

# Wo stehen wir in Terminologie, Diagnostik und Therapie von orofazialen Dysfunktionen (OFD)?

In Ausgabe 4/2021 dieser Fachzeitschrift wurde zur Eröffnung einer Diskussion eingeladen. Anlass waren die darin veröffentlichte Einzelfallstudie von Mörsdorf und Beushausen (S. 256–266) sowie das Interview mit der österreichischen Logopädin Mathilde Furtenbach (S. 278–280).

In der nachfolgenden Ausgabe vom März 2022 skizzierte Frau Furtenbach in einem mehrseitigen Artikel zum einen ihre 40-jährige Chronik der Myofunktionellen Therapie (MFT) und stellte zum anderen das bereits in ihren Büchern veröffentlichte Therapiekonzept dar (S. 38–45).

In Ausgabe 2 vom Juni 2022 veröffentlichten wir die Stellungnahme dazu von Petra Krätsch-Sievert und die Replik von Mathilde Furtenbach (S. 126–127). Dieser Diskurs wurde in Ausgabe 3 im September 2022 mit dem Impulsbeitrag „Befunderhebung bei orofazialer Dysfunktion (OFD). Auswertung einer Online-Umfrage unter Fachpersonen“ von Barbara Köppl, Steffi Kuhrt, Karola Tenhündfeld, Angelika Rother, Susanne Codoni und Britt-Isabelle Berg weitergeführt (S. 186–193). Die beiden Erstautorinnen sowie Mathilde Furtenbach beziehen hier zusätzlich ausführlich Stellung zur laufenden Debatte.

In der „Logos“ vom März 2022 greift Mathilde Furtenbach andere bereits existierende neuere und ältere Therapiekonzepte für die Therapie von orofazialen Dysfunktionen (OFD) pauschal an und wirft diesen vor, programmatisch statt klientenzentriert zu arbeiten.

Furtenbach erlaubt sich die Hypothese bzw. Aussage, der einzige Therapieansatz zur Behandlung von OFD sei ihrer, weil er die Nasenatmung und den Lippenschluss ausreichend beachte, die Erkenntnisse von W. R. Proffit (1986) einbeziehe und damit einen Paradigmenwechsel vollziehe. Gerne beteiligen wir uns mit diesem Beitrag an einer Diskussion über die Terminologie, Diagnostik und Zielsetzung in der Therapie von OFD. Hierbei ist uns wichtig zu betonen, dass sich unsere Aussagen und Haltungen auf unsere tägliche Klientel bezieht: Kinder ab etwa neun Jahren, Jugendliche und Erwachsene, die mehrheitlich kognitiv unauffällig sind.

Kritik und Forderungen von Furtenbach lassen sich in verschiedene Bereiche unterteilen:

Zum einen kritisiert sie, was aus ihrer Sicht in der MFT fehlt (einheitliche Definition/Fachsprache, standardisierte Diagnostik, Therapiestandards, interdisziplinärer Austausch, Hierarchisierung der Therapieziele, patientenorientiertes Vorgehen) oder sich in eine falsche Richtung entwickelt (Furtenbach, 2022a). Die MFT habe bis auf ihr Konzept den „Paradigmenwechsel“ nicht vollzogen. Dieser besteht nach ihren Ausführungen darin, dass im Zentrum der Therapie Lippenschluss und Nasenatmung stehen sollen.

Zum anderen erklärt Furtenbach, was ihrer Meinung nach die MFT ausmacht, und erläutert dazu ausführlich die Bedeutung der offenen Mundhaltung (OMH), der Donders'schen Räume und des Unterdrucks, die Notwendigkeit mundmotorischer bzw. myofunktioneller Übungen für die MFT sowie Auswirkungen auf die Artikulation und insbesondere die Bedeutung der Erkenntnisse Proffits (1986) für ihre Arbeit.

Sie greift die seit 20 Jahren bestehende Diskussion über das Durchführen sog. „Mundmotorischer Übungen“ in der logopädischen Therapie – oder eben auch in der MFT – und deren Zusammenhang zur Zielbewegung auf. Führen diese die Therapie der OFD zum Erfolg?

## Definition OFD – Terminologie

In allen einschlägigen Publikationen zum Thema (Kittel & Förster, 2020; Bigenzahn, 2003; Fischer-Voosholz & Spenthof, 2002; Ruben & Wittich, 2017; Krätsch-Sievert, 2020) kristallisieren sich

wiederkehrende Leitsymptome für die OFD heraus: eine pathologische Zungenruhelage, ein persistierendes viszerales Schluckmuster und das Vorhandensein oraler Habits. Einzig Furtenbach sieht die offene Mundhaltung (OMH) als Leitsymptom. Während sie bei 90% ihrer PatientInnen die OMH beobachtet (2022a, S. 43), gibt Krätsch-Sievert eine Häufigkeit von nur 3% an (2020, S. 43). Bei Grabowski et al. (2009, S. 85) sind für die habituell offene Mundhaltung Werte von 37,3% bzw. 42% für das Milchgebiss und das frühe Wechselgebiss angegeben, für die organisch bedingte Mundatmung 3% bzw. 1,7%. Auch in unserer täglichen Arbeit mit PatientInnen mit OFD sehen wir definitiv weniger als 90% mit OMH. **Wir finden, dass der OMH als Kardinalsymptom deutlich zu große Bedeutung beigemessen wird, denn eine OFD besteht unserer Erfahrung nach bei der Mehrheit der PatientInnen trotz guter Nasenatmung und kompetenten Lippenschlusses.** Eine effektive MFT dreht sich aus unserer Sicht daher also nicht mehr oder weniger um den Mundschluss.

