

Alexandra Schick

Zur Lage der MFT oder „Was verstehen Sie unter MFT?“

Klarstellung und Anregungen zum Diskurs

Warum möchte ich einen Diskurs anregen?

In Bezug auf „myofunktionelle Therapie (MFT)“, „orofaziale Dysfunktionen (OFD)/myofunktionelle Störungen (MFS)“ gibt es sowohl in der Literatur als auch in diversen Therapiekonzepten oder Therapieprogrammen eine uneinheitliche Terminologie, die unterschiedlichsten Definitionen und eine diffuse, willkürliche Festlegung der Symptomatik des Störungskomplexes OFD. Diese begünstigen eine undifferenzierte Betrachtungsweise von orofazialen Dysfunktionen und sowohl eine intra- als auch eine interdisziplinäre Verständigung ist somit kaum möglich.

Ich habe den Eindruck, dass viele LogopädInnen in diesem Durcheinander auf der Suche nach einer für die PatientInnen praktikablen Therapieform sind. Ich nehme weiterhin an, dass deshalb immer mehr „neue“ Therapieprogramme und Therapiekonzepte vorgestellt und propagiert werden, die diese Lücke schließen sollen. Häufig beruhen diese neuen Therapiekonzepte auf einer „Abarbeitung“ der Übungen, egal welche Symptomatik zu behandeln ist.

Übungsgeleitete Programme, die sich nicht an den orofazialen Funktionen orientieren, sind meiner Meinung nach jedoch nicht zielführend

und widersprechen einer funktionellen Sichtweise, die LogopädInnen zu eigen sein müsste. Ich möchte im Folgenden Myofunktionelle Therapie (MFT) definieren, Texte zur MFT kritisch betrachten, Programme hinterfragen und zum Diskurs auffordern, der diese noch junge Fachrichtung in der Logopädie weiterentwickeln soll.

Warum ich?

Ich arbeite seit vielen Jahren mit der Logopädin und Autorin Mathilde Furtenbach eng zusammen. Wir wenden seit 1979, als der Logopäde Daniel Garliner erstmals in Österreich war, MFT an und setzen uns seither auf allen Ebenen mit dieser Therapieform auseinander.

Unser Verständnis von MFT resultiert aus unserer mehr als 30-jährigen Erfahrung in der Praxis, der einschlägigen Literatur, bei gemeinsamen Fortbildungen, Seminaren und der Lehrtätigkeit sowie der interdisziplinären Zusammenarbeit mit allen relevanten Berufsgruppen in diversen Fachkreisen. Uns beiden ist seit längerem klar, dass sich die MFT nicht bzw. in die falsche Richtung entwickelt.

Mathilde Furtenbach hat in ihren Denk- und Arbeitsbüchern MFT KOMPAKT I und II die Prävention und die Therapie orofazialer Dysfunktionen (OFD)/myofunktioneller Störungen

(MFS) beschrieben und definiert. Ihr Konzept MFT KOMPAKT basierte anfangs auf den Grundlagen von Garliner und setzte sich seit dem Beginn der 90er Jahre von diesen ab. Wesentliche Bereicherung erfuhr die MFT durch Beatrice Padovan, Rodolfo Castillo-Morales und Juan Brondo.

Durch die intensive Zusammenarbeit mit der Kieferorthopädie öffnete sich Mathilde Furtenbach die Tür zur kieferorthopädischen Fachliteratur, die bis dahin von der Logopädie nicht berücksichtigt wurde. Hier sind Christine und Rolf Fränkel (*Fränkel & Fränkel* 1992) hervorzuheben sowie William Richard Proffit (*Proffit & Fields* 1986).

Bis es 2016 (*Furtenbach & Adamer*) zur Publikation kam, wurde das Konzept über viele Jahre mit PatientInnen angewendet, in Fortbildungskursen weitergegeben und immer wieder theoretisch verfeinert und begründet. Ihre grundlegenden Arbeiten über die Rolle der Mundatmung/offenen Mundhaltung in der MFT vollziehen einen Paradigmenwechsel, der – nach Garliner – die MFT aus dem engen Korsett der Zungentherapie befreien sollte.

Ich schließe mich inhaltlich und konzeptuell dieser Sichtweise vollends an und fasse hier zusammen, wie ich MFT verstehe und sie definiere. Ich möchte klarstellen,

- dass die MFT funktionelle Störungen behandelt,
- was mit MFT gemeint ist,
- womit man es beim Symptomenkomplex OFD zu tun hat
- und was MFT *nicht* ist.

Warum jetzt?

In meinen Lehr- und Seminartätigkeiten habe ich bemerkt, dass häufig zu wenig Zeit bleibt, die Grundlagen zu unterrichten bzw. die Zusammenhänge, die zu diesem komplexen Störungsbild führen, zu erklären.

Neue Erkenntnisse werden außer Acht gelassen, schnelle Lösungen aus dem Internet ersetzen das Lesen von Fachliteratur. Es ist festzustellen, dass die MFT teilweise simplifiziert,

ZUSAMMENFASSUNG. Unter „myofunktioneller Therapie (MFT)“, „orofazialer Dysfunktionen (OFD)/myofunktioneller Störungen (MFS)“ verbergen sich sowohl in der Literatur als auch in diversen Therapiekonzepten oder Therapieprogrammen die unterschiedlichsten Definitionen und eine diffuse, willkürliche Festlegung der Symptomatik des Störungskomplexes OFD. Diese begünstigen eine undifferenzierte Betrachtungsweise, erschweren die intra- als auch interdisziplinäre Verständigung und damit eine zielgerichtete, erfolgreiche Therapie. Als Anstoß zur Weiterentwicklung dieser jungen Fachrichtung der Logopädie und als Beitrag zum Diskurs werden die myofunktionelle Therapie (MFT) definiert, Texte zur MFT kritisch betrachtet und Programme hinterfragt. Die Basis bildet die in jahrzehntelanger Arbeit gewonnenen grundlegenden Erkenntnisse von Mathilde Furtenbach.

SCHLÜSSELWÖRTER: Myofunktionelle Therapie (MF) – orofaziale Dysfunktionen (OFD) – myofunktionelle Störungen (MFS) – Kieferorthopädie – Mundatmung

auf Übungsprogramme reduziert, mit Mundmotorik gleichgesetzt oder verwechselt und daher mit wenig Wissen über Zusammenhänge im orofazialen System angewendet wird. Das kann ich auch in einschlägigen Diskussionsforen beobachten.

