

Schlucken und Zungenruhelage effizient therapieren!

Die Logopädin Steffi Kuhrt hat mit dem SZET-Konzept (Schlucken und Zungenruhelage Effizient Therapieren) einen weiteren Ansatz zur Therapie Myofunktionseller Dysfunktionen erarbeitet, der bereits im Namen auf das Wort „myofunktionsell“ verzichtet. Denn auch Frau Kuhrt stellt die Verbesserung der Muskelfunktion mithilfe mundmotorischer Übungen als Notwendigkeit in der Myofunktionsellen Therapie (MFT) grundsätzlich infrage und plädiert stattdessen dafür, das Bewegungslernen in den Fokus der Therapie zu stellen. Deshalb interviewte Karen Ellger (ke) Steffi Kuhrt (SK) als Ergänzung zum vorhergehenden Artikel „Spezifische Therapie bei Orofazialen Dysfunktionen“ von Petra Krätsch-Sievert.

ke | Frau Kuhrt, die Therapie der Myofunktionsellen Dysfunktionen, kurz MFD, ist bisher in der Evidenzforschung noch ein fast unbeschriebenes Blatt: Wirksamkeitsnachweise für die Therapie Myofunktionseller Dysfunktionen gibt es nur wenige.

SK | Ja, die angewendeten Methoden beruhen auf Expertenmeinungen ohne Wirksamkeitsnachweise. Dennoch hat sich in der Myofunktionsellen Therapie ein einheitliches Vorgehen etabliert, das immer die Verwendung mundmotorischer Übungen mit dem Ziel der Kräftigung und/oder der Eutonisierung der orofazialen Muskulatur einschließt. Bei genauerer Betrachtung der einzelnen Übungen und unterschiedlichen Vorgehensweisen der gängigen MFT-Konzepte lässt sich jedoch feststellen, dass die therapeutische Zielsetzung der mundmotorischen Übungen schon eine einheitliche Nomenklatur vermissen lässt. Hinzu kommt, dass die Auswahl, Dauer und Frequenz sowie der Zeitpunkt der Durchführung von Übungen im Therapieverlauf willkürlich sind. Zudem sind Lippen-, Zungen-, Ansaug- und andere mundmotorische Übungen für die Er-

reichung der Therapieziele „physiologische Zungenruhelage“ und „somatisches Schluckmuster“ aus meiner Sicht nicht zielführend.

ke | Sie stellen – wie auch Frau Krätsch-Sievert – die Grundannahme einer zu schwachen Muskulatur als Ursache einer Myofunktionsellen Dysfunktion infrage. Warum sind mundmotorische Übungen nicht sinnvoll?

SK | Sie sollten zugunsten des Erwerbs der physiologischen orofazialen Abläufe aufgegeben werden, um so eine effiziente Therapie zu ermöglichen. Denn obwohl mundmotorische Übungen für die Behandlung von Artikulationsstörungen und anderen Sprechstörungen bereits seit den 2000er Jahren in der Kritik stehen – unter anderem durch zum Beispiel Forrest und Hartmann – und inzwischen nicht mehr als empfohlener Therapiebestandteil gelten können, sind diese aus der MFT noch immer nicht wegzudenken. Ich plädiere jedoch dafür, das Bewegungslernen in den Fokus der Therapie zu stellen.



ke | In logopädischen Praxen treten Myofunktionselle Dysfunktionen recht häufig als zu therapierende Störungsbilder auf. Die MFD wird laut dem Deutschen Bundesverband für Logopädie definiert als Muskeldysbalance der orofazialen Muskulatur. Die daraus resultierenden Leitsymptome sind eine unphysiologische Zungenruhelage mit möglicherweise ebenfalls vorliegendem inkomplettem Mundschluss und ein pathologisches Schluckmuster. Diese wiederum können zu Malokklusionen führen.

SK | So oder ähnlich wird die MFD von unterschiedlichen Autoren definiert. Als zentrales Problem der MFD wird demnach immer ein muskuläres Problem angenommen, sei es eine Muskeldysbalance oder eine als zu schwach vermutete Muskulatur.

ke | Bereits mit der Vollendung des dritten Lebensjahres sollten ein somatisches adultes Schluckmuster und eine adulte Zungenruhelage erworben sein. Wenn also das adulte Schlucken bis zu diesem Zeitpunkt nicht erworben wurde, sind wir dann schon im Bereich einer MFD?

