielt diesbezüglich sicherlich auch eine maßgebliche Rolle. Die vorliegende Projektstudie zeigt, dass eine Tendenz zur positiven Wechselwirkung der Patienten-Motivation und dem Engagement der Eltern vorliegt.

Die Bewertung des Therapieerfolgs erfolgte anhand subjektiver Kriterien durch die Therapeuten. Ob der Patient das korrekte Schluckmuster im Alltag konstant und nachhaltig anwendet, ist hierbei schwer zu beurteilen. Deshalb wurden im Rahmen der Auswertung die Termini „Erfolg“ bzw. „Misserfolg“, statt – wie auf dem Dokumentationsbogen zunächst vorgesehen – der Terminus „Transfer“ gewählt.

Auch wurde in der Intervall-Sitzung die *Schluckqualität* beurteilt. Sie stellt das Ziel der Therapie dar und entspricht einer messbaren Ausprägung des Outcomes. Die Überprüfung des Therapieergebnisses nach einem längeren Zeitraum wäre wünschenswert, um Aussagen über den Langzeit-Effekt des Therapiekonzepts treffen zu können.

Eine weitere wichtige therapeutische Herausforderung bildet die Beurteilung der nachhaltigen Anwendung des Erlernten, also die Integration des korrekten Schluckmusters in den Alltag. Auch sollten spezifische Fragestellungen im Hinblick auf einzelne Einflussfaktoren Gegenstand weiterer kontrollierter Untersuchungen sein.

## LITERATUR

- Bortz, J. & Döring, N. (2006). *Forschungsmethoden und Evaluation. Für Human- und Sozialwissenschaftler*. Heidelberg: Springer
- Fischer-Voosholz, M. (2002). Erstgespräch und Anamnese. In: Thiel, M.M. (Hrsg.), *Orofaziale Muskelfunktionsstörungen. Klinik – Diagnostik – ganzheitliche Therapie. Praxiswissen Logopädie* (53-64). Berlin: Springer
- Hanson, M.L. (1994). Die Entwicklung und der gegenwärtige Stand der MF-Therapie. In: Freiersleben, D. & Helms, P. (Hrsg.), *Myofunktionelle Therapie bei orofazialen Dyskinesien. Kongressberichte vom 10. internationalen Kongress für Myofunktionelle Therapie. Lüneburg 1992* (19-34). Frankfurt/M.: Peter Lang
- Kahl-Nieke, B. & Drescher, D. (2008). *Stellungnahme der DGKFO, Deutsche Gesellschaft für Kieferorthopädie: Diagnostik und Therapie orofazialer Dysfunktionen*. <http://www.dgkfo.de/DGKFO%20Stellungnahme%20MFT.pdf> (16.07.2008)
- Kirchhoff, S., Kuhnt, S., Lipp, P. & Schlawin, S. (2003). *Der Fragebogen. Datenbasis, Konstruktion und Auswertung*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften
- Kittel, A.M. (2003). *Übungsblock für Myofunktionelle Therapie*. Idstein: Schulz-Kirchner
- Kittel, A.M. (2004). *Myofunktionelle Therapie*. Idstein: Schulz-Kirchner
- Kittel, A.M. (2006). *Myofunktionelle Störungen. Ein Ratgeber für Eltern und erwachsene Betroffene. Ratgeber*. Idstein: Schulz-Kirchner
- Klocke, A., Korbmacher, H. & Kahl-Nieke, B. (2000). Der Status der myofunktionellen Therapie im Rahmen der interdisziplinären Zusammenarbeit aus der Sicht des Muskelfunktionstherapeuten. *Sprache – Stimme – Gehör* 24, 38-42
- Korbmacher, H., Böhme, G., Kittel, A. & Kahl-Nieke, B. (2004). Vorschlag für einen interdisziplinären Diagnosebogen bei orofazialen Dysfunktionen. *Sprache – Stimme – Gehör* 28, 133-136

### SUMMARY. Myofunctional therapy: which influencing factors have an impact on the outcome – a retrospective study

This retrospective study was designed to investigate numerous influencing factors during the myofunctional therapy which could have an impact on the outcome. Subjects were 51 school-children after receiving oral myofunctional services. All children were treated with the concept by A. Kittel. The study analyses whether the established orofacial balance could be stabilized and the physiological orofacial function became automatic. The documented standardized logopedic examination shows two groups with differences as to influencing variables such as age and form of therapy during the treatment. Even if the two groups vary in quantity, the results offer first findings related to beneficial factors during the myofunctional treatment.

KEYWORDS: Myofunctional therapy – influencing factors – standardized diagnostic sheet – successful treatment parameters

### Korrespondenzanschrift

Bettina Heinzelmann (B.Sc.)  
Logopädin  
Kasinostraße 66  
52066 Aachen  
bettyheinzelmann@web.de