

Restriktive Zungenband-Faszie: Aktuelle Evidenz geht weit über das Stillen hinaus

Neue Studien zeigen: Diagnostik, Indikationsstellung und Versorgung reichen deutlich über die Stillproblematik hinaus.

Oppenheim, 20.05.2026

Die zertifizierten ZungenBandZentren reagieren auf die Pressemitteilung des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte (BVKJ) Bayern vom 18. Mai 2026. Die dort formulierten Vorwürfe beruhen aus unserer Sicht auf einer selektiven und veralteten Auswahl wissenschaftlicher Evidenz, enthalten unzutreffende Darstellungen zu Kosten und Risiken und erschweren die sachliche Orientierung von Familien, die auf eine fundierte interdisziplinäre Versorgung angewiesen sind. Im Folgenden ordnen wir die zentralen Punkte fachlich ein.

Die Pressemitteilung hat bei vielen Familien spürbare Unsicherheit ausgelöst. In unserer täglichen Arbeit begegnen wir Eltern, die oft über Monate oder Jahre erheblichen Belastungen ausgesetzt sind – etwa durch Schmerzen beim Stillen, unzureichende Gewichtsentwicklung, anhaltende Fütterprobleme, orale Dysfunktionen, schlafbezogene Atemstörungen oder eine hohe Belastung im Familienalltag. Viele dieser Familien haben bereits zahlreiche medizinische Anlaufstellen konsultiert, bevor sie fundierte Hilfe erhalten. Gerade deshalb sind pauschale Aussagen über Diagnostik und Behandlung restriktiver Zungenband-Faszien aus unserer Sicht problematisch.

1. Cochrane 2017 greift für die heutige Evidenzlage zu kurz

Der BVKJ Bayern beruft sich auf eine Cochrane-Metaanalyse als primäre Evidenzbasis. Dabei handelt es sich um das Cochrane-Review von O'Shea et al., dessen Literaturrecherche im Januar 2016 endete und das 2017 veröffentlicht wurde. Die Studie selbst bewertet ihre Evidenzqualität als „sehr gering bis moderat“ und schließt lediglich fünf randomisierte Kontrollstudien mit insgesamt 302 Neugeborenen ein – ein im Hinblick auf das Jahr 2026 begrenzter Datensatz für eine medizinische Stellungnahme.

Entscheidend ist: Das Review untersucht ausschließlich kurzfristige Stillergebnisse. Auswirkungen auf Schlaf, Atemwege, Artikulation, Schlucken, Mittelgesichtsentwicklung, Körperhaltung und Selbstregulation wurden methodisch von vornherein ausgeschlossen. Es handelt sich daher nicht um eine Gesamtbewertung der restriktiven Zungenband-Faszie, sondern um eine bewusste Eingrenzung auf eine einzelne Funktion in einem frühen Lebensabschnitt.

„Die Qualität der Evidenz ist sehr gering bis moderat, weil insgesamt nur eine kleine Anzahl von Studien diese Erkrankung untersucht hat, die Gesamtzahl der in diesen Studien eingeschlossenen Babys gering war und einige Studien besser hätten konzipiert werden können.“ – O'Shea et al., Cochrane 2017

Seither wurde eine substantielle Menge hochwertiger Literatur publiziert, die diese enge Perspektive grundlegend erweitert – und die in der Stellungnahme des BVKJ Bayern keine angemessene Berücksichtigung findet.

Für die aktuelle Debatte ist zudem entscheidend, dass die Kritik des BVKJ Bayern auch unter einem zweiten Gesichtspunkt zu kurz greift: Die Cochrane-Studie bewertet ausschließlich kurzfristige Stillergebnisse. Inzwischen liegt jedoch belastbare Evidenz vor, dass die Verbesserungen nach Trennung der Zungenband-Faszie auch mittel- und langfristig anhalten. Die BRIEF-Studie (Slagter et al., 2021)