Ich nehme das Fehlen von Definitionen und der Verbindung von Theorie und Praxis wahr. Mangels einer allgemein akzeptierten Definition von OFD und MFT gibt es einen Wildwuchs von myofunktionellen Symptomen, Beschreibungen, in der Verwendung der Terminologie, von Ansichten und Programmen.

Definitionen nach Furtenbach & Schick

Orofaziale Dysfunktionen sind Entwicklungsstörungen der primären und sekundären oralen Funktionen und durch drei Störungsbereiche gekennzeichnet, wobei der erste Störungsbereich als Leitsymptom bezeichnet werden kann, weil er Einfluss auf alle weiteren Symptome hat. Diese Störungen haben weitreichende Auswirkungen auf die orofaziale Entwicklung und sind behandlungswürdig, auch wenn keine kieferorthopädische Indikation besteht.

Myofunktionelle Therapie beschäftigt sich mit folgenden Störungen:

- Fehlende Nasenatmung und fehlender Mundschluss (habituell offene Mundhaltung/habituelle Mundatmung)
- Fehlfunktion der Zunge bei der Nahrungsaufnahme (Schluckfehlfunktion und gestörte Kaufunktion)
- Phonetische Artikulationsstörung

Alle diese Störungen sind beteiligt an den unphysiologischen Ruhe-Weichteilbeziehungen (Ruhelagen der Lippen, Wange, Zunge).

Die Bezeichnungen myofunktionelle Therapie (MFT) und Therapie orofazialer Dysfunktionen sind synonym zu verwenden, ebenso myofunktionelle Störungen (MFS) und orofaziale Dysfunktionen (OFD).

Myofunktionelle Therapie (MFT) ist die Behandlungsmethode für Orofaziale Dysfunktionen (OFD) = myofunktionelle Störungen (MFS). Sie orientiert sich an der Entwicklung der orofazialen Funktionen und ist in jedem Alter einsetzbar.

Ähnlich der Stimmtherapie (5 Säulen nach Evmarie Haupt) ruht die MFT auf 4 Säulen, die allerdings – im Gegensatz zur Stimmtherapie – aufeinander aufbauen (Abb. 1).

Die Präventionsaufgaben der MFT sind unter dem Verständnis und der Prämisse „form follows function“ zu sehen:

- orale Habits wie z.B. Lutschgewohnheiten, Nägel beißen, Wangenkauen, Lippenschlecken
- OFD/MFS
- Dysgnathien (Zahn- und Kieferfehlstellungen)

Die Durchführung der MFT basiert auf:

- Differenzierter Diagnostik
- Hierarchisierung der Behandlungsziele
- Spüren
- Aktivieren und Mobilisieren
- Habitualisieren

Die Therapie hat sich nach diesen übergeordneten Bereichen zu strukturieren und die Übungen sind dementsprechend auszuwählen.

Im Gegensatz zum programmorientierten Vorgehen hat sich die MFT an PatientInnen zu orientieren:

- individuelle PatientInnen in individuellen persönlichen Situationen
- individuelle Symptomatik
- am Alter
- an den unterschiedlichen Teiltherapiezielen, die bei allen PatientInnen unterschiedlich sein können.

Mir ist wichtig darauf hinzuweisen, dass „klassische MFT“ allein nur ein – zwar wesentlicher

Abb. 1: 4-Säulen Modell der MFT

4 Säulen der MFT

Behandlungshierarchien von orofazialen Dysfunktionen

1. Primäre Prävention

Information und Anleitung

- physiologischer Gebrauch der orofazialen Muskulatur
- Beachten der oralen Bedürfnisse
- Schnuller-Gebrauch vs. Schnuller-Missbrauch

2. Sekundäre Prävention

- Abgewöhnen von Lutschgewohnheiten
- Abgewöhnen von anderen oralen Habits

3. Therapie der primären Funktionen


- Nasenatmung und Ruhelagen
- Nahrungsaufnahme: saugen, kauen, schlucken

4. Therapie der sekundären Funktionen

- Artikulation
- Phonation


– Baustein auf dem Weg zur umfassenden und ganzheitlichen therapeutischen Kompetenz ist. Ich sehe die MFT als grundlegende Therapieform in der Logopädie, da sie sich mit dem ursprünglichsten Bereich der Logopädie – dem Mund – befasst.

Für alle LogopädInnen gilt es immer über den Tellerrand zu schauen, sich in anderen Fachgebieten zu informieren und gegebenenfalls Übungen aus dem gesamten Repertoire der Logopädie einzusetzen: Stillberatung, Umgang mit Säuglingen, Atemtherapie, Haltungs- und Körpertherapie, Stimmtherapie, sensorische Integration etc.



LingoTalk

Das App-basierte Benennttraining



Verständlichkeit und Wortfindung effektiv trainieren

Automatische Spracherkennung

Evidenzbasierte Hilfen

Supervidiertes Eigentraining

mehr erfahren bei lingo-lab.de



 #wiedermitreden

Tab. 1: Definitionen in der Fachliteratur

Quelle	Seite	Zitate
Bigenzahn (2003)	23	„Eine häufige Störung im orofazialen System bei Kindern ist das Zungenpressen (tongue-thrust). Gegenwärtig existiert für dieses anteriore Schluckproblem weder in der deutschsprachigen noch in der angloamerikanischen Literatur eine einheitliche Bezeichnung.“ (...) „Das interdental Schluckmuster wird, wenn es über das 4. Lebensjahr persistiert, als ‚infantiles‘ Schlucken bezeichnet.“
	29	„Bei der Mundatmung liegt die Zunge schlaff am Mundboden.“ (...) „Zusätzlich kann die Mundatmung ein prädisponierender Faktor für die Entstehung von Dysgnathien sein.“
Fox-Boyer (2017)	108	„(...) unter einer myofunktionellen Störung versteht man eine Zungen-Fehlfunktion, die zu einem pathologischen, d.h. nicht regelrechten Schluckmuster des Kindes führt. Diese Zungen-Fehlfunktion ist auf ein muskuläres Ungleichgewicht oder eine muskuläre Schwäche im Bereich der Lippen- und/oder Zungenmuskulatur zurückzuführen.“
Fischer-Voosholz (2002)	Einleitung	„Die Myofunktionstherapie beschäftigt sich mit der Regulierung von Fehlfunktionen im Mund- und Gesichtsbereich. Sie nimmt besonders Einfluss auf den fehlerhaften Schluckvorgang.“
	85	„Therapie: Motivation, Zungenruhelage, Mundschluss/Nasatmung“
	88	„Die Zungenruhelage ist das erste Therapieziel zu Beginn der Myofunktionsbehandlung.“
Kittel (2009)	7	„Vordergründig gesehen versteht man unter einer Myofunktionellen Störung das falsche Schlucken eines Kindes.“
	11	„Folglich geht es bei der Therapie zwar um die Zunge, aber auch um einen Spannungs- und Funktionsausgleich der Gesichts- und Kiefermuskulatur.“
Krätsch-Sievert (2020)	Vorwort	„In der Ausbildung zur Logopädin wurde dieser spezielle Bereich der Logopädie damals noch myofunktionelle Störung genannt.“
	5	„Nur wenn sich mindestens einer der als dysfunktional erwiesenen Umstände (Schluck-, Zungenlagerungsmuster) ungünstig auf die Zahnstellung im späten Wechselgebiss auswirkt, sollte interveniert werden.“
	9	„(...) dann muss das Atmen durch die Nase erst wieder aktiviert bzw. gelernt werden, bevor mit der eigentlichen Therapie der orofazialen Dysfunktion begonnen werden kann.“
	24	„Bei diesem Patienten konnte keine logopädische Therapie begonnen werden, denn dieses Habit wurde von mir als Kontraindikation eingestuft.“

