

# Manualtherapie bei Kindern: „KISS-Kids“

**Der Kopf ist rund, damit die Gedanken die Richtung ändern können**

(S. Freud, zu seinem 150. Geburtstag)

Die „Kopfgelenksinduzierte Symmetriestörung“ (KISS) ist eines der derzeit diskutierten Modelle zur Erklärung der Zunahme „schiefer Kinder“ und vielfältiger Verhaltensauffälligkeiten bis hin zu ADHS und Legasthenie, welches lange nur in außerakademischen Kreisen diskutiert wurde. Neugeborene werden wegen Trink- und Schluckstörungen, Unruhe oder Tonusstörungen von Hebammen bereits zu unterschiedlich ausgebildeten Manualtherapeuten, Chiropraktikern oder Osteopathen geschickt, oft, bevor der Pädiater das Kind überhaupt gesehen hat. Viele Kollegen wischen ein „KISS-Syndrom“ mit Bausch und Bogen vom Tisch, was die Kluft zwischen den Berufsgruppen vergrößert und unseren Anspruch der ganzheitlichen Betreuung der Kinder aushöhlt. Gibt es ein KISS-Syndrom? Müssen alle Säuglinge manualtherapeutisch untersucht werden? Was kann die Manualtherapie leisten?



Dr. Stephan  
Heinrich Nolte

Diese Fragen wurden auf dem 10. Kongress der European Workgroup for Manual Medicine vor etwa 300 Zuhörern, etwa zu je einem Drittel aus Ärztinnen und Ärzten, Hebammen und Krankengymnasten bestehend, diskutiert. In den einführenden Worten von Dr. Ulrich Göhmann, Hannover, wurde insbesondere das Fehlen eines offiziellen Vertreters der Neuropädiatrie bemerkt: es fand sich kein Vertreter, der vor diesem Gremium sprechen wollte! Aus seinem Überblick über die traditionsreiche Geschichte der Manualtherapie sei erwähnt, dass der Anfang in Deutschland 1838 durch Stromeyer am Krüppelheim Hannover gemacht wurde. Otto Naegeli veröffentlichte 1894 die „Therapie von Neuralgien und Neurosen durch Handgriffe“. Die Subluxationstheorie wurde in den frühen 70er Jahren entwickelt, Gottfried Gutmann, der den ersten Lehrauftrag für Manuelle Medizin in Münster 1972 bekam, beschrieb 1968 das „cervical-dienzephal-statische Syndrom des Kleinkindes“ und betonte die eminente Bedeutung der Kopfgelenke für die sensomotorische Entwicklung des Kleinkindes, die durch den Schweden LB Sandberg beschrieben wurde. F. Biedermann, der Vater des Beschreibers des KISS-Syndromes,

Heiner Biedermann, prägte den Ausdruck „Blockierung“ bereits 1954. Seit 1979 gibt es die Zusatzbezeichnung „Chirotherapie“ der Landesärztekammern.

## Andere Länder, andere Leiden: KISS als Modeerscheinung?

Werden aus gesunden Kindern zahlende Patienten gemacht? H. Biedermann, Köln, provozierte in seiner Einführung die Zuhörer, indem er den Kritikern gleich den Wind aus den Segeln nahm. Der Name kopfgelenksinduzierte Symmetriestörung sei als Kommunikationshilfe zu verstehen, weitgehend identisch sei der Begriff muskulärer Schiefhals. KISS als Ursache für Dreimonatskolik, Schreikind sei aber nicht weitgehend deckungsgleich. Dennoch solle trotz häufig nicht ganz trennscharfer Diagnose die Hemmschwelle, an ein KISS zu denken, niedrig sein, weil sich positive Effekte ex juvantibus zeigten. Besonders wurde auf Schluck-Stillschwierigkeiten und Störungen der orofazialen Motorik als Frühsymptom hingewiesen. Während früher vor allem ein Geburtstrauma als ätiologischer Faktor angeschuldigt wurde, habe heute eine familiäre Veranlagung einen hohen Stellenwert.