SK | Laut dieser Annahme ja. Ein dreijähriges Kind mit einem vollständigen Milchgebiss ist laut Grabowski zum somatischen Schlucken grundsätzlich in der Lage. Sie gibt aber gleichzeitig an, dass in der Nutzperiode des Milchgebisses trotz voll entwickelter Milchzahnreihen noch bei zwei Dritteln der Kinder das viszerale Schlucken vorhanden ist. Insofern sei nicht klar, ob dieses während der Milchgebissperiode noch eine Übergangssituation ist oder bereits eine Dyskinesie. Vergleicht man die Wachstumskurven von Mandibula und Zunge, stützt das die Annahme, dass von einem adulten Schlucken möglicherweise erst später ausgegangen werden kann.

ke | In der Regel werden die Patientinnen dann bei Vorliegen eines persistierenden viszeralen Schluckmusters mit einer Verordnung von ihrer behandelnden Kieferorthopädin an Logopädinnen und Sprachtherapeutinnen verwiesen, um die kieferorthopädische Behandlung vorzubereiten oder zu begleiten und so Rezidiven vorzubeugen.

KURZBIOGRAFIE

Steffi Kuhrt studierte von 1999 bis 2002 Germanistik und Pädagogik in Leipzig und absolvierte danach die Ausbildung zur staatlich anerkannten Logopädin in Leipzig. Von 2005 bis 2010 arbeitete sie als angestellte Logopädin und bis 2015 als Selbstständige in der Praxis mundwerk in Bruchsal mit fast ausschließlich kieferorthopädischen PatientInnen, seit drei Jahren nun als freie Logopädin in Weingarten und Bruchsal. Mitglied des Vorstandes bei LOGO Deutschland e.V. war Steffi Kuhrt von November 2014 bis März 2017.

SK | Ja, und seit dem 1. Juli 2017 sind nun auch Zahnärzte und Kieferorthopäden an die Vorgaben einer Heilmittel-Richtlinie gebunden, die den Regelbehandlungsfall bei MFD mit 30 Therapien angibt. Eine solche, wenn auch willkürliche, Begrenzung betont die Notwendigkeit effizienten und nachhaltigen Arbeitens im Bereich der MFT.

ke | Die Therapie der MFD geht bereits auf die Anfänge des 20. Jahrhunderts zurück, als Zahnärzte und Kieferorthopäden neben der Versorgung ihrer Patientinnen mit kieferorthopädischen Apparaturen auch therapeutisch zu arbeiten begannen.

SK | Richtig und in den 1960er Jahren schließlich begann Daniel Garliner mit der Festlegung eines myofunktionellen Therapieprozederes, das Schlucken und Zungenruhelage kombiniert mit mundmotorischen Übungen zur Kräftigung der orofazialen Muskulatur vorsah. In den 80er Jahren wurde dieses Therapieprogramm von Anita Kittel modifiziert und um viele mundmotorische Übungen erweitert, die aus ihrer Sicht, im Gegensatz zu Garliner, jedoch der Arbeit am Schlucken voranzustellen seien, da die Muskulatur zunächst „myofunktionell vorbereitet“ werden müsse. 2002 beschrieben Martina Fischer-Voosholz und Ursula Spenthof ihr Vorgehen in der MFT. Auch hier stehen Kräftigungsübungen für Lippen und Zunge – inklusive Ansaugübungen – vor der Arbeit am Schlucken. In Anlehnung an die Therapie nach Beatriz Padovan, die zeitlich etwa parallel zu Garliner entwickelt wurde, gibt es heute mit dem Neurofunktionstherapie-Programm von Elke Rogge und dem Funktionellen Mundprogramm von Petra Schuster weitere neurofunktionelle Ansätze zur Therapie der MFD. Diese sehen die Mundfunktionen – Rogge nennt sie „Primärfunktionen“ – Atmen, Saugen, Kauen/Beißen und Schlucken als zentral an.

ke | Geht es denn auch bei Rogge und Schuster um Kräftigung?

SK | Ja, bei Rogge ebenso wie bei Schuster werden vor allem Saugübungen durchgeführt, die sowohl der Kräftigung

der Muskulatur als auch dem Bahnen des physiologischen Schluckmusters dienen sollen. Bei der Neurofunktionstherapie nach Rogge werden jedoch keine zusätzlichen Schluckübungen durchgeführt.

ke | Das sind die gängigen Therapiekonzepte, die Sie jetzt erwähnten?

SK | Es sind diejenigen, die bei einer Onlinebefragung von Ruben und Wittich im Rahmen ihrer Bachelorarbeit im Herbst 2012 unter über 400 Logopädinnen und Sprachtherapeutinnen zur Anwendung myofunktioneller Therapieverfahren angegeben wurden. Mehr als 90% der Befragten arbeiten demzufolge nach dem Therapiekonzept von Anita Kittel, fast 40% nach Padovan, ca. 9% arbeiten nach dem Konzept von Fischer-Voosholz und gut 10% wenden die Neurofunktionstherapie an. Außerdem werden noch acht weitere Therapiekonzepte genannt. Mehr als die Hälfte der Therapeutinnen gab jedoch an, mit eigenen Übungen zu arbeiten.

ke | Das heißt Mehrfachnennungen waren möglich. Angesichts dieser Zahl sollte hinterfragt werden: Was genau ist in der MFT eigentlich wirksam?

