



## **Biedermann, H. KiSS-Kinder - Ursachen, (Spät-)Folgen**



***zum Bestellen hier klicken***

**by naturmed Fachbuchvertrieb**

Aidenbachstr. 78, 81379 München

Tel.: + 49 89 7499-156, Fax: + 49 89 7499-157

Email: [info@naturmed.de](mailto:info@naturmed.de), Web: <http://www.naturmed.de>

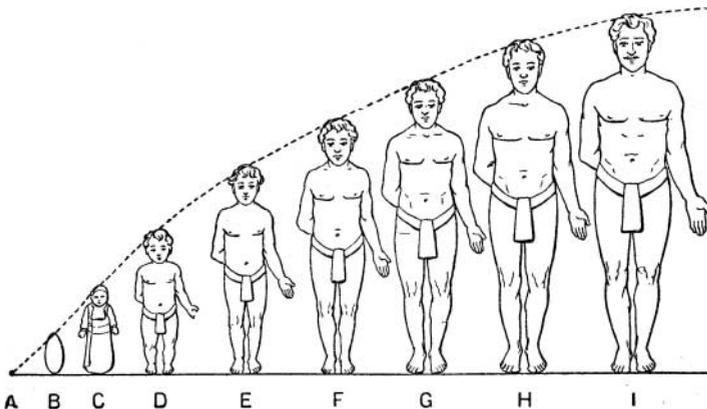
## Vorwort

Das alte Buch, und doch ein Neues ... Vor über zehn Jahren entstand die erste Version dieses Textes und hat – weit über die kühnsten Hoffnungen von Verlag und Autor hinaus – weite Verbreitung gefunden. Immer wieder habe ich das Buch in die Hand genommen mit der Idee, doch endlich eine aktualisierte Ausgabe zu erstellen und bei seiner Lektüre dann einigermaßen erstaunt festgestellt, dass es so veraltet gar nicht war. So geriet der gute Vorsatz wieder in die hinteren Ränge der „To-Do“-Liste.

Nun ist es an der Zeit, die Planung in die Tat umzusetzen. Wohl gilt immer noch, dass die Grundthesen des ursprünglichen Buches auch heute gültig sind. Es sind aber viele Erkenntnisse dazugekommen, wodurch jetzt diese neue Version erforderlich wird. War das KiSS-Kinder-Buch von 1996 ein relativ isoliert stehendes Plädoyer für Manualtherapie bei Kleinkindern, so ist dieses Konzept heute zumindest allgemein bekannt. Nach über 30 000 in unserer Praxis behandelten Babys (und sicher der doppelten Menge bei den anderen Mitgliedern der EWMM, European Workgroup for Manual Medicine) verfügen wir jetzt

über eine so breite Faktenbasis, dass vieles, vor 10 Jahren nur vermutet, heute belegbar ist. In mehreren Monografien haben wir gemeinsam mit vielen Koautoren das erarbeitete Wissen zusammengetragen. Die Quellenangaben in den Anmerkungen sind auf das Notwendigste beschränkt. Im Zeitalter des Internets kann man aber zudem auf einige der vielen Netzadressen verweisen, wo sich Interessierte weiter informieren können (auch in den Anmerkungen erwähnt).

Die „KiSS-Kinder“ wenden sich immer noch vor allem an diejenigen, die als Eltern, Erzieher und Nahestehende mit Kleinkindern, deren Probleme durch Manualmedizin zumindest verringert werden können, zu tun haben. Von praktischen Beispielen ausgehend soll deutlich werden, wo es sich lohnt, an diese Möglichkeit zu denken, um so den Eltern und natürlich vor allem den Kindern unnötige Umwege zu ersparen. Dies Buch ist keine neuropädiatrische oder orthopädische Monografie – diese liegt anderweitig vor. Die Lektüre dieses Buches sollte jedem Interessierten möglich sein. Die Zusammenhänge für die betroffenen



Man muss manchmal genau hinschauen. Dieses Schaubild aus einem alten Lexikon von 1895 zeigt – erst auf den zweiten Blick – dass da wohl bei den Proportionen ein bisschen geschludert wurde. Aber es kostet schon Überwindung, der Autorität eines Lexikons zu widersprechen ...

Familien verständlich zu machen, möchte ich mich hier bemühen.

Im Gegensatz zur Erstauflage habe ich diesmal einiges in die Anmerkungen gepackt, die am Ende des Buches zusammengestellt sind. Man kann aber das Ganze lesen, ohne sie zurate zu ziehen. Dort wird auf die verwendete Literatur so weit verwiesen, wie sie über öffentliche Bibliotheken und den Buchhandel ohne weiteres zugänglich ist, und einiges an Fakten zusammengestellt, was den Lesefluss unnötig stören würde. Man verzeihe dem Schwaben manchen „philosophischen Schlenker“, aber in die Art der Therapie geht eben auch und vor allem das als Handlungsmaxime ein, was man so im Hinterkopf hat. Das wurde hier bewusst nicht ausgeklammert, wissend (und in der Hoffnung), damit Widerspruch zu provozieren. Nur durch solche Diskussion lernen alle Beteiligten.

Wie schon vor zehn Jahren waren auch diesmal etliche mit Anregungen und Kritik beteiligt. Die Freunde und Kollegen der EWMM haben mit ihren Bemerkungen und Anregungen geholfen, allzu große Lücken in der Argumentation zu vermeiden. Sybille Biedermann, Sarah Jansen, Julia Köhle, Ansgild Kowél, Hanne Kühnen und Tim Saier haben Vorversionen dieses Textes geprüft und mit ihren Anmerkungen sicher lesbarer und verständlicher gemacht; und dann habe ich wahrscheinlich die eine oder den anderen vergessen. Lektorat und Produktion des Thieme Verlags halfen kompetent und gründlich, dieses Projekt zu Ende zu bringen.

Köln/Antwerpen, im Dezember 2006

*Heiner Biedermann*

---

## Vorwort zur 1. Auflage

„Es ist durchaus nicht natürlich, dass jeder sieht, was da ist“. Diese Bemerkung des Kunsthistorikers HEINRICH WÖLFFLIN hat die psycho-physiologische Forschung vielfach und exakt bestätigt. Jäger erkennen die Vogelart an ihrer Flugweise auf große Entfernung; indem sie kleinste Flugbildunterschiede zu werten gelernt haben, offenbart sich ihnen, was anderen Menschen verschlossen bleibt. Kunsthistoriker lesen aus Bildern vergangener Zeiten unendlich viel mehr heraus als Ungeschulte. Auch versierte Mediziner vermögen [Krankheitszeichen] noch zu sehen, wenn sie Laien nicht auffallen, sei es, dass sie zu diskret oder durch Eklatantes überdeckt sind.

