

# Spezifische Therapie bei Orofazialen Dysfunktionen

## Sicherung des kieferorthopädischen Behandlungserfolges durch effiziente und zielgerichtete logopädische Therapie unter Einsatz der Methode M.U.N.D.T<sup>®</sup>

**Schlüsselwörter:** Orofaziale Dysfunktion, viszerales Schluckmuster, Zungenruhelage, Habits, Transfer

**Zusammenfassung:** Funktionelle Beeinträchtigungen im orofazialen Gefüge stellen für den Behandlungserfolg einer kieferorthopädischen Therapie ein hohes Rückfallrisiko dar. Zu diesem Symptomenkomplex gehören vor allem ein persistierendes viszerales Schluckmuster, das in der Regel eine Zungenprotrusion beim Schlucken aufweist, und eine Fehllagerung der Zunge in Ruhe. Diese Symptome tragen zu Zahnstellungsanomalien bei bzw. halten jene aufrecht und riskieren so den Erfolg einer kieferorthopädischen Therapie. Beobachtungen in der logopädischen Praxis zeigen, dass die tradierte Annahme, die orofaziale Muskulatur sei zu hypoton, um das somatische Schluckmuster und die physiologische Zungenruhelageposition überhaupt ausführen zu können, nicht zutreffend ist. Statt der Anwendung logopädischer Therapieansätze, die auf die Kräftigung von orofazialen Muskelstrukturen ausgerichtet sind, ist M.U.N.D.T (Myofunktionelle Störungen umfänglich und nachhaltig diagnostizieren und therapieren) eine neue logopädische Behandlungsmethode, die zielgerichtet auf das Umlernen des Schluckmusters, den Erwerb der physiologischen Zungenruhelage, den Abbau von den Schluckprozess begleitenden Habits und den Transfer des Erlernten im Alltag ausgerichtet ist.

### Einleitung und Problemstellung

Funktionelle Beeinträchtigungen im orofazialen Gefüge – Orofaziale Dysfunktionen – stellen für den Behandlungserfolg einer kieferorthopädischen Therapie ein hohes Rückfallrisiko dar. Bei Kindern und Jugendlichen gehen Zahnstellungsanomalien häufig mit einem persistierenden viszeralem Schluckmuster und/oder einer falschen (dorsalen) Ruhelagerung der Zunge einher. Ruben und Wittich (2014, S. 23) schreiben dazu: „Grabowski et al. (2007) untersuchten 766 Kinder mit Milchgebiss. Dabei wiesen 89% der Kinder eine MFS<sup>1</sup> auf. Die Untersuchung von 2.275 Kindern mit frühem Wechselgebiss deckte bei 90% myofunktionelle Auffälligkeiten auf“. Daraus kann abgeleitet werden, dass es sich, wenn ein Zustand bei einer Majorität der Kinder vorliegt – in diesem Fall eine Orofaziale Dysfunktion – vermutlich um ein physiologisches Geschehen handelt, das somit keiner Intervention in diesem Alter bedarf. Liegt ein viszerales Schluckmuster aber noch im späten Wechselgebiss vor, ist dieses zumindest aus kieferorthopädischer Sicht nicht mehr als physiologisch zu betrachten, wenn es ungünstige Auswirkungen auf die Zahnstellung hat.

Eine Orofaziale Dysfunktion lässt sich mittels zielgerichteter logopädischer Therapie gut beheben. Anders als bei apparativen Interventionen wie Zahngittern, Spikes, Mundvorhofplatten u. ä., bei denen die Protrusion und die favorisierte Fehllagerung der Zunge in Ruhe unmöglich gemacht werden, haben Übungstherapien den Vorteil, dass der Zunge nicht nur gezeigt wird, wo sie nicht zu sein hat, sondern ihr quasi beigebracht wird, wie es richtig geht. Trotz der Fülle der begleitenden Symptome liegt stets mindestens eine der nachfolgenden Problematiken vor: eine gegen die Zähne gerichtete Bewegung der Zunge beim Schlucken (Protrusion) und eine Fehllagerung der Zunge in Ruhe. In der Regel liegen beide Merkmale vor, die von unterschiedlichsten Habits begleitet werden können. Weitere Anzeichen sind bspw. habituelle Mundatmung oder Auffälligkeiten in der Artikulation. Die übungstherapeutische Behandlung Orofazialer Dysfunktionen ist aber nur dann indiziert, wenn die vorliegende Störung die kieferorthopädische Behandlung beeinträchtigt oder es zu anderen Problemen, wie z. B. zu Craniomandibulärer Dysfunktion (CMD), führt.

<sup>1</sup> MFS = myofunktionelle Störung