

# Orofaziale Störungen und Dysphagien im Säuglings- und Kleinkindalter in der ambulanten sprachtherapeutischen Praxis

*Jenny v. Frankenberg*

Zentrum für angewandte Psycho- und Patholinguistik (ZAPP), Berlin

## 1 Einleitung

Aus Anamnesegesprächen:

*„Jan ist bereits dreieinhalb Jahre alt, aber er sabbert stark und läuft deshalb ständig mit einem nassen Mund und in einem nassen T-Shirt herum. Es scheint, als würde er das gar nicht merken. Wenn er aus der Schnabellasse trinkt, verschluckt er sich oft. Auch das Essen ist schwierig, denn er kaut nicht richtig und isst mit offenem Mund, so dass manchmal etwas aus dem Mund herausfällt. Oft stopft er sich viele Stücke in den Mund hinein und man muss ihn zwingen, den Löffel oder das Brot abzusetzen. Beim Spielen nimmt er noch immer häufig das Spielzeug in den Mund. Ich habe Angst, dass er wegen dem ganzen Sabbern im Kindergarten keine Freunde findet.“*

*„Lisa lässt mich einfach nicht an den Mund heran. Besonders schlimm ist das beim Zähne putzen. Das geht eigentlich nur mit festhalten. Ich mache mir Sorgen, weil sie schon so viel Karies hat, aber an einen Zahnarztbesuch ist nicht zu denken. Sie würde ja niemals den Mund aufmachen. Beim Essen ist sie sehr wählerisch und isst insgesamt nur geringe Mengen. Eigentlich will sie immer nur das gleiche Essen. Am Mittagstisch gibt es dann richtig Streit und Geschrei, denn wir wollen sie ja auch gesund ernähren. Sie wird nun bald drei Jahre alt und ich mache mir richtige Sorgen!“*

Orofaziale Dysfunktionen oder Störungen sind ein häufiger Grund für die Vorstellung von Säuglingen oder Kleinkindern in der ambulanten sprach-

therapeutischen Praxis. Dieser Beitrag soll einen ersten Einblick in die orofaziale Entwicklung, Befundung und Möglichkeiten der sprachtherapeutischen Intervention bei Kindern zwischen 6 Monaten und 3,6 Jahren in der ambulanten sprachtherapeutischen Praxis geben.

Giel (2006, S. 408) definiert orofaziale Dysfunktionen als „Störungen des Muskeltonus, der Muskelfunktion und/oder der Bewegungsabläufe im orofazialen Komplex, die aufgrund motorischer, sensorischer und/oder skelettaler Abweichungen entstehen. Ursachen können angeboren, vererbt oder erworben sein.“ Die Beeinträchtigungen können sich auf primäre als auch auf sekundäre orofaziale Funktionen erstrecken, wobei das Atmen, Kauen, Beißen, Saugen und Schlucken als primäre und die Phonation und Artikulation als sekundäre orofaziale Funktionen betrachtet werden. Orofaziale Beeinträchtigungen können von problematischem Essverhalten und Fütterstörungen überlagert sein (Aswathanarayana, Wilken, Krahl & Golla, 2010). Die ICD 10 (Version 2012) definiert eine Fütterstörung im frühen Kindesalter folgendermaßen: „Im allgemeinen umfasst die Nahrungsverweigerung extrem wählerisches Essverhalten bei angemessenem Nahrungsangebot und einer einigermaßen kompetenten Betreuungsperson in Abwesenheit einer organischen Krankheit.“ Geißler und Winkler (2010) fassen orofaziale Dysfunktionen und Fütterstörungen unter der Bezeichnung „Kindliche Dysphagie“ zusammen, worunter sie die Störung der Aufnahme, der Verarbeitung, des Transports von Nahrung und/oder Speichel bedingt durch angeborene oder erworbene Erkrankungen oder Verhaltensmuster verstehen (Geißler & Winkler, 2010, S. 105).

Eine retrospektive Betrachtung der Befunde von 65 Säuglingen und Kleinkindern (6 Monate bis 3;6 Jahre), die in den letzten vier Jahren in der ambulanten Sprechstunde der Autorin dieses Artikels vorgestellt wurden, unterstützt diese Betrachtungsweise. Die Analyse zeigte starke Überlagerungen in der Symptomatik. So zeigten 60 Prozent Symptome einer orofazialen Dysfunktion, bei 5 Prozent dieser Kinder war die Störung so schwer ausgeprägt, dass Aspirationsgefahr bestand und die Ernährung über eine Sonde erfolgte. 20 Prozent aller Kinder wiesen zusätzlich zu ei-

ner orofazialen Problematik Symptome einer Fütterstörung auf. Bei den verbleibenden 20 Prozent der Kinder musste der Vorstellungsgrund „Orofaziale Dysfunktion“ verworfen werden, denn nach eingehender diagnostischer Abklärung stellte sich eine reine Fütterstörung heraus. Im Folgenden soll der Begriff Kindliche Dysphagie für den Symptomkomplex der orofazialen Dysfunktionen und Fütterstörungen verwendet werden.