H. VOGT: Das Bild des Kranken  
Springer, 1980

Natürlich war die gedankliche Verbindung mit dem Kuss beabsichtigt... Nehmen Sie den hier vorgestellten Begriff „KiSS“ einfach als kompakte Abkürzung. Er umschreibt ein Krankheitsbild, das im letzten Jahrzehnt herauskristallisiert werden konnte. Kopfgelenkinduzierte Symmetriestörungen – das heißt: von schmerzhaften Verspannungen des oberen Halses ausgelöste Beschwerden bei Kleinkindern – werden hier dargestellt, ihre Behandlung erläutert, Spätfolgen un behandelter Probleme aufgeführt. Diese Dinge sehen zu helfen, ist eigentliche Hauptaufgabe des vorliegenden Buches. Hinter dem Bluterguss im Halsmuskel die Zerrung der Wirbelsäule als Hauptproblem zu erkennen, in einem hyperaktiven Kind *auch* die Störung der Kopfgelenke zu vermuten oder bei behinderten Kindern diesen Ansatz als Hilfe nicht zu vergessen – dafür soll hier mit Beispielen und anhand unseres heutigen Wissensstandes das Verständnis geweckt werden.

Es soll für eine neue Sichtweise auf manch altbekanntes Problem gewonnen werden, eine Perspektive, die einfache und effiziente Wege der Behandlung öffnet. Dabei stehen ganz bewusst nicht die Spezialisten im Mittelpunkt, sondern die, mit denen Babys und Kinder mit derartigen Problemen zuerst in Berührung kommen. Das sind zu-

erst die Eltern, aber auch die Hebammen, Gynäkologen und Betreuer, später die Kindergärtnerinnen und Physiotherapeutinnen.

Als ich vor über fünfzehn Jahren erstmals daran dachte, ein Buch über die Manualtherapie von Kleinkindern zu schreiben, hatte ich ungefähr 50 Säuglinge behandelt. Mir war alles klar – dachte ich damals<sup>1</sup>. Die Jahre vergingen; immer mehr Säuglinge wurden zur Behandlung gebracht. Wo vorher alles einfach schien, bemerkte ich jetzt Zwischenbefunde, spezielle Verläufe. Meine ursprüngliche Sicherheit, alles zu wissen, schrumpfte immer schneller. Ich legte das Projekt zu den vielen anderen – auf Eis.

Nach viertausend behandelten Kleinkindern bin ich wieder da angelangt, wo ich nach den ersten fünfzig Babys zu sein glaubte: manches scheint klar, viele Linien zeichnen sich immer deutlicher ab. So konnte nicht nur das Bild dieser frühkindlichen Probleme schärfer gefasst werden; durch deren bessere Kenntnis war es auch möglich, die Verbindungen zu Krankheitsbildern bei Schulkindern und Heranwachsenden aufzuzeigen. Diese Zusammenhänge für die betroffenen Familien verständlich zu machen möchte ich mich

---

<sup>1</sup> „Experience is what you imagine you have until you get more“  
sagen die Amerikaner.

hier bemühen. Es sei aber als Erfahrung all der Jahre mit den Kindern betont, dass dies ein Zwischenbericht ist, Stand der Dinge im Jahre 1996.

Wie Sie beim Studium der Inhaltsangabe sicher schon gesehen haben, ist das Ganze dreiteilig aufgebaut. Am Anfang steht das konkrete Problem, was wir fanden. Was beobachteten die Eltern, welche zusätzlichen Symptome erwartet man beim Untersuchen, Wie wird behandelt. Diese Fragen stehen hier im Mittelpunkt.

Im zweiten Teil dieses Buches soll versucht werden, in schnellen Schritten durch die Naturwissenschaften eilend so viel zusammenzusammeln, um so dem Leser eine Idee vom Schauplatz des Geschehens und den Spielregeln zu geben, ohne dass dieser Spezialist sein muss. Wenn Sie sich von der Masse der Fakten erschlagen fühlen, nehmen Sie es leicht; man lässt uns Ärzten über zehn Jahre Zeit, all das zu lernen in Studium und Facharzt Ausbildung.

Im dritten Teil die sich daraus für andere Problemfelder ergebenden Konsequenzen. Ich möchte versuchen, den Bogen zu den Problemen der Kinder im Schulalter zu schlagen, zu Schwierigkeiten, die auf den ersten Blick oft nicht als wirbelsäulenbedingt erkannt werden. Die Mitbehandlung von Kindern mit neurologischen Krankheiten wird vorgestellt, ihre Möglichkeiten (und Grenzen) erläutert. Dabei wurde versucht, mit möglichst konkreten Beispielen zu arbeiten.

Man verzeihe dem Schwaben manchen „philosophischen Schlenker“, aber in die Art der Therapie geht eben auch und vor allem das als Handlungsmaxime ein, was man so im Hinterkopf hat. Das wurde hier bewusst nicht ausgeklam-

mert, wissend (und in der Hoffnung), damit Widerspruch zu provozieren. Nur durch solche Diskussion lernen alle Beteiligten.

An einigen Stellen wurde die „gemixte“ Berufsbezeichnung *Physiotherapeut(inn)en* benutzt. Diese Geste wurde bewusst nicht konsequent durchgehalten; dann wär's ja keine Geste mehr. Jegliche Geschlechtsspezifität bei Berufsbezeichnungen bitte ich also als zufällig und unwichtig zu betrachten.

Noch eine Bemerkung zum Schluss: Dies will keine wissenschaftliche Monographie zum Thema *Manualtherapie bei Kindern* sein. Sie wird in anderer Form vorgelegt werden und dann das an Statistik und Quellenangaben enthalten, was hier zu viel des Guten wäre. Ich wollte auf die Zusammenhänge so weit eingehen, wie es für das Verständnis von KiSS & Co. nötig ist und bin dabei hoffentlich nicht zu weitschweifig geworden. Deshalb sind keine bibliographischen Hinweise verarbeitet. Das Buch richtet sich an alle, die mit Neugeborenen und (Klein-)Kindern zu tun haben, sei es als Hebamme, Physiotherapeut oder Kindergärtnerin. Das soll Ärzte nicht von der Lektüre abhalten.

