



Wie dieser Junge bekommen täglich andere "wilde Kerle" ein Medikamenten-Potpourrie.

Die „schulschwierigen“ Kinder und Jugendlichen gehören zu einer immer prominenter sichtbaren Gruppe von Patienten, deren Probleme sich gegen die gewohnten reduktionistischen Lösungsansätze sperren. Das betrifft auch andere Massenphänomene wie Adipositas oder Allergien. Bei all diesen Herausforderungen an Medizin und Gesellschaft werden wir nicht umhin können, unsere eigene Rolle zu hinterfragen. Die Dramatik der Situation wird zurzeit noch durch die scheinbar probaten pharmakologischen Angebote verdeckt. Wie so oft kann man durch Medikation eine fast experimentelle Besserung erzielen. Wir kennen Ähnliches von Antibiotica und Cortison, auch da ist erst einmal am nächsten Tag das Problem „gelöst“: Temperatur runter, Schmerzen weg, der Patient „funktioniert“ wieder. Geht man einen Schritt zurück und betrachtet das Ganze mit Abstand, wird das Bild weniger rosig. Die Infektion kommt zurück, die Schmerzen auch.

Gerade in der Orthopädie ist die Versuchung groß, exakte Fehleranalyse durch medikamentöse Rundumschläge zu ersetzen. Das Streben nach Evidenz trägt zu diesem Vorgehen bei. Die Ursünde der evidenzbasierten Medizin (bzw. ihrer Qualitätskriterien) liegt in der suggerierten Monokausalität und Individualität. Es gibt nur eine Sorte Menschen und wenn wir uns – via ICD-Ziffer – auf eine Diagnose festgelegt haben, gibt es für diese Krankheit nur eine Ursache und – logisch – dafür auch bestenfalls nur eine Therapie. Das Drumherum hat nicht zu interessieren. Dann und nur dann kann man diese Therapie auch in das Prokrustesbett einer X-Quadrat-Evaluierung pressen. Und allzu lange sollte es auch nicht dauern. Mehr als zwei bis drei Monate hat man fast nie Zeit, denn sonst macht man sich verdächtig, dass andere, fremde Einflüsse nicht gut genug ausgeschlossen waren. Also: Schnell und monokausal, dann wird es evident. Ob es relevant wird, steht auf einem anderen Blatt. Wenn man sich auf die Erkenntnis eingelassen hat, dass immer mehrere Komponenten

Dr. Heiner Biedermann | Köln

# Manualmed auf „Schulsc Das Ki

Die Literatur zum Thema „schulschwierige Kinder“ ist unübersehbar – ebenso wie die Tatsache, dass dieses Problem in den letzten 20 Jahren riesige Ausmaße angenommen hat. Als kleine Maßzahl hierfür sei auf die Menge des verschriebenen Methylphenidats in Deutschland hingewiesen: Sie hat sich von 34 kg Reinsubstanz in 1992 auf fast 2.000 kg im letzten Jahr verfünzigfacht (Bundes-Opiumstelle). Kinder sind Frühwarnsysteme. Wenn sie an- und ausschlagen, sollte man immer fragen, ob eine artgerechte Umgebung vorliegt und erst mal hier ansetzen. Der Kurzschluss „unpassendes“ Verhalten = Pathologie = Medikation ist verführerisch, enthebt er uns doch von jedweder Reflektion des eigenen Verhaltens. Aber er führt in eine Sackgasse: Es liegt nicht am Verhalten der Erwachsenen, den Kindern fehlt einfach ein Hormon, ein Transmitter. Wir substituieren also – wie beim Diabetes. Denn auch da haben wir ja nicht gefragt, wo er herkommt, sondern uns auf die pharmakologischen Lösungen verlassen. Die Manualmedizin kann mit der Behandlung des KiDD-Syndroms aber eine andere Sicht auf „Schulschwierigkeiten“ bieten.

ten zu einem Problem gehören und uns nicht alle zugänglich sind, beginnt ein realistisches Herangehen, aber eben auch das sich Auseinandersetzen mit einer Gemengelage verschiedener Probleme – weit über das Kind hinaus. Die Lippenbekenntnisse „man muss die ganze Familie im Auge behalten“ werden nur allzu selten umgesetzt. Es fehlt die Zeit, sich wirklich in die Gruppendynamik einzudenken. Und – so man sich darauf einließe – oft auch der Mut, die vermuteten Ursachen (mehr ist es ja zu Anfang nie) offensiv zu diskutieren. Wenn die Eltern bereit wären, dies offen anzugehen, bräuchte man es ja in der Regel nicht. Der „Erfinder“ von ADHD, Leon Eisenberg, wird in einem Spiegel-Artikel kürzlich mit der Bemerkung zitiert „ADHD ist ein Paradebeispiel für eine fabriizierte Erkrankung. Kinderpsychiater sollten viel gründlicher psychosoziale Gründe ermitteln, aber (...) eine Pille verschreibt sich ganz schnell“ (Spiegel 6/2012).

