

# Langzeitbeobachtung nach Manualtherapie bei Säuglingen

## Rechtzeitig behandelt bleibt KiSS eine Episode

Der Terminus „kopfgelenkinduzierte Symmetriestörung“ (KiSS) hat sich in den letzten 20 Jahren eingebürgert. Er umfasst Beschwerden und Auffälligkeiten, die funktionellen vertebra-genen Ursachen zuzuordnen sind. Im Rahmen der manualmedizinischen Behandlung von Schulkindern und Jugendlichen denkt man bei der Anamneseerhebung – inzwischen fast unterbewusst – an die „KiSS-Kriterien“ [1]. War die Geburt schwierig, das Stillen (einseitig) erschwert oder unmöglich, schrie der Säugling viel? War die weitere motorische Entwicklung asymmetrisch, die Haltung fixiert? Mit diesen Fragen gehen wir täglich um beim Abwägen, ob eine gegebene Problematik chirotherapeutisch zugänglich ist. Diese Kriterien motivieren auch die Kollegen, uns die Patienten zuzuweisen.

Dabei geht es nicht nur um junge Leute – mehr und mehr kommen auch Erwachsene mit ihren therapieresistenten Beschwerden in die Praxis, verbunden mit der Frage, ob eine frühe KiSS-Problematik eine Rolle gespielt haben könnte. In der Diagnostik bestätigt sich dann immer wieder, dass die Kriterien einer frühkindlichen funktionellen Störung der oberen HWS eine gute Indikation für Manualtherapie darstellen.

Derzeit häufen sich Anfragen von Versicherungen, die – z. B. bei der geplanten Aufnahme in eine private Krankenversicherung – vor der Frage stehen, ob eine frühkindliche und damals behandelte KiSS-Problematik zukünftig ein erhöhtes

Krankheitsrisiko darstellt. Die genannten Erfahrungen bei der Untersuchung und Behandlung Erwachsener könnten darauf hindeuten. Andererseits sehen wir nachgeborene Geschwister von früher behandelten KiSS-Kindern wieder und so, quasi „nebenbei“, auch diese. Dabei entstand der Eindruck, dass früh therapierte Kinder im späteren Leben nicht auffällig werden. Auch um anderen Kollegen, die mit Versicherungsanfragen konfrontiert sind, eine Hilfe geben zu können, suchten wir nach einem Weg, diese Frage anzugehen und Belege zu präsentieren.

Dazu konnten wir auf eine Gruppe junger Erwachsener zurückgreifen, die vor über 20 Jahren behandelt worden waren [2]. 1999 hatten wir eine Nachschau einer 500er Stichprobe aus dem Jahr 1995 durchgeführt und konnten damals noch 263 Familien erreichen. Auf dieses Ausgangskollektiv stützten wir uns. Jetzt war es möglich, den Kontakt zu insgesamt 184 der damals behandelten Säuglinge als Jugendliche herzustellen.

Kinder mit KiSS-Syndrom lassen sich in 2 Hauptgruppen differenzieren:

1. Kleinkinder mit einer fixierten Seitneigung. Das klinische Bild entspricht am ehesten dem klassischen Torticollis neonatorum.
2. Kinder mit fixierter Rückbeuge. Sie weisen neben der Hypertonie der Rücken- und der Hypotonie der Bauchmuskulatur weitere Symptome auf, die in **Tab. 1** zusammengefasst sind. Hier ist immer eine Differen-

zialdiagnose zum Meningismus erforderlich.

In den letzten 3 Jahrzehnten schälte sich ein Muster vertebra-gener Störungen heraus, die einerseits einen neuen Blickwinkel auf Altbekanntes ermöglichten, zum anderen durch dieses neue Konzept eine einfache und effektive Behandlungsoption bereitstellten. In einigen Arbeiten konnten wir seit der Erstveröffentlichung 1991 [3] nach und nach die manualmedizinisch beeinflussbaren Symptome zusammentragen und ihnen eine Nosologie zuordnen. Dass dies nur eine Zwischenbilanz sein kann, steht außer Zweifel, aber schon die bisher gewonnenen Erkenntnisse weisen über die Säuglingszeit hinaus [4, 5].