Im Anhang sind für Interessierte einige weiterführende Publikationen aufgeführt, deren völlig subjektive Auswahl aber keinerlei Anspruch auf Vollständigkeit erhebt. Ein Glossar steht bereit, in dem die wichtigsten „fachchinesischen“ Begriffe erklärt sind.

Antwerpen, im Juni 1996

*Heiner Biedermann*

---

# Inhalt

## 1 Neues Konzept – alte Probleme

---

- Ein prominenter Leidensgenosse **4**
- Der Muskel als Sündenbock **5**
- Das Geburtstrauma **7**
- Der schwierige Nachweis des (uns) so Deutlichen **9**
- Glaube keiner Statistik, die du nicht selbst gefälscht hast **10**

## 2 Berichte von Eltern

---

## 3 Worum es geht: Die beiden KiSS-Typen

---

- KiSS I: fixierte Seitneigung **19**
- KiSS II: fixierte Rückbeuge **19**

## 4 Hintergründe

---

- Erbgut oder Umwelt? **23**
- Ein Blick in die Geschichte **25**
- Die manuelle Medizin – ein Kind mit vielen Vätern **27**

## 5 Wir alle sind asymmetrisch

---

- Dialektik von Form und Funktion **35**
- Schädelasymmetrie **38**
- Unter die Haube – oder den Helm? **40**
- Der goldene Mittelweg **41**
- 90% Spontanheilungen? **42**
- Der Zweitschlag **44**

## 6 Neugeborene sind ganz schön schlau

---

- Wie alt ist ein Kind bei der Geburt? **47**
- Alles unter einen Hut bringen **48**
- Die Entdeckung der Langsamkeit **49**
- Das Gedächtnis des Rückenmarks **52**

## 7 Frühsymptome von KiSS

---

- Zusammenstellung typischer Symptome **56**
- Fixierte Fehllhaltung **56**
- Blickkontakt **58**
- Stillprobleme **60**
- Bonding **60**
- Unruhe, Schreien **61**
- Dreimonatskoliken **63**
- Das Symptom-Chamäleon **63**
- Unklares Fieber **64**
- Sabbern **64**

Schluckbeschwerden **65**  
Lautieren und Sprechen **66**  
Kalte, verschwitzte Hände und Füße **66**  
Reifungsprobleme der Hüftgelenke,  
oft einseitig **66**  
Fehlstellungen der Füßchen bis hin  
zum Sichelfuß **66**  
Störungen der Oberflächensensibilität **67**  
Die Gestalt eines Hundes **67**

## 8 Diagnostik

---

Erst zuhören **70**  
Die Röntgenuntersuchung **70**  
Zum Strahlenschutz **72**  
Die Untersuchung **73**  
Zusammenarbeit mit anderen **76**  
Praktisches Vorgehen bei der Behandlung **77**  
Warum hat mein Kinderarzt das  
nicht gesehen? **79**  
Das Diploma-Prinzip **81**  
Der Elternfragebogen **81**

## 9 Behandlung

---

Wer, wie, wie oft? **85**  
Reaktionen und Nebenwirkungen **87**  
Die Wirbelsäule reagiert als Ganzes **89**  
Die Behandlungspause **90**  
Was einfach aussieht, ist schwierig  
zu erlernen **91**  
Die Dosis macht die Medizin **92**  
Beim ersten Mal klappt es am besten **94**  
Das mühsame Verlernen **95**

## 10 Manualmedizin bei Kindern mit neurologischen Grunderkrankungen

---

Möglichkeiten (und Grenzen) des  
ärztlichen Tuns **99**  
Erfahrungen eines Kinderneurologen **102**

## 11 Gebrauchsanweisung für Kinder

---

Das Hochheben aus dem Bettchen **104**  
Barfußlaufen **104**  
Können wir unser Baby hinsetzen? **105**  
Mundschluss und Haltung **105**  
Rock 'n' Roll **106**  
Wickeln und andere Formen  
der Immobilisierung **107**  
Stimulation der Wahrnehmung **110**

## 12 Der große Rahmen

---

Mit einem neuen Hammer ist alles ein Nagel **114**  
Der Schurke steht oft im Dunkeln **115**  
Keiner ist gesund, er ist nur nicht gut  
genug untersucht **116**  
Nicht die Speisekarte essen **118**

## 13 Was kommt danach?

---

**Epilog** **127**  
**Glossar** **129**  
**Anmerkungen** **132**  
**Quellenverzeichnis der Abbildungen** **137**  
**Sachverzeichnis** **138**

## Frühsymptome von KiSS

Eltern kommen natürlich fast nie mit der Idee, dass ihr Neugeborenes Probleme an der Wirbelsäule hat – jedenfalls nicht ohne Vorinformation. Eine der Quellen ist das Gespräch mit anderen Müttern in PEKiP- (33) oder Krabbelgruppen oder der Erfahrungsaustausch in der Familie und Nachbarschaft. Dabei haben es viele Mütter heute schwer: Das städtische Leben hat auch dazu geführt, dass die dörfliche Geborgenheit der Großfamilie fehlt, wo viel Erfahrung vorgehalten wurde. Heute stehen viele junge Mütter allein, sodass sie schon für Kleinigkeiten in ihrer Not professionellen Rat suchen müssen, da eben keine Großmutter oder Tante da ist, die sich mit schreienden Babys oder einem Hautausschlag auskennt.

Neben eigentlich unnötigen Arztbesuchen führt dies aber auch dazu – und das ist viel besorgniserregender – dass Etliches als normal hingegenommen wird, was eben *nicht* normal ist. Wir haben die Erfahrung gemacht, dass viele junge Eltern zum Beispiel unruhiges Schlafen hinnehmen. Nicht zuletzt deshalb dauerte es relativ lange, bis dieses Problem auch uns bewusst wurde.

Das Erste, was uns bei Kleinkindern auffällt, ist ihre Gemütsverfassung. Die Eltern spüren, ob ihr Kind glücklich und zufrieden ist oder ob es sich nicht wohl fühlt. Natürlich kann das Nichtwohlfühlen eine Vielzahl von Ursachen haben. Dies abzuklären ist Aufgabe des Kinderarztes. Auch die Hebammen und z.B. Stillberaterinnen sind hier Vertrauens- und Kontaktpersonen der jungen Mütter, die sich so den Rat suchen, der ihnen sonst fehlt. Erst wenn eine der Beteiligten an die Wirbelsäule als mögliche Ursache der Beschwerden denkt, kommen die Kinder zu uns.