Man steht heute einer relativ kompakten Front von Kollegen gegenüber, die wenig Probleme damit zu haben scheinen, Langzeit-Verordnungen von Amphetaminen zu verantworten. Basis-Argument ist immer wieder, dass es eine laborchemisch nachweisbare Dopamin-Unterversorgung gäbe und man ja beim „versuchsweisen“ Verordnen z. B. von Methylphenidat sehe, wie gut die Kinder reagierten. Wobei dies in der Regel bedeutet, dass die Kinder weniger „schwierig“ sind und bessere schulische Leistungen bringen. Akzeptiert man die derzeit dominante Sichtweise eines wie auch immer gearteten individuellen Stoffwechsel-Defekts als Ursache der mit ADHD assoziierten Auffälligkeiten, impliziert dies automatisch den Verzicht auf einen Großteil der möglichen Lösungsansätze, die das Kind als Teil eines Kontextes begreifen.

## ■ Andere Sichtweisen

Diejenigen, die sich mit funktionellen Beschwerden beschäftigen, sind eher offen für eine Sichtweise, die auch jenseits der Morphologie liegt. In den Niederlanden hat die Jugendpsychiaterin Laura Batstra die Problematik 2012

# „medizinische Sicht Schwierigkeiten“: DD-Syndrom

kurz und knapp auf den Punkt gebracht: „ADHD kann oft allein schon dadurch vermieden werden, dass man die Diagnose nicht stellt“ (www.rug.nl/corporate/nieuws/opinie/2012/18LauraBatstra). Dies klingt im ersten Moment paradox, weist uns aber auf ein grundsätzliches Problem der Medizin hin: Eine Diagnose gibt es nicht umsonst. Schon im Moment der Diagnosestellung verändern wir die Situation. Wir machen aus einem Jungen, der Mühe hat, sauber zu schreiben, ein Kind mit Dyslexie/Legasthenie – und klassischerweise berichten die Eltern über diesen Moment mit der Formulierung: „Nach den Tests wurde bei meinem Kind XY festgestellt“. Man hört bei diesem Feststellen förmlich, wie der kleine Patient immobilisiert wird.

Autoren und Leser der „physiotherapie“ sind Therapeuten, die Biomechanik und ihre Funktionsstörungen als wichtigen Teil der individuellen Homöostase ernst nehmen. So dürfte es in diesem Kreis einfacher sein, über die Verbindung zwischen Wahrnehmung, Haltung und Verhalten zu diskutieren. Wir wissen um die Verbindung zwischen frühen Haltungsproblemen und Phänomenen, die andere, eher pathomorphologisch orientierte Kollegen z. B. als Stoffwechselprobleme oder Hormon-Dysbalancen interpretieren würden. Aber auch wir sollten uns vor argumentativen Kurzschlüssen hüten. Der Hinweis, dass deutliche Verbindungen bestehen zwischen frühen Problemen wie Schreien, Schiefhaltung und Stillproblemen einerseits und den späteren Wahrnehmungs- und Verhaltensauffälligkeiten andererseits sollte nicht zu schematischem Herangehen führen. Sonst kommt es zu Missverständnissen wie bei dem Bremer Hirnforscher Roth, der den „Lebenslauf von Vielfach-Gewalttätern“ mit ADHS in Verbindung bringt und dann schreibt „dass Vorstufen von ADHS bereits in früher Kindheit auftreten, zum Beispiel in den Säuglingen, die man Schreikinder nennt“. So einfach ist es nicht. Doch es bleibt festzuhalten, dass bei dem, was wir heute über das erste Lebensjahr wissen, hier viel von späteren Problemen seinen Ursprung zu haben scheint.

## ■ Diagnose-Verfahren

In der Diagnostik werden meist zwei grundsätzliche Verfahren genutzt: Zum einen bemüht man sich um einen „wissenschaftlichen“ Ansatz, bei dem man den Parameter zu ermitteln versucht, der die Diagnose erhärtet. Da dies meist unmöglich ist, versucht man, die Diagnose an einem Minimum von Fakten festzumachen. Der Vorteil dieses Verfahrens ist, dass man so zu einer nachprüfaren Liste kommt, die man quantifizieren und mit anderen vergleichen kann. Auf der anderen Seite steht der „ganzheitliche“ Ansatz, bei dem versucht wird, die Komplexität der Situation eines Patienten insgesamt in die Diagnose zu integrieren. Der Vorteil dieser Methode liegt in seiner Offenheit und der sich daraus ergebenden Flexibilität im Erklärungsmodus und letztlich in den therapeutischen Möglichkeiten. Der Nachteil dieses Ansatzes ist das Fehlen „sauberer“ Kriterien – eine statistische Nachprüfung wird damit fast unerreicht aufwendig.