begleitete 175 Mutter-Kind-Paare prospektiv über sechs Monate: Die Verbesserung der Stillselbstwirksamkeit und der Refluxsymptome blieb über den gesamten Zeitraum statistisch signifikant bestehen; 60,7 % der Kinder wurden auch nach sechs Monaten noch gestillt. Eine prospektive Follow-up-Studie (Dollberg et al., 2014) mit 264 Dyaden zeigt, dass nach Lösung der Zungenband-Faszie 89 % der Mütter nach zwei Wochen, 68 % nach drei Monaten und 56 % nach sechs Monaten weiterhin stillten. Die Meta-Analyse von De Luca et al. (2024), die 21 Studien aus dem Zeitraum 1961 bis 2023 zusammenfasst, belegt einen mittelgroßen Effekt auf die Stillselbstwirksamkeit nach fünf bis zehn Tagen und einen großen Effekt nach einem Monat bei gleichzeitig signifikanter Reduktion der Brustwarzenschmerzen. Eine weitere systematische Übersichtsarbeit mit Meta-Analyse (2025), die 55 Studien einschließt, ermittelt ein relatives Risiko von RR 1,42 (95%-KI 1,32–1,53) für verbesserte Stillergebnisse nach Trennung der Zungenband-Faszie. Ergänzend belegen Billington et al. (2019), dass Säuglinge nach Behandlung in einer spezialisierten Zungenbandsprechstunde sowohl höhere Raten an ausschließlichem Stillen als auch an kombinierter Brust-/Flaschenernährung aufweisen als nationale Referenzdaten bei dreimonatigen Säuglingen. Ramoser et al. zeigen zudem, dass die Trennung der sublingualen Faszie eine sichere und effektive Behandlung darstellt, die sowohl kurz- als auch langfristig zu einer signifikanten Symptomverbesserung beim Stillen führt. Vor diesem Hintergrund erscheint die Einschätzung des BVKJ Bayern, der Nutzen sei „weitgehend nicht belegt“, aus unserer Sicht nicht ausreichend durch die aktuelle Datenlage gedeckt.

In die methodische Bewertung der Studienlage gehört allerdings auch eine weitere Differenzierung: Studien, die keinen positiven Effekt zeigen, müssen daraufhin geprüft werden, welche Form des Eingriffs tatsächlich durchgeführt wurde. Maßgeblich ist insbesondere, ob eine myofunktionell vollständige sublinguale Faszioplastik vorgenommen wurde oder lediglich eine unvollständige, partielle anteriore Frenotomie. Ebenso entscheidend sind die präoperative Vorbereitung, die funktionelle therapeutische Einbettung und die strukturierte postoperative Nachsorge – einschließlich des aktiven Wundmanagements entlang der gesamten Therapiestrecke. Unter diesem Aspekt ist nachvollziehbar, dass Studienergebnisse nur dann valide mit den Ergebnissen zertifizierter ZungenBandZentren verglichen werden können, wenn das chirurgische sowie das prä- und postoperative Vorgehen dem ZBZ-Standard entsprechen. Andernfalls werden methodisch nicht vergleichbare Interventionen unter demselben Begriff zusammengefasst – mit der Folge, dass die Aussagekraft negativer Ergebnisse für qualitätsgesicherte spezialisierte Versorgungsstrukturen erheblich eingeschränkt ist.

2. Aktuelle Evidenz: Die restriktive Zungenband-Faszie ist weit mehr als ein Stillproblem

Seit 2017 hat die Forschung zur restriktiven sublingualen Faszie erhebliche Fortschritte gemacht. Folgende Funktionsbereiche der restriktiven Zungenband-Faszie sind inzwischen wissenschaftlich dokumentiert:

Schlafbezogene Atmungsstörungen und Obstruktive Schlafapnoe

Eine systematische Übersichtsarbeit und Meta-Analyse (Camañes-Gonzalvo et al., 2024) sowie eine integrative Übersichtsarbeit (Bussi et al., 2022) belegen eine statistisch signifikante Assoziation zwischen restriktiver Zungenband-Faszie und obstruktiver Schlafapnoe. Brożek-Mądry et al. (2021) zeigen zudem, dass ein kurzes Zungenbändchen einen Risikofaktor für obstruktive Schlafapnoe darstellt und mit einer ausgeprägteren Kopfvorwärtshaltung korreliert. Eine aktuelle systematische Übersichtsarbeit von Koento und Widjaja (2026) fasst die Befunde aus sechs Studien zusammen und bestätigt diese Assoziation.

Sprache und Artikulation

Baxter et al. (2020) zeigen in einer prospektiven Kohortenstudie, dass sich das Sprechen bei 89 % der Patienten nach sublingualer Faszioplastik mit dem CO₂-Laser verbesserte. Dydyk et al. (2023) dokumentieren signifikante Einschränkungen bei Zungenbeweglichkeit, Schlucken, Okklusion und

Sprachproduktion. Wang et al. (2021) betonen in einer systematischen Übersichtsarbeit, dass breiter akzeptierte einheitliche Graduierungssysteme und methodisch bessere klinische Studien nötig sind, um Aussagen zur Sprechentwicklung belastbarer zu machen.

Schlucken und Gastrointestinaltrakt

Ghaheri et al. (2017) sowie Ghaheri et al. (2018) berichten über signifikante Verbesserungen der Stillergebnisse, der Refluxsymptome und der mütterlichen Stillselbstwirksamkeit nach Zungenbandlösung. Hand et al. (2020) zeigen Verbesserungen bei Reflux und Brustwarzenschmerzen nach Lösung von Zungenband, Lippenband und Wangenband. Patel et al. (2025) fassen in einem systematischen Review den Effekt der sublingualen Faszienplastik auf gastroösophagealen Reflux bei pädiatrischer Ankyloglossie zusammen.