Anfangs führten vor allem Auffälligkeiten, die schnell an eine orthopädische Ursache denken lassen, die Kinder zu uns. Das ist erst einmal eine schiefe und fixierte Haltung, meist zur Seite hin.

Man sollte mögliche andere Ursachen für solch eine Fehllhaltung nie aus dem Auge verlieren. Es gibt durchaus nicht selten knöcherne Missbildungen, die eine Zwangshaltung des Kopfes zur Folge haben. Sie können an der Schädelbasis, an den Halswirbeln, ja, auch an der Brustwirbelsäule zu finden sein. Dies ist *ein* Grund dafür, dass wir sehr viel Wert auf ein Röntgenbild bei der Erstuntersuchung legen.

Begonnen haben wir mit den wenigen Kleinkindern, die wir anfangs behandeln konnten. Mitte der achtziger Jahre sah ich vielleicht 2 Babys pro Woche, mein Lehrer Gutmann ungefähr das doppelte. Wir diskutierten immer wieder, wie man sich unsere Therapieerfolge erklären könnte. Gutmanns Beobachtungen aus den fünfziger und sechziger Jahren waren

wenig beachtet worden, und bei Vorträgen – zumal mit Kinderneurologen oder Kinderorthopäden im Publikum – gab es oft unschöne Debatten. Unser Ansatz war so ungewohnt für viele Kollegen im Publikum, dass sie entsprechend verständnislos und aggressiv darauf reagierten.

Als ich vor über 20 Jahren die ersten Kleinkinder behandelte, war das für mich eine ganz neue Welt. Ich selbst hatte damals noch keinen Nachwuchs, und im näheren Bekanntenkreis waren Babys auch recht selten. Nun wurden mir die kleinen Dinger in die Hand gegeben. Ich hatte einfach Angst, Angst zu grob zu sein, Angst etwas zu übersehen.

Beide Ängste begleiten mich noch heute, und ich bin froh darüber; genauso dankbar, dass bisher noch nie etwas Ernsthaftes passierte und – noch mehr – dass ich noch keine schlimmeren Dinge übersehen habe. Beides ist nicht garantiert, und man sollte den Ausspruch des Chirurgen Sauerbruch ernst nehmen, der seinen Assistenten sagte: „An dem Tage, an dem Sie den OP betreten und keine Angst haben, heute einen Fehler zu machen, sollten Sie das Skalpell weglegen“ (34).

Man hat sein Handwerk gelernt, aber das ist beileibe nicht alles und bestenfalls eine Basis, auf der man aufbaut. Bei den ersten Kleinkindern war jeder Fall anders. Es waren oft ganz dramatische Geschichten, bei denen man „die letzte Hoffnung“ war, oder eben der x-te Versuch, doch noch etwas zu bessern. Gutmann hatte schon in den sechziger Jahren über solche Einzelfälle berichtet (35). Im Laufe der Zeit lernten wir dann, wo man mit einigem Optimismus einen Erfolg erwarten konnte und wo eine manualtherapeutische Behandlung eher wenig sinnvoll war. So kristallisierten sich einige Beschwerdekompexe heraus und wir versuchten, die Logik dahinter zu begreifen.

Die Untersuchung der Ursachen von Haltungstörungen und Kopfschmerzen bei Jugendlichen und Schulkindern konfrontierte uns immer mehr mit der Tatsache, dass die eigentlichen Ausgangsprobleme derartiger Beschwerden viel weiter zurücklagen, als dies der Beginn der Klagen der Kinder vermuten ließ. Nicht zuletzt dadurch wurden immer jüngere Kinder untersucht und behandelt.

Von der Fehllhaltung und den Rückenschmerzen führte der Weg in die frühe Entwicklung – oft in den Einträgen der U-Hefte dokumentiert. Bei vielen Schulkindern mit Kopfschmerzen fanden wir bei genauerem Nachforschen typische KiSS-Probleme in den ersten Lebensmonaten.

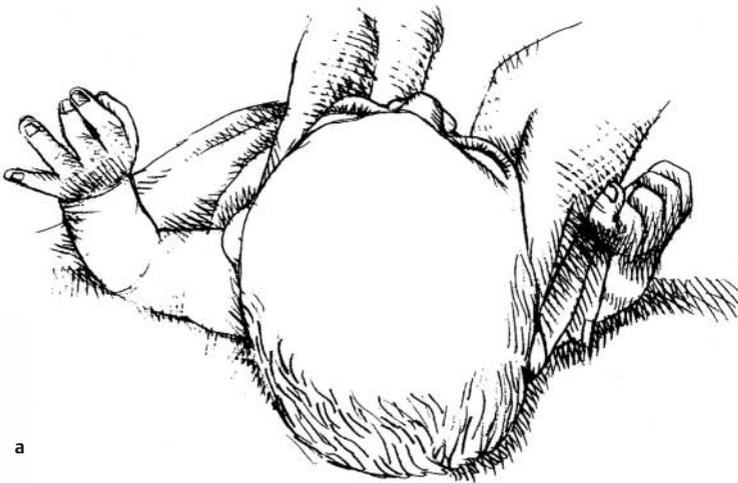
## Zusammenstellung typischer Symptome

### ■ Fixierte Fehllhaltung

Bei fast allen Kindern, die wir sahen, lag eine mehr oder weniger ausgeprägte Schiefheit vor. Das konnte nur einen Teil des Körpers betreffen – zum Beispiel einen fixiert schräg gehaltenen Kopf – oder sich über den gesamten Organismus erstrecken. Solche Bilder pflegt man C-Skoliose zu nennen, weil die Babys wie ein „C“ daliegen. Auffällig bei diesen Kindern war auch, dass sie dabei noch eine Schokoladenseite hatten.

Sie benutzten eine Hand mehr als die andere, drehten sich lieber über eine Seite, schliefen auf einer bestimmten Seite etc. Am Anfang war es schwer, ein Muster zu finden. Wenn man gerade mal ein paar Dutzend asymmetrische Babys gesehen hat, kann man noch nicht viel über die Zusammenhänge sagen.