### Patientengruppe und Erstuntersuchung

Die zwischen Mai 1994 und April 1995 in unserer Praxis behandelten 263 Säuglinge waren im Durchschnitt 2,7 Monate alt und meist nur einmal behandelt worden (212 1-mal, 41 2-mal und 10 öfters). Die Besserung hatte nach durchschnittlich 9 Tagen eingesetzt (Median 1 Tag). Die Kinder wurden uns in 42% der Fälle von (Kinder-)Ärzten und in 49% von Physiotherapeuten und Hebammen überwiesen, die restlichen Kinder wurden aufgrund von Hinweise aus ihren Familien oder von Freunden und Nachbarn vorgestellt. Damals veranlasste vor allem die fixier-

**Tab. 1** Symptome der Haupttypen des KiSS-Syndroms

KiSS I (fixierte Lateroflexion)	KiSS II (fixierte Retroflexion)
Tortikollis	Überstreckte (Schlaf-)Haltung
Gesichtsasymmetrie	(Asymmetrische) Schädelabplattung
Schädelasymmetrie	Schulterhochstand
C-Skoliose von Hals und Rumpf	Henkelstellung der Arme
Asymmetrie der Glutealfalten	Stütz nicht möglich/verzögert
Minderbeweglichkeit der Extremitäten einer Seite	Fausten der Hände, auch beim Stütz
Entwicklungsrückstand, meist asymmetrisch	Orofaziale Hypotonie
	Hypotonie der Abdominalmuskulatur
	Schluck-/Stillprobleme

**Tab. 2** Befunde der Erstuntersuchung

Befund	Anzahl (n)	Anzahl (%)
Fixierte Kopfschiefhaltung	231	87,8%
Eingeschränkte Kopfeignung	203	77,2%
Eingeschränkte Kopfrotation	30	11,5%
Asymmetrie Gesicht	77	29,3%
Asymmetrie Hinterkopf	79	30,0%
Kombinierte Asymmetrie	67	25,5%
Hypomotorik einer Extremität	25	9,5%
Druckschmerz subokzipital	195	74,1%
Forcierte Retroflexion	77	29,3%
Unruhe	33	12,5%
Schlafstörungen	38	14,5%
Blockierte Iliosakralgelenke	15	5,7%
Claviculafraktur intra partum	15	5,7%
Ess- bzw. Trinkstörungen	8	3,0%

**Tab. 3** Angaben zur Besserung der Schiefhaltung nach Erstbehandlung (1=„sehr gut“ bis 6=„ungenügend“)

Besserung	Beurteilung nach Angaben der Eltern		Angaben der kontrollierenden Kinderärzte/Physiotherapeuten	
	(n=263)	(%)	(n=148)	(%)
1	157	59,7	81	54,7
2	46	17,5	59	40,0
3	13	4,9	3	2,0
4	12	4,7	3	2,0
5	2	0,8	2	1,6
6				

**Tab. 4** Angaben zum Abstand zwischen Behandlung und Eintreten der Besserung (Angaben der Eltern in 193 Fällen erhebbar)

Abstand zur Behandlung	n=193	%
1 Tag	95	49,2
2–3 Tage	10	5,2
4–5 Tage	5	2,6
1 Woche	10	5,2
2 Wochen	23	11,9
3 Wochen	29	15,0
3–4 Wochen	21	10,9
Gesamt	193	100

te Haltung die Kollegen, Kinder an Manualmediziner zu überweisen. Die sonstigen Behandlungsoptionen waren zu Beginn der 1990er Jahre noch wenig entwickelt. Die meisten Physiotherapeuten hatten eine Vojta- oder Bobath-Ausbildung, osteopathische Techniken waren wenig verbreitet und Manualtherapie bei Kindern war noch nicht bekannt.

Hinsichtlich der meisten Kriterien gleichen die Säuglinge schon damals unserem aktuellen Patientenkollektiv. So waren die männlichen Kinder mit knapp 60% deutlich häufiger betroffen – ein Trend, der

sich immer wieder bei der Aufarbeitung der zugewiesenen kleinen Patienten zeigt.

Die damals von den Eltern bei der Erstvorstellung geschilderten Auffälligkeiten waren folgende: Schiefhals 227 Säuglinge (86,3%), Schädelasymmetrie 33 (12,6%), Entwicklungsverzögerung 30 (11,4%), fixierte Fehlhaltung 88 (33,5%), davon opisthoton 19 (7,2%). Unruhe, Schreien und Schlafstörung traten bei 14 Kindern (5,3%) auf, eine Fehltonisierung der Muskulatur bei 18 Kindern (6,8%), davon hypoton bei 14 (5,3%).