SK | Unbedingt! Denn im Bereich MFT ist mir bisher für kein Therapiekonzept ein ausreichender Wirksamkeitsnachweis bekannt. Selbst die Untersuchungsinstrumente sind bisher nicht standardisiert. Dies kritisierte die Deutsche Gesellschaft für Kieferorthopädie in einer Stellungnahme bereits im Jahr 1988 und erneut im Jahre 2008. Auch das „Berliner orofaziale Screening“ kann aus meiner Sicht nicht als standardisiertes Verfahren angesehen werden, da nicht für alle Teile, wie beispielsweise die orale Stereognose, Norm- oder Vergleichswerte vorliegen.

ke | Sie bemängeln, dass schon die Nomenklatur der Therapieziele bei den genannten Methoden recht uneinheitlich ist.

SK | Ja, das ist tatsächlich überraschend. Bei Kittel findet man für die Lippen- und Zungenübungen Übungsziele wie „Regulierung der Spannungsverhältnisse,

Koordination von Bewegung und Spannung, Förderung der gesamten Zungen- und Gesichtsmuskulatur, Aktivierung und Stärkung des Zungenmittelteils, Stabilisierung der Binnenmuskulatur, Aktivierung der Rückziehermuskulatur, Eutonisierung der vertikalen und transversalen Muskulatur“ und so weiter. Ähnliche Begriffe finden sich auch bei Fischer-Voosholz und Spenthof. Für die zahlreichen Mundmotorikübungen für Lippen-, Zungenvorder- und Zungenmittelfunktion werden Bezeichnungen wie „Stärkung und Kräftigung – zum Beispiel des Musculus Orbicularis oris und Musculus buccinator – Bewegungsschulung, Feinspannung, Spannungsaufbau und -wechsel, Training und Tonusaufbau“ verwendet.

ke | *Garliner gibt ja für die vorgeschlagenen Übungen zum Teil genau an, welche Muskulatur gekräftigt werden soll.*

SK | Und bei Rogge sollen sowohl Saugen als auch Kauen der Kräftigung der Muskulatur dienen. Therapeutische Effekte des Saugens bestünden unter anderem in einer Tonusverbesserung für die gesamte orofaziale Muskulatur, der Verbesserung der Zungenmotorik und der Strukturierung und Tonisierung der Lippen. Nach meinem Verständnis bezeichnen die meisten dieser Begriffe das Hinwirken auf die Kräftigung einer vormals zu schwachen Muskulatur.

ke | *Das gilt also für alle der genannten Methoden und sie unterscheiden sich eigentlich nur darin, zu welchem Zeitpunkt in der Therapie mit dem Erarbeiten eines adulten Schluckmusters begonnen wird.*

SK | Sie haben Recht. Das kann man im Grunde genau so zusammenfassen. Die bis dato übliche MFT stellt der Arbeit an der Zungenruhelage und/oder dem Schlucken verschiedene mundmotorische Übungen voran oder setzt sie wie bei Garliner mindestens begleitend ein. Ziel der MFT ist immer auch die Kräftigung der orofazialen Muskulatur, da als ursächlich für die oralen Fehlleistungen eine zu schwache beziehungsweise hypotone Muskulatur angenommen wird.

ke | *Und Sie kommen in der Therapie der MFD gänzlich ohne mundmotorische Übungen aus?*

SK | Ja, ich erarbeite seit rund fünf Jahren mit Kindern ab ungefähr neun Jahren, Jugendlichen und Erwachsenen – ohne kognitive Einschränkungen und neurologische oder syndromale Erkrankungen – bereits in der ersten Therapieeinheit dennoch erfolgreich die physiologische Zungenruhelage und das adulte Schlucken.

ke | *Welche Überlegungen liegen diesem Vorgehen zugrunde?*

SK | Zum einen die Feststellung, dass mundmotorische Übungen extraoral ablaufen und im Grunde abstrakt und funktionslos sind. Das adulte Schlucken und die physiologische Zungenruhelage sind Funktionen, die intraoral bei geschlossenem Mund ablaufen. Dennoch sollen sowohl bei Kittel als auch bei Spenthof und Fischer-Voosholz viele Zungenübungen bei weit geöffnetem Mund und mit herausgestreckter Zunge ausgeführt werden. Die Übungen dienen jedoch meiner Meinung nach nicht dem eigentlichen Ziel der therapeutischen Intervention. Denn es besteht erkennbar keine Ähnlichkeit dieser extraoral ablaufenden, abstrakten und keiner oralen Funktion zuordenbaren Bewegungen zu den intraoral ablaufenden funktionellen Zielbewegungen.