In unserem praktischen Alltag hat sich die übersetzte und damit adaptierte Definition der „International Association of Orofacial Myology“ (IAOM, 2022) bewährt. Demnach sind OFD atypische, adaptive „motor pattern“, die in Abwesenheit von normalen Bewegungsmustern im orofazialen Bereich auftreten. OFD können eines oder mehrere der nachfolgenden Symptome beinhalten: Saug- und Lutschhabits wie Schnuller- oder Fingersaugen und Daumenlutschen, inkompetenter Lippenschluss, vorverlagerte Zungenruhelage (inter- oder addental), viszerales Schluckmuster sowie andere schädliche orale Habits. Hierbei ist der Fokus auf die komplexen motorischen Programme zentral – es geht nicht primär um die Annahme einer zu schwachen orofazialen Muskulatur, sondern um nicht gelernte physiologische Bewegungsmuster. Das bedeutet für die Therapie der von uns genannten PatientInnengruppe, dass der Fokus nicht auf der Kräftigung oder Eutonisierung der Muskulatur, sondern auf dem Erlernen und Habitualisieren physiologischer Bewegungsabläufe liegt.

Furtenbach (2022a) schreibt, dass diagnostische Standards fehlten. Sie nennt daher die Beobachtung den „diagnostischen Goldstandard“ (Furtenbach, 2016, S. 51). Wie wir in unserem Artikel „Befunderhebung bei orofazialer Dysfunktion“ (OFD; Köppl et al., 2022) verdeutlichen, bestehen zumindest für die Altersgruppe ab neun

Jahren bei unauffälliger Kognition große Übereinstimmungen zwischen den Fachpersonen. So erhebt die Mehrheit im Erstbefund eine Anamnese zur Entwicklung im Säuglings- und Kleinkindalter, speziell zum HNO-Bereich und zur Essentwicklung. Weiterhin werden durch Beobachtung Informationen zu Zahnstellung und Bisslage, Gaumenform, Atmung sowie Ruhelage von Lippen und Zunge erhoben. Intra- und extraorale Zungenbewegungen, Lippenbewegungen sowie die Aussprache werden überprüft. Das Zungenband wird beurteilt und das Schluckmuster mit Wasser und Nahrung verschiedener Konsistenz sowie die Kaufunktion geprüft. Zur ganzheitlichen Beurteilung gehört schließlich noch die Haltungsbeobachtung im Sitzen und Stehen.

Wenn Furtenbach kritisch meint, allein mit dem Stellen der Frage „Nasenatmung möglich?“ könne keine OMH diagnostiziert werden, dann hat sie damit recht. Jedoch verkennt sie, dass diese Frage nie allein von PatientInnen oder Eltern beantwortet wird. Auch wir gewinnen diese Erkenntnis aufgrund eigener Beobachtung, entsprechendem Befragen der Eltern/Bezugspersonen, eigener Überprüfung und nötigenfalls HNO-ärztlicher Untersuchung, die sodann lediglich in einem Punkt zusammengefasst wird.

## Therapieziele der OFD

Was muss das Ergebnis einer erfolgreichen MFT/Therapie der OFD sein? Wozu muss eine Therapie die PatientInnen befähigen?

Auch hier beziehen wir uns gerne wieder auf unsere KollegInnen der IAOM. Sie sprechen von: normalisierter Lippen- und Zungenruhelage, etablierter Nasenatmung, physiologischen Kau- und Schluckfunktionen sowie Entwöhnung oraler Habits (Fingernägel, Kiefer- oder Lippenbeißen, Saugen an Zunge oder Lippen, Kieferpressen oder Knirschen).

Durch die erfolgreiche Therapie von OFD erreichen wir idealerweise in Zusammenarbeit mit den Disziplinen Zahnmedizin und/oder Kieferorthopädie/Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie eine zügige Umstellung während der kieferorthopädischen Behandlung und die Stabilisierung der Zahnstellung nach Abschluss der Zahnstellungskorrektur (Rezidivprophylaxe).

Die in der Fachliteratur als physiologische Zungenruhelage (ZRL) beschriebene Funktion benötigt einen kompetenten Lippenschluss in Verbindung mit Nasenatmung und *gleichzeitig* das flächige Anlegen der Zunge an den harten Gaumen. Der Unterkiefer befindet sich dabei in der sog. Ruheschwebe. Eigentlich würde man diese Position der drei Strukturen Zunge, Lippen, Unterkiefer zueinander treffender als „Mundruhelage“ bezeichnen, denn es geht eben gerade nicht nur um die Position der Zunge.

Furtenbach (2022a, S. 42) schreibt: „Haben die Lippen bei der Atmung gewohnheitsmäßig Kontakt, können die physiologischen Kontakte der intra- und extraoralen Muskulatur auf das Gebiss wirken.“ Jedoch: **Der physiologische**

**Lippenschluss bedingt nicht automatisch die korrekte Zungenposition flächig am Gaumen.** Hier sehen wir eine Abkehr vom Fokus der Denkweise Furtenbachs als unabdingbar. Sie behauptet im Folgenden: „Allein durch das Fehlen des Mundraumabschlusses durch die Lippen sind die Ruheweichteilbeziehungen und alle Funktionsabläufe pathophysiologisch“ und weiter: „Das wichtigste Therapieziel ist daher eine habituelle Nasenatmung mit Lippenkontakt“ (Furtenbach, 2022a, S. 42).

Gerne laden wir Sie an dieser Stelle zu einem Selbstversuch ein. Legen Sie die Zunge flächig an den Gaumen, die Zungenspitze an der Papilla incisiva mit minimalem Abstand zu den Frontzähnen. Die Molaren des Oberkiefers haben ca. zwei Millimeter Abstand zu den Molaren des Unterkiefers (Ruheschwebe), die Lippen sind locker geschlossen. Sie atmen nun (hoffentlich entspannt) durch die Nase. Was passiert, wenn der Kiefer sich wenige Millimeter weiter öffnet bei weiterhin geschlossenen Lippen? Die Zunge bleibt vermutlich nur noch erschwert am Gaumen liegen, sie bewegt sich langsam Richtung Mundboden und lagert sich interdental oder addental hinter den Frontzähnen im Unterkiefer ein.

Das verdeutlicht: Lippenschluss und Nasenatmung sind auch ohne korrekte Zungenposition möglich. Aber: ZRL braucht Lippenschluss und darum hat es durchaus seine Berechtigung, alles in einem zu trainieren. So kann man schlussfolgern, dass alle PatientInnen mit offener Mundhaltung eine pathologische ZRL aufweisen, aber nicht alle PatientInnen mit geschlossenen Lippen haben eine physiologische ZRL!

