

## **Myofunktionelle Therapie - Therapie der Orofazialen Dysfunktion**

---

Verabschiedet vom DLV-Vorstand am 06.12.2019

## Myofunktionelle Therapie - Therapie der Orofazialen Dysfunktion

Deutschschweizer Logopädinnen- und Logopädenverband  
Grubenstrasse 12, 8045 Zürich  
T 044 350 24 84, info@logopaedie.ch, www.logopaedie.ch

### Ausgangslage

Logopäd\*innen führen auf Zuweisung von Kinderärzt\*innen und Fachpersonen aus dem medizinischen oder pädagogisch-therapeutischen Bereich logopädische Abklärungen und Therapien durch. Die Finanzierung ist kantonal unterschiedlich geregelt, für die Erziehungsberechtigten jedoch je nach Wohnort kostenlos. Gesetzesgrundlagen sind die Bundesverfassung sowie die kantonalen Volksschulgesetze.

Einzelne Gemeinden und Fachstellen empfehlen seit kurzem, die Therapie Orofazialer Dysfunktionen (Myofunktionelle Therapie) nicht mehr zu finanzieren, sofern gleichzeitig keine Artikulationsstörung (Sprechstörung) vorliegt. Dadurch entsteht jedoch eine Versorgungslücke, da die logopädischen Angebote für Kinder im Schulalter in der Verantwortung der Schulen liegen und gleichzeitig die Krankenkassen keinen entsprechenden Leistungsauftrag haben.

Die Myofunktionelle Therapie ist eine logopädische Behandlungsmethode, die innerhalb der Studiengänge an den vier Ausbildungsstätten der Deutschschweiz gelehrt wird, da sie in den Behandlungskatalog der Logopädie gehört. Sie kann nicht aus rein monetären Gründen daraus entfernt werden. Der DLV empfiehlt, die Myofunktionelle Therapie als logopädische Therapiemassnahme unabhängig von weiteren Begleitstörungen anzubieten und zu finanzieren. Die Nichtbehandlung kann weitreichende Folgen für die kindliche Entwicklung haben. Im Sinne der Prävention von Spätfolgen mit Folgekosten sollen Logopädinnen weiterhin Kinder mit Orofazialer Dysfunktion (nach ICD-10 GM 2019 F 82.2, Umschriebene Entwicklungsstörung der Mundmotorik) auch ohne Artikulationsstörung behandeln können.

### Definition

Eine myofunktionelle Störung bzw. orofaziale Dysfunktion meint «Störungen des Muskeltonus, der Muskelfunktion und/oder der Bewegungsabläufe im orofazialen Komplex (...), die aufgrund motorischer, sensorischer und/oder skelettaler Abweichungen entstehen und/oder aufrechterhalten werden.» (vgl. GIEL 2007)

Es zeigen sich meist statische Fehlfunktionen (Körperfehlhaltung, basale Zungenruhelage, offene Mundhaltung) verbunden mit dynamischen Fehlfunktionen (Atmung, Kauen, Schlucken). Beispiele für diese Fehlfunktionen sind, dass die Zunge in Ruhe an den Frontzähnen liegt oder zwischen den Frontzähnen oder den offenstehenden Lippen sichtbar ist. Beim Schlucken bewegt sich die Zunge nach vorne gegen oder zwischen die Zähne. Der starke, immer wiederkehrende Druck kann zu Zahn- und Kieferfehlstellungen führen. Es lassen sich Auswirkungen auf das Sprechen, auf die Gaumenausformung und die Lage von Ober- und Unterkiefer zueinander beobachten (vgl. FURTENBACH & ADAMER, 2016; FISCHER-VOOSHOLZ et. al. 2002)

## Myofunktionelle Therapie - Therapie der Orofazialen Dysfunktion

Deutscheschweizer Logopädinnen- und Logopädenverband  
Grubenstrasse 12, 8045 Zürich  
T 044 350 24 84, info@logopaedie.ch, www.logopaedie.ch

### Mögliche Symptome

(vgl. STELZIG, 2019; FURTENBACH & ADAMER, 2016; FISCHER-VOOSHOLZ et. al. 2002)

- inkompletter Mundschluss, dadurch zum Teil Speichelfluss aus dem Mund
- weit oder leicht offene Lippen bei addentaler oder interdentaler Zungenruhelage
- Mundatmung und nächtliches Schnarchen
- dadurch vermehrt Infekte (Bronchialinfekte, verlegte Nasenatmung, Mittelohrentzündungen, vergrösserte Tonsillen/Mandeln)
- kindliche Schlafapnoe
- Unterlippe verdickt, gerötet, nass.
- Alveolarlaute /t/, /d/, /n/, /l/, /s/, /sch/ werden statt hinter den Zähnen, an oder zwischen den Zähnen fehlgebildet
- Schlucken mit starker Spannung des M. mentalis, Kopfmitbewegungen, eingezogener Unterlippe, unsauberem Essen

### Prävalenz

Studien zeigen vor allem im Milchgebiss eine sehr grosse Häufigkeit von offener Mundhaltung, fehlerhafter Zungenruhelage und infantilem Schluckmuster bis ins Wechselgebiss (vgl. MEILINGER, 2015; GRABOWSKI et al. 2007,2009). Eine Myofunktionelle Störung liiert mit einer Aussprachestörung im Sinne eines Sigmatismus liegt bei 28.7% der 5-13jährigen Kinder vor. (vgl. FOX-BOYER, 2016).

