

3. Das KISS-Konzept

Was ist nun eigentlich KISS?

Ausgesprochen steht KISS für Kopfgelenks-Induzierte-Symmetrie-Störung. Mit anderen Worten verursacht irgendein Problem im Nacken irgendwelche Probleme beim Kind. Gemeint sind dabei Neugeborene, Säuglinge und Kleinkinder. Doch der Reihe nach: Heute unterscheiden wir zwei Formen – KISS I und KISS II.

3.1 KISS I Kinder

Der Junge aus dem Vorspann ist vielleicht ein KISS I Kind.

Im Falle Peter würden wir typischerweise folgende Merkmale beobachten können: Das Kind liegt häufig in einer krummen Haltung, die meist wie ein „C“ aussieht, im Bettchen oder angelehnt bei der Mutter auf dem Schoß.

Da Peter nur nach rechts schaute erwarten wir auch eine so genannte rechtskonvexe „C“ Haltung. Der Kopf ist häufig in eine Richtung gedreht und in die andere geneigt. Der Rumpf folgt dabei der Kopfneigung, ebenso das Becken.



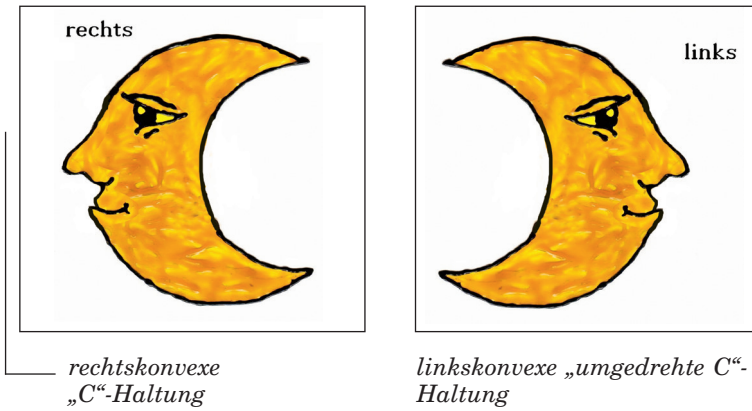
— gerader und „schiefer“

— rechtskonvexer Zwilling



— linkskonvexe Haltung

Der Begriff „Konvexität“ gibt Auskunft über die Art der Fehlhaltung:



Weil KISS I Säuglinge meist in eine Richtung schauen, plattet sich das noch sehr weiche Hinterhaupt mehr oder weniger auf der Seite der Kopfdrehung ab, auch das unten liegende Ohr kann „platt“ gelegen werden.



Hinterhauptabplattung rechts

Unser Beispielkind entwickelte eine Hinterhauptabplattung rechts. Das Gesicht zeigt nicht selten eine Ungleichheit beider Gesichtshälften, eine Seite erscheint kleiner als die andere. Peter entwickelte die typische Variante mit kleiner Gesichtshälfte auf der linken Seite – also auf der Neigungsseite des Kopfes.



Gesichtsasymmetrie



„Stirnasymmetrie“

Für Eltern ist es nicht immer ganz leicht die Gesichtsasymmetrie zu erkennen, manchmal lohnt sich dann ein Blick von oben auf die Stirn (Vogelperspektive) oder indirekt über den Spiegel.

Auch kann die Ohrenachse „schief“ verlaufen.

Nicht selten beobachtet man bei Kindern mit ausgeprägter Gesichtssymmetrie wiederkehrende Bindehautentzündungen eines Auges, in der Regel auf der Seite der kleineren Gesichtshälfte. Grund dafür ist meist eine – an die Gesichtssymmetrie gebundene – Verengung des Tränen-Nasenweg-Kanals. Dadurch kann die Tränenflüssigkeit nicht ausreichend ablaufen und es kommt immer wieder zu Entzündungen.



Bindehautentzündung rechts bei linkskonvexem Kind

Je nach Ausprägung der Kopfgelenksblockierung unterscheiden wir eine Vorzugshaltung von einer Zwangshaltung. Bei der Zwangshaltung gelingt es weder dem Kind selbst noch dem Untersucher, die einseitig fixierte Kopfdrehung durch Reize von außen zu verändern, die Folge sind ausgeprägte Hinterkopfabplattungen. Bei der Vorzugshaltung schaut das Kind überwiegend in eine Richtung, kann das Köpfcchen jedoch bei entsprechenden Reizen auch zur anderen Seite (wenn auch nicht vollständig) drehen.

Besonders die gestörte Kopfseitneigung in eine Richtung (i. d. R. auf der Seite, in welche die Kinder vermehrt schauen) macht den Babys zu schaffen.

Normalerweise ist der Säugling ab ca. dem dritten Monat in der Lage bei Seitkippung seinen Kopf selbst aktiv gegen die Schwerkraft ausreichend lange seitengleich in die Senkrechte zu heben. Bei KISS I Kindern fehlt diese Kompensationsreaktion des Kopfes auf einer Seite. Manche, in ihrer Grundspannung der Muskulatur eher vermindert vorgespannte, so genannte hypotone Babys, schaffen dies auf beiden Seiten nicht.