Die Probleme, die mit einer Kindlichen Dysphagie einhergehen, variieren in Abhängigkeit vom Alter des Kindes. Während bei Kindern in den ersten Lebensmonaten vor allem Saug- und Schluckschwierigkeiten im Vordergrund stehen, werden Kinder ab dem sechsten Lebensmonat in der sprachtherapeutischen Praxis oft dann vorgestellt, wenn

- die Umstellung vom Stillen auf das Fläschchen nicht gelingt
- die Umstellung von flüssiger auf breiige / halb feste / feste Nahrung nicht gelingt
- Kinder die Tasse oder den Löffel nicht akzeptieren
- Kinder sich beim Essen häufig verschlucken / würgen / erbrechen
- Kinder zu häufig (z. B. in der Nacht) oder zu selten essen wollen
- Gedeihstörungen oder erhebliche Verhaltensprobleme im Zusammenhang mit der Nahrungsaufnahme bestehen

Nach dem ersten Lebensjahr bis zum Ende der Kleinkindphase rücken zusätzlich oder separat andere Problembereiche in den Fokus. Kinder werden z. B. vorgestellt, wenn

- die Speichelkontrolle stark eingeschränkt ist
- kein physiologischer Mundschluss / keine physiologische Zungenruhelage besteht
- sich Defizite beim Kauen zeigen

- die Nahrungskontrolle beim Essen oder Trinken eingeschränkt ist (Nahrung oder Flüssigkeit tritt bei der Aufnahme aus dem Mund aus)
- Kinder sich noch häufig beim Essen verschlucken

Bei der Untersuchung der Kinder sind häufig Einschränkungen in der Kraft, Bewegungsfähigkeit und Koordination von Kiefer, Lippen und Zunge sowie Sensitivitätsstörungen feststellbar (für einen Überblick über Symptome und auslösende Kriterien für eine Ess- und Schluckdiagnostik siehe Geißler & Winkler, 2010 und Motzo & Weinert, 2012).

Neuere Untersuchungen geben Aufschluss über die Häufigkeit von Kindlichen Dysphagien. So sind 25 bis 45 Prozent der Kinder mit typischem Entwicklungsverlauf und 33 bis 80 Prozent der Kinder mit Entwicklungsverzögerungen davon betroffen (Linscheid, 2006 und Burklow et al., 1998, in Lefton-Greif & Arvedson, 2007, zitiert nach Geißler & Winkler, 2010). Winstock (2006) führt vielfältige Ursachen für das Auftreten einer Kindlichen Dysphagie an, darunter neurologische Ursachen (angeborene und erworbene Hirnschäden: Infantile Zerebralparese, Epilepsie, Tumore, Infektionen, Traumata), anatomische Abweichungen oder Erkrankungen im Hals-Nasen-Ohren-, gastrointestinalen, respiratorischen oder kardialen Bereich, Genetische Syndrome, Frühgeburtlichkeit, Stoffwechselstörungen, mentale Retardierung, sensomotorische Besonderheiten, emotionale und psychische Probleme. Im Hinblick auf die von der Autorin dieses Beitrags analysierte Gruppe verteilten sich die Ursachen zu einem Viertel auf Kinder mit einer diagnostizierten Entwicklungsstörung (allgemein, umschrieben oder kombiniert). Beim zweiten Viertel der Kindergruppe lag ein genetisches Syndrom zugrunde. Ein weiteres Viertel umfasste verschiedenste Ursachen (Frühkindliche Regulationsstörungen, Gastrointestinale Erkrankungen, Erkrankungen aus dem HNO Bereich, schwere Mehrfachbehinderungen, Deprivation, Infantile Zerebralparese, Epilepsie). Beim verbleibenden Viertel lagen keine bekannten Ursachen vor. Die Analyse zeigt, dass ein großer Anteil der Gruppe von einer mentalen Retardierung

betroffen war. Dieser Umstand muss bei der Gestaltung der Therapie berücksichtigt werden.

## **2 Überblick über die ungestörte Entwicklung des Essens und Trinkens und deren Einflussfaktoren**

Die Säuglings- und Kleinkindphase erstreckt sich über einen Zeitraum von mehreren Jahren, in denen Kinder eine rasante Entwicklung durchlaufen. In diesem Abschnitt soll skizziert werden, wie sich die Nahrungsaufnahme im frühen Kindesalter entwickelt und welche Faktoren die Entwicklung der Nahrungsaufnahme beeinflussen.

Die Entwicklung des Saugens und Schluckens beginnt bereits im Uterus. Etwa in der 13. Schwangerschaftswoche sind Schluckbewegungen zu beobachten, ungefähr in der 15. Schwangerschaftswoche wird es dem Embryo möglich, an den Fingern zu saugen (van den Engel-Hoek, 2008). Aktives Saugen, das eine eigenständige Nahrungsaufnahme ermöglicht, entwickelt sich in der 34.–37. Schwangerschaftswoche (Winstock, 2006).