Die überwiegende Mehrzahl der Säuglinge wurde wegen offensichtlich mit Haltungproblemen zusammenhängenden Schwierigkeiten zugewiesen. Bei näherer Untersuchung der Daten bestätigt sich die Tendenz, dass Orthopäden eher wegen Schiefheitssymptomen zuweisen, genau wie Kinderärzte, die erst kurz mit einem Manualmediziner zusammenarbeiten. Neuropädiater und die Ärzte, die bereits länger von manueller Medizin bei Kleinkindern wussten, dachten schon damals auch bei unspezifischeren Problemen („Dreimonatskoliken“, Schlaf- und Schreiprobleme etc.) an eine mögliche vertebrale Genese.

Zum Vergleich mit den eher subjektiven Angaben der Eltern sind die Befunde unserer Erstuntersuchung in **Tab. 2** zusammengefasst.

## Symptome

Die fixierte Kopfschiefhaltung war zum Zeitpunkt der Erstuntersuchung i.d.R. das Leitsymptom für die Überweisung zur Manualtherapie. Erst dieser Hinweis veranlasste die Zuweisenden, die weiteren vorhandenen Symptome mit einer zervikogenen (oder unschärfer: biomechanischen) Ursache zu assoziieren.

Interessant ist die ganz unterschiedliche Häufigkeit der Neigungs- bzw. Rotationseinschränkung. Die eingeschränkte Seitneigung ist ein viel empfindlicherer Indikator für eine funktionelle Störung in den Kopfgelenken als die Rotationsbehinderung – das bestätigte sich auch später immer wieder. Deshalb ist es für die Beurteilung sowohl der Therapieindikation als auch des Behandlungseffekts besonders wichtig, die Neigung zu überprüfen. Die Rotation wird zudem leicht

ter durch andere, nichtzervikogene Faktoren beeinflusst. Dazu gehören Rachenwegsinfekte ebenso wie dentogene Irritationen (Zahnen). So verwundert es wenig, dass nach Physiotherapie die Rotation relativ schnell frei wird. Erst wenn auch die Neigung weitgehend normalisiert (oder zumindest symmetrisiert) werden konnte, ist es angebracht, von einer erfolgreichen Therapie zu reden.

Die Schädelasymmetrien waren nur schwer quantifizierbar. Erstaunlich ist, wie selten Eltern die Schädelasymmetrie bemerkt hatten. Eine Gesichtsasymmetrie lässt sich relativ einfach demonstrieren, wenn man die Eltern auffordert, bei dem auf ihrem Schoß sitzenden Kind der Stirn entlang nach unten auf die Wangen zu schauen. Auch der Blick in einen Spiegel mit dem Kind auf dem Schoß hilft, die Gesichtsasymmetrie ihres Kindes leichter zu sehen. Schädelasymmetrien wurden daher selten als Grund für die Vorstellung erwähnt, abgesehen von schweren und schwersten Asymmetrien, die aber auch bei unseren kleinen Patienten nur <10% ausmachen. Erst das systematische Stigmatisieren der Schädelasymmetrie durch interessierte Kreise hat nach 2000 dazu geführt, dass Eltern sie als Problemursache empfinden [6].

### Behandlungseffekte bei der ersten Nachuntersuchung 2 Jahre später

Die Änderung der Schiefhaltung von Kopf und/oder Rumpf war für die Eltern der sichtbarste Behandlungseffekt. Sie wurde nach Behandlung als „gut“ beurteilt (2 auf einer Skala von 1–6, Median: 1, **Tab. 3**). Die Zeit zwischen Behandlung und Besserung des Befunds wurde durchschnittlich mit 9 Tagen angegeben (Median: 2 Tage, **Tab. 4**).

Die Beurteilung der Behandlungseffekte bezogen auf die einzelnen Beschwerden ist in **Tab. 5** dargestellt. Beim Ophistotonus (fixierte Hyperreflexion) fand sich bei 77 Kindern ein ausgeprägter bis schwerer Befund. Nach der Behandlung war er noch bei 12 Kindern deutlich bis ausgeprägt. Für die fixierte Kopfhaltung gilt Ähnliches. Die beiden Symptome „Unruhe, grundloses Schreien“ und „Schlafstörungen“ waren für die

Manuelle Medizin 2013 · 51:389–394 DOI 10.1007/s00337-013-1054-4  
© Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2013

H. Biedermann · B. Küsgen

## Langzeitbeobachtung nach Manualtherapie bei Säuglingen. Rechtzeitig behandelt bleibt KiSS eine Episode

### Zusammenfassung

**Hintergrund.** Derzeit häufen sich Anfragen von Versicherungen, ob eine frühkindliche und damals behandelte KiSS-Problematik zukünftig ein erhöhtes Krankheitsrisiko darstellen könnte.