Viele Kinder weisen eine „Schokoladenseite“ auf, in den Vorsorgeuntersuchungsheften steht dann meist „Vorzugsseite rechts oder links“.



*Seitkipfung rechts,
Kopfseitneige nach
links in Ordnung*



*Seitkipfung links,
Kopfseitneige nach rechts fehlt*

Diese befindet sich in der Regel auf der Seite, in die die Kinder schauen. Dafür ist nicht nur der verbesserte Hand-Augen-Kontakt verantwortlich. Bei Peter war dies die rechte Seite. So konnte er mit reichlich drei Monaten die rechte Hand altersgerecht öffnen, die linke war beim Aufstützen in Bauchlage noch geschlossen, eine Physiotherapeutin sprach einst von der „vergessenen Seite“. Einige Kinder haben darüber hinaus einseitige Hüftreifungsverzögerungen (weswegen uns auch der Ultraschallbefund der Hüften interessiert). Bei anderen Babys berichten die Eltern über einseitige Auffälligkeiten der Fußstellung wie z. B. Sichelfüßchen – meist handelt es sich dabei aber lediglich um eine Sichelfußhaltung. Der klassische Sichelfuß ist eine seltene und gravierende Fußdeformität.

Da unsere KISS I Kinder besondere Probleme mit der Kopfdrehung haben, resultieren nicht selten einseitige Stillprobleme. Findige Mütter legen dann ihr Kind „falschherum“ an.

3.2 KISS II Kinder

Wenn KISS I Kinder ihre Problematik bei der Kopfdrehung (Rechts- / Links-Ebene) entwickelt haben („C-Haltung“), so fallen KISS II Kinder durch Schwierigkeiten besonders in der Vorn- / Hinten-Ebene auf. Sie überstrecken sich nach hinten und liegen im Bett wie ein überspannter Flitzebogen. Beim Hochnehmen „biegen“ sie sich nach hinten durch. Das macht das Tragen auf dem Arm manchmal recht kompliziert und auch anstrengend für die Eltern.



KISS II Kind mit Überstreckung



Haarloser „KISS-Fleck“

In den ersten Monaten pressen sie ihren Kopf regelrecht ins Kissen oder die Matratze (Delle !!) und entwickeln so eine mittig gelegene Hinterhauptabplattung. Diese ist meist begleitet von einem haarlosen Fleck, dem sog. KISS-Fleck.

Einige mögen die Bauchlage nicht.
 – Ja, richtig, auch Peter mochte die Bauchlage nicht. – KISS II Säuglinge sind darüber hinaus nicht selten muskulär hypoton, was im Endeffekt bedeutet, dass ihre Muskelgrundspannung eher

niedrig ist. Sie erlangen meist verspätet die Kopfkontrolle (z.B. in Bauchlage ausreichend langes Anheben des Köpfchens – ab ca. 3. Monat) und sind ähnlich wie KISS I Kinder überempfindlich im Nacken.



6 Monate junger Säugling mit Bauchlageintoleranz und fehlendem (Hand-)Stütz

Das macht sich dann beim Mützcenaufsetzen oder Lätzchenumbinden bemerkbar. Weil einige Babys ihre Schultern fast bis an die Ohren hochziehen (reflektorische Schutzfunktion?), haben die Mütter Probleme den Hals ihrer kleinen Schützlinge zu waschen. Stillprobleme können auch bei diesen Säuglingen vorkommen, dann meist auf beiden Seiten. KISS II Kinder haben gelegentlich Saugprobleme und spucken häufig oder sabbern viel.

Beim Arzt fallen dann Begriffe wie „orofaciale Muskelhypotonie“. Das bedeutet nichts anderes als eine leichte Schwäche im Kau-Kieferapparat, die meist mit der schon erwähnten muskulären Hypotonie einhergeht.

3.3 Kombination von KISS I und KISS II

Das müsste eigentlich das größte Kapitel in diesem Abschnitt werden, da die meisten Kinder von beidem etwas haben, also eine kombinierte KISS I/II Problematik.

Auch unser Beispielkind Peter überstreckte sich gelegentlich und mochte die Bauchlage nicht. Bei den meisten dieser Babys findet man jedoch eine Hauptkomponente. Bei Peterle war das die Rechtsdrehung des Kopfes mit Rechtskonvexität der Körperhaltung, die Überstreckung war



Überstreckung und Rechtsbevorzugung bei einem 4 Monate jungen Säugling

untergeordnet. In solchen Fällen spricht man von einem KISS I rechtskonvex („C“-Haltung) mit Überstreckungskomponente. Im umgekehrten Falle mit überwiegender Überstreckung können die Kinder fast seitengleich in beide Richtungen schauen, bevorzugen aber eine Blickrichtung z. B. nach links. Die Hinterhauptabplattung ist daher nicht ganz in der Mitte zu erwarten sondern leicht linksseitig.



Hinterhauptabplattung mittig und leicht linksseitig

Hier würde man dann gegebenenfalls von einem KISS II mit Linkskonvexität (umgedrehtes „C“) sprechen. „Reine“ KISS I oder II Babys sind also gar nicht so häufig. Viele der KISS Kinder entwickeln auch

Befindlichkeitsbeschwerden. In der Medizin werden diese unter *vegetativen Symptomen* zusammengefasst.