Die zunehmende Sensibilität von Zahnärzten und Kieferorthopäden zu diesem Thema führt zu Überweisungen an Logopäd\*innen an öffentlichen Diensten, welche entsprechende Ressourcen benötigen.

## Myofunktionelle Therapie - Therapie der Orofazialen Dysfunktion

Deutschscheizer Logopädinnen- und Logopädenverband  
Grubenstrasse 12, 8045 Zürich  
T 044 350 24 84, info@logopaedie.ch, www.logopaedie.ch

### Auswirkungen einer Myofunktionellen Störung auf das schulische Lernen

#### Offene Mundhaltung und Mundatmung mit Auswirkungen auf den gesamten Organismus

Da die Lungen bei Mundatmung nicht bis in die Lungenspitzen gefüllt werden, führt dies zu einer geringeren Sauerstoffsättigung im Blut. Bei Mundatmung wird ausserdem das Stickstoffmonoxid aus den Nasennebenhöhlen, das zu einer verbesserten Sauerstoff-Sättigung im Blut führt, nicht gelöst. Dies führt zu schlechteren Bedingungen für Schlafen, Lernen, Gedächtnis und Schmerzempfindung. Die angestrenzte Atmung führt zu einem gesamtkörperlichen Energieverlust (vgl. STELZENMÜLLER, 2010) und beeinflusst den gesamten Haltungsaufbau.

#### Hörstörungen durch Tubenbelüftungsstörung

Bei chronisch habitueller Mundatmung reduziert sich die Schluckfrequenz. Dadurch wird die Tuba Auditiva seltener geöffnet. Folgen können vermehrte Paukenergüsse und Mittelohrentzündungen sein (vgl. STELZIG, 2019). Die Leitfähigkeit des Trommelfells und der Gehörknöchelchen ist reduziert. Eine allfällige Hörminderung bedeutet eine Mehrbelastung des Gehirns. Diese beeinflusst wieder den Spracherwerb und die Konzentrationsfähigkeit und somit das Lernen (vgl. STELZENMÜLLER, 2010).

#### Unphysiologisches Gesichtsschädelwachstum und Zahnfehlstellungen

Fehlerhafte Zungenruhelage und Schluckmuster bedingen oder manifestieren Bisslageprobleme wie Progenie, Kreuzbiss, frontal oder seitlich offener Biss sowie Tiefbiss. Ein schmaler Oberkiefer aufgrund fehlerhafter Zungenruhelage erschwert wiederum die Nasenatmung, worauf die Mundatmung persistiert (vgl. FURTENBACH & ADAMER, 2016).

#### Zungenfehlfunktion

«Die Stellung des Unterkiefers, der Frontzähne und damit die Lage der Kiefergelenke wird ganz wesentlich durch die Zungenlage beeinflusst.» (RICKEN, C & TOLL, D, 2010). Als Kompensation zur verlegten oder habituell nicht genutzten Nasenatmung wird der Kopf nach vorne geschoben. Dies erleichtert die Mundatmung. Der Unterkiefer (über den Zungenbereich mit dem Brustkorb verbunden) rückt zum Ende des Zahnbogens hin. Daraus folgt eine verspannte Muskulatur sowie ein unphysiologischer Kau- und Schluckvorgang. Diese verhindern einen ungestörten Lymphabfluss und führen durch die Fehllhaltung zu gesamtkörperlichen Auswirkungen. Bei Mundatmung verändert sich zudem der pH-Wert im Mund hin zu einem erhöhten Säureanteil, der Karies begünstigt.

#### Mangelhafte Partizipation und Teilhabe im Alltag

Personen mit Auffälligkeiten im orofazialen Bereich, z.B. chronisch offener Mundhaltung, können im Kontakt mit dem Umfeld unerwünschte Reaktionen erleben. Kinder und Jugendliche mit orofazialen Dysfunktionen zeigen häufig gesamtkörperliche Fehllhaltungen, die von Bezugspersonen über die Mimik hinaus beispielsweise auf ihre kognitiven Kompetenzen hin gedeutet werden. Aufgrund des veränderten Aussehens wegen einer Erschlaffung der Gesichts- und Zungenmuskulatur wird auf die Intelligenz oder das Interesse einer Person geschlossen (vgl. KITTEL, 2012). Dies kann soziale Ausgrenzung und damit reduzierte Teilhabe in Schule und sozialem Umfeld nach sich ziehen.