## Techniken der Diagnostik – Techniken der Therapie

Weitere Vorträge betrafen die Physiologie, Klinik und Röntgenmorphologie des craniocervicalen Überganges, den Spontanverlauf unbehandelter Fälle, den Stellenwert von Zwangshaltungen. Prof. em. R. Michaelis, Tübingen, schlug endlich den Bogen zur Neuropädiatrie, indem er auf den unklaren Stellenwert zeitweiliger neurologischer Auffälligkeiten im Sinne transitorischer neurologischer Symptome (TNS) bei Säuglingen hinwies. An weiteren therapeutischen Techniken wurde die orthetische „Helm“-Versorgung von Schädel- und Gesichtsymmetrien genannt. Insgesamt ist für die Behandlung ausgedehnter Plagio- und Brachycephalien bedeutsam, dass das Wachstumspotential mit 80% des Schädelwachstums im ersten Lebensjahr besonders groß ist: Muskuläre Tonusstörungen beruhen oft auf falschem Handling, so dass erst nach erfolgloser entsprechender Anleitung ein KISS-Therapeut aufgesucht werden sollte. Zentral bedingte Asymmetrien bedürfen der Krankengymnastik auf neurophysiologischer Grundlage sowie der Elternarbeit, der Wahrnehmungsförderung und weiterer Maßnahmen.

### Wie ist es mit Interaktions- und Regulationsstörungen?

Diese Frage, die lediglich in den Diskussionen einen verhaltenen Niederschlag fand, war explizit nicht Thema dieser Tagung und wurde ebenso wie andere Ergebnisse der Säuglingsforschung völlig ausgeklammert. Auch das Problem von Elternanleitung und Handling wurde nur am Rande erwähnt. Die Frage, ob es ein KISS gibt oder nicht, stellte sich nicht, sondern eher, wie häufig oder wie selten dieses Problem ist und in welcher Tiefe danach gesucht werden muss. Müssen nun alle Säuglinge postnatal manualtherapeutisch untersucht werden? Heiner Biedermann selbst riet von einer Untersuchung im Neugeborenenalter ab, die von vielen, insbesondere Hebammen und Physiotherapeuten, als unumgänglich propagiert wird. Eine Untersuchung nach der Geburt sei wegen der vielen transitorischen Störungen in diesem Alter überhaupt nicht geeignet. Welche Rolle spielt die ausschließliche Rückenlage? Bereits in den 50er / 60er Jahre gab es viele „Liegeschäden“ genannte Asymmetrien, die durch die Empfehlung der Bauchlage zurückgingen. Jetzt erleben wir erneut eine Zunahme der Asymmetrien. Kinder

dürfen und müssen die Bauchlage im Sinne einer „Tummy time“ üben, aber eine allgemeine Empfehlung zur Wiedereinführung der Bauchlage kann wegen der SIDS-Problematik nicht gegeben werden.

### Konsequenzen für Kinder- und Jugendärzte

Für den Pädiater bleibt abschließend festzustellen, dass in diesem Umfeld Therapie weitgehend ohne uns stattfindet. Ein Grund dafür ist nicht nur das Nicht-Wissen und Nicht-Kennen, sondern auch die Tatsache, dass wir oft zu spät kommen: Wenn das Kind erstmalig zur U3 vorgestellt wird, ist oft schon viel passiert: von diversen Nahrungsumstellungen bis zur Vorstellung bei verschiedenen Therapeuten, deren Qualität oft nicht gesichert ist, und die sich Osteopathen oder KISS-Therapeuten nennen. In vielen Fällen ist der U3-Termin als Erstkontakt zum Kinder- und Jugendarzt so überfrachtet (Kennenlernen der Praxis, der Ärzte, viele Informationen Ultraschall Hüfte), dass für eine feintunte Wahrnehmung der Probleme von Eltern und Kind häufig kein Raum ist. Der nächste offizielle Termin ist die U4, auch dieser Termin lässt mit Impfberatung etc. wenig

Raum für die Schilderung individueller Probleme, die dann andernorts geklärt werden und zu entsprechend anderen Weichenstellungen führen. Das Anraten, den betreuenden Kinder- und Jugendarzt nach Entlassung aus der Geburtsklinik direkt aufzusuchen und alles weitere mit ihm zu besprechen, kann erreicht werden, in dem Pädiater bereits in Elternkurse und Schwangeren-Informationsabende eingebunden werden. Auch zu stärken ist die Zusammenarbeit mit den Hebammen, die ja in einem Umfang aufsuchende Betreuung leisten und damit Möglichkeiten einer besseren und längeren Beobachtung des Handlings, der Interaktion und des Umfeldes haben, die über unseren Praxisalltag weit hinausgehen. Wenn wir hier den Dialog abbrechen, verlieren wir den Zugang zu den Kindern.

Biedermann, Heiner (Hrsg), Manuelle Therapie bei Kindern: Indikationen und Konzepte. München-Jena 2006

Dr. Stephan Heinrich Nolte  
Kinder- und Jugendarzt  
Neonatologie – Psychotherapie –  
Homöopathie  
Alter Kirchhainer Weg 5  
35039 Marburg