Mittelgesichtsentwicklung und Okklusion

Yoon et al. (2017) zeigen, dass Ankyloglossie ein Risikofaktor für Oberkieferhypoplasie und Weichgaumenverlängerung ist. Die systematische Übersichtsarbeit von Kotarska et al. (2025) untersucht explizit, ob eine chirurgische Behandlung der Ankyloglossie die Mittelgesichtsentwicklung fördert. Póvoa-Santos et al. (2024) zeigen in ihrer systematischen Übersichtsarbeit und Meta-Analyse eine Assoziation zwischen Ankyloglossie und Malokklusion; für Angle-Klasse III werden klinisch relevante Unterschiede beschrieben, auch wenn die Evidenz insgesamt unsicher bleibt.

Körperhaltung

Sacomanno et al. (2021) zeigen in einer Pilotstudie posturale Verbesserungen in der Sagittalebene nach Frenulotomie. Brożek-Mądry et al. (2021) dokumentieren eine signifikant erhöhte Kopfvorwärtshaltung bei Kindern mit restriktiver sublingualer Faszie.

Kiefergelenk und Muskulatur bei Erwachsenen

Die Querschnittsstudie von Beckmann et al. (2025) zu Erwachsenen mit Ankyloglossie untersucht die Assoziation zwischen anatomischer bzw. funktioneller Klassifikation und Kiefergelenksbeschwerden (TMD) und unterstreicht damit die systemische Relevanz der restriktiven Zungenband-Faszie über das Kindesalter hinaus.

„Die restriktive symptomatische Zungenband-Faszie ist ein Symptomwandler: Sie verursacht im Verlauf des Lebens wechselnde Beschwerden – vom Säugling über das Kind und den Jugendlichen bis zum Erwachsenen. Wer sie ausschließlich als Stillproblem betrachtet, unterschätzt die systemische Dimension dieses Krankheitsbildes und erschwert mitunter den Zugang zu einer differenzierten Diagnose und Therapie.“ – Dr. Darius Moghtader, Zertifiziertes ZungenBandZentrum® Oppenheim

3. Differenzierung statt Polarisierung

Vorab ist eine zentrale Klarstellung notwendig, die in der BVKJ-Mitteilung fehlt:

Nicht jede restriktive Zungenband-Faszie ist behandlungsbedürftig.

Nicht jede Still- oder Entwicklungsproblematik hat ihre Ursache in einer oralen Restriktion. Selbstverständlich darf kein Eingriff ohne sorgfältige Diagnostik und klare medizinische Indikation erfolgen. Daran sind zertifizierte ZungenBandZentren strikt gebunden.

Ebenso klar ist jedoch:

Funktionelle Einschränkungen durch orale Restriktionen existieren. Sie werden international seit Jahren wissenschaftlich untersucht und interdisziplinär behandelt. Die Realität vieler betroffener Familien pauschal infrage zu stellen oder indirekt zu bagatellisieren, hilft weder Eltern noch Kindern. Eltern

brauchen keine polarisierenden Debatten zwischen Berufsgruppen, sondern sachliche Aufklärung, ehrliche Risiko-Nutzen-Abwägungen, qualifizierte Diagnostik und respektvolle interdisziplinäre Zusammenarbeit.

Wir stimmen dem BVKJ Bayern in einem Punkt ausdrücklich zu: Es gibt große Unterschiede in Diagnostik, Ausbildung und therapeutischem Vorgehen. Genau darin liegt das eigentliche Problem – und zugleich die zentrale Aufgabe. Orale Restriktionen und ihre funktionellen Zusammenhänge werden in der klassischen medizinischen und zahnmedizinischen Ausbildung bislang nur begrenzt vermittelt. Gleichzeitig fehlen einheitliche nationale Standards für Diagnostik, funktionelle Beurteilung und interdisziplinäre Therapie. Die Konsequenz kann daher nicht sein, das gesamte Themenfeld grundlegend infrage zu stellen, sondern qualifizierte Fortbildung zu fördern, Forschung auszubauen, Qualitätsstandards zu etablieren und interdisziplinäre Zusammenarbeit zu stärken.