Die Nahrungsaufnahme nach der Geburt ist reflexgesteuert. Nahrungsreflexe (u. a. Saug-Schluck-Reflex, Suchreflex, Würgreflex) sichern die Ernährung des Neugeborenen. Das erste Saugmuster des Neugeborenen ist durch eine Vorwärts- und Rückwärtsbewegung der Zunge bei simultaner Auf- und Abbewegung des Kiefers gekennzeichnet. Etwa ab dem vierten Lebensmonat bildet sich ein reiferes Saugmuster heraus, bei dem die Zunge eine Auf- und Abbewegung vollzieht und geringe vertikale Kieferbewegungen auftreten (Winstock, 2006). In den ersten Lebensmonaten entwickelt sich schrittweise durch Lernen und Erfahrung, neurologische Reifung und sensorische Integration eine bewusst einsetzbare Motorik, die dem Kind die Nahrungsaufnahme ermöglicht (van den Engel-Hoek, 2008). Dabei werden die frühen Nahrungsreflexe zunehmend abgebaut und durch willkürliche Bewegungen ersetzt. Im Alter von fünf bis sechs Monaten ist der Säugling in der Regel bereit für breiige Nahrung. Im Hinblick auf das Kauen zeigen sich zu diesem Zeitpunkt vor allem vertikale

Kieferbewegungen. Die Entwicklung erster diagonal-rotatorischer Kaubewegungen beginnt zwischen dem sechsten und siebenten Lebensmonat und ist meist mit dem fünfzehnten Monat ausgereift und gut koordiniert (Klein & Morris, 2001).

Diese Entwicklung spiegelt sich in den Empfehlungen zur Ernährung von Säuglingen wieder. Der Ernährungsplan für das erste Lebensjahr (Forschungsinstitut für Kinderernährung Dortmund, 2009) empfiehlt ausschließlich Mutter- oder Säuglingsmilch bis zum vollendeten vierten Lebensmonat. Erste Breie können schrittweise ab dem fünften Monat eingeführt werden. Mit zehn Monaten kommen erste Brotmahlzeiten hinzu. Etwa um den 12. Lebensmonat kann das Kind am Familientisch teilnehmen, wobei harte Nahrungsmittel noch zerkleinert und unter Aufsicht gegeben werden müssen (Winstock, 2006).

Die Entwicklung des selbständigen Essens ist vom kulturellen Hintergrund und den Erziehungsvorstellungen der Familie abhängig. In der Regel signalisieren Kinder, ob und wann sie dazu bereit sind, einen weiteren Schritt in Richtung des selbständigen Essens zu gehen. Wird der Wunsch des Kindes unterbunden, sich schrittweise selbständiger und unabhängiger zu ernähren, kann dies zu Interaktionsproblemen zwischen Eltern und Kind in der Essenssituation führen. Einen Überblick über die Entwicklung des selbständigen Essens bei sich altersgerecht entwickelnden Kindern geben Klein und Morris (2001, S. 282). Einige wichtige Meilensteine sollen hier kurz wiedergegeben werden. Demnach können Säuglinge mit vierinhalb Monaten das Fläschchen mit beiden Händen halten. Mit fünf bis sechs Monaten kann der Säugling festes Gebäck (z. B. Zwieback) mit den Zahnreihen bearbeiten. Mit etwa sechseinhalb bis sieben Monaten isst der Säugling selbständig einen Keks. Erstes selbständiges Trinken aus der Tasse gelingt, allerdings mit Verschütten, etwa mit zwölf Monaten. Das Essen mit dem Löffel gelingt mit fünfzehn bis achtzehn Monaten, wobei noch Nahrung auf dem Weg zum Mund verloren geht. Mit etwa 32 Monaten isst und trinkt das Kind mit nur wenigem Verschütten selbst (Klein & Morris, 2001).

Bereits ein halbes Jahr zuvor, also mit etwa 24 Monaten hat das Kind einen weiteren wichtigen orofazialen Entwicklungsschritt vollzogen. Es kann seinen Speichel im Mund sammeln und regelmäßig abschlucken (van der Engel-Hoek, 2008; Klein & Morris, 2001). Die Entwicklung der Speicherkontrolle vollzieht sich schrittweise circa vom vierten Lebensmonat an, da in den ersten drei Monaten aufgrund der Nahrungszusammensetzung nur wenig Speichel produziert und benötigt wird (Klein & Morris, 2001). Vom vierten bis sechsten Lebensmonat verliert das Kind nur dann Speichel, wenn es sitzt (van Hulst, 2008, in van den Engel-Hoek, 2008). Auch in der Zeit vom sechsten bis neunten Lebensmonat zeigt sich Speichelverlust nur selten, z. B. in Abhängigkeit von der Körperposition (Bauchlage, Rückenlage, Sitz) bzw. bei der oralen Exploration, beim Babbeln, Zuhören oder während des Essens. Bis zum 15. Lebensmonat verliert das Kind noch Speichel bei neu erworbenen grobmotorischen Bewegungsmustern, bis zum 18. Lebensmonat bei feinmotorischen Aktivitäten und beim Zuhören (Klein & Morris, 2001). Mit 24 Monaten (van Hulst, 2008, in van den Engel-Hoek, 2008; Klein & Morris, 2001) bzw. mit der Ausnahme von gelegentlichem minimalen Verlust bis ins dritte Lebensjahr hinein (McCurtin, 1997, zitiert nach Winstock, 2006), wird der Speichel beim normal entwickelten Kind sicher kontrolliert.