ke | *Aber dient Mundmotorik nicht zur Kräftigung des inaktiven Zungenmittelteils? Kittel schreibt, dass mit den Ansaugübungen speziell am Zungenmittellteil gearbeitet wird, da dies bei allen falsch schluckenden Patientinnen die schwächste Stelle ist, denn die Muskeln dort werden ja nie genutzt. Auch bei Garliner findet man zum Beispiel die „Halte-Zieh-Übung“ zur Kräftigung der Zungenmitte. Bei Fischer-Voosholz und Spenthof sind die Ansaugübungen explizit mit „Mundmotorische Übungen zur Zungenmittelfunktion“ überschrieben.*

SK | Hier geht es um einen vermeintlich inaktiven Zungenmittellteil! Das Argu-

ment Kittels, der Zungenmittellteil müsse besonders gekräftigt werden, weil er von den Falschschluckern nie genutzt werde, kann ich nicht nachvollziehen, denn dieser muss auch bei einem viszeralem Schluckmuster Kontakt mit dem Gaumen haben, da sonst kein Transport stattfinden könnte. Unphysiologisch ist beim viszeralem Schlucken die gleichzeitig addental und/oder interdental gerichtete Bewegung der Zunge im Ganzen. Doch die Zunge hat auch bei interdentaler Zungenruhelage und interdentaler Schlucken Kontakt mit dem Gaumen, nämlich mit dem Zungenmittellteil etwa in Höhe der Papilla incisiva, solange ein Mundschluss besteht beziehungsweise der Mund nur leicht geöffnet ist.

Mundmotorische Übungen verlangen einen viel größeren Kraftaufwand als er beim Schlucken und der Zungenruhelage nötig ist.

ke | *Aber ist es nicht so, dass der Tonus der Muskulatur deutlich höher sein muss, um die Funktionen ausüben zu können?*

SK | Der Meinung bin ich nicht, denn die geforderten mundmotorischen Übungen verlangen einen viel größeren Kraftaufwand als er beim Schlucken und der Zungenruhelage nötig ist. Der Übungstonus ist hier regelmäßig deutlich höher als der „Funktionstonus“. Die Übungen mit dem Spatel beispielsweise sind als Bestandteil der Zungenübungen sowohl bei Kittel als auch bei Fischer-Voosholz und Spenthof oder Clausnitzer zu finden. Insbesondere bei den Übungen, bei denen die Zunge bei weit geöffnetem Mund herausgestreckt und dem Druck eines Spatels standhalten soll, wird sehr deutlich, dass von den beteiligten muskulären Strukturen ein Tonus abgerufen wird, der weder in diesem muskulären Zusammenspiel noch mit dieser Kraft mit der Zungenruhelage oder dem Schlucken etwas gemein hat. Auch beim Einüben des Ansaugens der

Zunge an den Gaumen wird in aller Regel ein deutlich höherer Tonus verlangt, als für die Funktion Schlucken benötigt wird. Beim Schlucken wird die Zunge bei weitem nicht so stark an den Gaumen gesogen, dass das Zungenbändchen unter Spannung gerät.

ke | *Leuchtet ein, weil ein solch starkes Ansaugen bei einem ca. 1.500-mal in 24 Stunden ablaufenden Schluckvorgang sehr anstrengend wäre.*

SK | Und damit höchstwahrscheinlich ein Hemmnis für die Habitualisierung des neuen Funktionsablaufes. Auch ist kein starker Unterdruck, wie er in Ansaugübungen gefordert wird, vonnöten, um das Schlucken zu ermöglichen. Ein Unterdruck im Rachen, der über den zwischen Zunge und Gaumen bestehenden hinausgeht, kann allein aufgrund der anatomischen Gegebenheiten gar nicht entstehen, denn solange sich die Zunge mit oder ohne Bolus in der Zungenruhelage befindet, bleibt der Nasenrachen frei, das Gaumensegel entspannt und die Nasenatmung ist möglich.

ke | *Demzufolge müssten insbesondere Kleinkinder, deren physiologisches Schluckmuster noch das viszerale ist, erhebliche Probleme mit der Nahrungsaufnahme haben.*