4. Sachliche Richtigstellung: Kosten der sublingualen Faszienplastik (SLFP)

Der BVKJ Bayern behauptet, die Eingriffe kosteten „oft zwischen 800 und 2.000 Euro“. Diese Darstellung ist aus Sicht der zertifizierten ZungenBandZentren unzutreffend. Der Gesamtpreis für eine vollständige sublinguale Faszienplastik (SLFP) liegt in der Regel zwischen 500 und 700 Euro und umfasst:

- ausführliches Vorgespräch mit Anamnese
- Basis-Check-Stillberatung
- Basis-Check-Flaschenberatung
- Basis-Check-Schnullerberatung
- Funktionsdiagnostik und Dokumentation anhand Symptom-Checklisten und Instrumenten
- individuelle Beratung und Erstellung eines interdisziplinären Therapieplans
- Durchführung der sublingualen Faszienplastik (SLFP)
- prä- und postoperative Fotodokumentation
- Basis-Arztbrief
- strukturierte vierwöchige Wund-Nachsorge

Dieser Gesamtpreis entspricht dem Umfang einer hochwertigen, interdisziplinär koordinierten Versorgung. Eine sachgerechte Aufklärung über Leistungsumfang und Kosten ist im Standard zertifizierter ZungenBandZentren verankert.

5. Anästhesierisiken sind keine Risiken der sublingualen Faszienplastik

Der BVKJ Bayern erwähnt schwere Komplikationen, darunter einen „tödlichen Narkosezwischenfall bei einem dreijährigen Kind“. Diese Darstellung ist in zweierlei Hinsicht irreführend:

Erstens: Der geschilderte Fall hat sich nicht innerhalb des Verbunds der zertifizierten ZungenBandZentren ereignet.

Zweitens und grundsätzlich: Die sublinguale Faszienplastik (SLFP) wird in zertifizierten ZungenBandZentren bei Säuglingen und Babys bis 12 Monate ohne Allgemeinanästhesie durchgeführt – standardmäßig mit Oberflächen- und/oder Lokalanästhesie.

Anästhesierisiken sind keine inhärenten Risiken des Eingriffs selbst, sondern treten insbesondere dann auf, wenn die SLFP unter Allgemeinanästhesie – etwa bei ungeeigneter Indikationsstellung oder in nicht spezialisierten Strukturen – durchgeführt wird.

„Risiken der Allgemeinanästhesie mit Risiken der sublingualen Faszienplastik gleichzusetzen, greift aus unserer Sicht zu kurz und kann Eltern zusätzlich verunsichern. Eine sorgfältige Differenzierung ist daher ein wichtiger Teil sachgerechter Aufklärung.“ – Dr. Darius Moghtader

6. Die sublinguale Faszienplastik in zertifizierten ZungenBandZentren ist sicher

Die verfügbare Literatur spricht dafür, dass die myofunktionell vollständige sublinguale Faszienplastik und die Frenotomie bzw. Frenektomie bei korrekter Indikationsstellung, qualifizierter Durchführung und strukturierter Nachsorge in der Regel ein sicheres Verfahren mit niedriger Rate schwerer Komplikationen ist. Gleichzeitig verlangt eine sachliche Einordnung, seltene, aber publizierte unerwünschte Ereignisse ausdrücklich zu benennen und Risiken weder zu bagatellisieren noch undifferenziert zu verallgemeinern (O'Shea et al., 2017; Ramoser et al., 2019; Slagter et al., 2021; O'Connor et al., 2022; Solis-Pazmiño et al., 2020).

Prospektive und retrospektive Studien berichten überwiegend über gute Verträglichkeit und nur wenige postoperative Probleme. So beschrieben Ramoser et al. (2019) die Trennung der Zungenband-Faszie bei stillbezogenen Beschwerden als sicher und effizient; in der BRIEF-Kohorte von Slagter et al. (2021) wurden über sechs Monate keine postoperativen Komplikationen beobachtet. Auch frühere klinische Verlaufsdaten zeigen, dass der Eingriff bei Säuglingen in der Regel gut toleriert wird (Steehler et al., 2012). Demgegenüber dokumentieren systematische und surveybasierte Arbeiten, dass Komplikationen und Fehldiagnosen durchaus vorkommen können, insbesondere in uneinheitlichen Versorgungssettings. Beschrieben wurden unter anderem Blutungen, orale Aversion, Schmerzen, der Bedarf wiederholter Eingriffe sowie Fehleinschätzungen, wenn eigentlich primär Stillmanagement oder die Abklärung anderer funktioneller Ursachen erforderlich gewesen wären (O'Connor et al., 2022). Eine systematische Übersichtsarbeit zu schweren Komplikationen zeigt zudem, dass schwere Komplikationen publiziert sind, insgesamt aber selten auftreten (Solis-Pazmiño et al., 2020).