Die Nahrungsaufnahme des Kindes wird von vielen Faktoren beeinflusst. Dies sind zum einen der gesamtkörperliche Muskeltonus und im Zusammenhang damit die Haltung und Positionierung während der Nahrungsaufnahme. Zum anderen spielen die oral-motorischen Fähigkeiten (Kiefer, Lippen, Wangen, Zunge, Gaumen als Bestandteil der Gesamtmotorik) und die oral-sensorische Verarbeitung (Balance, Gleichgewicht, Rückmeldung von Muskulatur und Gelenken, Berührungsinformation, Geschmack, Geruch, visuelle Informationen als Bestandteil der gesamten sensorischen Integration) eine maßgebliche Rolle (Rosenfeld-Johnson, 2007). Von weiterer Bedeutung sind die Kommunikation in der Essenssituation, die Umgebung, in der die Nahrungsaufnahme stattfindet, die Erfahrung der Ver-

sorger und die Akzeptanz von bestimmten Nahrungsmitteln an sich (Winstock, 2006).

Die Akzeptanz von neuen Nahrungsmitteln entwickelt sich über mehrere Jahre. Immer wieder gibt es Phasen, in denen neue Geschmacksrichtungen oder Konsistenzen besser akzeptiert werden, und Phasen, in denen eine neophobische Reaktion darauf erfolgt. Dieser Entwicklungsprozess ist physiologisch. Unter einer neophobischen Reaktion wird in diesem Zusammenhang die Ablehnung verstanden, neue Speisen oder Konsistenzen zu probieren (Winstock, 2006). Harris (2000) beschreibt die Phasen der Nahrungsmittelakzeptanz von der Geburt bis zum vierten Lebensjahr. Fenster für die Akzeptanz neuer Speisen bzw. Konsistenzen finden sich demnach im fünften bis sechsten und neunten bis zwölften Lebensmonat. Die neophobische Reaktion beginnt im sechsten Lebensmonat und hat einen Höhepunkt um den 18. Lebensmonat und das vierte Lebensjahr. Mit dem vierten Lebensjahr hat das Kind den Prozess der Nahrungsmittelkategorisierung abgeschlossen. Es weiß, was ihm schmeckt und was ihm nicht schmeckt. Neue Lebensmittel werden in dieser Phase häufig abgelehnt (Harris, 2000; Winstock, 2006). Nahrungsmittel werden grundsätzlich besser angenommen, wenn sie ohne Druck häufig angeboten werden. So können bis zu vierzehn Versuche nötig sein, bis ein Kind ein neues Nahrungsmittel akzeptiert (Harris, 2000). Berücksichtigen Eltern diesen normalen Entwicklungsprozess nicht, können Konflikte in der Essenssituation entstehen.

Dieser Abschnitt zeigt, dass die ungestörte Entwicklung des Essens und Trinkens ein hochkomplexer Prozess ist, der sich über Jahre erstreckt und von vielen unterschiedlichen Faktoren beeinflusst wird. Die Vielschichtigkeit dieses Prozesses und die interaktive Einbettung erklärt, warum kindliche Dysphagien unterschiedlichste Ausprägungen und Verläufe haben können, vor allem dann, wenn motorische, sensorische, mentale oder auch kommunikative Grundlagen nur eingeschränkt vorhanden sind.



### **3 Diagnostik Kindlicher Dysphagien**

Die Diagnostik Kindlicher Dysphagien erfolgt stets nach einem multidisziplinären Ansatz. Bevor eine sprachtherapeutische Abklärung oder Intervention erfolgt, ist eine fachärztliche Diagnostik zwingend erforderlich. Hilfreich ist desweiteren der Austausch mit anderen therapeutischen Fachdisziplinen sowie mit dem weiteren Umfeld des Kindes (vgl. Aswathanarayana et al., 2010; Motzo & Weinert, 2012). Die Diagnostik in der sprachtherapeutischen Praxis umfasst stets eine ausführliche Anamneseerhebung, eine orofaziale Untersuchung des Kindes sowie die Beobachtung der Nahrungsaufnahme bei einer Mahlzeit (für einen Überblick über die diagnostische Vorgehensweise siehe van den Engel-Hoek, 2008; Klein & Morris, 2001; Aswathanarayana et al., 2010; Motzo & Weinert, 2012).