**Die Bedeutung des Mundschlusses hat in alle Therapiekonzepte zur MFT Eingang gefunden.** Die ZRL, zu der immer auch der Lippenschluss gehört, wird sowohl bei Garliner (1989) als auch bei den Nachfolgekonzepten bereits zu Beginn der Therapie eingeführt und begleitend beibehalten. Aus unserer Sicht kann das Therapieziel „Nasenatmung mit Lippenschluss“ nur in anatomisch begründeten Ausnahmefällen unabhängig von der Zungenposition erarbeitet werden. Nicht allein der Lippenschluss ist der zentrale Punkt, sondern das flächige Anlegen der Zunge an den harten Gaumen ab der Papilla incisiva. Erst die Adhäsion zwischen Gaumen und Zungenrücken ermöglicht ausreichend Stabilität für den Unterkiefer, um in der Ruheschwebe gehalten werden zu können und damit gleichzeitig dauerhaft einen entspannten Mundschluss zu erreichen. Der vielfach genannte Unterdruck (bzw. die negative Druckdifferenz) im Mundraum besteht v. a. durch die Adhäsionskraft, die durch das Anlegen von Weichgewebe an Gaumen und Zahnreihen entsteht. Der dazwischen befindliche Speichel wirkt als flüssige Phase und ermöglicht so das Anhaften. Denn es liegt nicht nur die Zunge dem harten Gaumen an, auch die Wangen und Innenseiten der Lippen liegen den Zahnreihen an. Durch den Speichel und die fehlende Luft zwischen diesen Oberflächen entsteht eine negative Druckdifferenz und da-

mit Adhäsion. Auch hier bietet sich ein Selbstversuch an: Schließen Sie entspannt die Lippen und legen die Zunge in Ruhelage flächig an den Gaumen. Ziehen Sie jetzt mit Daumen und Zeigefinger an einer Wange. Vielleicht merken Sie, dass sich die Wangenschleimhaut erst nach einigem Zug von den Bukkalflächen der Zähne löst und sich danach dann die Lippen öffnen. Ein Unterdruck in der gesamten Mundhöhle, wie in den Veröffentlichungen von Furtenbach beschrieben, würde jedoch dafür sorgen, dass die Weichgewebe alle Räume ausfüllen: Die Zunge würde sich damit mindestens addental, wenn nicht interdental einlagern. Zwischen Mundboden und Unterseite der Zunge lingualseitig der unteren Frontzähne bleibt nach unserem Verständnis stets ein minimaler luftgefüllter Raum. **Selbstverständlich muss eine physiologische Ruhelage der Zunge, der Lippen und des Unterkiefers in der Therapie der OFD ein vorrangiges Therapieziel sein. Eben deshalb ist es das auch in den Konzepten Garliners und seiner NachfolgerInnen.**

## Therapie der OFD im Kontext anderer logopädischer Störungsbilder

Furtenbach schreibt: „Die Bedeutung [...] der MFT für fast alle Sprech-, Sprach- und Stimmstörungen wurde von der Logopädie bisher kaum erkannt“ (2022a, S. 40). Wir erkennen an, dass hier die jahrzehntelange Erfahrung von Frau Furtenbach einfließt, kritisieren jedoch, dass nicht auf aktuelle Evidenzen eingegangen wird. **Aus unserer Sicht ist die MFT weder ein notwendiges noch ein geeignetes Mittel zur Therapie fast aller logopädischer Störungsbilder, insbesondere nicht von Sprachstörungen.** Auch für die Sprechstörungen gibt es hier deutlich abweichende Empfindungen. Den Zusammenhang zwischen Artikulationsstörungen und OFD stellt Furtenbach in ihrem Text mehrfach her. Sie behauptet u. a., wenn das orofaziale System in unphysiologischer Weise aktiv ist, habe man es konsequenterweise auch mit Auswirkungen auf das Sprechen zu tun. Hier scheint Frau Furtenbach von der von Hartmann (2010) genannten „common effector perspective“ auszugehen, die jedoch so nicht anzuwenden ist, wie der Autor ebenfalls erläutert. Furtenbachs Hypothese (2022a), eine Nasenatmung mit Lippenschluss zu erlernen, bringe Kindern und Jugendlichen mit undeutlicher oder verwaschener Aussprache mit OMH eine deutliche Artikulation, während eine Artikulationstherapie meist ohne Erfolg bleibe, scheint uns vor dem Hintergrund der o. g. Überlegungen eine sehr pauschale und nicht belegte Aussage. So schreibt Fox-Boyer (2017, S. 108) zu mundmotorischen Übungen in der Kindersprachtherapie: „Es liegt ein Unterschied zwischen der Sprech- und der Mundmotorik vor, sodass Erfolge in der Sprechmotorik nicht über ein Training der Mundmotorik erreichbar sind“. Deshalb herrsche unter den ExpertInnen für Aussprachestörungen weltweit ein Konsens,

„dass auf ein generelles, regelmäßiges Training der mundmotorischen Fähigkeiten in der Aussprachetherapie verzichtet werden sollte“ (ebd.). Zieht man hier erneut die Zahlen von Grabowski et al. (2009) heran, dann zeigen ca. 90% der untersuchten Kinder orofaziale Dysfunktionen, während jedoch nur 34% der Kinder in der Phase des Milchgebisses und 17% während des Zahnwechsels eine Aussprachestörung aufwiesen. In unseren Praxen hat ebenfalls eine deutliche Minderheit der PatientInnen zusätzlich zur Diagnose OFD eine Artikulationsstörung. Damit scheint uns auch die Behauptung, dass offene Lippen dazu führten, dass „alle oralen Funktionen dysfunktional“ seien (Furtenbach, 2022a, S. 42), widerlegt.