Tab. 2: Definitionen für Betroffene im Internet

Quelle	Zitate
Deutscher Bundesverband für Logopädie (dbl) https://www.dbl-ev.de/logopaedie/stoerungen-bei-kindern/stoerungsbereiche/schlucken/funktionelle-orofaziale-stoerungen-myofunktionelle-stoerungen/ (01.08.2020)	Funktionelle orofaziale Störungen (Myofunktionelle Störungen) – Kinder „Folgende Symptome können im Rahmen einer funktionellen orofazialen Störung auftreten: Inkompletter Mundschluss, Mundatmung, vermehrter Speichelfluss, sensorische und motorische Defizite der Zunge (eingeschränkte Zungenbeweglichkeit), unphysiologische Zungenruhelage, Vorverlagerung der Zunge beim Sprechen, bei insgesamt unausgeglichener Muskelbalance im Mund-, Gesichts-, und Halsbereich.“
Deutscher Bundesverband für Logopädie (dbl) https://www.dbl-ev.de/logopaedie/stoerungen-bei-erwachsenen/stoerungsbereiche/schlucken/funktionelle-schluckstoerungen-myofunktionelle-stoerungen/ (01.08.2020)	Funktionelle Schluckstörungen (Myofunktionelle Störungen) – Erwachsene „Im Rahmen einer funktionellen Schluckstörung im Erwachsenenalter können mehrere Symptome auftreten: inkompletter Mundschluss/Mundatmung, auffällige Lippen-/Zungenstruktur, unphysiologische Zungenruhelage und Vorverlagerung der Zunge beim Schlucken bei insgesamt unausgeglichener Muskelbalance im Mund-, Gesichts- und Halsbereich. Es können sich Zähneknirschen, Zahnimpressionen, Entzündungen des Zahnfleisches/Zahnbetts, Kiefergelenkspathologien und ein Schmerzfunktionssyndrom zeigen. Begleitend können Artikulationsstörungen (häufig das /s/ und /sch/ betreffend) sowie Zahn- und Kieferfehlstellungen auftreten.“
Deutsche Gesellschaft für Phoniatrie und Pädaudiologie (DGPP) http://www.dgpp.de/cms/pages/de/service-fuer-eltern.php . (04.05.2021)	„Was sind myofunktionelle Störungen bzw. orofaziale Dysfunktionen und was haben sie mit der Hör- und Sprachentwicklung meines Kindes zu tun?“ (R. Schönweiler) „Myofunktionelle Störungen (MFS) wurden von Garliner (1982) als Bewegungsstörungen (motorische Störungen) von Gesicht, Lippen, Zunge, Gaumensegel und Rachen definiert. Es sind überwiegend Kinder und Jugendliche davon betroffen. Man beobachtet u.a. folgende Symptome: Kiefer und Mund sind überwiegend geöffnet, die Kinder atmen meist durch den Mund, auch im Schlaf. Die Zunge liegt zwischen den Frontzähnen im gleichzeitig geöffneten Kiefer. Die Lippen sind feucht und glänzen häufig. Die Lippen sind wulstig verdickt. Die Oberlippe weist einen Bogen nach oben hin, d.h. zur Nase, auf. Die Unterlippe ist etwas nach unten geschlagen. Die Kinder haben schädliche Angewohnheiten (sog. Habits), wie z.B. den ständigen Gebrauch eines Schnullers, Daumenlutschen, Lippenbeißen oder Nägelbeißen.“

Auseinandersetzung mit der verbreiteten Terminologie zu MFT

Im Folgenden möchte ich an Beispielen zeigen, wie willkürlich Begriffe wie „Dysbalance“, „Myofunktionsstörung“, „Schluckproblem“, „Zungenpressen“, „Schwäche im muskulären Bereich“ etc. verwendet werden. Das gilt auch für die unsystematische Beschreibung des Störungsbildes „orofaziale Dysfunktion“ (OFD) in der Literatur oder die häufig mangelhaft durchgeführte Diagnostik.

Die in den Tabellen 1 und 2 zitierten Definitionen stellen für eine nachhaltige myofunktionelle Therapie kein klares Bild dar und können daher zu Verwirrung führen. Dabei unterscheide ich zwischen Aussagen in der gängigen MFT-Fachliteratur (Tab. 1) und Informationen für Laien im Internet (Tab. 2).

Die aufgeführten Beispiele weisen keinerlei Hierarchie innerhalb der Symptomatik auf und keine Unterscheidung von Diagnose, Symptomen und sogenannten Zeichen (die im Gegensatz zu Symptomen nicht therapiewürdig sind). Weder die Aufzählung der Symptome noch ihre Relevanz und ihre Abhängigkeiten und Beeinflussungen zeigen eine hierarchische Struktur, die für eine zielgerichtete und nachhaltige Therapie notwendig ist.

Die Beschreibung der behandelten Störungen ist zumeist willkürlich und unvollständig. Sie offenbart, dass die MFT immer noch als Schlucktherapie mit dem Fokus auf die Zunge, als Behandlung von „Dysbalancen im orofazialen Bereich“ und als Muskelkräftigungsprogramm gesehen wird.