Im Anamnesegespräch mit den Eltern soll zunächst erfasst werden, was dem Kind im Hinblick auf die Nahrungsaufnahme und die orofaziale Situation Probleme bereitet und was dem Kind bereits gut gelingt. Es soll ferner versucht werden, die Art der Ernährung und den Entwicklungsstand der selbständigen Nahrungsaufnahme festzustellen. Hierzu gehören zum Beispiel Informationen darüber, welche Nahrung dem Kind täglich angeboten wird, wie viel es zu sich nimmt, welche Utensilien verwendet werden (Löffel, Gabel, Tasse etc.), wer das Kind füttert, wann Mahlzeiten am Tag oder in der Nacht stattfinden und wie lange diese Mahlzeiten dauern (hilfreiche Fragebögen und Entwicklungstabellen finden sich in Klein und Morris, 2001; weitere Hinweise zur Anamneseerhebung in van den Engel-Hoek, 2008). In Abhängigkeit von der geschilderten Problematik ist es u. a. hilfreich, Informationen über die allgemeine Entwicklung des Kindes, den Gesundheitszustand, eventuelle Grunderkrankungen und Medikamente, das Gedeihen des Kindes und dessen Gewichtsentwicklung, Habits sowie die allgemeine Regulation (Schrei-, Schlaf-, Essverhalten) zu erfahren. In Abhängigkeit vom Alter des Kindes können Anhaltspunkte für die Beurteilung der sensorischen und motorischen orofazialen Entwicklung erfragt werden, z. B.: Wie reagiert das Kind auf Berührungen im Gesicht

und am Mund? Lässt sich das Kind die Zähne putzen? Kann es schon pusten, schnauben oder aus dem Strohhalm trinken?

Bei der orofazialen Untersuchung erfolgt unter Berücksichtigung der gesamtkörperlichen Situation die Beurteilung des Aussehens und der Tonusverhältnisse im orofazialen Trakt (Kiefer, Gesichtsmuskulatur, Zunge, Lippen, Gaumen, Mundschluss, Speichelkontrolle) sowie ggf. eine Überprüfung der Nahrungs- und Schutzreflexe. Weiterhin wird die Reaktion auf sensorische Reize durch Berührung überprüft. Rosenfeld-Johnson (2007) beschreibt fünf mögliche Abweichungen in der Verarbeitung taktil-sensorischer Informationen (Tabelle 1, vgl. Klein & Morris, 2001; van den Engel-Hoek, 2008; Winstock, 2006). Hinweise zur orofazialen Untersuchung bzw. Befundbögen finden sich u. a. in Klein und Morris (2001), van den Engel-Hoek (2008) und Castillo Morales (1998).

Tabelle 1

*Abweichungen in der Verarbeitung taktiler sensorischer Informationen nach Rosenfeld-Johnson (2001)*

<b>Abweichende Reaktion</b>	<b>Merkmale</b>
A. Taktile Hypersensitivität	Überreaktion auf taktilen Stimulus (z. B. Würgen)
B. Taktile Hyposensitivität	Unterreaktion auf taktilen Stimulus (z. B. Suchen nach starken Reizen)
C. Gemischte Sensitivität	Kombination aus A und B
D. Fluktuierende Sensitivität	Reaktionen verändern sich über die Zeit
E. Taktile Abwehr	Negative Reaktionen auf taktilen Input als gelerntes Verhalten (z. B. weinen, sich wehren, wegdrehen)

Den Abschluss der sprachtherapeutischen Untersuchung bildet die Beobachtung einer typischen Füttersituation. Dieser Teil der Diagnostik ist besonders wichtig und aufschlussreich. In Abhängigkeit vom Alter des Kindes wird das Stillen, Trinken aus der Flasche oder der Tasse, Füttern mit dem Löffel und/oder das selbständige Essen von unterschiedlichen

Konsistenzen beobachtet. So können die Körperhaltung und Positionierung, das Saugen, Schlucken, Abbeißen oder Kauen beurteilt werden. Einschränkende Bewegungsmuster werden systematisch erfasst (siehe Befunderhebung – Einschränkende Bewegungsmuster in Klein & Morris, 2001, S. 86). Zum anderen ist es möglich, das Verhalten und die Füttertechniken der Versorgungsperson sowie Interaktion und Kommunikation zwischen Kind und Versorger zu beurteilen (Hinweise zur Beobachtung geben van den Engel-Hoek, 2008 und von Hofacker, Papoušek & Wurmser, 2004). Bei älteren Kindern ist es hilfreich, die orofaziale Situation während des Spiels zu beobachten.