## Myofunktionelle Therapie - Therapie der Orofazialen Dysfunktion

Deutschschweizer Logopädinnen- und Logopädenverband  
Grubenstrasse 12, 8045 Zürich  
T 044 350 24 84, info@logopaedie.ch, www.logopaedie.ch

### Logopädische Therapie als Rezidiv- und als allgemeine Prophylaxe

«Die Normalisierung der Funktionsmuster der orofazialen Muskulatur (...) ist ein wichtiger, wenn nicht sogar der entscheidende Faktor für einen langfristigen Therapieerfolg» (IHLOW & RUDZKI, 2017). Form und Funktion stehen in Wechselwirkung zueinander. Für das Erreichen eines stabilen kieferorthopädischen Behandlungserfolges ist es wichtig, die statischen und dynamischen Funktionen von Zunge und Lippen zu beachten und diese bei Bestehen von Fehlfunktionen mittels Übungen zu verändern. Gemeinsam mit der Korrektur von Bisslage und Zahnstellung sollten Zungenruhelage, Lippenfunktion, Schluckmuster und Artikulation initial vom Kieferorthopäden mit beobachtet, beurteilt und durch logopädische Beratung und Behandlung verbessert, stabilisiert und automatisiert werden. Die Wahl des Settings liegt in der Kompetenz der Logopäd\*in.

### Schlussfolgerung

Die weitreichenden gesamtkörperlichen Auswirkungen der orofazialen Dysfunktion und die präventiven Aspekte einer Behandlung sind relevant. Die hohe Prävalenz sowie die **vielseitigen Auswirkungen auf das schulische Lernen zeigen, dass die Orofaziale Dysfunktion auch ohne Artikulations- bzw. Sprechstörung** weiterhin von Logopäd\*innen im pädagogisch-therapeutischen Setting behandelt und im Sinne der Prävention von Folgekosten und Folgeschäden durch Gemeinde oder Kanton finanziert werden muss.

**Myofunktionelle Therapie - Therapie der Orofazialen Dysfunktion**

Deutschscheizer Logopädinnen- und Logopädenverband  
Grubenstrasse 12, 8045 Zürich  
T 044 350 24 84, info@logopaedie.ch, www.logopaedie.ch

**Literatur**

Fischer-Voosholz, M., Spenthof, U., & Thiel. (2002): Orofaziale Muskelfunktionsstörungen. Klinik – Diagnostik – ganzheitliche Therapie. (M.M.Thiel. Hrsg.) Berlin Heidelberg: Springer-Verlag Berlin Heidelberg GmbH.

Fox-Boyer, A. (2016): Kindliche Aussprachestörungen. Idstein: Schulz-Kirchner.

Furtenbach, M. & Adamer, I. (2016): Myofunktionelle Therapie KOMPAKT II. Diagnostik und Therapie. Wien: Praesens.

Giel, B. (2007): Dysgnathien und orofaziale Dysfunktionen. In «Sonderpädagogik der Sprache – Band 1» (Schöler, H, Welling, A. Hrsg), (S. 310-322), Göttingen: Hogrefe.

Grabowski, R., Hinz, R, Stahl de Castrillon, F (2009): Das kieferorthopädische Risikokind, Herne: Zahnärztlicher Fach-Verlag.

Grabowski, R., Kundt, G., Stahl F. (2007): Interrelation between Occlusal Findings an Orofacial Myofunctional Status in Primary and Mixed Dentition (Part III). J Orofac Orthop 2007; 6: 462-475.

ICD-10 GM 2019 <https://www.dimdi.de/static/de/klassifikationen/icd/icd-10-gm/kode-suche/htmlgm2019/block-f80-f89.htm>.

Ihlow, D., Rudzki, I., (2017): Kieferorthopädische Retention. Kriterien, Regeln und Massnahmen der Rezidivprophylaxe. Stuttgart: Thieme.

Kittel, M. Anita (2012): Myofunktionelle Störungen – Ein Ratgeber für Eltern und erwachsene Betroffene. 4. überarbeitete Auflage (S. 16-17), Idstein: Schulz-Kirchner.

Meilinger, M. (2015): Untersuchung ausgewählter Aspekte myofunktioneller Störungen im Vorschulalter. 2. unveränderte Auflage. München: Utz.

Ricken, C. Toll, D. (2010): Kieferorthopädie unter Berücksichtigung von CMD – ein ganzheitliches Therapiekonzept für ein stabiles Behandlungsergebnis. In Stelzenmüller, W., Wiesner, J.: Therapie von Kiefergelenksschmerzen, (S. 233-265), Stuttgart: Thieme.

Stelzenmüller, W. (2010): CMD – Grenzen erkennen und Grenzen überwinden? In Stelzenmüller, W., Wiesner, J. „Therapie von Kiefergelenksschmerzen, (S. 356–383), Stuttgart: Thieme.

Stelzig, G. (2019): Ein phoniatischer Beitrag zu orofazialen und pharyngealen Funktionen. In: Codoni, S., Spirgi-Gantert, I., von Jackowski, J. (2019): Funktionsorientierte Logopädie. Der Einfluss von Haltung und Bewegung auf Schlucken, Sprechen und Sprache. Heidelberg: Springer.