Im Laufe der Zeit wurde klarer, dass bestimmte Kombinationen von Auffälligkeiten zusammengehörten: Ein Kind, das den Kopf nach links geneigt hatte, hielt diesen auch fast immer nach rechts gedreht. War es zu einer Asymmetrie des Schädels gekommen, so war in solchen Fällen das linke Gesicht schwächer entwickelt, die rechte Wange stärker. Eine Abplattung am Hinterkopf war meist rechts, auch ein kahler Fleck von einseitigem Haarabrieb war dann rechts zu erwarten (Abb. 7.1a, b).



a



b

Abb. 7.1a u. b

Schädelasymmetrie.

So gravierende Befunde sind auch bei uns selten. Sie machen ungefähr 10% aus; das heißt aber immer noch, dass wir pro Tag ein KiSS-Baby mit derart starker Schädelverformung sehen. 99% der Schädelasymmetrien sind ein Symptom für Funktionsprobleme und deren Folge. Wenn man diese Probleme beseitigt, bildet sich die Asymmetrie zurück (s. Abb. 5.5, S. 39).

Wenn wir unsere ganz kleinen Patienten anschauen, lassen sich diese in zwei Gruppen unterteilen:

- Zum einen die, bei denen sofort nach der Geburt etwas auffiel, sei es die Asymmetrie des Kopfes oder auch die fixierte Haltung. Andere Kinder machen wegen schlechten Trinkens Sorgen oder weil sie sehr unruhig und unzufrieden wirken. All dies kann natürlich eine Vielzahl von Ursachen haben, aber wenn bestimmte Punkte zutreffen, sollte man sich schon den Hals anschauen.
- Bei der zweiten Gruppe der Neugeborenen sind die ersten Wochen nach der Geburt eher unauffällig. Die Eltern berichten dann, dass es am Anfang ganz gut ging und dann nach 6–9 Wochen die Schwierigkeiten auftraten. Dann fiel die schiefe Haltung auf, der Kopf begann sich zu verformen und die Kinder wurden unruhig.

Nach heutigem Kenntnisstand lassen sich diese beiden Verläufe mit unterschiedlichen Vorgeschichten erklären. Im ersten Fall liegen oft Bedingungen vor, die die Neugeborenen schon im Mutterleib „geärgert“ haben, z.B. Querlagen, frühes Eintreten des Kopfes ins kleine Becken, wenig Motorik während der Schwangerschaft oder Ähnliches. Bei den Säuglingen, bei denen erst nach einigen Wochen eine fixierte Haltung bzw. eine Asymmetrie zu erkennen ist, gehen wir eher davon aus, dass es während der Geburt selbst zu einer Irritation der Halswirbelsäule kam. Das führt dann zu Schmerzen, einseitiger Haltung und Vermeidung bestimmter Bewegungen – und damit nach einigen Wochen zu den dann erst auftretenden Symptomen.

Wie so oft gibt es auch hier Überschneidungen: Ein Ungeborenes, das sich wenig bewegt, wird dadurch z.B. eher während der Geburt Schwierigkeiten haben, da es seine aktive Rolle beim Durchtreten durch das Becken nicht spielen kann. Man kann statistische Wahrscheinlichkeiten angeben, aber keine Gewissheiten bieten. Es gibt durchaus Kinder, die eine derart auffällige Schwangerschaftsentwicklung hatten und trotzdem völlig unauffällig bleiben sowie umgekehrt solche, bei denen die Beobachtungen vor und während der Geburt keinerlei Anhaltspunkte liefern und die trotzdem sehr auffällig sind.

Ein Einzelner ist immer einzigartig – bei hundert Patienten kann man versuchen, eine Statistik zu machen ...

Wie schon oben ausgeführt finden wir 2 verschiedene Typen von KiSS. Zum einen sind die Säuglinge in einer Seitneigung von Kopf und Rumpf fixiert (KiSS I), zum anderen gibt es Fälle, bei denen eine Überstreckung nach hinten auffällt (KiSS II). Symptome, die durch Störungen der Halswirbelsäule verursacht werden können, sind bei diesen beiden Typen meist unterschiedlich stark ausgeprägt.

## ■ Blickkontakt

Eine der großartigen Leistungen von Neugeborenen ist es, Gesichter zu erkennen und auch unterscheiden zu können. Dazu müssen Kleinkinder in der Lage sein, diese zu fixieren, das heißt sie genau anschauen zu können. Der Blickkontakt ist zudem für Babys ein lebenswichtiges Kommunikationsmittel. Durch ihn motivieren sie ihre Versorger (in aller Regel Mutter und Vater) dazu, sich ihnen zuzuwenden. Dazu dient auch die – ebenfalls

angeborene – Fähigkeit der Säuglinge, Gesichtsausdrücke nachzumachen und letztlich auch zu interpretieren. Woher weiß ein nur wenige Tage altes Kind, dass Lächeln freundliche Gefühle ausdrückt und eine gerunzelte Stirn Verärgerung? Auch diese Fähigkeiten sind dem Kind im wahren Sinne des Wortes „in die Wiege gelegt“ worden.

Wie elementar Blickfixierung ist, bemerkt man erst, wenn sie fehlt. Dabei kann es sein, dass diese Kinder ganz kurz nur ins Gesicht schauen und dann ihr Blick abschweift oder sie haben eine so verspannte Haltung, dass es ihnen gar nicht möglich ist, ihren Kopf so zu halten, dass ein Blickkontakt überhaupt zustande kommen kann (Abb. 7.2).

Natürlich ist die erste Frage, ob das Kleinkind eine Sehschwäche hat oder gar blind ist. Man kann anhand von Reflexen zumindest testen, ob das Kind auf Lichtreize reagiert und dies dann weiter vertiefen. Diese Untersuchung gehört zu den Basistests der Kinderärzte. Bei vielen Kindern stellt man aber fest, dass sie wohl zu sehen in der Lage sind, aber ihren Kopf nicht richtig orientieren oder diese Orientierung nicht beibehalten können. Dann muss man schauen, ob eine fehlende Kraft der Halshaltmuskeln die Ursache ist oder eben eine Störung der oberen Halswirbelsäule, also KiSS. Diese beiden Probleme (fehlende Muskelgrundspannung und KiSS) treten oft gemeinsam auf und verstärken sich so gegenseitig.

Sowohl bei KiSS I als auch bei KiSS II finden sich derartige Auffälligkeiten. Bei KiSS I fällt der fehlende Blickkontakt oft nur an der „Schattenseite“ auf. Bei KiSS II bemerken die Eltern, wenn sie das Baby auf dem Arm haben, dass es sich nicht anschmiegen kann und sich mit dem Kopf nach hinten wegstreckt.