Auch in der Kieferorthopädie wurde und wird die Zunge teilweise immer noch als der größ-

te Feind des Kieferorthopäden (KFO) betrachtet, die im Rahmen einer Schlucktherapie von ihrem „tongue-thrust“ (Zungenpressen) befreit werden soll (Furtenbach 2017).

Wir befinden uns also im logopädischen Jargon der 80er-Jahre des vorigen Jahrhunderts, als die Logopädie unter dem Einfluss von Garliner um die MFT erweitert wurde. Ein Paradigmenwechsel wurde von Mathilde Furtenbach bereits vor Jahren gefordert. Die Bedeutung von Stabilität (Ruhelage) vor Mobilität (Kauen, Schlucken, Sprechen), die von William R. Proffit „soft tissue paradigm“ genannt wird, findet keinerlei Entsprechung und wird deshalb in der Praxis nicht umgesetzt.

Weiterentwicklung nach Garliner

Mathilde Furtenbach hat Garliner hinterfragt und seit 1979 weiterentwickelt. Durch ihre interdisziplinäre Vernetzung mit HNO-Heilkunde, Kinderheilkunde, Zahnmedizin und Kieferorthopädie konnte sie ihre Erfahrungen mit vielen Fachpersonen evaluieren und ihr Wissen erweitern.

Ihre bahnbrechenden Ergebnisse, die aus ihrer 40-jährigen Beschäftigung mit der MFT resultieren, hat sie in ihren Büchern niedergeschrieben. Mit ihrer Expertise hat sie die MFT auf neue Beine gestellt, die neue neurobiologische Forschungsergebnisse nicht außer Acht lassen. Und sie ist mit ihren 75 Jahren immer noch nicht müde, sich für die MFT stark zu machen und die Zukunft der MFT mitzugestalten.

„Ich sehe nur, was ich weiß“ ist ein weiser Satz, den Garliner im Zusammenhang mit der MFT geprägt hat.

Was ist meine Kritik an der landläufigen MFT?

- *Fehlender Paradigmenwechsel*
 1. Programmorientierung statt Patientenorientierung,
 2. Individuelle Interaktion als Grundlage für die Beziehungsarbeit in der logopädischen Therapie, der Patient als Individuum
 3. Behandlungshierarchien
- *MFT ist NICHT Mundmotorik*
- *Fehlende Relevanz der MFT in der Logopädieausbildung*
- *Fehlende interdisziplinäre Zusammenarbeit*

Fehlender Paradigmenwechsel

Als Paradigmenwechsel wird ein Wechsel von wissenschaftlichen Grundauffassungen bezeichnet. Doch was bedeutet dies im Zusammenhang mit der MFT?

Programmierorientierung statt Patientenorientierung

Unter MFT werden unterschiedliche Therapiekonzepte vorgestellt, die das Garliner-Programm modifizieren: z. B. „MFT STARS“, „MyoTeam“, „MyoMot“, „Jaw Yoga/Kiefer Yoga“, „Myofunktionelle Therapie (ONLINE)“ u.v.a.m. Andere Programme wie „FMP“ und „NFIT“ übernehmen die Inhalte von Beatriz Padovan, deren Urheberschaft jedoch lediglich im Vorwort als Dank versteckt ist.

All diesen Therapiekonzepten ist gemein, dass übergeladene Programme im Vordergrund stehen und nicht die von uns geforderte Patientenorientierung unter Einbeziehung von biopsychosozialen Aspekten. Ziel der meisten

Unterstützte Kommunikation findet überall statt

Gemeinsam mit anderen etwas erleben und aktiv dabei sein, ist gleichermaßen wichtig für Erwachsene und Kinder.

Unterstützte Kommunikation (UK) ermöglicht die selbstbestimmte Teilhabe in allen Lebenslagen – durch **Kommunikationshilfen**, **Umfeldsteuerung** oder die passende **Arbeitsplatzausstattung**. Über die vielfältigen Möglichkeiten beraten wir Sie auch in Zeiten von Corona gerne – persönlich oder digital. Kontaktieren Sie uns!

Hilfsmittel zur Kommunikation, PC-Bedienung und Umfeldsteuerung
Service-Telefon: 0421 98 96 28-0 www.rehavista.de



REHAVISTA®
Kommunikation ist Leben

Übungen ist es, die Muskulatur zu kräftigen – sie orientieren sich nicht an der Funktion.

Kuhr (Ellger 2019), Autorin von „SZET“ (Schlucken und Zungenlage effizient therapieren) und Krättsch-Sievert (2020), Autorin von M.U.N.D.T.[®] (Myofunktionelle Störungen umfänglich und nachhaltig diagnostizieren und therapieren) kritisieren den Einsatz von mundmotorischen Übungen. Beide Programme beschränken sich auf die Zunge und das Schluckproblem. Das orofaziale System wird nicht als Einheit betrachtet, in dem es Gesetzmäßigkeiten gibt. Die MFT als programmorientiertes Abarbeiten von Übungen wurde allgemein von Garliner übernommen, ist jedoch längst nicht mehr zeitgemäß.

MFT KOMPAKT (Furtenbach & Adamer 2016) baut auf dem Konzept von Garliner u.a. auf, erweitert um Kenntnisse von Bahnemann, Castillo-Morales, Clausnitzer, Fränkel, Grabowski, Tränkmann, Padovan, Proffit u.a.m. Therapie und Übungsanleitung sind am individuellen Patienten orientiert. Nicht die Zunge wird behandelt, sondern das ganze orofaziale System. Die physiologische Atmung durch die Nase mit dem Lippenschluss ist das oberste Therapieziel, weil alle anderen Funktionen von ihr abhängen. Orientieren und Spüren lösen die Übung „Ruhelage der Zunge“ am Anfang der Therapie ab.

Warum gibt es meiner Meinung nach die Tendenz zur programmorientierten MFT?

Die Erfindung immer „neuer“ Therapieprogramme, die viel versprechen, ist wohl auch in einem gesellschaftlichen Zusammenhang zu sehen. In der heutigen Zeit muss alles schnell und möglichst einfach gehen. Ein genauer Behandlungsplan, der die Therapiesitzungen strukturiert, macht das therapeutische Leben einfacher. Er spart Zeit und gibt Sicherheit. Dieser Wunsch ist verständlich, rechtfertigt jedoch nicht, dass dabei die Physiologie außer Acht gelassen und nach einem nicht mehr zeitgemäßen therapeutischen Konzept vorgegangen wird. Ein programmorientiertes Vorgehen widerspricht meinem therapeutischen Verständnis. Patientenorientiert heißt für mich in diesem Zusammenhang:

- differenzierte Diagnostik
- Erstellen eines individuellen Therapieplans
- Flexibilität hinsichtlich der Übungen
- Interaktion und Beziehungsebene
- Miteinbeziehen möglicher Kofaktoren.