Die Beobachtung einer Mahlzeit liefert wichtige differentialdiagnostische Hinweise im Hinblick auf die Abgrenzung oder Überlagerung von orofazialen Störungen und Fütterstörungen. Nach Renk (2007) können im Rahmen einer Fütterstörung unterschiedliche Symptome auftreten. Dabei handelt es sich um Verhaltensweisen, die einerseits der Seite des Kindes und andererseits der elterlichen Seite zuzuordnen sind. Eine Fütterstörung ist daher häufig als ein Interaktionsproblem zwischen Eltern und Kind zu bewerten. Auf der Seite des Kindes findet sich zum Beispiel wenig Interesse am Essen, wenig Hunger, teilweise Erbrechen beim Essen, die Mahlzeiten können sehr lange dauern, es wird nur wenig Nahrung aufgenommen, es kann ein ausgeprägt wählerisches Essverhalten bestehen, teilweise zeigen sich bizarre Essgewohnheiten, das Verhalten des Kindes kann in der Essenssituation provozierend oder erpresserisch sein. Den elterlichen Verhaltensweisen ist v. a. eine wachsende Angst bis hin zur Verzweiflung zuzuordnen, wobei die Eltern häufig auf die Nahrungsmenge fixiert sind und teilweise unangemessen füttern (Renk, 2007; siehe auch Hofacker et al., 2004). Die Autorin dieses Artikels bemerkt zudem, dass die Unerfahrenheit und Unsicherheit der Eltern im Hinblick auf die Ernährung des Kindes (nicht altersgerechtes Nahrungsangebot, fehlende Ermutigung zum selbständigen Essen, Fixierung auf gesundheitsbewusstes Essen) sich zudem ungünstig auf das Essverhalten des Kindes auswirken können.

#### **4 Überlegungen zum therapeutischen Vorgehen in der ambulanten Praxis**

In der Literatur finden sich verschiedene Therapieansätze zur Behandlung kindlicher Dysphagien (u. a. Klein & Morris, 2001; Winstock, 2006; van den Engel-Hoek, 2008; Castillo Morales, 1998; Rosenfeld-Johnson, 2001). Das therapeutische Vorgehen richtet sich dabei vor allem nach dem Untersuchungsbefund, nach dem Alter des Kindes und, bei jüngeren Kindern, nach dem Wunsch der Eltern (z. B. wenn stillende Mütter ihr Kind an das Fläschchen gewöhnen wollen). Stehen Verhaltens- und Interaktionsprobleme in der Füttersituation im Vordergrund, sollte eine multiprofessionelle Betreuung (Zusammenarbeit mit Pädiatrie und Psychotherapie) angestrebt werden. Zeigen sich deutliche Probleme im Gesamtkörpertonus, beim Haltungshintergrund oder der allgemeinen motorischen Koordination ist eine Zusammenarbeit mit Physio- bzw. Ergotherapie indiziert.

Das sprachtherapeutische Vorgehen bei der Behandlung von kindlichen Dysphagien berücksichtigt stets die gesamtkörperliche Situation des Patienten und strebt eine Optimierung des Haltungshintergrundes, der Positionierung und Lagerung als notwendige Voraussetzung für die orofaziale Therapie an. Dies gilt insbesondere für Kinder, die massive Einschränkungen in der motorischen Kontrolle haben (Becken, Rumpf, Kopf etc.) und daher gelagert werden müssen (Klein & Morris, 2001; Winstock, 2006; van den Engel-Hoek, 2008; Rosenfeld-Johnson, 2007).

Im Hinblick auf die Überlagerung der orofazialen Problematik mit Fütterstörungen ist außerdem stets auf „Spielregeln für richtiges Essen“ (Kast-Zahn & Morgenroth, 2007) zu achten. Dabei handelt es sich darum, mit Eltern und Betreuungspersonen ein förderliches Rollenverständnis für die Essenssituation und eine positive Kommunikation und Interaktion während der Essenssituation zu erarbeiten. Die wichtigste Regel hierfür wurde von Satter (1987) formuliert. Demnach obliegt es den Eltern zu entscheiden, was dem Kind wann angeboten wird und welche „Tischregeln“ einzuhalten sind. Dem Kind aber obliegt es, selbst zu entscheiden, ob und

wie viel es vom Angebotenen essen möchte (Kast-Zahn & Morgenroth, 2007 für ausführliche Hinweise zum Aufbau einer positiven Essenssituation in der Familie).

Bei der Einleitung einer Intervention in der ambulanten sprachtherapeutischen Praxis müssen zwei weitere Aspekte berücksichtigt werden: Die Therapiefrequenz im Rahmen einer ambulanten Therapie und das Alter bzw. die mentale Entwicklung des Kindes. In der Regel erhalten betroffene Kinder und Familien pro Woche 45 Minuten ambulante Therapie. Das dies zu wenig ist, um oral-motorische und sensorische Fähigkeiten her auszubilden oder Verhaltensaspekte bei der Nahrungsaufnahme zu verändern, steht außer Frage. Es ist daher notwendig, dass die Eltern und Betreuungspersonen Teil des therapeutischen Teams werden. Sie nehmen an den Sitzungen teil und führen mit dem Kind häusliche Übungen durch.

Das Alter der Patienten stellt eine besondere Herausforderung für den Therapeuten dar. Handelt es sich um Kinder unter einem Jahr so erhält häufig die Anleitung und Beratung der Eltern besonderes Gewicht. Bei älteren Kleinkindern können therapeutische Handlungen im Beisein der Eltern zunehmend besser durch den Therapeuten selbst durchgeführt werden. Da Kleinkinder in der Regel kein Interesse an systematischem Üben zeigen, ist es hilfreich, bekannte tägliche Routinen (waschen, eincremen, Zahnpflege, füttern, trinken, spielen) für das orofaziale Training zu nutzen. Tabelle 2 fasst Vorschläge zur Gestaltung des therapeutischen Settings und therapeutische Prinzipien zusammen, die sich nach Erfahrung der Autorin in der Therapie von Kleinkindern bewährt haben.