## Therapiestandards OFD

Es fehlten therapeutische Standards, so Furtenbach und „Was da und dort als Therapie angeboten wird, ist sehr unterschiedlich und nicht vergleichbar“ (Furtenbach, 2022a, S. 44). Dem können wir bei Durchsicht der schon genannten Literatur und ihrer eigenen Veröffentlichungen nicht folgen. Den meisten Therapiekonzepten in diesem Bereich ist eine Fülle an Lippen-, Zungen- und Ansaugübungen gemein, bevor zum Schlucken von Nahrung übergegangen wird. Darin gleichen sie sich so sehr, dass man durchaus von einem gewissen Standard im therapeutischen Vorgehen sprechen kann. Das MFT-Konzept von Furtenbach (2016) zeigt eine umfangreiche Sammlung von Mundmotorikübungen (MMÜ) verschiedener anderer AutorInnen (Padovan, Bolton, Falk, Clausnitzer) mit sehr vielen verschiedenen Hilfsmitteln. Es fällt auf, dass die dort beschriebenen Aufgaben so oder sehr ähnlich in anderen Ansätzen zur Therapie der OFD ebenfalls zu finden sind, z. B. auch in „NF!T“ von Elke Rogge (2015), „FMP“ von Petra Schuster (2014) oder in „Myofunktionelle Therapie“ von Anita Kittel (Kittel & Förster, 2020). Deshalb verwundert es einmal mehr, dass Furtenbach fehlende Standards moniert und beklagt, dass es offensichtlich wissenschaftlich sei, dass man vor allen MMÜ warne, wie Hartmann (2010) dies in seinem Artikel getan habe. Dabei übersieht sie, dass der Artikel sich mit dem Sinn und Nutzen von MMÜ bei Sprechstörungen befasste, nicht jedoch mit deren Einsatz in der MFT.

Uns stellt sich die Frage, ob eine Vielzahl der beschriebenen mundmotorischen oder – wie Furtenbach betont – „myofunktionellen“ Übungen tatsächlich zielführend und funktionsorientiert sind. Sie sieht einen Unterschied zwischen myofunktionellen Übungen und MMÜ, denn wenn diese den MMÜ zugerechnet würden „zeigt dies nur, dass ihre spezifische Eigenart und ihre Therapieziele nicht beachtet werden“ (Furtenbach, 2022a, S. 43).

Die Unterscheidung nach dem Ziel der Übungen und damit die Einordnung in mundmotorisch oder myofunktionell ist aus unserer Sicht unerheblich. Letztlich ist ihnen allen eigen, dass es sich immer um Bewegungen handelt, die mitunter recht wenig mit der Zielfunktion

zu tun haben. So verlangen sie bspw. unnatürliche Bewegungsabläufe oder deutlich mehr Kraft, als in der physiologischen Funktion benötigt wird. Wieviel Lippenkraft benötigen wir für physiologische Ruhelagen von Zunge und Lippen, ein korrektes Schluckmuster oder den Mundschluss beim Kauen? Wie abhängig sind solche Werte bspw. von der Ausprägung einer sagittalen Frontzahnstufe? Sind die Lippenkraftmessungen überhaupt sinnvoll und aussagekräftig und die darauf basierenden Kräftigungsübungen zielführend? Warum wird Bewegung trainiert, wenn Ruhelagerung das Ziel sein soll? Weshalb werden in vielen bestehenden Therapiekonzepten Zungenübungen außerhalb des weit geöffneten Mundes trainiert, die wir im Alltag für die Physiologie nicht benötigen?

Furtenbach fordert in ihren Ausführungen nicht zum ersten Mal einen Paradigmenwechsel in der MFT, der sich an den Erkenntnissen Proffits (1986) orientieren sollte. „Die Dauer und nicht die Größe der Muskelkräfte beim Kauen und Schlucken [ist] der zentrale Faktor für entscheidende Effekte auf Kieferwachstum und Zahnbewegung [...] Die habituellen Haltungen/Ruhelage der orofazialen Muskulatur haben den größten Einfluss auf Wachstum und Entwicklung des Gebisses, weil sie lange wirken“ (Furtenbach, 2022a, S. 42). Sie schlussfolgert: „Das wichtigste Therapieziel ist daher eine habituelle Nasenatmung mit Lippenkontakt.“ Es erstaunt, dass diese Erkenntnis als so bahnbrechend und nur ihrem Konzept „MFT kompakt“ eigens dargestellt wird. Die Aussagen Proffits sind von 1986 und damit alles andere als neu. Die Bedeutung des Mundschlusses hat, wie bereits beschrieben, in alle Therapiekonzepte zur MFT Eingang gefunden. In ihrer Replik auf den Leserbrief von Krätsch-Siefert gibt Furtenbach dann zu, „dass Garliner und alle AutorInnen in seiner Nachfolge Mundschlussübungen in ihre Übungsprogramme aufnahmen. Diese Übungen waren in jedem Programm vertreten und man sollte sie zur Lippenkräftigung machen“ (Furtenbach, 2022b, S. 127). Dann jedoch schränkt sie ein: „Sie waren jedoch nie ein EXPLIZITES Therapieziel“. Diese Aussage ist verwirrend, denn in „MFT kompakt“ empfiehlt Furtenbach Lippenübungen mit Übungsgeräten insbesondere mit dem Ziel der „Aktivierung/Stärkung der Lippen“ (2016, S. 118). Gleichzeitig geben andere AutorInnen an, dass die Lippenübungen dem physiologischen Lippenschluss bei gleichzeitiger Nasenatmung dienen. Wortwörtlich heißt es bei Kittel und Förster (2020) für den „Übungsbereich Lippen/Gesicht“ bspw.: „Ziel ist der Lippenschluss mit Nasenatmung“ (S. 93). Fischer-Voosholz und Spenthof (2002) geben an, dass die ZRL erstes Therapieziel ist und diese die Nasenatmung stabilisiere. „Da alle Symptome sich gegenseitig beeinflussen, ist es entscheidend, manche Auffälligkeiten nicht nacheinander zu therapieren, sondern parallel anzugehen (z. B. Zungenruhelage und Mundschluss-therapie)“ (S. 88). Die Anbahnung

der ZRL wird hier mit MMÜ zur Kräftigung der Lippenmuskulatur kombiniert, die z. T. mit den von Furtenbach empfohlenen übereinstimmen. Ruben und Wittich (2017) beziehen sich auf Kittel und sehen „Mundmuskelübungen für die Lippen“ als dienlich für den Erwerb des Mundschlusses an (S. 43). Die von Furtenbach kolportierte Neuerung, den Lippenübungen nun ein explizites Therapieziel zugeschrieben zu haben, können wir deshalb weiterhin nicht nachvollziehen.