Weiters sehe ich einen Zusammenhang mit dem möglichen Druck seitens der Krankenkassen, möglichst rasch zum Ziel zu kommen. Wie abgerechnet wird und welchen Einfluss Krankenkassen auf die Autonomie der TherapeutInnen haben, ist in Deutschland und Österreich sicherlich unterschiedlich geregelt. Der Trend geht jedoch in die Richtung,

Abb. 2: Physiologie des orofazialen Systems (Furtenbach 2019)



Physiologie des orofazialen Systems: Kontakte und ihre Funktion

- 1. Extraoral:** Kontakte der Lippen- und Wangenmuskulatur zum Gebiss (äußerer Funktionskreis)
- 2. Intraoral:** Kontakt der Zunge zum Gaumen und zum Gebiss (innerer Funktionskreis)
- 3. Kontakt der Lippen zueinander** verbindet intra- und extraorale Muskulatur. Erst mit diesem Kontakt sind richtige Druckverhältnisse im Mund- und Nasenraum möglich. Er ist der Schlüssel zur Physiologie von Atmung, Myofunktion und Ruheweichteilbeziehungen.
- 4. Kontakt des Atemstroms** mit der Schleimhaut der Atemwege.
- 5. Die Kontakte der Zunge bei der Artikulation** sind nicht in der Lage, den Knochen zu verändern.

dass gespart werden muss und Quantität vor Qualität gestellt wird. Auch ist die finanzielle Erhaltung einer Praxis in dieser Hinsicht ebenso ein Thema. Und letztlich vermute ich eine Tendenz, sich mit der Veröffentlichung eines neuen Therapieprogramms etablieren zu wollen.

Individuelle Interaktion als Grundlage für die Beziehungsarbeit in der logopädischen Therapie – der Patient als Individuum

Es geht darum, auf der Basis von hierarchisch strukturierten Behandlungszielen in Interaktion mit den PatientInnen ein individuelles Vorgehen zu erarbeiten und sich laufend abzustimmen. Pfaller (2019, 206) schließt sich der Auffassung an, dass der Paradigmenwechsel in der MFT nur vollzogen werden kann, „wenn anstelle von übungsgeliteten Programmen Behandlungsprinzipien, Hierarchien und Interaktionskomponenten die therapeutische Herangehensweise leiten.“

Zugegebenermaßen ist es verlockend, eine Therapiemethode vorzustellen, bei der die Übungen in einer bestimmten Reihenfolge abgearbeitet werden und die Therapie nach einer vorgegebenen Anzahl an Sitzungen beendet werden kann (M.U.N.D.T.[®] z. B. nach neun Sitzungen). Doch dabei werden PatientInnen und deren individuelle Störungen mit einer speziellen Symptomatik außer Acht gelassen.

Behandlungshierarchien

Seit Garliner sind unterschiedliche Übungsprogramme erschienen. Padovan bezieht im Gegensatz zu Garliner u.a. alle oralen Funktionen und auch den ganzen Körper in die Therapie mit ein. Zumeist jedoch wird die MFT, wie bereits gesagt, in Programmen als Zun-

genfunktionstherapie oder Schlucktherapie gesehen.

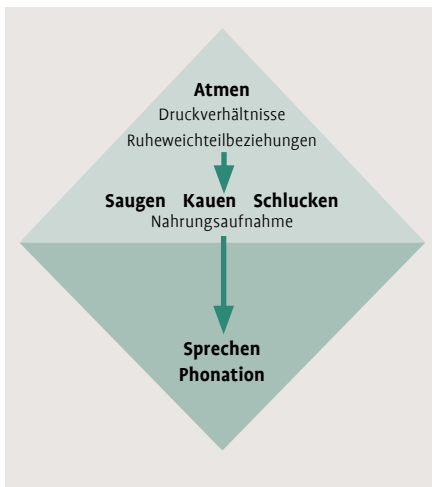
2016 haben sich Furtenbach & Adamer erstmals in der MFT-Literatur auf den amerikanischen Kieferorthopäden Proffit (Proffit & Fields 1986) und die deutschen Kieferorthopäden Fränkel & Fränkel (1992) bezogen und damit ein Umdenken in der MFT gefordert. Nach Proffit et al. (2007, 1986) sind es die lang andauernden Kräfte – also die Ruhelagen der Lippen-, Wangen- und Zungenmuskulatur –, die größte Auswirkung auf die Gebissentwicklung haben. Entsprechend dem „soft tissue paradigm“ nach Proffit wird gefordert, dass eine hierarchische Bewertung der Symptomatik nötig ist, damit eine MFT greifen kann. „Weichgewebe formt Hartgewebe“ hat Tränkmann (1997) formuliert.

Fränkel & Fränkel (1992) betonen den essenziellen Anteil des Unterdrucks, der durch die Nasenatmung mit Lippenschluss entsteht, durch den die angehobene Zungenruhelage am Gaumen erst möglich ist. Deshalb steht die Atmung als lebenserhaltende Funktion in der Hierarchie der oralen Funktionen an oberster Stelle. Der Lippenschluss und die Nasenatmung sind das wichtigste Therapieziel (Abb. 2).

Dies bedeutet, dass ein hierarchisch strukturiertes Grundkonzept, das das Fundament der MFT bildet, in der Therapie Beachtung finden muss. Furtenbach fordert deshalb ein hierarchisches Vorgehen in der MFT, das die offene Mundhaltung und die daraus resultierenden Fehlfunktionen in das Zentrum des therapeutischen Vorgehens rückt.