„Die vorhandene Evidenz spricht aus unserer Sicht für ein günstiges Sicherheitsprofil der Trennung der Zungenband-Faszie bei Säuglingen – vorausgesetzt, Indikation, Technik, Aufklärung und Nachsorge stimmen. Zugleich gehört zur seriösen Aufklärung, seltene Komplikationen und die Gefahr von Fehlintikationen klar zu benennen. Sicherheit entsteht nicht durch Verharmlosung, sondern durch Qualität.“ – Dr. Darius Moghtader, Zertifiziertes ZungenBandZentrum® Oppenheim

Für eine belastbare Bewertung der Sicherheit ist deshalb entscheidend, unter welchen Bedingungen der Eingriff erfolgt. Die aktuelle Fachliteratur und Positionspapiere betonen übereinstimmend, dass vor einem Eingriff zunächst eine fundierte funktionelle Diagnostik, qualifizierte Still- bzw. Fütterunterstützung, eine sorgfältige Indikationsprüfung und eine angemessene Elternaufklärung stehen müssen; der Eingriff sollte nicht isoliert, sondern eingebettet in ein strukturiertes Versorgungskonzept erfolgen (LeFort et al., 2021; American Academy of Pediatrics, 2024). Wo diese Voraussetzungen erfüllt sind, spricht die Evidenz eher für ein niedriges Risiko; wo sie fehlen, steigt das Risiko von Fehlintikation, unnötigem Eingriff oder vermeidbaren Komplikationen.

Für die vorliegende Debatte ist deshalb wichtig, zwischen dem allgemeinen Eingriffsrisiko und der Qualität des jeweiligen Versorgungskontextes zu unterscheiden. Aus publizierten Daten lässt sich ableiten, dass die Trennung der Zungenbandfaszie bei Säuglingen in erfahrenen Händen meist komplikationsarm verläuft; zugleich lassen sich Ergebnisse aus Studien nicht ohne Weiteres auf alle Anbieter und alle Techniken übertragen.

Methodisch ebenso wichtig ist, dass unter den Begriffen myofunktionell vollständige sublinguale Faszienplastik, Frenofaszienplastik, Frenotomie, Frenektomie sowie Trennung und Lösung in der Literatur teils unterschiedliche Techniken, Altersgruppen, Indikationskriterien und Nachsorgeprotokolle zusammengefasst werden. Pauschale Aussagen über „die“ Sicherheit oder „das“ Risiko des Eingriffs sind deshalb wissenschaftlich nur eingeschränkt belastbar, wenn diese Unterschiede nicht berücksichtigt werden.

Zusammenfassend stützt die PubMed-gelistete Literatur die Aussage eines niedrigen Risikos schwerer Komplikationen bei sorgfältig ausgewählter Indikation und qualifizierter Durchführung. Eine wissenschaftlich saubere Darstellung sollte jedoch stets ergänzen, dass seltene Komplikationen

dokumentiert sind und dass Sicherheitsbewertungen untrennbar mit Diagnostik, Technik, Erfahrung, Aufklärung und Nachsorge verbunden bleiben (O'Shea et al., 2017; LeFort et al., 2021; O'Connor et al., 2022; American Academy of Pediatrics, 2024; Solis-Pazmiño et al., 2020).

7. Volle Transparenz und konservative Vorgehensweise – ein Selbstverständnis, keine Ausnahme

Volle Transparenz in allen Schritten

Die Arbeit der zertifizierten ZungenBandZentren ist in jedem Behandlungsschritt transparent. Das beginnt bei der lückenlosen Kostenaufklärung vor jeder Maßnahme und setzt sich über den gesamten Behandlungsprozess fort: Die Fotodokumentation aller prä- und postoperativen Befunde wird den Eltern sowie allen beteiligten Therapeutinnen und Therapeuten aus Logopädie, Osteopathie, Stillberatung und Pädiatrie vollständig zur Verfügung gestellt. Transparenz ist in zertifizierten ZungenBandZentren kein Marketingelement, sondern gelebtes Qualitätsprinzip.

Hospitationen für alle Fachgruppen – einschließlich der Pädiatrie

Wer die Arbeit der zertifizierten ZungenBandZentren beurteilen möchte, ist eingeladen, sie in der Praxis zu erleben. Für Fachgruppen wie Logopädie, Kinderheilkunde, Osteopathie, Ergotherapie, Physiotherapie, Hebammenwesen, Stillberatung und Kieferorthopädie werden regelmäßig Hospitationen angeboten. Die Arbeit zertifizierter ZungenBandZentren ist offen und einsehbar. Einige Pädiater haben dieses Angebot bereits genutzt und konnten sich ein eigenes Bild auf Grundlage direkter Beobachtung machen.

„Wir laden den BVKJ Bayern und alle interessierten Kinderärzte ausdrücklich ein, eine Hospitation in den zertifizierten ZungenBandZentren zu absolvieren und sich ein eigenes Bild von unserer Arbeit in der Praxis zu machen. Wer unsere Therapie beurteilen will, sollte sie im klinischen Alltag erleben – unmittelbar und auf Grundlage direkter Beobachtung.“ – Dr. Darius Moghtader

Konservative Therapie zuerst – Chirurgie nur als letztes Mittel

Die zertifizierten ZungenBandZentren fordern von allen Eltern, die einen Termin anfragen, ausdrücklich, zunächst alle konservativen Therapiemöglichkeiten auszuschöpfen. Dazu zählen insbesondere qualifizierte Stillberatung, osteopathische Behandlung und logopädische Begleitung. Erst wenn diese Maßnahmen keinen nachhaltigen Erfolg erzielen und keine nicht-chirurgische Therapiealternative mehr zur Verfügung steht, wird ein Termin zur Diagnostik und bei Bedarf zur Therapie empfohlen. Gerade bei grenzwertigen Befunden ist dieses Vorgehen besonders wichtig.