SK | Genau das wäre die Schlussfolgerung. Deshalb meine ich, dass ein geringer Kraftaufwand ohne hohen Ansaugdruck beim Schlucken durch eine gute Positionierung des Schluckgutes, die in der Regel während des automatisierten Kauvorganges ohne bewusstes Zutun geschieht, erreicht wird. Festeres Schluckgut liegt unmittelbar vor dem Schlucken weiter hinten auf der Zunge als breiige Kost. So verkürzt sich der Weg zum Rachen und der Kraftaufwand beim Transport dorthin bleibt minimal. Flüssigkeiten liegen aus zwei Gründen am weitesten vorn: Zum einen, weil bis zur Auslösung des Schluckreflexes, der den Schutz der Atemwege sicherstellt, ein Abschluss des hinteren Teils der Zunge in etwa am Übergang vom harten zum weichen Gaumen nötig ist, um Leaking zu verhindern. Zum anderen, weil die

Schwerkraft die Flüssigkeiten ohnehin Richtung Rachen befördern würde und ein hoher Kraftaufwand beim Transport deshalb nicht nötig ist.

ke | *Aber ist der Ansaugdruck nicht für das Einhalten der Zungenruhelage nötig?*

SK | Nein, auch das nicht. Der zwischen Zunge und Gaumen entstehende Ansaugdruck bei der Zungenruhelage gründet in der Tatsache, dass durch das Anschmiegen der feuchten Zunge an den feuchten Gaumen die Luft zwischen diesen beiden weichen muss. So haben wir es mit einem Unterdruck zu tun, der durch die Adhäsion dieser Oberflächen entsteht, nicht aber durch das bewusste zusätzlich starke Ansaugen. Eine dauerhaft mit großer Kraft an den Gaumen gesaugte Zunge würde meiner Meinung nach der Bedeutung „Ruhelage“ der Zunge auch widersprechen. Diese sollte angenehm und ohne Kraftaufwand einzunehmen sein, denn nur so lässt sich der Transfer sichern.

ke | *Zusammenfassend lässt sich also sagen, dass die in den Übungen für das Ansaugen als Vorübung zum Schlucken geforderte Kraft um ein Vielfaches höher ist, als dies für das physiologische adulte Schlucken notwendig ist.*

SK | Richtig, meiner Ansicht nach wird hier eine Bewegung trainiert, die so beim Schlucken gar nicht stattfindet, mit einem muskulären Aufwand, der ebenfalls deutlich höher ausfällt, als für diese oder eine andere orale Funktion nötig. Dass nach dem Training einer Bewegung tatsächlich mehr Kraft in der Muskulatur und nicht nur eine bessere Koordinationsleistung vorhanden ist, halte ich außerdem für nicht gesichert.

Auch beim Einüben des Ansaugens der Zunge an den Gaumen wird in aller Regel ein deutlich höherer Tonus verlangt, als für die Funktion Schlucken benötigt wird.

ke | *Weil man das nicht genau voneinander unterscheiden oder zuverlässig messen kann, meinen Sie?*

SK | Korrekt, und das aus mehreren Gründen. Zum einen, weil unterschiedliche Autoren unterschiedliche Frequenzen für die in ihren Konzepten verwendeten Übungen festlegen. Zum anderen geben sie wie Kittel an, dass Kinder und Eltern bestrebt sein sollten, ein Gefühl zu entwickeln, ob ihre Arbeit intensiv und effektiv war. Deshalb sei es nicht sinnvoll, eine bestimmte Wiederholungszahl für die einzelnen Übungen vorzuschreiben. Bei Rogge heißt es: „Hausaufgaben dürfen gemacht werden, müssen aber nicht sein!“

ke | *So bleibt es also der Therapeutin überlassen, was diese als ausreichende Übungsfrequenz und -dauer ansieht und wann sie den Tonus für „kräftig genug“ hält. Möglicherweise erklärt dies auch, warum mehr als die Hälfte der Therapeutinnen angibt, keinem Konzept zu folgen, sondern eigene Übungen zu verwenden beziehungsweise zu kombinieren.*

SK | Das halte ich für eine Erklärung dieser Situation. Die andere Schwierigkeit ist, dass es bisher keinen Konsens darüber oder einen objektiven Kriterienkatalog dazu gibt, wann die Muskulatur als „kräftig genug“ gilt.

ke | *Wenn es dafür nach Ihrer Ansicht gar keine sicheren Kriterien gibt, woran sollten Therapeutinnen dann das „kräftig genug“ festmachen?*

SK | Ich meine, eine Muskulatur, die eine Bewegung mühelos ausführen kann, darf durchaus als kräftig genug angesehen werden. Das ist der sinnvollste Indikator aus meiner Sicht. Dafür spricht auch die Tatsache, dass Tonus aufgabenspezifisch und immer genau an die zu bewältigende Aufgabe mit der dafür gelernten Bewegung angepasst ist. Es bedeutet auch, dass selbst, wenn ein weitaus höherer Tonus potenziell aufgebracht werden kann, dieser nicht maximal abgerufen wird, sondern immer nur seinem Zweck entsprechend. „Die Zunge kräftig an den Gaumen/kräftig an einem

Kann ein Patient die Zunge kräftig ansaugen, heißt das noch nicht, dass ihm ein physiologisches Schlucken gelingt und umgekehrt.