Vierzig Jahre nachdem wir von Garliner sein Konzept für MFT übernommen haben, ist dieser Paradigmenwechsel angedacht, aber noch zu wenig bzw. gar nicht in der Praxis umgesetzt. „Eine zielorientierte und effektive MFT berücksichtigt diese hierarchische Ordnung der

Abb. 3: Die hierarchische Ordnung der orofazialen Funktionen (nach Furtenbach & Adamer 2016)



Funktionen und setzt alle Mittel und Wege ein, um dieses Therapieziel vorrangig zu erreichen“ (Furtenbach & Adamer 2016, 20). (Abb. 3)

In diesem Zusammenhang verweise ich auch auf das mykie®-Konzept von Dr. Andrea Freudenberg. Sie schreibt (Freudenberg & Fuchs 2019, 32): „Die Prävalenz der OMH bei Kindern im Vor- und Grundschulalter wird in der Literatur mit 55-56,8 angegeben.“ Und weiter (ebd. 33): „Die Umstellung von Mund- auf Nasenatmung mit habituellem Lippenschluss muss aus unserer Sicht das erste Therapieziel jeder präventiven kieferorthopädischen Frühbehandlung sein.“ Sie betont (Freudenberg 2019, 24): „Der habituell komplette Lippenschluss ist die entscheidende Voraussetzung, um alle weiteren funktionellen Abweichungen zu beeinflussen und die dentoalveolären Entwicklungsabläufe zu koordinieren: Nur bei geschlossenem Mund kann ein leichter Unterdruck im Mundraum entstehen.“

Ich gehe davon aus, dass die schädlichen Auswirkungen von Mundatmung allgemein bekannt sind. James Nestor (2020), ein ameri-

kanischer Journalist, hat ein sehr spannendes Buch über Folgen der Mundatmung geschrieben. Die Aussage von Krätsch-Sievert (2020), dass die eigentliche Therapie der orofazialen Dysfunktionen erst begonnen werden kann, wenn das Atmen durch die Nase aktiviert bzw. gelernt wurde, widerspricht jedoch der gängigen Lehrmeinung. Ihre Aussage „der Lippenschluss ist ein rein ästhetischer Anspruch des westlichen Abendlandes“ in ihrem Webinar am 01.07.2020 ist vollkommen absurd und hundertfach widerlegt.

Auch Ingvo Broich, Zahnarzt mit den Schwerpunkten biologische Zahnheilkunde und ganzheitliche Kieferorthopädie, schreibt: „Die Nase ist der wichtigste Gegenspanner der Einatemmuskulatur und der Ausatemungskraft der Lungen“ (Broich 2009, 154). Und weiter (ebd., 33): „Merkmale der gestörten Physiologie des Raumes (Anm. d. Verf.: Mund) sind unphysiologische, atmosphärische Druck- und Strömungsverhältnisse in den oro-naso-pharyngealen Funktionsräumen. Diese können nur mit einer habituell geschlossenen Lippenhaltung hergestellt werden.“

Weiter: „Die Schluckfehlfunktion ist hauptsächlich durch ein gestörtes Bewegungsmuster der Zunge im Hinblick auf ihre Saugkraft gekennzeichnet. Die Sogwirkung wird oft auch durch die Schwäche der vorderen und hinteren Schließmuskeln, d.h. der Lippen und des weichen Gaumens (einschließlich Zungenrücken) verhindert.“

MFT ist nicht Mundmotorik

Ich möchte empfehlen, den Begriff „Mundmotorik“ (mundmotorische Übungen) in Bezug auf MFT nicht mehr zu verwenden. Mundmotorik ist kein logopädischer Fachbegriff; er ist jedoch „logopädisches Handwerkszeug“. Der Begriff Mundmotorik ist unbrauchbar, weil eigentlich alles, was wir im Mund tun, Mundmotorik ist. Schlucken ist Mundmotorik und Sprechen auch. Der Begriff Mundmotorik sagt

nichts darüber aus, was genau in der Therapie gemacht wird, bzw. welche Übungen eigentlich eingesetzt werden, wozu ich sie einsetze, wozu Mundmotorik dient und was ich damit erreichen will. Einzelne Übungen im Mundbereich können beschrieben und verschiedenartig ausgeführt werden. Aber das Kriterium, wofür sie eingesetzt und für welches Therapieziel sie verwendet werden, ist die entscheidende „Klassifizierung“.

Hartmann (2010) und Forrest (2002) verwenden diesen Begriff in ihren – zum Thema Mundmotorik – häufig zitierten Artikeln, obwohl Mundmotorik nicht definiert ist. Hartmann „warnt“ LogopädInnen vor mundmotorischen Übungen, während Forrest sogar die Begriffe Mundmotorik und myofunktionelles Schlucktraining gleichsetzt.

Alles, was im Mund an Bewegung möglich ist, kann als Mundmotorik bezeichnet werden. Wenn man jedoch fragt, welches Ziel man mit mundmotorischen Übungen erreichen will, kommt man dorthin, wo MFT beginnt. Der therapeutisch-hierarchische Aufbau einer MFT ergibt sich aus den entwicklungsbiologischen Aspekten der Mundraumfunktionen (orofazialen Funktionen). Deshalb erübrigt sich die Diskussion, welche „mundmotorischen“ Übungen eingesetzt und/oder weggelassen werden können.

Um ein Beispiel zu nennen: Wenn ich weiß, dass sich bei allen orofazialen Funktionen wie Atmen, Saugen, Kauen und Schlucken die Zunge immer im Mund befindet, werde ich dementsprechend keine Übungen machen, bei denen sich die Zunge außerhalb der Mundhöhle befindet.

In der MFT werden unter dem entwicklungsbiologischen Aspekt Funktionen umgelernt. Steffi Kuhrt (Ellger 2019) stellt in einem Interview in der Zeitschrift Logos die Grundannahme einer zu schwachen Muskulatur als Ursache einer myofunktionellen Dysfunktion infrage. Ich habe dies bereits weiter oben thematisiert und gebe ihr vollkommen Recht. Kuhrt weiter (ebd. 29): „Zudem sind Lippen-,

Hörwahrnehmungstraining

bei AVWS, SES, LRS und AD(H)S

Jetzt Online-Seminare für Diagnostik und Therapie

www.audiva.ch



Zungen- und Ansaug- und andere mundmotorische Übungen für die Erreichung der Therapieziele ‚physiologische Zungenruhelage‘ und ‚somatisches Schluckmuster‘ aus meiner Sicht nicht zielführend.“

Es wird nicht definiert, was mit Lippen- und Zungenübungen gemeint ist bzw. ob es sich bei Ansaugübungen um Übungen der Mundmotorik handelt. Beim Einsatz von mundmotorischen Übungen muss ich ebenso wie bei jeder anderen Therapieform hinterfragen, wozu und warum ich diese Übungen anbiete und was ich damit erreichen möchte. MFT ist jedenfalls kein „Mundmotorik-Programm“.