Gerade diese zweite Variante hat auch viel mit dem direkten Kontakt von Arzt/Therapeut und Patient zu tun. So kann man seine ganze Sensorik einsetzen, um das Problem zu begreifen. Schon dieses Wort weist uns Manualmediziner und Physiotherapeuten eine Nähe zu, die eher an „objektiven“ und maschinengenerierten Daten Orientierte missen. „Es drängen sich immer



Wir **machen**  
Ihre Abrechnung  
**flott**

Abrechnung ganz auf Ihre Bedürfnisse zugeschnitten! Wir prüfen Ihre Anforderungen bis in die Spitzen und entwickeln ein **individuelles Abrechnungskonzept mit variablen Auszahlungsterminen und Abrechnungsmöglichkeiten.**

Zugunsten Ihrer schnellen Liquidität, erfolgt die Auszahlung per kostenfreier Online-Überweisung direkt auf Ihr Konto.

**Profitieren Sie von unseren umfangreichen Top-Konditionen!**

RZH Rechenzentrum für Heilberufe GmbH  
Am Schornacker 32 · D-46485 Wesel  
**Info-Line 02 81/98 85-110**  
Telefax 02 81/98 85-120  
**www.rzh-online.de**  
info@rzh-online.de

Ein Unternehmen der  
**ARZ**  
HAN AG

mehr Geräte zwischen Arzt und Patient“, sagt Risikoforscher Gigerenzer, „und das Dumme ist, dass die Ärzte auch die Geräte nicht verstehen“ (Zeit, 7. Mai 2012). So wird dann eine Datenflut generiert, die klinisch wenig relevant ist. Daten sammeln und evidenzieren einerseits und sein in Jahrzehnten geschultes Bauchgefühl einsetzen andererseits – beide Ansätze sind wertvoll und müssen angemessen eingesetzt werden. Es gibt Situationen, wo der wissenschaftliche Ansatz zu einem schnellen und effizienten Behandlungsplan führt – z. B. bei bakteriellen Infektionen. Und es gibt viele Sachlagen, wo der ganzheitliche Ansatz besser funktioniert. Ein sehr gutes Beispiel sind die hier zur Diskussion stehenden „Erziehungsprobleme“. Man muss nur Ludwig Thomas Lausbubengeschichten oder Pippi Langstrumpf lesen, um sich zu vergegenwärtigen, wie viel Energie Schulkindern zur Verfügung steht, um Unsinn zu machen. Und unsere gegenwärtigen Lebensumstände machen es diesen „wilden“ Kindern nicht gerade einfach.

Wir haben es also mit einer komplexen Interaktion von genetischer Basis, frühkindlicher Prägung und der konstanten Auseinandersetzung mit der Umwelt zu tun. Hinzu kommt dann noch die Pubertät. Was sich an der Oberfläche ähnelt, kann von ganz unterschiedlichen Ursachen herkommen. Jeder versucht zu helfen und jeder geht von seinem Blickwinkel und mit seinem „Werkzeugkasten“ an das Problem heran. Verhaltenstherapie, Ratschläge zu vernünftiger Ernährung und zum Mediengebrauch – alles hat seinen Sinn. In diesem Kontext gibt es auch einige relativ gut definierbare Anhaltspunkte, die für ein manualmedizinisches Herangehen sprechen.

### ■ Wann greift die Manualmedizin?

Den wirbelsäulen-verknüpften Teil der vielschichtigen Problematik haben wir KiDD genannt: KiSS induzierte Dysgnosie und Dyspraxie. Damit soll die wichtige Rolle der oberen HWS für die Sensomotorik hervorgehoben werden. Wahrnehmung (Gnosis) und Motorik (Praxis) können selbstverständlich nicht getrennt werden. Keine Perzeption kann ohne motorische Kontrolle funktionieren. Aber es ist ebenso deutlich, dass die Wahrnehmung, vom praktischen Standpunkt führend, der Motorik nachgeordnet ist. Faszinierend war nun zu sehen, dass sich ein gemeinsamer Nenner für viele auf den

ersten Blick ganz unterschiedliche Phänomene ergab, wenn man diesen Ansatz zu nutzen begann.

Es existiert kein „harter“ Test, mit dessen Hilfe man Kinder aussortieren könnte, bei denen die cervicogene Störung irrelevant ist. Aber es gibt Hinweise erster Ordnung (Haltungs- und Bewegungsasymmetrie), die in Kombination mit der „passenden Frühanamnese (KiSS-Symptome im ersten Lebensjahr) an verteilte Probleme denken lassen sollten. Diese Hinweise müssen mit den passenden diagnostischen Tests ergänzt werden, um die Diagnose KiDD zu verifizieren. Und am Ende gilt immer noch: the proof is in the pudding – oder um es wissenschaftlicher mit Lewit zu formulieren: Die Test-Manipulation erst wird zeigen, ob unsere Vermutung richtig war.