**Ziel der Arbeit.** Auch um anderen Kollegen, die ebenfalls mit solchen Versicherungsanfragen konfrontiert sind, eine Hilfe geben zu können, suchten die Autoren nach einem Weg, diese Frage anzugehen und Belege zu präsentieren.

**Methode.** Bei einer Nachuntersuchung einer 1994/95 behandelten Gruppe von 263 Säuglingen, die vor allem wegen Tortikollis vorgestellt worden waren, wurde 18–19 Jahre spä-

ter durch Telefoninterviews und/oder Einbestellung in die Praxis der aktuelle Gesundheitszustand im Hinblick auf vertebrale Probleme erhoben.

**Ergebnisse.** Alle erfassten Kriterien lagen im untersuchten Kollektiv im Normalbereich oder waren oft deutlich besser.

**Schlussfolgerung.** Rechtzeitig behandelte funktionelle vertebrale Störungen im Säuglingsalter ziehen keine Langzeitfolgen nach sich.

### Schlüsselwörter

Halswirbelsäule · Tortikollis · Säugling · Manipulation · Rückenschmerzen

## Long-term observation after manual therapy in infants. If treated promptly torticollis remains only an episode

### Abstract

**Background.** Currently, there are an increasing number of questions being asked by health insurance companies as to whether torticollis treated in early infancy could lead to an increased risk of problems in later life. FormalPara Stop

**Aim.** The aim of this study was to look for a way to approach this question and to present confirmation and also to assist other colleagues who are also confronted with such health insurance questions.

**Methods.** Between May 1994 and April 1995 a group of 263 infants (age range 1–20 months) were treated in this practice for torticollis. We evaluated the current state of health of these teenagers 18–19 years later

by telephone interview or clinical examination with a special emphasis on vertebrae-related problems.

**Results.** The subjects in this collective were found to be within the normal range for all criteria examined and were often much better.

**Conclusion.** These data show that there is no reason to assume that after being treated correctly early torticollis symptoms lead to an increased incidence of clinical problems later in life.

### Keywords

Cervical spine · Torticollis · Infant · Manipulation therapy · Back pain

Eltern nicht differenzierbar und wurden deshalb hier zusammengefasst (**Tab. 5**). Die Nennungen für die beiden Punkte überschneiden sich. Bei einer nachträglichen Kontrolle anhand unserer aktuellen Patientenunterlagen stellte sich heraus, dass gut ein Drittel der Eltern (35 einer Stichprobe von 100) auf Befragen angab, dass ihr Kind ein „Schreikind“ sei und sie (auch) deshalb die Praxis aufgesucht hätten.

## Befundentwicklung nach manualmedizinischer Behandlung

Wie bereits angedeutet, zeigt die Zeit-Effekt-Kurve für die Manualtherapie kein harmonisches Abklingverhalten (**Tab. 6**). Die klinische Erfahrung hatte uns schon vorher einige Effekte nach manualmedizinischen Eingriffen gezeigt:

— Kinder, bei denen (damals gegen unseren Rat) nicht sofort nach der Behandlung der HWS eine Physiotherapie o. Ä. fortgesetzt worden war, zeigten einen besseren Verlauf.

**Tab. 5** Beurteilung der Behandlungseffekte

Befundstärke	Vorher	Nach Manualtherapie
<b>Bewegungseinschränkung</b>		
Leicht	7	14
Mittel	18	2
Stark	2	0
<b>Ophistotonus</b>		
1	0	27
2	0	15
3	0	3
4	21	9
5	56	0
<b>Fixierte Kopfhaltung</b>		
1	0	17
2	0	4
3	0	0
4	8	1
5	17	0
<b>Unruhe, Schreien</b>		
1	0	40
2	0	8
3	0	6
4	0	1
5	33	6

- Nach Angaben einiger Eltern trat der Behandlungseffekt nicht gleich ein, sondern wurde erst einige Tage und Wochen später deutlich.
- Manche Eltern berichteten über eine gewisse Verschlechterung, bevor sich die positive Entwicklung durchsetzte. Dieses Phänomen ist selten bei Kleinkindern und wesentlich häufiger bei Schulkindern mit funktionellen vertebrogenen Störungen zu beobachten.

Zur Abklärung dieser Fragen stellten wir bei den Interviews die Frage nach dem Eintreten der Besserung möglichst präzise. Trotzdem ist eine gewisse Ungenauigkeit unvermeidlich, die nur durch die relativ großen Zahlen unserer Gruppe kompensiert wird. Neben der Frage nach Besserung der Einzelsymptome wurde an anderer Stelle auch nach der Gesamtbeurteilung gefragt. Die Antwort hierfür war ähnlich (■ Tab. 6).