In ihrem Artikel „Was sind mundmotorische Übungen und wem dienen sie?“ schreibt Furtenbach (2020, 18): „Die bisherigen Ausführungen haben gezeigt, dass MFT etwas völlig anderes ist als der Einsatz von MMÜ. Wenn Eltern in einer Beratung angeleitet werden, schon im Vorfeld der Therapie die Mundmotorik anzuregen, hat das nichts mit Artikulationstherapie oder MFT zu tun.“

Fehlende Relevanz der MFT für die Logopädie

In der logopädischen Ausbildung wird die Relevanz der MFT für die gesamte Logopädie häufig nicht erfasst. Entwicklungsbiologische Aspekte des Mundraumes (Zahn- und Gebissentwicklung) und der primären oralen Funktionen (Physiologie und Pathophysiologie) gehören jedoch zu den essenziellen Grundlagen der Logopädie. Logopädinnen müssen über die Bedeutung der Mundraumentwicklung in all ihren sensomotorischen Belangen Bescheid wissen.

Felice Affolter schrieb schon 1989 (33): „Durch die Erfahrungen der Mundexploration wird das Zusammenspiel von Lippen – Kiefer – Gaumen – Zunge – Hand – Finger immer feiner und differenzierter. Es ist anzunehmen, dass dieses Zusammenspiel eine wichtige und unerlässliche Voraussetzung zum normalen Sprechen ist.“ Erst dieses Wissen ermöglicht entwicklungsgerichtetes therapeutisches Handeln. Allzu schnell werden Logopädie-Studierende jedoch übersichtsartig mit unterschiedlichen MFT-Methoden konfrontiert, ohne mit den Grundlagen vertraut zu sein. Es bleibt den Lehrenden überlassen, im Fach „myofunktionelle Therapie“ in dem meist zu knapp bemessenen Stundenkontingent auch die anatomischen, funktionellen und entwicklungsbiologischen Grundlagen unterzubringen.

Fehlende interdisziplinäre Zusammenarbeit

Zunehmend hat sich gezeigt, dass die Erwartungen der Kieferorthopädie nach sichtbaren Fortschritten in der MFT häufig nicht erfüllt

wurden. Ein Grund dafür dürfte darin liegen, dass die erforderliche interdisziplinäre Zusammenarbeit von Logopädie und Kieferorthopädie und auch mit anderen Disziplinen, wie z.B. HNO-Heilkunde und Kinderheilkunde (Furtenbach 2013, 2014) vernachlässigt wird. Hervorzuheben ist, dass in Einzelfällen auf persönlicher Ebene ein gutes Zusammenarbeiten trotzdem möglich ist und als sehr bereichernd erfahren wird. Wenn die Fortschritte nicht den Erwartungen entsprechen, sollte eine Zusammenarbeit mit KieferorthopädInnen gesucht werden, um mögliche Probleme zu besprechen. Es stellt sich die Frage, warum viele KollegInnen nicht nach dieser Zusammenarbeit suchen:

- *Ist es ein Zeitfaktor?* Es benötigt Zeit, sich mit einer anderen Berufsgruppe über PatientInnen zu besprechen. Diese Zeit wird derzeit von den Krankenkassen nicht vergütet.
- *Ist es Scheu?* Besonders junge KollegInnen könnten sich scheuen, die zuweisenenden KieferorthopädInnen anzurufen. Mathilde Furtenbach hat deshalb eine Vorlage erstellt, die für die interdisziplinäre Zusammenarbeit geeignet ist. Sie steht als Gratis-Download zu ihrem Buch MFT Kompakt II zur Verfügung (Furtenbach & Adamer 2016).
- *Liegt es an unterschiedlichen Termini?* Dann sollte erst recht das Gespräch gesucht werden, damit dieselbe Sprache gesprochen wird. Meiner Erfahrung nach sind die meisten KieferorthopädInnen ausgesprochen dankbar für Informationen über das, was mit ihren Patienten geschieht, wenn sie zur MFT zuweisen.

Egal ob Sie anrufen oder eine E-Mail schreiben, die KieferorthopädInnen möchten nicht im Detail wissen, was in der MFT getan wird, aber das nächste Therapieziel, der Therapieverlauf, die Compliance der PatientInnen und das weitere Vorgehen sind wichtige gegenseitige Informationen. Erfahrungsgemäß danken die KieferorthopädInnen dies mit weiteren verlässlichen Zuweisungen von PatientInnen.

Meine Vision

Aus meinen Beobachtungen und meiner Kritik ergibt sich die Forderung nach einem breiten Diskurs auf interdisziplinärer Basis, der sämtliche zur MFT gehörenden Themen grundlegend beinhaltet:

- Die Entwicklung der oralen Funktionen, Physiologie und Pathophysiologie und ihre Therapie (MFT) müssen im Selbstverständnis der Logopädie und in der Ausbildung grundlegend verankert werden.
- Das Verständnis von MFT muss klar sein: Therapie für Menschen jeden Alters.
- KollegInnen sollen konkret zur interdisziplinären Zusammenarbeit ermutigt werden.

- Gründung eines interdisziplinären Qualitätszirkels zur Wahrung und Sicherung des Qualitätsanspruchs der MFT (ähnlich dem Arbeitskreis MFT® in Deutschland vor vielen Jahren).

So wie sich die myofunktionelle Therapie in vielen Jahren weiterentwickelt hat, ist mir klar, dass der Paradigmenwechsel nicht von heute auf morgen stattfinden kann. Ich habe in Wien mit drei Kolleginnen aus Logopädie und Kieferorthopädie einen interdisziplinären Fachaustausch gegründet: www.mund-interdisziplinär.com. In regelmäßigen Veranstaltungen wird die so notwendige Zusammenarbeit gefördert und es findet ein fachlicher Austausch aller Berufsgruppen statt, die mit dem „Mund“ zu tun haben.

Ein weiteres Ziel ist es, einen länderübergreifenden Qualitätszirkel, Arbeitskreis oder Fachaustausch, vielleicht ähnlich der Vier-Länder-Tagung (logopädieAustria, DLV, BLL, dbI) zu gründen, der die MFT in ihrer Entwicklung weiter auf den Weg bringen kann.