Darüber hinaus gilt: Auch bei bereits vereinbartem Termin werden Grenzfälle, bei denen keine unmittelbare Gefahr in Verzug besteht, im Zweifel erneut nach Hause entlassen – mit der Empfehlung, weitere konservative, nicht-chirurgische Therapieoptionen zu erproben. Ein chirurgischer Eingriff wird nur dann empfohlen, wenn er medizinisch indiziert ist und alle zumutbaren Alternativen ergebnislos ausgeschöpft wurden. Dieses Vorgehen steht aus unserer Sicht nicht im Einklang mit pauschalen Annahmen, wonach operative Empfehlungen vorrangig wirtschaftlich motiviert seien.

„Die zertifizierten ZungenBandZentren empfehlen einen Eingriff nicht allein deshalb, weil Eltern vorstellig werden, sondern weil eine medizinische Indikation besteht. Genau diese sorgfältige Abwägung ist ein zentraler Bestandteil verantwortungsvoller Versorgung.“ – Dr. Darius Moghtader

8. Unser Wunsch und unser Appell: Frühdiagnose, Qualitätsstandards und eine Versorgung im Interesse der Kinder

Die zertifizierten ZungenBandZentren verbindet mit dem BVKJ Bayern und allen anderen Fachgruppen ein gemeinsames, übergeordnetes Ziel: das Wohlbefinden und die gesunde Entwicklung von Säuglingen, Kindern und Jugendlichen. Aus diesem Geist heraus formulieren wir einen konstruktiven Vorschlag, der über die aktuelle Auseinandersetzung hinausweist.

Auch eindeutige und schwerwiegende Fälle einer restriktiven sublingualen Faszie bzw. restriktiven Zungenband-Faszie werden häufig nicht im Säuglingsalter erkannt – zu dem Zeitpunkt, an dem eine frühzeitige, minimalinvasive Intervention ohne Allgemeinanästhesie möglich und mit dem besten funktionellen Outcome verbunden wäre. Stattdessen manifestieren sich die Folgen oft erst Jahre später: als persistierende Artikulationsstörungen, schlafbezogene Atemstörungen, myofunktionelle Dysbalancen, skelettale Entwicklungsabweichungen oder Dysphagie im Schulalter und darüber hinaus. Zu diesem Zeitpunkt ist eine operative Versorgung häufig nur noch unter Allgemeinanästhesie möglich – mit den damit verbundenen Risiken, die der BVKJ Bayern selbst zu Recht anspricht.

Die zertifizierten ZungenBandZentren wünschen sich daher ausdrücklich, dass alle Fachpersonen, die regelmäßig mit Säuglingen in Kontakt kommen, in die Lage versetzt werden, eine restriktive sublinguale Faszie anhand validierter, strukturierter Diagnostikkriterien im Interesse der betroffenen Kinder frühzeitig zu erkennen. Eine systematische Diagnostik im Säuglingsalter, wie sie beispielsweise in Brasilien gesetzlich vorgeschrieben ist, hätte das Potenzial, spätere Eingriffe unter Allgemeinanästhesie in einem substanziellen Teil der Fälle zu vermeiden und die Entwicklung der betroffenen Kinder nachhaltig zu verbessern.

Viele Eltern befinden sich ohnehin in einer emotional belastenden Situation. Öffentliche polarisierende Debatten können dazu führen, dass Familien den Eindruck gewinnen, sich zwischen extremen Positionen entscheiden zu müssen: „alles harmlos“ oder „sofort operieren“. Beides wird der Realität nicht gerecht. Stellungnahmen, die vor allem warnen, ohne differenziert aufzuklären, können diesen Druck erhöhen – und helfen weder der wissenschaftlichen Einordnung noch den betroffenen Familien.

Wir werben für eine fachlich differenzierte Diskussion ohne Pauschalverurteilungen. Unser gemeinsames Ziel sollte klar sein: bessere wissenschaftliche Daten, höhere Qualitätsstandards, transparente Aus- und Fortbildung und eine Versorgung, die sich am individuellen Bedarf des Kindes orientiert. Denn am Ende geht es nicht um Zuständigkeiten oder Meinungen, sondern um die bestmögliche Unterstützung von Kindern und ihren Familien.