Der zweite Gipfel ist bei dieser nicht-linearen Darstellungsweise (die sich aus der Art der Antwort der Eltern bei den Interviews ergeben hat) sehr deutlich. Aber auch wenn man die Daten linear darstellt, zeigt sich, dass kein einem Ab-

klingen vergleichbarer Kurvenverlauf entsteht, sondern eine überzufällige Häufung bei 2 bis 3 Wochen. Dies sollte bedacht werden, wenn die Kontrolluntersuchung nach (Erst-)Behandlung vereinbart wird. Wir schlagen i.d.R. bei Kleinkindern eine Kontrolle 1 Monat nach Erstbehandlung vor, bei Schulkindern lassen wir – wenn keine anderen Gründe zu Eile mahnen – 2 bis 3 Monate vergehen [7]. Gerade bei älteren Kindern findet sich häufiger eine Erstverschlechterung bzw. anfängliche Irritation nach Manualtherapie [8].

### Ergebnisse der Nachuntersuchung ca. 18 Jahre später

All diese Beobachtungen ließen sich bei den 18–19 Jahre späteren Überprüfungen bestätigen. Alle erreichten Familien wurden entweder anhand eines standardisierten Telefoninterviews befragt oder die Jugendlichen wurden in der Praxis nachuntersucht, wenn die Familien dies wünschten.

Folgende Items wurden dabei erfasst:

- Kopfschmerz
- Rückenprobleme
- Bein-, Knie- oder Fußbeschwerden
- Haltungspathologien
- Schulauffälligkeiten und -probleme
- Zwischenzeitliche Therapie (Orthopädie, Physio-, Logo-, Ergotherapie, Kieferorthopädie)
- Händigkeit
- Brille

Die Ergebnisse sind in ■ Tab. 7 zusammengefasst.

Darüber hinaus untersuchten wir, ob ein Zusammenhang zwischen der damaligen Intensität der Beschwerden bzw. des Asymmetriebefunds und den jetzigen Auffälligkeiten bestand. Dabei ergaben sich keinerlei verwertbare Korrelationen, weder hinsichtlich der geschilderten Problematik noch im Hinblick auf die erhobenen Befunde.

Die Röntgenbefunde wurden auf ihre funktionellen Daten untersucht, d. h. Ausmaß der Asymmetrie zwischen Okziput und Atlas bzw. Axis. Auch hier ergab sich kein Zusammenhang. Die initiale Symptomatik und das Ausmaß der radiologischen Auffälligkeiten bei rein funktio-

nellen Befunden waren kein Indikator für spätere Probleme.

Zwei Items ließen eine gewisse Zuordnung zu: muskuläre Hypotonie und morphologische Auffälligkeiten im okzipitovervikalen Übergang, z. B. Atlashypo- oder -dysplasien. Vor allem bei den Kindern, bei denen wir später eine Hypoplasie des Arcus dorsalis [9] nachweisen konnten, war ein relevanter Zusammenhang mit späteren Auffälligkeiten naheliegend. Da aber nur bei einer geringen Anzahl der Patienten eine seitliche HWS-Aufnahme vorlag, kann dies nicht statistisch evaluiert werden; bis zum Alter von 2 Jahren fertigen wir normalerweise nur eine a.-p.-Aufnahme an.

### Diskussion

#### Orthopädische Auffälligkeiten und Behandlungen

Vergleicht man diese Nachuntersuchungsdaten mit den verfügbaren Statistiken der Gesamtbevölkerung, fällt auf, dass die Gruppe junger Erwachsener eher am unteren Ende der Verteilung liegt. Die Bertelsmann-Stiftung [10] gibt z. B. die Häufigkeit von Rückenschmerzen bei dieser Altersgruppe mit 40% an. Andere Quellen gehen von fast 70% Rückenschmerzen bei Heranwachsenden aus [11, 12]. Nur bei Skoliose oder deutlicher Haltungsasymmetrie liegt unsere Untersuchungsgruppe mit 24 Probanden (13%) über dem Durchschnitt. In der Literatur wird die Prävalenz der Haltungsasymmetrien mit ca. 8% für junge Erwachsene angegeben [13]. Für die Diagnose „kraftlose Haltung“ bzw. „Rundrücken“ liegen die von uns erhobenen Werte eher unter denen der Allgemeinheit (■ Tab. 7).

Für Fußdeformitäten werden Vergleichszahlen von 19% für den Plattfuß und 17% für den juvenilen Hallux valgus genannt [14].