Therapiesauger saugen“ und „Schlucken“ sind zwei verschiedene Aufgaben, die einen unterschiedlichen Kraftaufwand erfordern – das Ansaugen erfordert deutlich mehr Kraft als das Schlucken.

ke | *Dann hilft den Patientinnen das Ansaugen beim Schlucken gar nicht?*

SK | Es hilft nicht, denn die Praxis zeigt: Kann ein Patient die Zunge kräftig ansaugen, heißt das noch nicht, dass ihm ein physiologisches Schlucken gelingt und umgekehrt. Nach meiner Erfahrung ist ein zuvor geübtes Ansaugen der Zunge eher hinderlich. Wer kräftig ansaugt, dem fällt das Schlucken schwerer, als wenn er es aus der Zungenruhelage heraus einleitet. Schaut man sich den Einsatz eines 50 Zentimeter langen, im Durchmesser nur einen Millimeter breiten Trinkschlauches im funktionellen Mundprogramm von Petra Schuster an, dann wird sehr deutlich, dass eine solche Übung mit dem eigentlichen Trinken beziehungsweise dem Schlucken von Flüssigkeiten wenig gemein hat. Das Ansaugen einer Flüssigkeit auf den hinteren Zungenteil durch einen so dünnen Schlauch bei weit geöffneten Lippen und Zahnreihen ist dem physiologischen Schluckmuster sowohl in der Durchführung als auch was den Kraftaufwand betrifft absolut unähnlich und birgt sogar die Gefahr des Verschluckens. Und schließlich: Nur weil ein Patient beim viszeralem Schlucken möglicherweise einen geringeren Muskeltonus abrufen kann, heißt das nicht, dass er nicht grundsätzlich dazu in der Lage wäre, einen ausreichend hohen Tonus für ein physiologisches Schlucken aufzubringen.

ke | *Sie meinen also, wenn eine Bewegung nicht ausgeführt werden kann, liegt das nicht zwingend an einer zu schwachen Muskulatur. Sondern woran?*

SK | Daran, dass diese Bewegung nicht gelernt wurde. Unter anderem deshalb sind auch die Lippenübungen zur Kräftigung des Musculus Orbicularis oris nicht notwendig: Denn ich stelle fest, dass alle Patienten ohne kognitive Einschränkungen und neurologische oder syndromale Erkrankungen, die anstelle der physiologischen Zungenruhelage einen inkompletten Mundschluss aufweisen, sehr wohl Bilabiale produzieren können.

ke | *Die Lippen sind also grundsätzlich in der Lage, sich zu schließen. Kommen wir zur Veränderung des Kauens, das ja wie das Schlucken ein automatisierter Vorgang ist. Hier wird oft mit dem Kauschlauch oder mit Kaunudeln gearbeitet.*

SK | Beim Einsatz dieser Materialien, wie das beispielsweise bei den neurofunktionellen Konzepten der Fall ist, muss bedacht werden, dass hier ebenfalls zwei unterschiedliche Aufgaben bewältigt werden. So mag das Kauen auf einem Gummischlauch kräftiger werden, aber solange nicht mit echtem Essen geübt wird, stellt sich hier vermutlich kein Transfer auf das Kauen bei Mahlzeiten ein. Auch hier greift das Prinzip der Aufgabenspezifität.

ke | *Rogge betont ja in ihrem Therapiekonzept immer wieder, dass die Primärfunktion „Saugen“ wichtig für die Primärfunktion Schlucken und die Sekundärfunktion Sprechen sei. Wichtig sei das „richtige“, gemeint ist das kräftige Ansaugen.*

SK | Aber ein Ansatz, der auf die Erarbeitung eines Saugmusters mit Hilfe von Therapiesaugern setzt, verkennt, dass der ansonsten gesunde Patient in aller Regel diese Abläufe bereits erworben hatte. Die allermeisten neurologisch gesunden Patienten, die typischerweise im Rahmen einer kieferorthopädischen Behandlung an Logopädinnen verwiesen werden, sind als Säuglinge gestillt oder mit dem Fläschchen ernährt worden und beherrschten demnach offenbar das Saugen, welches aber im Zuge der Nahrungsumstellung zugunsten breiiger und schließlich fester Nahrung sinnvollerweise aufgegeben wurde. Starkes