„Wer Eingriffe unter Narkose bei älteren Kindern verhindern will, muss dafür sorgen, dass eindeutige und schwerwiegende Fälle im Säuglingsalter erkannt werden – von allen Fachpersonen, nicht nur von spezialisierten Zentren. Das ist unser Wunsch, unser Angebot und unsere Einladung zur gemeinsamen Arbeit.“ – Dr. Darius Moghtader, Zertifiziertes ZungenBandZentrum® Oppenheim

Kurzzusammenfassung

Die zertifizierten ZungenBandZentren betonen, dass neue Studien zur restriktiven Zungenband-Faszie deutlich über die Stillproblematik hinausgehen. Beschrieben werden Zusammenhänge mit Schlaf, Atmung, Artikulation, Schlucken, Mittelgesichtsentwicklung und funktionellen Beschwerden bis ins Erwachsenenalter. Eingriffe dürfen aus Sicht der zertifizierten ZungenBandZentren nur nach sorgfältiger Diagnostik, klarer medizinischer Begründung sowie strukturierter Vor- und Nachsorge erfolgen. Bei korrekter Indikationsstellung, qualifizierter Durchführung und strukturierter Nachsorge ist der Eingriff in zertifizierten spezialisierten ZungenBandZentren sicher und mit einem niedrigen Risiko von Komplikationen verbunden. Pauschale Bewertungen werden weder der aktuellen Studienlage noch der Versorgungssituation betroffener Familien gerecht.

Pressekontakt

Dr. Darius Moghtader

Zertifiziertes ZungenBandZentrum® Oppenheim

In den Weingärten 47 · 55276 Oppenheim

zungenbandzentrum@gmail.com

Literaturverzeichnis

- American Academy of Pediatrics (2024) Identification and management of ankyloglossia and its effect on breastfeeding in infants. *Pediatrics* 154(2):e2024067605. doi: 10.1542/peds.2024-067605.
- Beckmann A, Peroz I, Peroz S (2025) Anatomical versus functional classification of ankyloglossia and their association with temporomandibular joint disorders in adults: a cross-sectional study. *J Oral Facial Pain Headache* 39(3):77–83. doi:10.22514/jofph.2025.049. PMID: 41070568.
- Baxter R, Merkel-Walsh R, Stark Baxter B et al. (2020) Functional improvements of speech, feeding, and sleep after lingual frenectomy: a prospective cohort study. *Clin Pediatr* 59(9–10):885–892. doi:10.1177/0009922820928055. PMID: 32496138.
- Billington J, Yardley I, Upadhyaya M (2019) Long-term efficacy of a tongue tie service in improving breastfeeding rates: a prospective study. *Acta Paediatr* 108(10):1808–1813. doi:10.1111/apa.14811. PMID: 30972814.
- Brożek-Mądry E, Burska Z, Steć Z (2021) Short lingual frenulum and head-forward posture in children with the risk of obstructive sleep apnea. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* 144:110699. doi:10.1016/j.ijporl.2021.110699. PMID: 33773238.
- Bussi MT, Corrêa CC, Cassettari AJ et al. (2022) Is ankyloglossia associated with obstructive sleep apnea? *Braz J Otorhinolaryngol* 88(Suppl 1):S156–S162. doi:10.1016/j.bjorl.2021.09.008. PMID: 34580033.
- Camañes-Gonzalvo S et al. (2024) Relationship of ankyloglossia and obstructive sleep apnea: systematic review and meta-analysis. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol*. doi:10.1016/j.ijporl.2024.111892. PMID: 38478208.
- De Luca A, Fehr J, Makarov I et al. (2024) Quantitative impact of frenotomy on breastfeeding: a systematic review and meta-analysis. *Pediatr Res* 95:34–42. doi:10.1038/s41390-023-02784-y. PMID: 37608056.
- Dollberg S, Manor A, Marom R, Mangel L (2014) Lingual frenotomy for breastfeeding difficulties: a prospective follow-up study. *Breastfeed Med* 9(6):286–289. doi:10.1089/bfm.2013.0121. PMID: 24892968.
- Dydyk A, Milona M, Janiszewska-Olszowska J et al. (2023) Influence of shortened tongue frenulum on tongue mobility, speech and occlusion. *J Clin Med* 12:7415. doi:10.3390/jcm12237415. PMID: 38068467.
- Ghaheri BA, Cole M, Fausel SC et al. (2017) Breastfeeding improvement following tongue-tie and lip-tie release: a prospective cohort study. *Laryngoscope* 127(5):1217–1223. doi:10.1002/lary.26306. PMID: 27874207.
- Ghaheri BA, Cole M, Mace JC (2018) Revision lingual frenotomy improves patient-reported breastfeeding outcomes: a prospective cohort study. *J Hum Lact* 34(3):566–574. doi:10.1177/0890334418775624. PMID: 29787680.
- Hand P, Olivi G, Lajolo C, Gioco G (2020) Short lingual frenum in infants, children and adolescents. Part 1: Breastfeeding and GERD improvement after tethered oral tissues release. *Eur J Paediatr Dent* 21(4):309–317. doi:10.23804/ejpd.2020.21.04.10. PMID: 33269583.
- Kotarska M, Wądołowska A, Sarul M, Kawala B, Lis J (2025) Does ankyloglossia surgery promote normal facial development? A systematic review. *J Clin Med* 14(1):81. doi:10.3390/jcm14010081.
- Koento T, Widjaja S (2026) Ankyloglossia and its association with sleep-disordered breathing in children: a systematic review. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* 202:112717. doi:10.1016/j.ijporl.2026.112717.
- LeFort Y, Evans A, Livingstone V et al. (2021) Academy of Breastfeeding Medicine Position Statement on Ankyloglossia in Breastfeeding Dyads. *Breastfeed Med* 16(4):278–281. doi:10.1089/bfm.2021.29179.ylf. PMID: 33852342.
- Moghtader D (2024) Das restriktive symptomatische Zungenband als Symptomwandler. *Oralprophylaxe Kinderzahnmed* 46:47–58. doi:10.1007/s44190-024-1011-z.
- O'Connor ME, Gilliland AM, LeFort Y (2022) Complications and misdiagnoses associated with infant frenotomy: results of a healthcare professional survey. *Int Breastfeed J* 17:39. doi:10.1186/s13006-022-00481-w. PMID: 35597985.
- O'Shea JE, Foster JP, O'Donnell CP et al. (2017) Frenotomy for tongue-tie in newborn infants. *Cochrane Database Syst Rev* 3:CD011065. doi:10.1002/14651858.CD011065.pub2. PMID: 28286966.