Neben dem ersten nach Furtenbach (2022a) zu beachtenden Paradigma bestehe ein weiteres darin, „das Ziel ‚Nasenatmung mit Lippenschluss‘ vorrangig zu erreichen“ (S. 44). Nach unserer Auffassung haben ein viszerales Schluckmuster und unphysiologische Kaubewegungen durchaus einen nicht zu unterschätzenden Einfluss auf die Gebissentwicklung und beeinflussen sich gegenseitig. Ruben und Wittich (2017) schreiben dazu, durch die „hohe Frequenz des Schluckaktes wirken enorme Belastungen, v. a. wenn das Schlucken nicht richtig funktioniert“ (S. 43), sodass die Verformung von Kiefer und Gaumen begünstigt würden. **Deshalb muss die Therapie des Schluckmusters stets in Verbindung mit physiologischen Ess- und Kauabläufen ein wesentlicher Bestandteil der Therapie der OFD sein.**

Furtenbach beschreibt in „Myofunktionelle Therapie Kompakt II“ (2016) diverse Kauübungen mit Latex- oder Silikonschläuchen u. a. zur „Tonusregulierung und Stärkung der Kaumuskulatur“ sowie zum „Erlernen der richtigen Kaufunktion“ (S. 148). Gleichzeitig rät sie vom Kauen von Kaugummis ab, „weil kein Bolus zerkleinert und zermahlen wird“ und dann keine Nahrung in den Magen gelange (Furtenbach, 2016, S. 147). Beim Kauen auf Gummischläuchen dürfte das nicht anders sein. Hier wird die Diskrepanz zwischen „Übung“ und der Arbeit an einer physiologischen Funktion einmal mehr deutlich: Wir kauen Nahrung, die sich wie Nahrung verhält und durch die Kopplung der automatisierten Bewegungsabläufe von Kauen und Schlucken in den Magen gelangt. Warum also eine Pseudophysiologie mit Kauschläuchen vorschalten und üben? Wir präferieren von Anfang an das Trainieren physiologischer Abläufe von Kauen und Schlucken mit Nahrungsmitteln. Außerdem beachten wir in diesem Zusammenhang besonders das Vorkommen von Habits in der präoralen und oralen Phase, um hier negative Einflüsse auf das Kauen und Schlucken zu vermeiden.

Furtenbach begründet die aus ihrer Sicht herausragende Bedeutung der Nasenatmung und des Lippenschlusses mit den Druckverhältnissen („Donders’scher Druck“) in den oro-naso-pharyngealen Räumen und deren rhythmischen Veränderungen. „Der Schlüssel zum physiologischen Wachstumsreiz des orofazialen Systems ist die habituelle Ruhelage der Lippen (Lippenkontakt, Lippenschluss) und der nur dann herrschende intraorale Unterdruck mit den rhythmischen Druckveränderungen

durch Einatmen (Unterdruck) und Ausatmen (Überdruck)“ (Furtenbach, 2022a, S. 42f.). Hierzu sei angemerkt: Mit dem Begriff des Donders-Raumes wird allgemein die Pleurahöhle (Cavitas pleuralis) bezeichnet. Nur hier wirkt der Donders-Druck, womit die Druckdifferenz zwischen dem atmosphärischen Druck und dem Druck in der Pleurahöhle gemeint ist. Ob durch die Nase oder den Mund geatmet wird, macht für den Donders-Druck also zunächst keinen Unterschied.

Wird die physiologische ZRL eingenommen, schließt die Zunge die Mundhöhle zum Rachen hin komplett ab, sodass der von Furtenbach beschriebene Druckwechsel durch Ein- und Ausatmen keinen nennenswerten Einfluss auf die intraoralen Druckverhältnisse haben kann. Zu den negativen Druckdifferenzen und der resultierenden Adhäsionskraft, die wir in diesem Zusammenhang für relevant halten, haben wir unsere Sicht bereits dargelegt. Das flächige Anlegen der Zunge am harten Gaumen und deren ‚Stempelwirkung‘ wird hier nicht als relevant erwähnt. Das verwundert, da doch die Zunge idealerweise während des Mundschlusses in Ruhe am Gaumen anliegt und damit den Erkenntnissen Proffits (1986) folgend durch langanhaltende Dauer der Kraftereinwirkung ebenso erheblichen Einfluss auf die Zahn- und Kieferentwicklung haben dürfte.

### Therapiebeginn bei OFD

Unter den Aspekten des Schluckens kritisiert Furtenbach: „Es ist eindeutig falsch, wenn ein Kind erst mit neun Jahren zur MFT kommt aufgrund der in der Logopädie häufigen Annahme, dass sich das Schluckmuster erst bis dahin richtig entwickelt hat“ (2022a, S. 43). Wo diese „häufige Annahme“ zu finden ist, wird nicht belegt.