Abb. 7.2

Auf die Stirn geschaut. Der Vater eines KiSS-II-Babys machte diese Handbewegung, um anzudeuten, dass sein Kind ihm nicht in die Augen schaue, sondern auf die Stirn.

## ■ Stillprobleme

Gerade ganz kurz nach der Geburt finden sich wenig spezifische Probleme, die eindeutig auf KiSS weisen. Fast alles, hinter dem sich eine Störung der Halswirbelsäulenfunktion verstecken kann, ist durchaus auch von anderen Ursachen her erklärbar. Die Stillprobleme sind dafür ein gutes Beispiel. Natürlich wird man erst einmal schauen, ob die mütterliche Brust ein gutes Stillen ermöglicht. Doch oft wird schnell klar, dass dies der Fall ist und trotzdem scheint es nicht zu klappen. Dann ist es besonders wichtig, sich die genauen Umstände anzuschauen, unter denen diese Probleme auftauchen. Ist die Umgebung ruhig und freundlich genug? Gibt man dem Kind die Zeit, sich auf das Stillen einzustellen? Wird es in einer entspannten Haltung angelegt? – All diese Dinge sind als Ursache von Stillproblemen denkbar.

Nun ist das Essen für den Säugling so elementar wichtig, dass sich das Kind eigentlich nicht so schnell von diesem Ziel ablenken lässt. Wir sehen immer wieder, dass Säuglinge in unserem Wartezimmer im dicksten Trubel ruhig und friedlich an der Mutterbrust oder Flasche nuckeln. Die Umwelteinflüsse sollte man also nicht überschätzen.

Es lohnt sich, genau auf die Schilderungen der Mütter zu hören. Auch relativ unerfahrene Mütter merken schnell und intuitiv, wenn ein Säugling zu fest zubeißt, schlecht saugt oder sich dauernd verschluckt. Vor allem, wenn dies nur an einer Brust auftritt – und diese unauffällig ist – sollte man an KiSS als Ursache denken. Stillberaterinnen (36) haben einen Blick dafür, ob Kinder entspannt an der Brust anliegen und sie kennen etliche Tricks, dies auch dann zu ermöglichen, wenn die Babys haltungsfixiert sind. Man kann die Kinder mit Kissen und Polstern so ausrichten, dass sie auch an die schwierige Seite rankommen. Aber es stellt sich dann schnell die Frage, ob es keine elegantere Lösung des Problems gibt.

## ■ Bonding

Dieser geburtshilfliche Fachausdruck beschreibt den ersten Kontakt zwischen Mutter und Kind direkt nach der Geburt. Auch der Vater ist dabei einbezogen. Wir wissen heute, wie enorm wichtig diese Kontaktaufnahme für alle Beteiligten ist. Deshalb wird in fast allen Kreißsälen das Kind möglichst schnell der Mutter gezeigt und gegeben, am besten mit direktem Hautkontakt. Der erste Kontakt zwischen der Mutter (bzw. den Eltern) und dem Neugeborenen ist ein magischer Moment – interessanterweise wird dies für Außenstehende viel deutlicher als für die Eltern selbst. Die vom Gebären abgekämpfte Mutter liegt erschöpft da und schaut entsprechend müde in die Welt – doch in dem Moment, wenn das Neugeborene ihr auf den Bauch gelegt wird und der erste Blickkontakt da ist, leuchtet ihr Gesicht auf und sie strahlt! Bei den Vätern ist dies übrigens ganz ähnlich. Fragt man die Eltern danach, ist man oft erstaunt, als wie selbstverständlich sie dies empfinden.

Bei den Kindern, die „nur“ KiSS-Probleme haben, klappt es mit dem Bonding meist relativ gut. Auch wenn eine gewisse Haltungssymmetrie da ist, wird diese Schwierigkeit durch den fest eingebauten Drang zum ersten Kontakt überwunden. Bei Kindern, die zusätzliche Schwierigkeiten

haben, kann es aber zu Auffälligkeiten kommen. Hier werden die Hebammen hellhörig und machen die Eltern darauf aufmerksam.

## ■ Unruhe, Schreien

Der große Komplex der Schreikinder ist seit Jahrzehnten immer wieder neu gedeutet worden – und jeder hat wohl ein bisschen Recht. Alles mögliche wurde schon empfohlen, vom Verzicht auf bestimmte Nahrungsbestandteile bis zum Verdacht, das Schreien der Kinder rühre daher, dass sich die Mütter übermäßig um sie kümmerten, sie ihre Säuglinge also weniger verzärteln sollten (37).

Wenn Kleinkinder weinen und die Eltern die Ursache nicht finden können, ist das für sie eine schreckliche Erfahrung. Man steht neben dem Bettchen oder hat den kleinen Menschen im Arm und kann nicht helfen. Irgendwann wird man das Baby ins Bett zurücklegen; aber man hat ein schlechtes Gewissen.

Das schreiende Baby hat *immer* recht. Ein Kleinkind verfügt noch nicht über das Repertoire eines 3-Jährigen, der durchaus weiß, wie er sein Weinen oder Schreien zum Erreichen seiner Ziele einsetzen kann. Das weiß ein Neugeborenes mit 3 Monaten nicht. Es hat immer einen Grund, aber nicht immer sind Eltern, Betreuer und Arzt schlau genug, um diesen Grund zu erkennen oder gar ihm abhelfen zu können.

Eine der schönsten Erfahrungen der an sich schon erfreulichen Behandlung kleiner Kinder ist, hier oft erfolgreich eingreifen zu können. Kollegen, mit denen wir zusammenarbeiten, kennen die Rahmenbedingungen, bei denen eine manuelle Behandlung besonders Erfolg versprechend ist.

Münchener Spezialisten definieren das Problem so: *„Der Säugling fängt plötzlich und ohne erkennbaren Grund an zu schreien, liegt hochrot, überstreckt, mit hypertonen Extremitäten im Bettchen und lässt sich trotz intensiver Versuche der Eltern nicht beruhigen.“* (38) Das Neugeborene schreit; es hat ein ganz winzig kleines Programm für die Signalisation seiner Bedürfnisse (39). Vom ortenden Schreien „Ist jemand da, der sich um mich kümmert?“ bis zum pausenlosen, kaum zu beruhigenden Weinen reicht die kleine Palette. Die Mutter kann das fast immer schnell und sicher zuordnen, und wenn sie angepasst reagiert, erfüllt das Signal Schreien seinen Sinn.