Die Therapie von Kindlichen Dysphagien ist vielschichtig und komplex. Sie kann in diesem Artikel nicht hinreichend dargestellt werden. Es soll daher an dieser Stelle auf einige umfangreiche Behandlungskonzepte verwiesen werden, die die Möglichkeiten der therapeutischen Einflussnahme auf verschiedene Störungsaspekte umfassend erörtern und beschreiben (u. a.

Klein & Morris, 2001; Winstock, 2006; van den Engel-Hoek, 2008; Castillo Morales, 1998).

Tabelle 2

*Gestaltung des therapeutischen Settings und Prinzipien (vgl. Klein & Morris, 2001; Rosenfeld-Johnson, 2007) für die Therapie von Kleinkindern*

<b>Gestaltung des therapeutischen Settings</b>
Eltern / Betreuungspersonen sind Teil des therapeutischen Teams
Klarer Anfang / Klares Ende der Therapiesitzung
Klare, wiederkehrende Struktur der Sitzung
Mehrere, kurze Therapiesequenzen innerhalb der Sitzung
Reizarme Umgebung bzw. gut dosierte Reize
Lieder und Verse einsetzen
Therapieinhalte sind integrierbar in tägliche Routinen
<b>Therapieprinzipien</b>
Keine therapeutische Handlung unter Zwang!
Therapie soll Spaß machen!
Therapeutische Hilfsmittel sollen für das Kind interessant und ansprechend sein!
Kinder sollen möglichst selbst aktiv werden!

Abschließend soll jedoch auf ein Konzept hingewiesen werden, das betroffenen Kindern die Möglichkeit gibt, Therapieinhalte im häuslichen Bereich sinnvoll zu vertiefen. Hierbei handelt es sich um das Therapieprogramm „TalkTools™“ von Rosenfeld-Johnson (2001, 2007, [www.talktools.com](http://www.talktools.com)). Die Therapie nach Rosenfeld-Johnson basiert auf verschiedenen internationalen therapeutischen Ansätzen und verbindet Elemente der sensorischen Stimulation mit Füttertechniken und einem orofazialen Muskelaufbautraining. Rosenfeld-Johnson (2007) weist auf den engen Zusammenhang zwischen primären und sekundären orofazialen Funktionen hin. Die Autorin betont, dass die Art der Nahrungsaufnahme bzw. spezifische Füttertechniken Muskelgruppen trainieren, die für eine saubere Artikulation in späteren Jahren bedeutsam sind. Eine frühe Einflussnahme auf diesem Gebiet sei daher insbesondere bei Personen mit Beeinträchtigungen im orofazialen Bereich (z. B. bei Down Syn-

drom) von großer Bedeutung für die Entwicklung der orofazialen Muskulatur und der Artikulation (Rosenfeld-Johnson, 2007). Rosenfeld-Johnson formuliert folgende übergeordnete therapeutische Ziele:

- Verbesserung der Aufmerksamkeit für orale Mechanismen
- Normalisierung der oral taktilen Sensitivität
- Förderung mehr normaler Bewegungsmuster
- Verbesserung der Differenzierung oraler Bewegungen (Bewegungsdissoziation, graduelle Bewegungen)
- Verbesserung der Nahrungsaufnahme beim selbständigen Essen und in der Füttersituation
- Verbesserung der Artikulation

Die Therapie nach Rosenfeld-Johnson eignet sich für die hier beschriebene Zielgruppe, weil sich die Therapiebausteine in die täglichen Routinen eines Kleinkindes einbauen lassen. Die Aufgabenstellungen sind auch für mental retardierte Kinder leicht zu verstehen, die therapeutischen Hilfsmittel sind kindgerecht gestaltet und stärken die Eigenaktivität und Motivation des Kindes<sup>1</sup>. Kernbereiche des orofazialen Muskelaufbauprogrammes sind Kieferübungen, Pusteübungen und Übungen zum therapeutischen Strohhalmtrinken (Tabelle 3). Die Übungen sind hierarchisch organisiert, detailliert beschrieben und mit klaren Eingangs- und Erfolgskriterien versehen. Rosenfeld-Johnson hat darüber hinaus spezifische Therapiebausteine im Hinblick auf in der Praxis häufig anzutreffende Problembereiche zusammengestellt (z. B. Drooling Remediation Program, Jaw Program, Apraxia Program).