Saugen ist also keine Funktion, die ein Kind, Jugendlicher oder Erwachsener im Rahmen einer MFT erneut erwerben muss. Rogges Annahme, dass die Primärfunktionen den Sekundärfunktionen vorausgingen, sind in Teilen widerlegt. Sowohl Forrest als auch Hartmann stellen dies in ihren Artikeln eindrücklich dar.

ke | *Bei diesen Artikeln ging es aber eigentlich nur um den Einsatz von mundmotorischen Übungen zur Behandlung von Artikulationsstörungen. Inwiefern lässt sich das auch auf die MFT übertragen?*

SK | Eine Studie aus dem Jahre 2007 von Gaebel, Grabowski, Kundt und Stahl zeigt, dass fast 90% der Kinder mit Wechselgebiss eine orofaziale Dysfunktion aufweisen, über 60% der Kinder mit Wechselgebiss zeigen ein viszerales Schluckmuster. Artikulationsstörungen wurden jedoch im Gegensatz dazu nur bei 17,5% der untersuchten Kinder mit Wechselgebiss gefunden. Wenn die Behauptung Rogges, dass sich bei einer unphysiologischen Abweichung im Bereich der Primärfunktionen mit hoher Wahrscheinlichkeit eine Entsprechung im Bereich der Sekundärfunktion Artikulation entwickle, zuträfe, dann müsste der Anteil der Patientinnen mit einer

Wenn die Behauptung Rogges, dass sich bei einer unphysiologischen Abweichung im Bereich der Primärfunktionen mit hoher Wahrscheinlichkeit eine Entsprechung im Bereich der Sekundärfunktion Artikulation entwickle, zuträfe, dann müsste der Anteil der Patientinnen mit einer MFD, die zusätzlich eine Artikulationsstörung haben, deutlich größer sein.

MFD, die zusätzlich eine Artikulationsstörung haben, deutlich größer sein. In meiner therapeutischen Arbeit begegnen mir Artikulationsstörungen jedoch eher selten.

ke | Die Myofunktionelle Therapie nach Garliner beginnt bereits in der ersten Behandlungseinheit, nach Abgewöhnung eventueller Lutschhabits, mit der Erarbeitung des korrekten Schluckmusters. Erst in den weiteren Behandlungseinheiten werden sukzessive mundmotorische Übungen zur Kräftigung der Muskulatur eingeführt und bis zum Ende der Therapie beibehalten.

SK | Und dieses Vorgehen verwundert mich, widerspricht es doch der Annahme einer zu schwachen orofazialen Muskulatur als Ursache für ein viszerales Schluckmuster und eine pathologische Zungenruhelage. Wenn beides physiologisch möglich ist, muss die Muskulatur stark genug sein und bedarf keiner Kräftigung und damit auch keiner darauf ausgerichteten mundmotorischen Übungen.

ke | Aber Kittel bereitet erst die Muskulatur mit mundmotorischen Übungen vor

und beginnt dann mit der Erarbeitung des Schluckens.

SK | Und sie empfiehlt dann, dass während der Phase der Intervalltherapie Übungen regelmäßig weitergeführt werden, denn „Muskeln müssen gepflegt werden“. Auch hier sind die Funktionen Schlucken und Zungenruhelage bereits erarbeitet und können vom Patienten mühelos ausgeführt werden. Weiterhin Kräftigungsübungen durchzuführen ist aus meiner Sicht nicht mehr geboten, da die Muskulatur ihre Funktion doch bereits erfüllt. Sind Schlucken und Zungenruhelage habitualisiert, wird, der Annahme des aufgabenspezifischen Tonus folgend, ein der Funktion angepasster Tonus automatisch abgerufen. Insofern könnte man, wenn überhaupt, die anhaltende Funktionsausübung als ausreichendes Training verstehen.

ke | Was lässt sich jetzt zusammenfassend zum Einsatz mundmotorischer Übungen in der Therapie der MFD sagen?

SK | Erstens: Wenn Logopäden und Sprachtherapeuten die orofazialen Dysfunktionen von Schulkindern, Jugendli-

chen und Erwachsenen in physiologische Funktionen überführen wollen, sollten sie am Schlucken und der Zungenruhelage und natürlich dem Abbau von Habits arbeiten. Zum zweiten ist die Arbeit mit echtem Essen dem Trainieren des Schluckens und Kauens mit Gummiringen und Kauschläuchen vorzuziehen, um an echten Funktionen in echten Situationen und nicht an Pseudofunktionen zu arbeiten. Drittens zeigt die Erfahrung, dass die Muskulatur der genannten Patientengruppe in aller Regel in der Lage ist, physiologische Bewegungen auszuführen. MFT bei diesen Patienten bedeutet „Bewegungslernen“, nicht Kräftigung. Viertens: Mundmotorische Übungen sind nicht notwendig, um den Erwerb der physiologischen Zungenruhelage und das Erlernen des adulten Schluckmusters sowie deren Habitualisierung zu erreichen.

ke | Danke, Frau Kuhr! Wer das Thema vertiefen möchte, findet entsprechende Informationen auf Ihrer Webseite unter szet-konzept.de. Abschließend listen wir noch die Bücher der erwähnten Autorinnen und Autoren auf.