#### Schulprobleme

Diese nur unscharf abgrenzbaren Problembereiche sind – neben Kopfschmerzen – in unserer Praxis ein wichtiger Teil der Behandlungsindikation von Schulkindern. Auf ihnen liegt deshalb unser besonderes Augenmerk. Natürlich haben

Besserung nach Manualtherapie	A	B	C	D	E	F	Gesamt
Unmittelbar danach	13	9	3	17	29	4	101
Innerhalb 24 h	1	0	0	1	1	0	4
Am 2. Tag	0	1	0	0	1	0	4
Am 3. Tag	0	2	1	0	1	0	5
Am 4. Tag	1	0	0	0	0	0	5
Nach 1 Woche	3	2	0	2	6	1	16
Nach 2 Woche	4	2	2	4	7	2	26
Nach 3 Woche	3	0	0	3	0	0	31
Nach 4 Woche	2	1	0	3	3	0	6
Später	3	1	1	2	1	0	5

A fixierte Retroflexionshaltung, B Kopfschiefhaltung, C Muskelfehltonisierung, D einseitige Schlafhaltung, E Schreiatacken, F Essstörungen.

Befund	n	%
<b>Orthopädische Auffälligkeiten</b>		
Knieschmerzen/Beinachsenprobleme	40	22
Fußauffälligkeiten (Plattfüße, Knickfüße, Hallux)	28	15
Rückenhaltungsprobleme (Rundrücken)	19	10
Skoliose	24	13
Kieferorthopädische Behandlung	36	20
Behandelt durch Orthopäde/Physiotherapeut	68	37
<b>Subjektive Beschwerden</b>		
Rückenschmerzen	48	26
Kopfschmerzen	46	25
Knie/Beinschmerzen	19	10
<b>Schul auffälligkeiten</b>		
Leichte Auffälligkeiten (ohne spezifische Therapie)	35	19
Mäßige Probleme	20	11
ADHS o. Ä. mit Medikation	5	3

ADHS Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung.

wir viele Schulkinder, die in ihrer Anamnese Symptome aus dem Bereich KiSS aufweisen, und wir haben auch junge Patienten, die uns schon als Säugling vorgestellt wurden. Nicht zuletzt diese Gruppe veranlasste uns, der Frage nachzugehen, ob die Behauptung „Einmal KiSS, immer auffällig“ stimmt. Deshalb wurde bei den Telefoninterviews, aber auch bei den Nachuntersuchungen in der Praxis besonders gründlich nach diesen Phänomenen gefahndet. Gerade bei den leichten Auffälligkeiten erfassten wir alle Beobachtungen der Eltern, auch wenn es nur Kleinigkeiten waren. Unter dem Befund „mäßige Probleme“ wurden diejenigen Jugendlichen subsumiert, die im engeren Sinne schulauffällig waren, d. h. als dyslexisch oder „schwierig“ beurteilt wurden. In der letzten Gruppe schließlich fanden sich die

(wenigen) Kinder und Jugendlichen, die eine intensivere Therapie inkl. Medikation erhielten (■ Tab. 7).

Die einschlägige Literatur nennt Zahlen von 6–8% für Legasthenie und knapp das 2-Fache für Lese-Rechtschreib-Schwäche, betroffen sind doppelt so viele Jungen wie Mädchen [15, 16]; beide Begriffe werden im Alltag meist synonym eingesetzt.

Für Hyperaktivität im Sinne der ICD-10 liegen die Werte laut Bundesministerium für Gesundheit bei 2–6%, wobei Schätzungen bis 16% reichen [17]. Die rasante Zunahme der Diagnose und vor allem ihrer medikamentösen Therapie wird vielfach beschrieben und kritisiert [18, 19]. Da diese Diagnosen nicht deckungsgleich sind, harte Kriterien für die Klassifikation

aber fehlen [18], ist von 10–15% auffälliger Jugendlicher auszugehen.

Selbst bei weiter Auslegung dieser Begriffe zeigt die von uns untersuchte Gruppe hier weniger Auffälligkeiten und Pathologien als der Durchschnitt.