### ■ KiDD-Symptomatologie:

Nach dem ersten Lebensjahr mit seinen teils dramatischen Problemphasen ist das zweite bis vierte Lebensjahr vom Standpunkt funktioneller Störungen her gesehen eine relativ ruhige Phase. Die Kinder entwickeln sich so schnell und so unterschiedlich, dass eine klare Pathologie nur selten zu sehen ist. Das heißt nicht, dass man keine Probleme findet, wenn man nachschaut, sondern eher, dass diese im allgemeinen Rauschen untergehen. In dieser Lebensphase sind die Kinder zu Hause oder im Kindergarten meist noch keinen allzu großen Anforderungen ausgesetzt. Jede Auffälligkeit wird erst einmal externen Einflüssen zugeschrieben. Deshalb bildet diese Altersgruppe in unserer Behandlungsstatistik ein Minimum. Wenn man bewusst vereinfacht, kommt man zu folgender Standard-Entwicklung bei KiDD:

- 1. Lebensjahr: Klassische KiSS-Symptome wie fixierte Schiefhaltung, Schluckprobleme, Schlafstörungen und verzögerte motorische Entwicklung
- 2.-4. Lebensjahr: Leere Anamnese, d. h. es werden kaum Auffälligkeiten berichtet
- 4.-6. Jahr: Klagen über Ungeschicklichkeit, Sprach-Entwicklung auffällig, langsame motorische Entwicklung und erste Bemerkungen über Schwierigkeiten mit anderen Kindern, Schlafstörungen, eher selten Kopfschmerzen

### ■ Einschub: Eine Kasuistik (E-Mail-Bericht der Eltern)

„Unser Sohn Moritz (12 Jahre alt) hatte eine starke Lese- und Rechtschreibschwäche. Wir haben verschiedene Nachhilfen, Therapien und andere Hilfen in Anspruch genommen, ohne erhebliche Besserung. Therapeuten und Lehrer rieten uns dringend Ritalin zu verabreichen. Dies haben wir grundsätzlich abgelehnt und stießen mit dieser Haltung auf Unverständnis. Da er im Großen und Ganzen ein ganz ordentlicher Schüler war, haben wir oft das Problem auf Unkonzentriertheit und Faulheit geschoben.

Durch seine Klassenlehrerin sind wir auf Ihre Manualtherapie gestoßen und da wir alles uns Bekannte schon probiert hatten, wollten wir ihre Therapie auch ausprobieren. Ungefähr zehn Tage nach der Behandlung nahmen wir unterbewusst eine Verbesserung wahr. Die ersten Zeichen waren positive Erzählungen seitens unseres Sohnes sowie überraschend gute Klassenarbeiten in Deutsch aber auch in Mathematik, insbesondere Textaufgaben. Nach etwa drei Wochen bekamen wir die Halbjahreszeugnisse, in denen die Kommentare der Lehrkräfte standen: Moritz ist ein intelligenter Schüler, der leider bisher stark unter seiner Konzentrations- und Aufmerksamkeitsstörung gelitten hat. Seine Arbeitsweise und die daraus resultierenden Leistungen haben sich in den letzten Wochen erfreulicherweise massiv verändert. Weiter so! Moritz war bisher nicht in der Lage, einen fehlerfreien Satz zu schreiben. Bei schriftlichen Aufgaben, insbesondere bei Diktaten oder Aufsätzen, konnte er die Anforderungen nicht erfüllen. Seit kurzer Zeit hat er aber enorme Fortschritte gemacht und konnte sogar eine Nacherzählung mit relativ wenigen Rechtschreibfehlern selbstständig schreiben. Sehr erfreulich! Moritz ist in der Lage, schwierigere mathematische Zusammenhänge zu durchschauen. Seine ausgeprägte Lese- und Aufmerksamkeitschwäche bereitete ihm oft Schwierigkeiten, Aufgaben überhaupt erst anzugehen und in der vorgesehenen Zeit zu einem Ergebnis zu kommen. Das hat sich in letzter Zeit ebenfalls sehr verbessert, besonders bei komplizierteren Sachaufgaben. Bitte weiter so!

Wir waren überwältigt von dem Erfolg, den wir in dieser Form nicht erwartet hatten. Wir hoffen, dass der Erfolg weiter anhält und werden Sie weiter über die Entwicklung informieren. Es ist ein schönes Gefühl zu sehen, wie unser Sohn, durch seinen Erfolg beflügelt, sein volles Potenzial ausschöpfen kann.“

- Die ersten Schuljahre: feinmotorische Schwächen treten zutage, Malen und Schreiben fallen dem Kind schwer, werden oft verweigert; grob-motorische Schwächen, die dann nicht selten durch Zurückziehen vom Spielen und ‚Kasperei‘ vom Kind versteckt werden; die Kinder fallen auf, weil sie unruhig sind, nicht still sitzen können; ihre Ungeschicklichkeit macht sie zur Zielscheibe des Spotts; Kopfschmerzen werden jetzt häufiger erwähnt
- Präpubertät: Soziale Integrationsprobleme stehen im Vordergrund, die Kinder werden von Lehrern als Verweigerer oder Störer empfunden, ihre Intelligenz unterschätzt; Kopfschmerzen werden fast immer erwähnt, wenn auch nicht an erster Stelle