---

<sup>1</sup> Materialien unter [www.talktools.com](http://www.talktools.com)

Tabelle 3

*Kernbereiche der Therapie nach Rosenfeld-Johnson (2001, 2007)*

<b>Übungsbereich</b>	<b>Ziele</b>	<b>Hilfsmittel</b>
Kieferübungen Jaw Grading Bite Block Exercises	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Symmetrische Stärkung und Stabilisierung des Kiefers</li> <li>- Förderung von Bewegungsdissoziation und graduellen Bewegungen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Beißblocks (Bite Blocks) für sieben verschiedene Kieferöffnungswinkel</li> <li>- Therapiekaugummi</li> </ul>
Pusteübungen Horn Blowing Hierarchy	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Stärkung der Muskulatur und Bewegungskontrolle u. a. für: Kieferkontrolle, Lippenschluss, Lippenrundung, Zungenretraktion, Verlängerung der Ausatemdauer</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 14 verschiedene Therapieflöten und -pfeifen zusammenstellbar nach unterschiedlichen Therapiezielen (Lippenschluss, Zungenretraktion, Lippenrundung, Lippenprotrusion)</li> </ul>
Strohalmtrinken Straw Drinking Hierarchy	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Lippenprotrusion</li> <li>- Zungenretraktion</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 8 Strohhalm in einer Hierarchie zum Trinken von dünnen Flüssigkeiten</li> <li>- 3 Strohhalm zum Trinken von dicken Konsistenzen (Saft, Nektar, Jogurt und Pudding)</li> </ul>

Die Autorin dieses Artikels verfügt über gute Erfahrungen durch den begleitenden Einsatz von Therapiebausteinen nach TalkTools im Rahmen einer ambulanten orofazialen Therapie. Ob sich diese positiven Erfahrungen auch objektiv belegen lassen, bleibt abzuwarten. Rosenfeld-Johnson hat damit begonnen, spezifische Talk Tools Therapietechniken, Hilfsmittel und Methoden wissenschaftlich zu überprüfen.



## 5 Literatur

- Aswathanarayana, C., Wilken, M., Krahl, A. & Golla G. (2010). Diagnostik und Therapie von Schluck- und Fütterstörungen bei Säuglingen und Kleinkindern: Eine interdisziplinäre Aufgabe. *Sprache – Stimme – Gehör*, 34 (1), 12–17.
- Castillo Morales, R. (1998). *Die orofaziale Regulationstherapie*. München: Pflaum-Verlag.
- Forschungsinstitut für Kinderernährung Dortmund (2009). *Empfehlungen für die Ernährung von Säuglingen*.
- Geißler, M. & Winkler, S. (2010). *Dysphagie. Ein einführendes Lehrbuch*. Idstein: Schulz-Kirchner Verlag.
- Giel, B. (2006). Orofaziale Dysfunktionen. In J. Siegmüller & H. Bartels (Hrsg.), *Leitfaden Sprache-Sprechen-Stimme-Schlucken* (408–416). München: Urban & Fischer.
- Harris, G. (2000). Developmental, Regulatory and cognitive aspects of feeding disorders. In A. Southhall & A. Schwartz (Hrsg.), *Feeding Problems in Children: A Practical Guide* (77–88). Oxford: Radcliffe Medical Press.
- Klein, D. K. & Morris, E. M. (2001). *Mund- und Esstherapie bei Kindern*. München: Urban & Fischer.
- Lefton-Greif, A. & Arvedson, J. C. (2007). Pediatric feeding and swallowing disorders: State of health, population trends and application of use (ICF). *Seminars in Speech and Language*, 28 (3). 161–165.
- Motzko, M. & Weinert, M. (2012). Pädysphagie – Schluck- und Fütterstörungen bei Kindern: Plädoyer für einen neuen Oberbegriff als Ausdruck einer umfassenden Betrachtung und Aufwertung dieses zersplitterten Fachgebiets. *Forum Logopädie*, 3/2012. 6–11.
- Renk, S. (2007). *Fütter- und Essverhaltensstörungen (FST) im Säuglings- und Kindesalter*. Unveröffentlichtes Skript zur Fortbildung am Institut FIdEL in Erlangen.
- Rosenfeld-Johnson, S. (2001). *Oral-Motor Exercises for Speech Clarity. Talk Tools*. Innovative Therapists International: USA.
- Rosenfeld-Johnson, S. (2007). *As a parent: What can I do to improve my child's feeding skills and speech clarity?* CD, TalkToolsTherapie: USA.

- Satter, E. (1987). *Guide to your Child's Nutrition*. American Academy of Pediatrics. New York: Villard Books.
- van den Engel-Hoek, L. (2008). *Fütterstörungen. Ein Ratgeber für Ess- und Trinkprobleme bei Kleinkindern*. Idstein: Schulz-Kirchner Verlag.
- von Hofacker, N., Papoušek, M. & Wurmser, H. (2004). Fütter- und Gedeihstörungen im Säuglings- und Kleinkindalter. In M. Papoušek, M. Schieche & H. Wurmser (Hrsg.), *Regulationsstörungen der frühen Kindheit: Frühe Risiken und Hilfen im Entwicklungskontext der Eltern-Kind-Beziehungen* (171–199). Bern: Hans Huber Verlag.
- Winstock, A. (2006). *Eating & Drinking difficulties in children: A guide for practitioners*. Bicester: Speechmark Publishing.

## **Kontakt**

Jenny v. Frankenberg  
[jvf@zapp-berlin.de](mailto:jvf@zapp-berlin.de)