Abad Bender, N. (2017). Myofunktionelle Therapie in der Padovan-Methode® Neurofunktionelle Reorganisation. *Sprachtherapie aktuell: Forschung – Wissen – Transfer*, 2017-09. doi: 10.14620/stadbs171109

Clausnitzer, V. (2004). *Orofaziale Muskelfunktionstherapie (OMF) – Ein myofunktionelles Übungsbuch*. Dortmund: verlag modernes lernen.

dbl. (2013). *Funktionelle orofaziale Störungen*. Verfügbar unter <https://www.dbl-ev.de/kommunikation-sprache-sprechenstimme-schlucken/stoerungen-bei-kindern/stoerungsbereiche/schlucken/funktionelle-orofaziale-stoerungen-myofunktionelle-stoerungen.html>

DGKFO. (2008). *Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Kieferorthopädie (DGKFO): Diagnostik und Therapie orofazialer Dysfunktionen*. Verfügbar unter https://www.dgkfo-vorstand.de/fileadmin/redaktion/veroeffentlichungen/DGKFO_Stellungnahme_MFT.pdf

Fischer-Voosholz, M., & Spenthof, U. (2002). *Orofaziale Muskelfunktionsstörungen: Klinik – Diagnostik – Ganzheitliche Therapie*. Heidelberg, Berlin: Springer.

Forrest, K. (2002). Sind mundmotorische Übungen für die Therapie von Artikulati-

onsstörungen bzw. phonologischen Störungen sinnvoll? *Sprache - Stimme - Gehör*, 4 (26), 150-156.

Garliner, D. (1989). *Myofunktionelle Therapie in der Praxis – Gestörtes Schluckverhalten, gestörte Gesichtsmuskulatur und die Folgen – Diagnose, Planung und Durchführung der Behandlung* (H. Hahn, Trans.). Germering: Dinauer.

Grabowski, R., Kundt, G., & Stahl, F. (2007). Interrelation between Occlusal Findings and Orofacial Myofunctional Status in Primary and Mixed Dentition (Part III). *Journal of Orofacial Orthopedics*, 6, 462-475.

Grabowski, R., Hinz, R., & Stahl de Castrillon, F. (2009). *Das kieferorthopädische Risikokind: Gebissentwicklung und Funktionsstörungen – KFO-Prävention und Frühbehandlung*. Herne: Zahnärztlicher Fach-Verlag (zfv).

Hartmann, E. (2010). Sinn und Nutzen von Mundmotorikübungen bei Sprechstörungen. *L.O.G.O.S. Interdisziplinär*, 4 (18), 244-252.

Harzer, W. (2011). *Checklisten der Zahnmedizin – Kieferorthopädie*. Stuttgart: Georg Thieme.

Kittel, A. M. (2011). *Myofunktionelle Therapie*. Idstein: Schulz-Kirchner.

Pollex-Fischer, D., & Rohrbach, S. (2017). Berliner orofaziales Screening BoS: Vorstellung

eines Untersuchungsinstrumentes zur Diagnostik Orofazialer Dysfunktionen (OFD). *Forum Logopädie*, 4 (31), 6-11.

Rogge, E. (2015). *Neurofunktions!therapie in der Praxis*. Dortmund: verlag modernes lernen.

Ruben, L., & Wittich, C. (2014). Evidenzbasierte Behandlung Myofunktioneller Störungen – Eine Typologisierung bestehender Therapiekonzepte im Kindesalter. *Forum Logopädie*, 1 (28), 22-29.

Schuster, P. (2011). *Funktionelles Mundprogramm*. Dortmund: verlag modernes lernen.

Spitzenverband Bund der Krankenkassen. (2016). *Richtlinie über die Verordnung von Heilmitteln in der vertragszahnärztlichen Versorgung*. Verfügbar unter https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/ambulante_leistungen/heilmittel/heilmittel_richtlinie/2017-07-01_HeilM-RL_ZAe_Zweiter_Teil_Heilmittel-Katalog.pdf

Thiele, E., Clausnitzer, R., & Clausnitzer, V. (1992). Band 1 – Myofunktionelle Therapie aus sprechwissenschaftlicher und kieferorthopädischer Sicht. In E. Thiele, R. Clausnitzer, & V. Clausnitzer (Hrsg.), *Theorie und Praxis der MFT* (S. 8). Heidelberg: Hüthig Buch.