## Fehlsichtigkeit und Kieferasymmetrien

Ein besonders interessanter Aspekt ist die Fehlsichtigkeit, wobei hier alle möglichen Visusprobleme subsumiert sind. Hier werden für junge Erwachsene Werte zwischen über 80% in Südostasien und mehr als 40% in den USA genannt [20]. Die Zahl für Deutschland liegt laut einer Nachfrage beim Verband der Augenärzte Anfang 2013 bei 63%. In unserer Untersuchungsgruppe wurde auf ausdrückliches Nachfragen nur bei 35 Jugendlichen (19%) eine Fehlsichtigkeit bejaht. Das deckt sich mit unserer Erfahrung in der Praxis: Bei Nachkontrollen trägt praktisch die ganze Familie eine Brille, aber unsere früh behandelten jungen Erwachsenen benötigen keine. Beide Beobachtungen sind nicht statistisch „hart“, sollten aber Motivation und Ausgangspunkt weiterer Untersuchungen sein. Oft machen wir die Erfahrung, dass bei Störungen der Augenmotorik und der Kiefersymmetrie funktionelle Einflüsse aus dem Kopfgelenkareal eine große Rolle spielen. Wir gewannen den Eindruck, dass nach erfolgreicher Behandlung der hochzervikalen Bewegungsstörungen eine Normalisierung der Augenmotorik und Kieferstellung eintritt.

Für optimal wirkende Manualmedizin gibt es ein Zeitfenster. Nach unserer Beobachtung lassen sich Probleme der Blickwendung und des binokularen Sehens ungefähr bis zum Alter von 2,5 Jahren recht gut beeinflussen, danach deutlich weniger. Bei schiefem Biss oder Kreuzbiss scheint dieser Zeitraum etwa 1,5 Jahre länger zu sein. Diese Beobachtungen aus der täglichen Praxis sind hier lediglich als Hinweis auf weitere Untersuchungen angeführt.

Für die KiSS-Problematik insgesamt sahen wir die besten Behandlungserfolge im Alter zwischen 3 und 12 Monaten. Jüngere Kinder haben vermutlich noch nicht die Kopfkontrolle, um die erreichte Verbesserung stabilisieren zu können. Nach der Vertikalisierung des Kindes (d. h. un-

gefähr Erreichen des 1. Lebensjahrs) ist öfter als bei ganz jungen Säuglingen eine zusätzliche Behandlung erforderlich.

Diese klinischen Beobachtungen sind mit dem hier vorliegenden statistischen Material nicht abzubilden, da dann die Gruppenbildung zu klein geworden wäre. Sie bestätigen sich aber immer wieder in der täglichen Praxis.

Zwei Aspekte sollten in der Zukunft untersucht werden:

- Verbessert eine frühe Behandlung vertebraer Störungen die Aussicht auf einen normalen Visus?
- Wird die Zahn- und Okklusionsentwicklung in gleicher Weise gefördert?

Beides liegt nach unseren Beobachtungen nahe, bedarf aber exakter Aufarbeitung.

Dies ist der erste Artikel einer Reihe von Arbeiten, die sich mit dem nosologischen Muster KiSS/KiDD beschäftigen und den derzeitigen Stand unserer Analyse zusammenfassen.

### Fazit für die Praxis

- Die hier vorgelegten Daten sprechen dafür, dass eine initiale KiSS-Problematik nach korrekter Behandlung nicht bis in die Adoleszenz nachwirkt.
- Für die Familien, aber auch für die Anfragen der Versicherungen können wir festhalten, dass früh und korrekt behandelte Säuglinge im späteren Leben kein über das Normalmaß hinausgehendes Risiko wirbelsäulenbedingter Probleme aufweisen.

### Korrespondenzadresse

**Dr. H. Biedermann**  
PrivatPraxis  
Huhngasse 34, 50676 Köln  
info@pph34.de

**Danksagung.** Dank an Micha Bahr und Lothar Beyer für die Durchsicht des Manuskripts und konstruktive Kritik.

### Einhaltung ethischer Richtlinien

**Interessenkonflikt.** H. Biedermann und B. Küsgen geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Dieser Beitrag beinhaltet keine Studien an Menschen oder Tieren.