Wenn diese Kinder erstmalig untersucht werden, finden wir eine ganze Palette von Auffälligkeiten:

- Dysbalance der muskulären Koordination in Verbindung mit asymmetrischem Muskeltonus
- Verkürzte Hemstrings, Pseudo-Lasegue
- Kyphotische (Sitz-)Haltung mit Hyperlordose der HWS und Hypertonie ihrer Muskulatur, oft in Verbindung mit orofazialer Hypotonie – „schlechte Haltung“
- Skoliotische Haltung beim Sitzen und Stehen
- Schulterschiefstand
- ISG-Blockierungen mit Asymmetrie der Hüftbeweglichkeit
- Asymmetrische und insuffiziente Balance (beim Testen von Einbeinstand und Hüpfen)
- Insuffiziente Koordination des vestibulären Input, z. B. Schwierigkeiten beim Einbeinstand mit geschlossenen Augen
- Akustische Orientierung erschwert; es fällt schwer, eine Schallquelle zu orten
- Arm-Bein-Koordination schwierig, z. B. bei Hampelmann-Sprung oder schwimmen
- Unruhig, hibbelig, manchmal Tics
- Optische Orientierung wird benutzt, um propriozeptive Defizite zu kompensieren: Hinlegen in Rückenlage ist fast unmöglich, nur mit nachfassen und Lagesicherung, in Bauchlage einfacher
- Dekompensation beim Durchbrechen des Nahbereichs: Wenn man „auf die Pelle rückt“ kommt es zu wilden Abwehrreaktionen

Es ist sinnvoll, zwischen dem Grundcharakter eines Kindes und diesen ihn überlagernden Modalitäten zu differenzieren. Wie das Kind auf eine funktionelle Störung reagiert, hängt ganz wesentlich von seiner charakteriellen Grundausrüstung ab. Der eine Junge reagiert offensiv und enthemmt, kommt ins Behandlungszimmer und fängt an, alles zu untersuchen, während das andere Kind sich in den Stuhl verkriecht und die Arme defensiv vor der Brust kreuzt. Es gibt keinen Score, keinen Einzeltest, der hier Klarheit brächte. Man muss sich darauf einlassen, die „Gestalt“ dieser Problematik zu erfassen – hierfür können wir unseren diagnostischen Blick allerdings gut trainieren.

Die wichtigsten Anhaltspunkte für die Diagnose KiDD sind also Frühanamnese mit KiSS-Symptomen, Asymmetrie von Haltung und Bewegung sowie ein „passender“ Palpationsbefund, d. h. segmentale Blockierung und Hypersensibilität im Kopfgelenkbereich. Gerade das prüfende Bewegen des Kopfes sollte auch für die eher internistisch orientierten Kinderärzte zur Untersuchungsroutine gehören – um dann diese Kinder den Physiotherapeuten und/oder Manualmedizinerinnen vorzustellen, bevor man an Langzeitmedikation denkt. Wenn die oben genannten Punkte zutreffen, ist es sinn-

voll, die funktionellen Störungen der Wirbelsäule und insbesondere der oberen HWS zu behandeln. Dann kann man abwarten und nach einigen Wochen beurteilen, was sich dadurch ändern lässt. Viele Co-Therapeuten (Logopäden, Ergotherapeuten etc.), die mit diesen Kindern in zum Teil engen Kontakt sind, haben im Laufe der Zeit feststellen können, dass ihre Arbeit deutlich effektiver wird, wenn ein Manualmediziner vorab gezielt die Kopfgelenke therapiert hatte.

Je älter die Kinder und Jugendlichen bei der Erstbehandlung sind, desto länger muss man Zeit lassen, bis man den Effekt der Behandlung abschätzen kann. Wir sehen Schulkinder meist zwei bis drei Monate nach der Therapie zur Kontrolle. Dann ist nicht selten von der Familie zu hören „dass sich nichts geändert hat“. Untersucht man die Kinder, kann man in der Regel feststellen, dass sich etliche Symptome nicht mehr nachweisen lassen, dass z. B. die Balance besser wurde, sie viel leichter malen und schreiben oder die Funktion der Wirbelsäulen jetzt uneingeschränkt ist. Wenn wir darauf hinweisen, kommt dann oft die Bemerkung „ja, er kann jetzt plötzlich Fahrrad fahren“ oder „sie machte danach ihr Seepferdchen ohne Probleme“ – aber auf die für die Eltern so wichtigen Schulnoten hat es sich noch nicht ausgewirkt. Sieht man diese Kinder dann zwei bis drei Jahre später wieder, erfährt man oft, „dass damals die Entwicklung zum Positiven losging“ – dann ist der Abstand da, von dem aus diese sehr langfristigen Trends erst zu sehen sind. So ist es essenziell, die Ausgangslage bestmöglich zu dokumentieren, um diese langfristigen und graduellen Änderungen wahrnehmen zu können, die sonst vor allem von den Eltern nicht gesehen werden. Es sind nicht selten Bemerkungen von Verwandten und Freunden, die diese Kinder lange nicht mehr erlebt haben und die Eltern für Fortschritte erst sensibilisieren.

