Myofunktionelle Therapie

Paul W. Stöckli, Zürich, Vis. B. Ingervall, Bern, J. P. Joho, Genf, L. Wieslander, Basel

Stellungnahme der vier Abteilungsvorsteher für Kieferorthopädie an den Schweizer Universitäten – Prof. *Ingervall*, Bern / Prof. *Joho*, Genf / Prof. *Stöckli*, Zürich / Prof. *Wieslander*, Basel – zu einer Anfrage des Präsidenten der Fachkommission der Schweizerischen Gesellschaft für Kieferorthopädie, Dr. *Chiarini*. Das Thema „Myofunktionelle Therapie nach Garliner" wurde an einer Sitzung der vier Lehrstuhlinhaber besprochen und Prof. *Stöckli* beauftragt, eine Stellungnahme zu verfassen. Sie wurde von den übrigen Abteilungsvorstehern überprüft, gutgeheißen und visiert.

Alle *vier Abteilungsvorsteher für Kieferorthopädie an den Schweizer Universitäten* sind sich darin einig, daß die – vor allem durch Kurse von Dr. *Garliner* (USA) und seiner Anhänger – in letzter Zeit geradezu explosionsartig ausgelöste Verbreitung der sogenannten „Myofunktionellen Therapie" eine kritische Wertung herausfordert, besonders deshalb, weil Eltern und deren Kinder mit zeitlich und finanziell belastenden therapeutischen Maßnahmen konfrontiert werden, deren Stellenwert und Wirksamkeit auf breiter Basis in Frage gestellt werden muß.

Es ist unbestreitbar, daß bei wachsenden Kindern im oralen Funktionsmuster häufig muskuläre Deviationen in Grundhaltung und Dynamik vorliegen. Damit können Zahnstellungsabweichungen und Okklusionsstörungen mit mehr oder weniger ausgeprägter Diskoordination der Kieferbeziehungen vergesellschaftet sein. Kieferorthopädische Therapie zielt im wesentlichen darauf ab, die *morphologischen* Beziehungen über mechanische Einflußnahme mittels Ausübung von Kräften (dies gilt auch für sogenannte funktionelle Apparaturen) zu normalisieren. Erfahrungsmäßig und wissenschaftlich eindeutig belegt ist, daß sich durch diesen therapeutischen Ansatz in der Folge bei weitaus den meisten Fällen auch die *Weichteilfunktionen* normalisieren. Bedingung allerdings ist, daß keine adversen Einflüsse vorliegen, seien sie exogener Natur, wie persistierendes Daumenlutschen, oder endogener Natur, wie Obstruktion der Nasenwege. Diese Faktoren sollten jedoch schon bei der Befunderhebung identifiziert und vor und/oder im Verbund mit der aktiven kieferorthopädischen Behandlung ausgeschaltet oder behoben werden. Einzuräumen ist, daß Mißerfolge im Behandlungsverlauf oder Rezidive nach abgeschlossener Behandlung eintreten können, deren Ursachen *scheinbar* weder durch mangelnde Mitarbeit noch durch suboptimale Befunderhebung oder Behandlungsverfahren erklärt werden können. Neben atypischem Wachstumsverlauf dürfte eine der Hauptursachen im unvollständigen Adaptations- und Normalisierungsvermögen der Weichteile, besonders der Zunge liegen; die neuromuskuläre Reprogrammierung kann teilweise oder ganz ausbleiben. Im Gesamtvolumen der Behandlungsfälle stellen jedoch die Mißerfolge auf dieser Grundlage *allein* eine verschwindend kleine Gruppe dar.

Originalartikel publiziert in Schweiz. Monatsschr. Zahnmed. Vol. 97 5/1987