In diesem Teil des Artikels vermischt Furtenbach die Themenfelder Atmung, Schluckmuster und Sprechen. Sie behauptet sinngemäß, dass eine unphysiologische Atmung zu einer dysfunktionalen Nahrungsaufnahme führe und konsequenterweise auch Auswirkungen auf die Art und Weise des Sprechens habe. Den frühen Beginn der Therapie begründet Furtenbach mit der Reifung des Kau-Schluckmusters, die bis zum Ende des zweiten Lebensjahres stattfindet. Dafür führt sie als Beleg Patti und Perrier d’Arc an, die den Zeitraum vom achten bis zum 16. Lebensmonat angeben würden. Diese Angabe ist so nicht haltbar, denn wörtlich heißt es bei den Autoren: „Die komplette Umstellung vom infantilen zum adulten Schluckvorgang dauert zwischen 8 und 16 Monaten (Misch-Schluckphase). Nach Erreichen des vierten Lebensjahres sollten die Kinder das somatische Schluckmuster übernommen haben“ (Patti et al., 2007, S. 30). Belegt sind diese Angaben bei Patti und Perrier d’Arc ebenfalls nicht, sodass unklar ist, ob es sich hier lediglich um Annahmen oder um gesicherte Fakten handelt. Grabowski et al. (2007) geben an, dass ein Kind mit vollständigem Milchgebiss das adulte Schluckmuster zeigen sollte. In ihrer Studie wurden 766 Kinder mit Milchgebiss und 2.275

mit frühem Wechselgebiss zum Zusammenhang zwischen Gebissentwicklung und dem Vorhandensein von OFD untersucht. In beiden Kohorten wurde bei mehr als 60% (62% bzw. 63,5%) ein viszerales Schluckmuster festgestellt. Bei den Kindern mit regelrechter Okklusion wiesen gar 77,1% ein viszerales Schluckmuster auf. Grabowski schreibt: „In der Zeit bis nach dem Schneidezahnwechsel konnten wir statistisch keine Abnahme des viszeralen Schluckmusters gegenüber Kindern mit Milchgebissen feststellen“ (Grabowski et al., 2009, S. 70). Sie stellt deshalb infrage, „ob das viszerale Schlucken während der Milchgebissperiode noch eine Übergangssituation darstellt oder ob es nach vollständig ausgebildetem Milchgebiss in die Gruppe der Dyskinesien eingeordnet werden muss“ (ebd.). Aus unserer Sicht sollten Kinder mit orofazialen Auffälligkeiten selbstverständlich früher als mit neun Jahren logopädisch behandelt werden. Doch ist möglicherweise nicht jeder Therapieansatz gleichermaßen geeignet und nicht jedes Behandlungsziel schon bei jungen Kindern vollständig zu erreichen. Im Fokus stehen – nach gründlicher interdisziplinärer, klientenzentrierter Diagnostik und der Behandlung möglicher organischer Ursachen für orofaziale Dysfunktionen – die Bedürfnisklärung sowie die Elternberatung, die Beobachtung und ggf. Veränderung der Essenssituationen, das Abgewöhnen von Habits und ggf. ein Training und Habitualisieren der Nasenatmung in Ruhe. Das Herstellen physiologischer Funktionen sollte auch hier ziel-, funktions- und alltagsorientiert erfolgen.

### Therapie der OFD und Interdisziplinarität

Dass die Therapie der OFD die Interdisziplinarität von Logopädie (und verwandten Disziplinen aus der Sprachtherapie), Pädiatrie, Zahnmedizin und besonders der Kieferorthopädie und Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie sowie der Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, aber auch den Austausch mit ganzkörperlich orientierten TherapeutInnen aus der Physiotherapie, Osteopathie und Cranio-Sacral-Therapie benötigt, zeigt sich in unserem praktischen Alltag. Dies verdeutlicht auch das umfassende Review von Shortland et al. (2021): Die Therapie der OFD erscheint sinnvoll und zielführend, wenn sie in Kombination mit anderen Therapien, als Teamarbeit, praktiziert wird.

Dafür braucht es Kenntnisse von- und übereinander. Wünschenswert wäre hier, wenn bereits in der logopädischen Grundausbildung die Basis gelegt würde und sich hier Wissen über Weiterbildung vertiefen könnte.

Bei Durchsicht von Curricula für LogopädInnen in Deutschland, der Schweiz und Österreich zeigt sich: Die Therapie der OFD ist ein eher peripher behandeltes Thema in den Ausbildungsstätten. Das Vermitteln von grundsätzlicher Physiologie der Atmung und in diesem Kontext eines physiologischen Lippenschlusses bzw. der ZRL wären von größter Relevanz.

In der zahnärztlichen sowie der fachzahn-

ärztlichen kieferorthopädischen Ausbildung scheinen die OFD sowie ihre Therapie durch die Logopädie ein wenig erwähntes Thema zu sein. Dies ergaben zahlreiche Gespräche mit ZahnärztInnen und FachzahnärztInnen für Kieferorthopädie auch jüngerer Generation mit absolviertem Studium in DE, CH und A, ebenso wie die Sichtung kieferorthopädischer Fachliteratur.

Es gehört von allen Seiten die Bereitschaft dazu, auf die anderen Disziplinen zuzugehen und bspw. Hospitationen zu absolvieren. So bekommt man tiefere Einblicke in die Arbeit der anderen Fachrichtungen und schafft Netzwerke, die eine zielgerichtetere Zuweisung und bessere Verständigung untereinander zum Wohle der PatientInnen ermöglichen.

Wir können Frau Furtenbach darin nur zustimmen, dass Interdisziplinarität von großer Bedeutung ist. Dass der Wille zur Zusammenarbeit mit KieferorthopädInnen in der Logopädie jedoch nicht sehr ausgeprägt sei (Furtenbach, 2022a, S. 40), können wir allerdings nicht bestätigen. Ganz im Gegenteil wird im Gespräch mit KollegInnen sogar häufig bemängelt, dass es zu wenig Austausch gäbe.

### OFD ist immer klientInnenzentriert

Eingangs haben wir erwähnt, auf welche Zielgruppe sich unsere Aussagen beziehen. So wie es in anderen Fachgebieten der Logopädie/Sprachtherapie nicht den alleinigen Ansatz für die Therapie von Störungen gibt, kann es diesen nicht in der Therapie der OFD geben.

**Die Behandlung orofazialer Auffälligkeiten bei Menschen mit körperlichen und/oder kognitiven Einschränkungen benötigt andere therapeutische Maßnahmen als bei Kindern ab etwa neun Jahren, Jugendlichen und Erwachsenen, die mehrheitlich kognitiv unauffällig und körperlich nicht eingeschränkt sind.**

Furtenbach (2022b) betont in ihrer Replik auf den Leserbrief von Krätsch-Sievert einen weiteren Unterschied zu anderen Therapieprogrammen. „MFT kompakt‘ ist nicht am Programm orientiert, sondern am Patienten und dessen individuellen Problemen und Eigenheiten. Alles wird in Abstimmung mit dem individuellen Patienten gemacht“ (S. 127). Die Betrachtung der PatientInnen als Individuen und die Anpassung der Behandlungsinhalte an deren Möglichkeiten und Bedürfnisse ist das, was wir alle als TherapeutInnen tagtäglich erleben – anders ließe sich ein therapeutisches Setting nicht bewerkstelligen.