Fallen diese 99% des Schreiens weg, bleibt nur ein kleiner Rest unerklärt. Dieser macht – mehr oder weniger – Sorgen, je länger es anhält, desto mehr. Gerade bei ganz kleinen Kindern ist nun die Annahme, hier könne schon ein durch elterliches Verhalten hervorgerufen Problem vorliegen, zumindest fragwürdig, da die Säuglinge hierfür noch viel zu jung sind.

Was berichten die Eltern dieser Kinder?

- Die Kinder wollen nicht ins Bett. Nicht selten muss man sie auf dem Arm einschlafen lassen, bevor man sie hinlegen kann.
- Die Babys schlafen unruhig, man findet sie in allen möglichen Ecken des Bettchens, meist aber immer wieder in derselben Haltung, nicht selten überstreckt oder fixiert und stereotyp zu einer Seite geneigt.
- Sie wachen nachts auf, stöhnen oder schreien dabei auf, schlafen aber nicht selten gleich weiter. Manche muss man kurz auf den Arm nehmen.

Immer wieder tauchte in diesen Schilderungen also der Hinweis auf Hal-  
tungsprobleme auf – für uns eine starke Motivation, dieses Problem mit  
Störungen der Halswirbelsäule in Verbindung zu bringen.

Wie etliche andere Symptome, die wir auf diesen Seiten zu besprechen  
haben, ist auch das Schreien ein so allgemeines Problem, dass es töricht  
wäre, dafür eine Generallösung anbieten zu wollen. Uns kommt hierbei  
zugute, dass all die Kinder, die bis zu uns kommen, natürlich schon dem  
Kinderarzt vorgestellt wurden und dort die Vordiagnostik fast immer ge-  
laufen ist.

Wenn man dann sieht, dass andere Zeichen auch dafür sprechen, dass  
der Hals eine Rolle spielt, kann man in der Regel sehr optimistisch sein,  
helfen zu können. Wenn also das Baby schief daliegt, das Stillen an einer  
Seite nicht klappt oder gar eine Schädelasymmetrie sichtbar ist, dann  
lohnt sich die Vorstellung beim Manualmediziner (40).

Hier geraten wir nun in die Randgebiete. Sie sind, wie immer, nicht ganz  
präzise abzugrenzen und man muss aufpassen, dass solch eine Beschrei-  
bung nicht ausufert, zumal wenn man voll der guten Botschaft ist. Nehmen  
Sie also die folgenden Hinweise als Denkanstoß und nicht etwa als  
„Beweis“ für Zusammenhänge mit KiSS in jedem ähnlichen Fall.

#### Manuel, 2 Monate

Ein typisches Kind war Manuel: Er kam vor Jahren  
als ganz kleiner Mensch zur Behandlung. Gerade  
2 Monate alt und von einem Kollegen, der meine  
Abneigung gegen eine derart frühe Behandlung  
kannte. „Bitte gehen Sie doch dem Kleinen an  
den Hals“, hatte er mich am Tag vor der Erstvor-  
stellung telefonisch gebeten. „Manuel schreit  
Tag und Nacht, die Eltern sind verzweifelt und  
ich habe absolut nichts gefunden, was dem Jun-  
gen fehlt. Bei den von uns behandelten etwas äl-  
teren Kindern habe ich so oft gesehen, dass die  
Schreierei unmittelbar nach Ihrer Therapie  
aufhörte. Warum soll das hier nicht auch klap-  
pen?“

Der Junge hatte ein Geburtsgewicht von gerade  
2000 g und in der Zwischenzeit nicht viel dazu-  
bekommen. Ich war entsprechend zurückhal-  
tend und sagte auch den Eltern, dass ich für  
den Behandlungserfolg eher skeptisch wäre.  
Nun, er wäre hier wohl kaum erwähnt worden,  
wenn es nicht geklappt hätte. Noch am gleichen  
Tag beruhigte er sich und wachte nachts nur ein-  
mal auf. Entsprechend leichter ging auch das  
Füttern und die Gewichtszunahme. Nicht nur  
die Eltern atmeten auf.

Seit diesem Fall vor etlichen Jahren sind Schreikinder für mich eine der  
wichtigsten Indikationen, auch ganz kleine Babys zu therapieren. Voraus-  
setzung ist, dass der Kinderarzt die anderen Ursachen bestmöglich aus-  
geschlossen hat und dass man sich im Klaren ist, dass es sich um einen  
Versuch handelt. Wenn's klappt, prima. Wenn's nicht klappt, muss man  
weiterrufen.

Einen Großteil der berüchtigten Dreimonatskoliken, von denen im fol-  
genden Abschnitt die Rede sein wird, kann man auf diese Weise ohne  
viel Aufhebens aus der Welt schaffen. Dieser Name ist nicht zuletzt Aus-  
druck einer gewissen Hilflosigkeit gegenüber diesem Phänomen gewesen.  
Man sagte den betroffenen Familien mehr oder weniger: „Ihr müsst ein  
paar Wochen abwarten, dann geht's besser.“ Das beruhigt zwar, aber  
wenn man neben so einem weinenden kleinen Menschen steht, geht es  
trotzdem ans Gemüt, dass man nicht mehr helfen kann.

---

# Sachverzeichnis

## A

Arzt 37, 78f, 118  
Asymmetrie 16, 19, 30ff  
Atemanhalten 87  
Aufrichtung 34, 99  
Autositz 108

## B

Babyliege 108  
Barfußlaufen 104f  
Bauchlage 19, 39f  
Behandlung 85ff  
– funktionelle 38  
– Grenze 99ff  
– vorbeugende 44  
– Vorgehen 77ff  
– Wirkung 89f  
– Zeitpunkt 43, 49f, 81  
Behandlungseffekt 87f, 94, 98  
Behandlungsfrequenz 88, 101  
Behandlungspause 90f, 95  
Behandlungstechnik 75f  
Beruhigung 107  
Berührung 101  
Bewegung 90, 106f, 110  
Bewegungsmuster 51  
Bewegungsstörung,  
asymmetrische 98  
Blickkontakt 46, 48, 58f  
Bluterguss 4, 7, 38  
Bonding 60

## C

C-Skoliose 16, 34, 56

## D

Diana-System 108  
Drehen 14  
Dreimonatskolik 63

Dysgnose 120  
Dyslexie 120

## E

Eigenreflex 52  
Einlage 122f  
Eltern 37, 73  
Elternfragebogen 81ff  
Entwicklung, verzögerte 4,  
126  
Entwicklungsstufe 49f  
Erbblähmung 67  
Erblichkeit 22ff  
Erkrankung, neurologische  
96ff