### ■ KiDD ist erschwerendes Moment, selten strukturelle Ursache

In aller Regel sagen wir den Eltern, dass wir nicht die auswärts diagnostizierte Dyslexie, ADHD oder den Kopfschmerz behandeln, sondern Irritationsmomente eliminieren, die diese klinischen Bilder auslösen. Ein Kind (und übrigens auch ein Erwachsener) ist dann in der Lage, zu seiner Homöostase zu finden. Wenn wir z. B. Migräne behandeln, sprechen wir von einem Erfolg, wenn die Attacken deutlich seltener und schwächer sind – ganz zum Erliegen bringen kann man solch eine Problematik nur sehr selten. Wir wollen keinen anderen Charakter für unsere „wilden Kerle“ – aber wir wollen ihnen helfen, sich etwas besser in den Griff zu bekommen. Wenn wir uns darüber klar werden, dass KiDD fast immer solch ein zusätzlicher Problembaustein ist und nicht der einzige Punkt, kann auch keine Rede mehr davon sein, einen „KiDD-Test“ zu finden. Das ist die gute und die schlechte Nachricht in einem: Findet man Zeichen von Asymmetrie und funktioneller Einschränkung der HWS, kann man recht sicher sein, dass eine vertebrale Komponente mitspielt – aber nicht sicher, dass deren Beseitigung zu relevanten Veränderungen führt.

Wir haben bei der Behandlung von Schulkindern in ca. 10-15 % der Fälle damit zu rechnen, dass eine initial feststellbare sensomotorische Problematik therapiert werden kann. Dies führt aber letztendlich nicht per se zu dem von der Familie erhofften Resultat. Durch eine Optimierung der Kopfgelenk-Funktion kann man aber allemal die anderen Bemühungen optimieren, seien dies Physio- oder Ergotherapie, Logopädie oder psychologische Behandlungen. Wenn dann eine für alle Beteiligten sichtbare Verbesserung der Situation eintritt, bietet dies nicht selten auch die Chance auf einen Neuanfang zwischen Kind, Eltern und Lehrern.

Viele Wege führen nach Rom, wobei der große Vorteil unseres Ansatzes darin liegt, dass er schnell wirkt, nicht oft wiederholt werden muss und kaum mit den anderen eingesetzten therapeutischen Ansätzen interferiert. Wir empfehlen oft diese zusätzlichen Therapien und bemühen uns dabei, auf die spezielle Situation des betreffenden Kindes bestmöglich einzugehen. Man wird einem Großstadtkind eher Schwimmen oder Ballett empfehlen, einem Schüler, der auf dem Land wohnt, dann schon eher Reiten. Bei einer deutlich „musischen“ Familie denkt man eher an das Erlernen eines Instruments als an Karateunterricht. Das eine Kind braucht die gezielte Förderung der orofacialen Motorik durch Methoden à la Padovan oder Castillo-Morales, bei anderen genügt eine Kombination von Heilpädagogik, Sport und Logopädie. Wenn man vorher die funktionelle Situation der Wirbelsäule optimiert hat, gelingen all diese Ansätze in der Regel besser. Dies ist wohl auch der Hauptgrund, warum diese Therapeuten uns die Kinder ganz gezielt schicken, wenn sie bemerken, dass ihr eigentlicher Therapiemodus nicht zum erwarteten Ergebnis führt. Manualmedizin hat gegenüber all diesen Methoden auch noch den zusätzlichen Vorteil, dass sie diskret und schnell anwendbar ist. Oft genügt es, die betreffenden Therapeuten um die Kontrolle zu bitten, was den Aufwand beim Manualmediziner auf ein Minimum beschränkt.

Die Anatomie der Wirbelsäule wird mit einem obligaten Röntgenbild untersucht, die klinischen Tests weisen auf Funktionsstörungen hin und die Nachprüfung nach Behandlung gibt einen ersten Eindruck, ob mit Erfolg zu rechnen ist. Bei Schulkindern haben wir meist nach zwei Terminen genug Information, um zu entscheiden, ob weitere Behandlungen sinnvoll sind. Dann sehen wir die Kinder meist ein Mal pro Jahr.

### ■ Was zeigt das Röntgenbild?

Dem Autor ist wohl bewusst, dass etliche Kollegen davon ausgehen, dass man auch ohne Röntgen zum Ziel kommen kann. Jahrelange Erfahrungen sprechen dagegen – wir sehen Details auf dem Röntgenbild, die sonst nicht gefunden worden wären. Neben der räumlichen Anordnung der Wirbel sind dies vor allem Phänomene aus dem weiten Gebiet zwischen Normalbefund und Dysplasie. Wir sprechen von „Formvarianten“ – schon um bei der Diskussion mit Patienten und Familien unnötige Dramatik zu vermeiden.