: LITERATUR

- Affolter, F. (1989). *Wahrnehmung, Wirklichkeit und Sprache*. Villingen-Schwenningen: Neckar Bigenzahn, W. (2003). *Orofaziale Dysfunktionen im Kindesalter*. New York: Thieme
- Broich, I. (2009). *Sprache – Körpersprache – Grundfunktionen*. Freiburg: Centaurus
- Ellger, K. (2019). Interview mit Steffi Kuhrt: Schlucken und Zungenlage effizient therapieren. *Logos* 27 (1), 29-34
- Fischer-Voosholz, M. (2002). *Orofaziale Muskelfunktionsstörungen*. Berlin: Springer
- Forrest, K. (2002). Sind mundmotorische Übungen für die Therapie von Artikulationsstörungen bzw. phonologischen Störungen sinnvoll? *Sprache – Stimme – Gehör* 26 (4), 150-156
- Fox-Boyer, A. (2017) Mundmotorische Übungen in der Kindersprachtherapie. *Sprache – Stimme – Gehör* 41 (2), 108
- Fränkel, C. & Fränkel, R. (1992). *Der Funktionsregler in der orofazialen Orthopädie*. Heidelberg: Hüthig
- Freundenberg, A. (2019). Funktion und Form – MFT und KFO. *forum:logopädie* 33 (3), 24-29
- Freundenberg, A. & Fuchs, D. (2019). Frühbehandlungskonzept mykie mit Fokus auf den Lippenchluss. *Umfassende Dentofaziale Orthodontie und Kieferorthopädie (UOO)* 1-2, 30-40
- Furtenbach, M. (2013) Prävention von myofunktionellen Störungen im Spannungsfeld von Kieferorthopädie und Logopädie – Anregungen zur vermehrten Zusammenarbeit. *Informationen aus Orthodontie & Kieferorthopädie* 45 (4), 209-219

- Furtenbach, M. (2014). Myofunktionelle Therapie im Spannungsfeld von Kieferorthopädie und Logopädie – Möglichkeiten der Zusammenarbeit. *Informationen aus Orthodontie & Kieferorthopädie* 46 (4), 241-253
- Furtenbach, M. (2017). Bedeutung der Zunge in Kieferorthopädie und Logopädie. *Informationen aus Orthodontie & Kieferorthopädie* 49 (1), 31-34
- Furtenbach, M. (2019). *Myofunktionelle Therapie (MFT) im Spannungsfeld von Logopädie und Kieferorthopädie – Vom Paradigmenwechsel in der MFT*. Vortrag auf dem 8. Fachkongress logopädieaustria, 7.-9. März 2019 in Wien
- Furtenbach, M. (2020) Was sind mundmotorische Übungen (MMÜ) und wem dienen sie? *logopädieschweiz* 3 (2), 11-20
- Furtenbach, M. & Adamer, I. (2016). *Myofunktionelle Therapie KOMPAKT II – Diagnostik und Therapie. Ein Denk- und Arbeitsbuch*. Wien: Praesens
- Hartmann, E. (2010). Sinn und Nutzen von Mundmotorikübungen bei Sprechstörungen. *Logos interdisziplinär* 18 (4), 244-252
- Kittel, A. (2009). *Myofunktionelle Therapie*. Idstein: Schulz-Kirchner
- Krätsch-Sievert, P. (2019). Spezifische Therapie bei Orofazialen Dysfunktionen. Sicherung des kieferorthopädischen Behandlungserfolges durch effiziente und zielgerichtete logopädische Therapie unter Einsatz der Methode M.U.N.D.T.® *Logos* 27 (1), 21-28
- Krätsch-Sievert, P. (2020). *M.U.N.D.T – die logopädische Therapie orofazialer Dysfunktionen*. München: Elsevier
- Nestor, J. (2020). *Breath – Atem: Neues Wissen über die vergessene Kunst des Atmens*. München: Piper
- Proffit, W.R. & Fields, H.W. (1986). On the aetiology of malocclusion. *British Journal of Orthodontics* 13 (1), 1-11
- Proffit, W.R., Fields, H.W. & Sarver, D.M. (2007) *Contemporary Orthodontics*. St. Louis: Mosby Elsevier
- Pfaller, K. (2019). Behandlungshierarchien bei orofazialen Dysfunktionen. *Informationen aus Orthodontie & Kieferorthopädie* 51 (3), 201-206
- Tränkmann, J. (1997). Ätiologie, Genese und Morphologie dyskinesiebedingter Dysgnathien. *Sprache – Stimme – Gehör* 21, 152-160



Alexandra Schick ist seit 1989 Logopädin. Nach 16 Jahren als leitende Logopädin am AKH Wien, Univ. HNO- Klinik/klinische Abteilung Phoniatrie-Logopädie eröffnete sie eine logopädische Praxis. Durch die intensive Zusammenarbeit mit Prof. Dr. W. Bigenzahn, dem ehem. Leiter der Klinischen Abteilung spezialisierte sie sich auf die Therapie von orofazialen Dysfunktionen. Sie unterrichtete an der FH Wien sowie aktuell an der FH Wiener Neustadt und der Claudiana Bozen. Sie hält zu dem Thema laufend Vorträge und Seminare. Da sie um die Wichtigkeit der interdisziplinären Zusammenarbeit weiß, gründete sie 2017 den Austausch „mund.interdisziplinär“.

SUMMARY. On MFT or "What do you understand by MFT?"

Clarification of its meaning and suggestions for discourse

The terms "Myofunctional therapy (MFT)", "Orofacial dysfunctions (OFD)" or "Myofunctional disorders (MFS)" cover a wide range of definitions and an arbitrary, vague understanding of the symptoms associated with OFD disorders, both in literature and in therapy concepts/programs. This leads to undifferentiated approaches, complicates intra- and interdisciplinary exchange and therefore hinders goal-oriented, successful therapy. Following the intention to encourage further development in this particular field of speech and language therapy and to contribute to the discourse, Myofunctional therapy (MFT) is defined and literature on MFT and MFT programs are critically examined. The author's positioning is based on the fundamental findings of Mathilde Furtenbach gained over decades of work.

KEY WORDS: Myofunctional Therapy (MF) – Orofacial Dysfunctions (OFD) – Myofunctional Disorders (MFS) – Orthodontics – mouth breathing

DOI 10.2443/skv-5-2021-53020210403

KONTAKT

Alexandra Schick

Langegasse 74

A-1080 Wien

praxis@alexandraschick.at

www.alexandraschick.at

www.mund-interdisziplinaer.com



**IHR
ABRECHNUNGS
EXPERTE**

AS | **ABRECHNUNGSSTELLE**
für Heil-, Hilfs- u. Pfllegeberufe **AG**

✓ **Persönlicher Ansprechpartner**

✓ **Keine Vertragslaufzeiten**

✓ **Auszahlung ab 48 Stunden**

✓ **Keine Grundgebühren**



www.as-bremen.de/abrechnung-heilmittel.html
0421 303 83 149 | info@as-bremen.de