Weiterhin fordert Furtenbach: „Wir müssen in der MFT weg vom Abarbeiten von vorgegebenen Listen von Übungen“ (2022b, S. 107). Ein Diskurs über die grundsätzliche Notwendigkeit von MMÜ für das Erreichen des Therapieziels scheint uns zeitgemäßer als eine wiederkehrende Diskussion darüber, welcher Übungskanon für Lippen und Zunge am geeignetsten wäre. Es geht nicht um das „Wie“, sondern um das „Ob“. **Vielleicht muss das, was für die Behandlung der Artikulati-**

## onsstörungen bereits Konsens ist, auch für die OFD-Behandlung überlegt werden: die Abkehr von MMÜ bei der von uns genannten PatientInnengruppe und stattdessen die Fokussierung auf das zügige Erarbeiten und Habitualisieren physiologischer orofazialer Funktionen?

Dass MMÜ schließlich auch im Bereich der MFT i. d. R. verzichtbar sind, zeigt das funktionsorientierte Vorgehen in der Behandlung von OFD im SZET-Konzept von Kuhrt (2022) und M.U.N.D.T® von Krätsch-Sievert (2020). Jedoch werden sämtliche Therapieansätze nur dann zielführend sein, wenn sie patienten-, ressourcen- und funktionsorientiert sind und interdisziplinäre Zusammenarbeit gelebt wird.

### Literatur

- Bigenzahn, W. (2003). *Orofaziale Dysfunktionen im Kindesalter. Grundlagen, Klinik, Ätiologie, Diagnostik und Therapie*. Thieme.
- Fischer-Voosholz, M., & Spenthof, U. (2002). *Orofaziale Muskelfunktionsstörungen. Klinik – Diagnostik – ganzheitliche Therapie*. Springer.
- Fox-Boyer, A. (2017). Mundmotorische Übungen in der Kindersprachtherapie. *Sprache - Stimme - Gehör*, 41(2), 108.
- Furtenbach, M. (2016). *Myofunktionelle Therapie KOMPAKT II – Diagnostik und Therapie. Ein Denk- und Arbeitsbuch*. Praesens.
- Furtenbach, M. (2021). MFT ist nicht gleich MFT. *Logos*, 29(4), 278–280.
- Furtenbach, M. (2022a). Myofunktionelle Therapie (MFT) – Quo vadis? *Logos*, 30(1), 38–45.
- Furtenbach, M. (2022b). Replik auf den Leserbrief von Petra Krätsch-Sievert. *Logos*, 30(2), 127.
- Garliner, D. (1989). *Myofunktionelle Therapie in der Praxis. Gestörtes Schluckverhalten, gestörte Gesichtsmuskulatur und die Folgen – Diagnose, Planung und Durchführung der Behandlung*. Dinauer.
- Grabowski, R., Hinz, R., Stahl de Castrillon, F., & Dieckmann, A. (2009). *Das kieferorthopädische Risikokind: Gebissentwicklung und Funktionsstörungen – KFO-Prävention und Frühbehandlung*. Zahnärztlicher Fach-Verlag.
- Grabowski, R., Stahl, F., Gaebel, M., & Kundt, G. (2007). Relationship between occlusal findings and orofacial myofunctional status in primary and mixed dentition. Part I: Prevalence of malocclusions. *Official Journal of the German Orthodontic Society/Offizielle Zeitschrift der Deutschen Gesellschaft für Kieferorthopädie*, 68(1), 26–37. <https://doi.org/10.1007/s00056-007-1606-0>
- Hartmann, E. (2010). Sinn und Nutzen von Mundmotorikübungen bei Sprechstörungen. *Logos*, 18(4), 244–252.
- IAOM (International Association of Orofacial Myology). (2022). *What are Orofacial Myofunctional Disorder (OMDs)?* <https://www.iaom.com/faq>
- Kittel, A., & Förster, N. (2020). *Myofunktionelle Therapie*. Schulz-Kirchner.
- Köppel, B., Kuhrt, S., Tenhüfelfeld, K., Rother, A., Codoni, S., & Berg, B.-I. (2022). Befunderhebung bei orofazialer Dysfunktion (OFD). Auswertung einer Online-Umfrage unter Fachpersonen. *Logos*, 30(3), 186–193.
- Krätsch-Sievert, P. (2022). *M.U.N.D.T®. Die logopädische Therapie orofazialer Dysfunktionen*. Elsevier.
- Kuhrt, S. (2022). *SZET-Konzept*. <https://szet-konzept.de/>
- Mörsdorf, L., & Beushausen, U. (2021). Myofunktionelles Training des oralen und velopharyngealen Bereichs bei obstruktiver Schlafapnoe. *Logos*, 29(4), 256–266.

- Patti, A., & Perrier d'Arc, G. (2007). *Kieferorthopädische Frühbehandlung*. Quintessenz.
- Proffit, W. R. (1986). On the Aetiology of Malocclusion. *British Journal of Orthodontics*, 13(1), 1–11. <https://doi.org/10.1179/bjo.13.1.1>
- Rogge, E. (2015). *Neurofunktions!therapie in der Praxis (NFT!): die Zunge hat keine Ohren!* modernes lernen.
- Ruben, L., & Wittich, C. (2017). *Therapie myofunktioneller Störungen (MyoMot): Ein ganzheitliches Konzept mit 6 Bausteinen*. Ernst Reinhardt.
- Schuster, P. (2014). *Funktionales Mundprogramm: FMP*. modernes lernen.
- Shortland, H.-A. L., Hewat, S., Vertigan, A., & Webb, G. (2021). Orofacial Myofunctional Therapy and Myofunctional Devices Used in Speech Pathology Treatment: A Systematic Quantitative Review of the Literature. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 30(1), 301–317. [https://doi.org/10.1044/2020\\_AJSLP-20-00245](https://doi.org/10.1044/2020_AJSLP-20-00245)