Mehrere Phänomene sind hier – teilweise gleichzeitig – nachweisbar: Eine Ursache kann in Formvarianten der Kopfgelenke liegen, die häufiger sind als allgemein bekannt. Das kann ein sekundär deformierter Dens axis sein, Blockwirbel C2/C3 oder (teils subtile) Dysplasien des Atlas. Letzteres ist ein weites Gebiet, das sich nur bei genauer Auswertung der HWS-Röntgenaufnahmen erschließt und unserer Erfahrung nach bei ca. 25 % der Patienten zum Erkennen von dokumentierbaren Auffälligkeiten führt. Konstitutionelle Hypermobilität führt vor allem bei Heranwachsenden zu Überlastung, wenn der Kopf – z. B. beim Arbeiten am Schreibtisch – längere Zeit in Vorbeuge gehalten werden muss. Die passiven Haltestrukturen des Nackens können diese Dauerbelastung nicht erbringen. Man findet interspinale Schmerzpunkte zwischen den Dornfortsätzen, aber auch radiologische Zeichen. Das ungünstige

**Manualtherapie ist in aller Regel die unkomplizierteste und am schnellsten wirksame Behandlung und sollte deshalb am Anfang stehen.**

Verhältnis zwischen Kopfgewicht und Hals-Haltemuskulatur in Verbindung mit der großen intersegmentalen Beweglichkeit macht Kinder (Mädchen mehr als Jungen) hier besonders verletzlich. Auch nach Trauma – z. B. Auffahrunfällen – kann es zu derartigen Überlastungsschmerzen kommen. Hier kann man im Röntgen sowohl rein morphologische als auch funktionelle Details festmachen. Lumbosakrale Asymmetrien können zu Kopfschmerzen und Wahrnehmungsstörungen beitragen, seien es Übergangsstörungen und/oder Beinlängendifferenzen. Erstere wirken sich auch beim Sitzen aus, letztere normalerweise nur beim Stehen. Die Interaktion zwischen initialen Kopfgelenk-Asymmetrien und der sich wohl sekundär daraus entwickelnden lumbosacralen Asymmetrie ist noch kaum untersucht.

### ■ Praktisches Vorgehen: Der Blickwinkel entscheidet

Ein Problem der vertebra-genen Beschwerden bei Schulkindern ist die Vielfalt der beklagten oder beobachteten Beschwerden. Flehmig hat – von einem ganz anderen Ansatz kommend – ihre Beobachtungen so zusammengefasst:

- wenig Selbstvertrauen
- schnell frustriert, neue Situationen vermeidend
- unpünktlich, vergesslich
- ablenkbar, unkonzentriert

Bei KiDD-Kindern kommen wir zu ganz ähnlichen Beschwerdekombinationen. Es kommt eben einfach darauf an, von welchem Blickwinkel aus man ein gegebenes Problem analysiert. Oft wird die Fähigkeit der Kinder unterschätzt, Sinnvolles zur Anamnese beizutragen. Wir machen es so, dass wir die Eltern bitten, ihre Beobachtungen schriftlich mitzubringen und dies vorab lesen, dann aber die Kinder selbst befragen. Die Eltern können dann anschließend das Erzählte kommentieren. So hört man – so gut wie möglich – beide Seiten. Wichtig ist auch, die Details der ersten Lebensjahre zu erfragen. Hier hilft es oft, sich Fotoalben mitbringen zu lassen, um z. B. nach Haltungs-Stereotypen zu suchen. Die Geburtsanamnese, Berichte über die frühe motorische Entwicklung und schließlich die Familienanamnese runden das Bild ab. Schon früh zeichnen sich dann Warnsignale ab: Man sollte vor allem hellhörig werden, wenn von dauernder Zunahme der Beschwerden berichtet wird. Solches ist fast immer ein Grund, neuropädiatrisch bzw. radiologisch nachzuhaken.

Andere pathogenetische Faktoren sollten nicht vergessen werden. Manualtherapie ist in aller Regel die unkomplizierteste und am schnellsten wirksame Behandlung und sollte deshalb am Anfang stehen. Doch auch andere bewegungsfunktionelle Aspekte verdienen Aufmerksamkeit. Wenn z. B. eine deutliche Verspannung der Kaumuskelatur vorliegt, macht es Sinn, an kieferorthopädische Probleme zu denken. Vor allem bei lie-

genden Braces oder Retainern ist das sinnvoll. Bei muskulärer Hypotonie ist Physiotherapie meist die einzig gangbare Behandlung. Bei Hypotonie der Bauchmuskeln sollte man an Verdauungsprobleme als kausalen Faktor denken. Manualmedizinisch stehen die Wirbelsäulenpole noch mehr als bei Erwachsenen im Mittelpunkt. Kopfgelenke und ISG stehen in engem funktionellen Zusammenhang und wir würden empfehlen, bei der Behandlung an der HWS zu beginnen. Immer wieder zeigt sich, dass die kaudale Störung nach erfolgreichem Lösen der Kopfgelenkblockierung spontan verschwindet. Ein Warten für ca. drei

Wochen ist nicht nur ein Zeichen therapeutischer Sparsamkeit, sondern meist auch einfach effizienter als ein polypragmatisches Manipulieren überall da, wo man eine Störung findet.