### Literatur

1. Biedermann H (1996) KiSS-Kinder, 1. Aufl. Enke, Stuttgart, S 124
2. Biedermann H (1999) KiSS-Kinder: eine katamnestische Untersuchung. In: Biedermann H (Hrsg) Manualtherapie bei Kindern. Enke, Stuttgart, S 27–42
3. Biedermann H (1991) Kopfgelenk-induzierte Symmetriestörungen bei Kleinkindern. Kinderarzt 22:1475–1482
4. Biedermann H (Hrsg) (1999) Manualtherapie bei Kindern. Enke, Stuttgart, S 270
5. Biedermann H (2006) Manuelle Therapie bei Kindern. Elsevier Urban & Fischer, München, S 280
6. Biedermann H (2012) Schädelasymmetrie bei Säuglingen. Physiotherapie 30(1):16–20
7. Theiler R (1999) Manualtherapie in der kinderärztlichen Sprechstunde. In: Biedermann H (Hrsg) Manualtherapie bei Kindern. Enke, Stuttgart, S 207–212
8. Biedermann H (2008) Funktionelle Pathologie der Wirbelsäule und ihr Einfluss auf die sensomotorische Entwicklung. Manuelle Med 17–22
9. Biedermann H, Sacher R (2002) Formvarianten des Atlas als Hinweis auf morphologische Abweichungen im Lenden/Becken/Hüftbereich. Manuelle Med 40:330–338
10. Bertelsmann Stiftung (2005) Prävention von Rückenschmerzen. <http://www.bertelsmann-stiftung.de/cps/rde/xchg/SID-16610739-ADDFAB21/bst/hs.xml/343.htm>
11. Mayer C, Siems W (2011) 100 Krankheitsbilder in der Physiotherapie. Springer, Berlin Heidelberg New York
12. Schwarze-Reiter K (2010) Haltungsschäden. Das Kreuz mit dem Rücken. FOCUS-Schule Nr. 5. [http://www.focus.de/schule/gesundheit/medizin/tid-20573/haltungsschaeden-das-kreuz-mit-dem-ruecken\\_aid\\_556974.html](http://www.focus.de/schule/gesundheit/medizin/tid-20573/haltungsschaeden-das-kreuz-mit-dem-ruecken_aid_556974.html)
13. Trobisch P, Suess O, Schwab F (2010) Idiopathic scoliosis. Dtsch Arztebl Int 107(49):875–883 (quiz 884)
14. Jerosch J, Mamsch H (1998) Fehlformen und Fehlhaltungen kindlicher Füße – eine Feldstudie bei 345 Schülern. Z Orthop Ihre Grenzgeb 136(3):215–220
15. Pennington BF (1999) Toward an integrated understanding of dyslexia: genetic, neurological, and cognitive mechanisms. Dev Psychopathol 11(3):629–654
16. Eichenauer B (2002) Therapieergebnisse in der Lese-/Rechtschreibübungsbehandlung: Überprüfung des Therapieerfolges bei multipel teilleistungsstörungen Kindern, in Kinder- und Jugendpsychiatrie. LMU München
17. Ahrbeck B (2007) Hyperaktivität. Kohlhammer, Stuttgart, S 154
18. Türcke C (2012) Hyperaktiv! Kritik der Aufmerksamkeitsdefizit-Kultur. Beck, München
19. DeGrandpre R (1999) Ritalin Nation. Norton, New York, p 284
20. Morgan IG, Ohno-Matsui K, Saw S-M (2012) Myopia. Lancet 379(9827):1739–1748
21. Voß R (1987) Anpassung auf Rezept. Klett-Cotta, Stuttgart

### Medizinstudenten üben künftig Patientengespräche

In Zukunft sollen angehende Ärzte Patientengespräche schon ab dem ersten Semester üben. Das sieht ein deutschlandweites Kommunikationscurriculum für Medizinstudenten vor, das derzeit erarbeitet wird.

Studien zeigen: Wenn Arzt und Patient zwar dieselbe Sprache sprechen, einander aber nicht verstehen, kann dies zu falschen Diagnosen und Fehlbehandlungen führen. Ein „guter Draht“ zwischen Arzt und Patient fördert hingegen die Therapietreue. Denn nur wenn der Patient sich verstanden fühlt und seinem Arzt vertraut, kooperiert er auch bei der Therapie.

Vertreter aller deutschen medizinischen Fakultäten tragen jetzt die besten Übungen und Trainingsmöglichkeiten zusammen, um gemeinsam ein Kommunikationscurriculum für alle Studierenden zu entwickeln. Die Patientengespräche sollen Studenten ihr ganzes Studium hindurch begleiten, wobei die Gesprächssituationen im Laufe der Zeit immer komplexer werden. Das Spektrum reicht von diagnostischen Übungen über Gespräche mit Eltern, deren Kinder behandelt werden, bis hin zum Überbringen schlechter Nachrichten und Gesprächen mit nicht-therapietreuen Patienten.

Im Herbst 2014 soll das Kommunikationscurriculum verabschiedet werden. Das kommt dann nicht nur den Patienten zugute, sondern auch den Ärzten. Denn wenn die Kommunikation mit den Patienten „rund läuft“, entwickeln sie seltener ein Burnout-Syndrom.

*Quelle: Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF), [www.awmf.org](http://www.awmf.org)*