## F

Familie 82  
Fehlhaltung 34, 56ff, 95  
Fieber, unklares 64  
Form 35ff  
Fremdreflex 52  
Funktion 35ff  
Fuß, Fehlstellung 66

## G

Geburt 47f, 82  
– komplizierte 21, 44  
Geburtstrauma 7f, 37  
Gedächtnis 52ff  
Gehen 34, 95  
Gehhilfe 109f  
Geschlechtsspezifität 21, 44  
Gesichtsasymmetrie 32ff  
Gesichtsskoliose 38

## H

Halsmuskel 48, 115f  
Halswirbel 42

Halswirbelsäule 42, 48, 53  
– Behandlungstechnik 75  
– Verletzung 7, 37  
Haltung 36, 38, 105f  
– fixierte 3, 55  
Haltungsasymmetrie 16,  
99  
Haltungsschulung 43  
Hämatom s. Bluterguss  
Hand, kalte 66  
Helmtherapie 40  
Hinterkopf,  
Abplattung 19, 34, 39  
Hirnschädigung 96f, 99  
Hochheben 104  
Hüftgelenk 66  
Hyperlordose 34

## I

Immobilisierung 107ff  
Integration, sensorische  
48

## K

Kaiserschnitt 21  
KiDD 120  
KiSS  
– Begriff 1  
– Modellvorstellung 118  
– Symptom 55ff  
KiSS-Typ 18ff  
Kleinkind 120  
Knick-Senk-Fuß 122  
Koordination 51, 98  
Kopfbeweglichkeit 42  
Kopfgelenk 3, 16, 53f  
Kopf-Hals-Übergang 54  
Kopfhalteschwäche 19, 50  
Kopfrückbeuge 7, 19

Kopfschmerz 56  
 Kopfschwarte, Schwellung 38  
 Kopfumfang 39  
 Körperkontakt 107, 110  
 Kristeller-Handgriff 21

**M**

Magenpfortnerkrampf 19  
 Manuelle Medizin  
 – – Definition 27f  
 – – Dosis 92ff  
 – – bei Muskel-/  
 Sehnenverkürzung 6  
 – – bei neurologischen  
 Erkrankungen 96ff  
 – – Physiotherapie 79  
 – – Tradition 86  
 – – Unterschiede, national 76f  
 – – Wirkungsnachweis 9ff  
 Medulla oblongata 54  
 Motorik 51  
 Mundmuskulatur 19  
 Mundschluss 64, 105f  
 Musculus sternocleido-  
 mastoideus 7  
 Muskel, narbig verkürzter 6, 38  
 Muskelspannung 19f, 59, 90,  
 102

**N**

Nachbeobachtung 78  
 Nebenwirkung 87f  
 Neugeborene 46ff

**O**

Oberflächensensibilität 67, 74  
 Operation 115  
 Opisthotonie 34  
 Orthopädie 25, 28  
 Osteopathie 85f, 88

**P**

Pawlow-Reflex 52  
 Physiotherapeut 76ff  
 Physiotherapie 79, 86, 117  
 Placebo 9  
 Plagiozephalie 40  
 Plattfuß 122f  
 Pofaltenasymmetrie 54  
 Propriozeption 48

**R**

Reaktion, vegetative 87  
 Reflex 47, 51f  
 Röntgenuntersuchung 70ff  
 Rückbeuge 7, 18f, 34f  
 Rückenmark 52ff  
 Rückenschmerz 121  
 Rumpfmuskulatur 98  
 Rush 87

**S**

Sabbern 64  
 Saugen 46  
 Säuglingsskoliose 36  
 Schädelasymmetrie 25, 27,  
 38ff, 57  
 – Helmtherapie 40  
 Schiefhals 4, 19, 25ff, 115  
 Schiefhaltung, Auswirkung 34  
 Schlafstörung 14  
 Schluckbeschwerden 65  
 Schlüsselbeinfraktur 6  
 Schmerz 37  
 Schreien 61f  
 Schreitreflex 47  
 Schulterhochstand 19  
 Schwangerschaft 82  
 Schweißausbruch 87  
 Schwindel 48  
 Seitneigung, fixierte 18f  
 Selbstheilungstendenz 27  
 Selbstwahrnehmung 48  
 Sichelfuß 34, 66  
 Skoliose  
 – C-Skoliose 16, 34, 56  
 – Säugling 36  
 Spastik 96  
 Spitzfuß 98, 109  
 Spontanheilung 42f  
 Sport 43, 51  
 Sprechen 65f  
 Stehen 50f  
 Stillprobleme 19, 34, 60  
 Stimulation 105, 107, 110ff  
 Strahlenschutz 72f  
 Streckreaktion 87  
 Symmetrie 30  
 Symmetriestörung, kopfgelenk-  
 induzierte, Begriff 1ff  
 Symptom 55ff, 68

**T**

Therapie, kraniosakrale 86  
 Tiefensensibilität 67, 112  
 Tragen 106f, 110, 112f

**U**

Überempfindlichkeit 49  
 Überstreckung 14  
 Umwelt 23  
 Unreife 48  
 Unruhe 14, 61f  
 Unsicherheit, motorische 48  
 Untersuchung 73ff, 84, 92

**V**

Verlaufsbeobachtung 13  
 Verspannung 3, 6, 48, 54  
 Vertikalisierung 99  
 Vorurteil 32f

**W**

Wahrnehmung 24, 27, 110ff  
 Wickeln 107ff  
 Wirbelsäule 74, 89f  
 – Entwicklung, gestörte 50

**Z**

Zentralnervensystem,  
 Plastizität 99  
 Zerebralparese 96ff, 102  
 Zusammenarbeit 76f  
 Zwangshaltung 37, 55  
 Zweitschlag 44f  
 Zwilling 21, 46



**Hat Ihnen das Buch von Biedermann, H.  
KiSS-Kinder - Ursachen, (Spät-)Folgen gefallen  
?**

*zum Bestellen [hier klicken](#)*

**by naturmed Fachbuchvertrieb**

Aidenbachstr. 78, 81379 München

Tel.: + 49 89 7499-156, Fax: + 49 89 7499-157

Email: [info@naturmed.de](mailto:info@naturmed.de), Web: <http://www.naturmed.de>