Steffi Kuhrt, Stutensee (D)  
steffi@logopaedie-kuhrt.de

Barbara Köppl, Versam (CH)  
barbara.koeppel@logo-hin.ch



**Replik** auf „Wo stehen wir in Terminologie, Diagnostik und Therapie von orofazialen Dysfunktionen (OFD)?“ von S. Kuhrt und B. Köppl

Bevor ich mich zum Antworten an den Computer setzte, habe ich noch einmal aufmerksam meinen Beitrag in Logos 1/2022, S. 38, „Myofunktionelle Therapie (MFT) – quo vadis?“ gelesen, der Anlass für den Leserinnenbrief von P. Krätsch-Sievert war (2/2022, S. 126). Obwohl in diesem keine Frage an mich gerichtet war, versuchte ich das Thema „offene Mundhaltung“ (OMH) aus meiner Sicht im Hinblick auf die LeserInnen noch einmal zu verdeutlichen. Das wiederum animierte S. Kuhrt und B. Köppl zu ihrem ausführlichen o. a. Leserinnenbrief: „Wo stehen wir in Terminologie, Diagnostik und Therapie von orofazialen Dysfunktionen (OFD)?“ Das Buch „MFT – Diagnostik und Therapie“ ist bereits 2016 erschienen. Interessierte und Fragende hätten sich jederzeit an mich wenden können. Mein Erfahrungsbericht „MFT – quo vadis?“ mit einer sehr komprimierten und verkürzten Darstellung meiner Sichtweise auf viele Themen in der MFT umfasst einen Zeitraum von 42 Jahren. Er ist wahrlich nicht geeignet, eine derartig umfangreiche Auseinandersetzung mit vielen komplexen Themen anzuzetteln, wie es die Autorinnen tun. Nach der langen Zeit der intensiven Beschäftigung mit der MFT und deren Entwicklung hatte ich das Bedürfnis, meine ganz persönliche Geschichte mit der MFT sozusagen für junge LogopädInnen niederzuschreiben. Die Ausführungen von D. Garliner haben mich vom ersten Augenblick fasziniert: Die Muskeln sollen unter Anleitung in der Lage sein, Einfluss auf das Gebiss zu nehmen, welches Wunder! Das war mein Zugang zur MFT und

dazu brauchte ich vor allem auch Literatur, die mir KieferorthopädInnen empfohlen haben. Daraus erwuchs mein MFT-Konzept, das in der Zielsetzung dem Konzept der Kieferorthopädin Andrea Freudenberg gleicht, die unabhängig von mir in der MFT das suchte, was die größte Wirksamkeit hat.

Wie ich im Beitrag „Quo vadis – MFT“ (S. 41, 1. Spalte) feststellte, stimmt es mich hoffnungsvoll, „dass kreative und engagierte Fachleute (namentlich KieferorthopädInnen, KinderzahnärztInnen, LogopädInnen, HNO-ÄrztInnen, sowie PädiaterInnen) am Aufbau von multidisziplinären Netzwerken und Fachaustausch-Treffen beteiligt sind. Persönlich konnte ich in Weinheim das interdisziplinär arbeitende Mykie-Netz ([mykie.de/weinheim](http://mykie.de/weinheim)) und den seit 2017 existierenden interdisziplinären Fachaustausch in Wien ([www.mund-interdisziplinaraer.com](http://www.mund-interdisziplinaraer.com)) kennenlernen“.

Wenn sich die MFT wirklich weiterentwickeln kann, will und soll, dann braucht sie eine breitere Diskussionsbasis. Es braucht einen Diskurs, der sämtliche Aspekte der MFT und alle damit beschäftigten Disziplinen umgreift. Mit der Gründung von [www.mund-interdisziplinaraer.com](http://www.mund-interdisziplinaraer.com) (interdisziplinärer Fachaustausch in Wien) wurde eine Plattform ins Leben gerufen, die Austausch und Vernetzung ermöglicht. Außerdem ist angedacht, dieses Podium zu erweitern und für alle Interessierten zugänglich zu machen. Dort werden unterschiedliche Themen und ähnliche Fragen wie „Wo stehen wir in Terminologie, Diagnostik und Therapie von orofazialen Dysfunktionen (OFD)?“ in einem interdisziplinären Rahmen bearbeitet. Mein Blick ist nach vorne gerichtet! Seit einigen Jahren wende ich mich mit Neugier der spannenden oralen Entwicklung und der Prävention von orofazialen Dysfunktionen und Dysgnathien zu. Der Zeitraum, in dem die meisten OFD ‚erzeugt werden‘, ist nicht sehr groß. Ich staune immer mehr: Wir sind nicht Opfer der Gene! Die meisten dieser Probleme, die wir behandeln, sind ‚hausgemacht‘ (d. h. umweltbedingt) und könnten vermieden werden. Welch wunderbare Aufgabe für die Logopädie und die MFT, in der Prävention tätig zu werden! Logopädische Beratung bereits in der Schwangerschaft, nicht nur über die Bedeutung des Stillens und die Gefahren, die von Schnuller und Flasche ausgehen, sondern vor allem über die physiologische orale Entwicklung in den ersten zwei Lebensjahren. Und MFT dann, wenn Bedarf besteht, und nicht erst ab neun Jahren.

Schade, dass die drei Autorinnen in meinem Beitrag „MFT – quo vadis“ meine Intention nicht aufgreifen konnten und stattdessen eine Debatte darüber anfachten, ob es Fortschritt in der MFT geben darf und Paradigmenwechsel stattfinden dürfen oder nicht. Dafür ist jedoch mein persönlicher Erfahrungsbericht „MFT – quo vadis?“ grundsätzlich nicht geeignet. Ich beende damit die Beteiligung an einer weiteren Diskussion.

Mathilde Furtenbach, Innsbruck (A)  
mathilde.furtenbach@aon.at