### ■ Choreografie der Behandlung

Wenn man Manualmedizin als reine „mechanische“ Dienstleistung auffasst, greift man zu kurz – und vergibt notlos die Möglichkeit, umfassender zu helfen. Hier liegt eine Parallele zur Physiotherapie vor: Auch da geht es vordergründig um eine Mobilisation, Massage oder Übungstherapie. Die Wirkung all dieser sicher wichtigen Basis-Aktivitäten ergibt sich aber nicht zuletzt aus dem begleitenden persönlichen Kontakt. Dieses Vertrauensverhältnis schafft erst die Grundlage der Wirksamkeit. Eine lieblos zwischen Tür-und-Angel verabfolgte Manipulation, so gut sie auch technisch sein mag, wird bei Weitem nicht den Erfolg haben, den dieselbe Behandlungstechnik bringt, wenn sie – gut erklärt – in einer vertrauensvollen und ruhigen Atmosphäre erfolgt. Deshalb sollte man sich auch nicht immer schematisch verhalten. Es kann durchaus sein, dass ein bestimmter Patient beim ersten Mal eben keine Behandlung der Kopfgelenke verträgt, sei es, weil er noch zu erwartungs-verspannt ist, sei es, weil das Sich-dem-Arzt-in-die-Hand-Geben eben mehr Zeit braucht.

### ■ Fazit

So wenig, wie es ein klares Raster für das hyperaktive oder unaufmerksame Kind gibt, so wenig gibt es einen einzigen Behandlungsansatz. Auch als Gegner medikamentöser Therapie muss man beispielsweise zugestehen, dass damit auf den ersten Blick durchaus einiges bewegt werden kann. Wenn ein 10-Jähriger erstmals eine Klassenarbeit nicht „verhaut“, atmen alle Beteiligten auf. Dass gerade Laien dann dazu neigen, diesen initialen Erfolg als Dauerlösung zu akzeptieren und die langfristigen Probleme der Medikation zu unterschätzen, ist verständlich; dass Fachleute den gleichen Fehler begehen, weniger. Gerade die immer weiter steigenden Verordnungsmengen der Psychopharmaka bei Heranwachsenden zeigen, dass wir alle gefordert sind, dies zu ändern.

Sie haben – und damit greifen wir wieder die Bemerkungen zu Beginn dieses Artikels auf – bis hierher durchgehalten. Sie haben keine Patentlösung gefunden (und hoffentlich auch nicht gesucht), aber vielleicht Anregungen erhalten, wann wir bei den „wilden Kerlen“ auch an Manualmedizin denken sollten, um ihnen, ihren Familien und den Lehrern/Betreuern das Leben etwas leichter zu machen. Wenn wir im Team mit anderen zusammenarbeiten, sollte es gelingen, einen guten Teil dieses Massenphänomens beherrschbarer zu machen. Wir brauchen Geduld, eine längere Aufmerksamkeitsspanne als wir das heute oft gewohnt sind und die Bereitschaft, sich auf die Familien einzulassen – dies ohne rigide Protokolle, aber mit dem Quäntchen Selbstironie und Humor, ohne welches wir nie und nimmer den Kontakt zu unseren jungen Patienten herstellen können. Dann wird es gelingen.

#### Dr. Heiner Biedermann

ist Chirurg und Manualmediziner mit eigener Praxis in Köln. Schwerpunkte seiner wissenschaftlichen Arbeit sind konservative Orthopädie und Manualmedizin, vor allem bei Kindern und Jugendlichen sowie funktionelle Röntgenanalyse der (Hals-)Wirbelsäule. Er ist führendes Mitglied der European Workgroup for Manual Medicine (EWMM).



## ErgoS Therapieliegen

- Maximum an Stabilität durch hochwertige Lagertechnik
- Höchstmögliche Beinfreiheit
- Sicherheits-Sperrbox gemäß MPG und BfArM
- Individuelle Farbgestaltung
- Zahlreiche Ausstattungsvarianten
- Funktionalität, Qualität & Design



Jetzt kostenlosen Gesamtkatalog anfordern!



Prävention | Rehabilitation | Fitness

Klaus Stolzenberg GmbH Dieselstraße 22 50374 Erftstadt  
Tel: 02235 / 71849 Fax: 02235 / 67871 www.stolzenberg.org