Patel A, Cirone K, Khoury S et al. (2025) The impact of frenotomy on gastroesophageal reflux in pediatric ankyloglossia: a systematic review. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 134:171–178. doi:10.1177/00034894241293454. PMID: 39471155.

Póvoa-Santos L, Lacerda-Santos R et al. (2024) Ankyloglossia and malocclusion: a systematic review and meta-analysis. *J Am Dent Assoc* 155(1):59–73. doi:10.1016/j.adaj.2023.09.014. PMID: 37999659.

Ramoser G, Guóth-Gumberger M, Baumgartner-Sigl S, Zoeggeler T, Scholl-Bürgi S, Karall D (2019) Frenulum breve is a potential cause of breastfeeding difficulties and can be treated safely and efficiently by frenotomy. *Acta Paediatr* 108(6):1058–1066. doi:10.1111/apa.14636. PMID: 30367500.

Saccomanno S, Pirino A, Bianco G et al. (2021) Does a short lingual frenulum affect body posture? *J Biol Regul Homeost Agents* 35(3 Suppl 1):185–195. doi:10.23812/21-3suppl1-21. PMID: 34369747.

Slagter KW, Raghoobar GM, Hamming I et al. (2021) Effect of frenotomy on breastfeeding and reflux: results from the BRIEF prospective longitudinal cohort study. *Clin Oral Investig* 25(6):3431–3439. doi:10.1007/s00784-020-03665-y. PMID: 33009622.

Solis-Pazmiño P, Kim GS, Lincango-Naranjo E et al. (2020) Major complications after tongue-tie release: a case report and systematic review. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* 138:110356. doi:10.1016/j.ijporl.2020.110356. PMID: 32927351.

Steehler MW, Steehler MK, Harley EH (2012) A retrospective review of frenotomy in neonates and infants with feeding difficulties. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* 76(9):1236–1240. doi:10.1016/j.ijporl.2012.05.009. PMID: 22704670.

Thalib SM, Pinheiro da Gama AC et al. (2025) Frenectomy for ankyloglossia in children under five: a systematic review and meta-analysis on breastfeeding outcomes. *Int Breastfeed J*. doi:10.1186/s13006-025-00773-x. PMCID: PMC12595756.

Wang J, Yang X, Hao S, Wang Y (2021) The effect of ankyloglossia and tongue-tie division on speech articulation: a systematic review. *Int J Paediatr Dent* 32(1):144–156. doi:10.1111/ipd.12802.

Yoon AJ, Zaghi S, Ha S et al. (2017) Ankyloglossia as a risk factor for maxillary hypoplasia and soft palate elongation: a functional-morphological study. *Orthod Craniofac Res* 20(4):237–244. doi:10.1111/ocr.12206. PMID: 28834388.

Hinweis: Diese Pressemitteilung gibt die fachliche Position der zertifizierten ZungenBandZentren wieder. Alle zitierten Studien sind in PubMed gelistet. Die verwendeten Fachbegriffe „Sublinguale Faszienplastik (SLFP)“ und „restriktive Zungenband-Faszie“ entsprechen der anatomisch korrekten und in der Fachliteratur etablierten Terminologie.