Manche KISS I oder KISS II Kinder weisen gelegentlich eine vermehrte „Henkelstellung“ einer oder beider Hände auf. Grund dafür ist eine verminderte (a)symmetrische Grundspannung der Muskulatur.



„Henkelstellung“ einer Hand

Fallbericht

Jürgen wurde nach 40 Schwangerschaftswochen und 20-stündiger Wehendauer per Saugglocke entbunden. Die Überweisung erfolgte durch den Kinderarzt. Zur Vorstellung kam ein 14 Wochen alter Säugling mit linkskonvexer Haltung. Trotz intensiver Umlagerung und Unterlegen des Kopfes mit selbst gebastelten Sandsäckchen, so die Mutter, hatte sich das linke Hinterhaupt ausgeprägt abgeplatzt. Die Untersuchung des Babys brachte dann auch die typischen Befunde für eine KISS I Problematik zu Tage. In Bauchlage konnte der Junge den Kopf nicht ausreichend halten, schaute auch bei Positionswechsel nur nach links, die rechte Hand war noch vermehrt gefaustet und der Nacken war sehr berührungsempfindlich. Krankhafte neurologische Zeichen bestanden nicht. Die manualmedizinische Untersuchung offenbarte eine ausgeprägte Verspannung der Muskulatur am oberen Wirbelsäulenpol, die auch entsprechend dem Röntgenbild vorsichtig gelöst werden konnte.

Wie üblich vereinbarten wir eine Kontrolluntersuchung beim Kinderarzt nach etwa zwei Wochen und schriftlicher Rückmeldung in ca. 1½ Monaten.

Hier gaben die Eltern auch eine rasche Verbesserung der motorischen Entwicklung ihres Nachwuchses an. Schon nach drei Tagen konnte Jürgen nach rechts schauen und lag gerade im Bettchen. Das nächtliche Aufschreien sei gänzlich verschwunden. Wegen der guten Fortschritte des Jungen verzichtete der Kinderarzt auf eine krankengymnastische Behandlung. Im Rahmen der Vorstellung des zwei Jahre älteren Bruders berichteten die Eltern später, dass sich Jürgen prächtig entwickle und mit seinen sechs Monaten nun auch in den Handstütz hochdrücke. Beide Hände werden gleichmäßig benutzt.

3.4 Vegetative Symptome – Befindlichkeitsstörungen

Die folgenden Symptomgruppen sind weder für ein KISS I noch für ein KISS II typisch, insbesondere da ja die meisten Kinder – wie bereits erwähnt – von beiden Komponenten etwas haben. Sie sollen daher gemeinsam abgehandelt werden. Andererseits kann bei hier zugeordneten Kindern die Haltungsauffälligkeit im Hintergrund stehen oder sogar fehlen.

Auch sei nochmals betont, dass diese Auffälligkeiten durch viele andere Erkrankungen hervorgerufen werden können und immer einer qualifizierten ärztlichen Kontrolle bedürfen.

3.4.1 „Dreimonatskoliken“ – Schreikinder

Dreimonatskoliken und vermehrtes Schreien sind zwar prinzipiell nicht das Gleiche, doch gehen beide meist Hand in Hand.

Was sich da so harmlos liest, raubt vielen Eltern den Schlaf und lässt sie nicht selten verzweifeln – Schreiattacken.

Sie beginnen meist nachmittags und hören erst spät am Abend oder in der Nacht auf. Beim Lesen dieser Zeilen werden sich manche Eltern wünschen, dass es „nur“ so wäre, ihre Schützlinge schreien den ganzen Tag, wollen ständig getragen werden und lassen sich selbst beim Autofahren kaum beruhigen („Geheimtipp“ jedes Kinderarztes für hartnäckige Fälle).

So stellt sich die Frage, was ist denn eigentlich normal? Wie oft oder wie lange darf ein Baby schreien, darf ein Baby überhaupt schreien? Schreien ist normal und gibt dem Kind die Möglichkeit auf sich aufmerksam zu machen und auszudrücken, dass ihm oder ihr irgendwas nicht passt. Hunger, volle Windeln, laute Geräusche, hektische Bewegungen u. v. a. m. werden so schnell an den Mann, meist jedoch an die Frau gebracht.

Die meisten Säuglinge haben eine tägliche Schreidauer (wenn man alles zusammenrechnet) von unter drei Stunden. Die Definition Schreikind erfolgt über die „3er-Regel“.

Schreien Kinder über drei Stunden am Tag und das über mehr als drei Tage und das wiederum über mindestens drei Wochen, so spricht man von einem Schreikind. Die Dreierregel nach Morris Wessel stammt aus dem Jahre 1954. Als Faustregel, ab wann die Familie Hilfe braucht, nützt sie nur noch bedingt. Weinen die Kinder auch unter 3 Stunden täglich, so können Hilfsangebote nötig sein, um Schreiursachen zu erkennen und insbesondere negative Auswirkungen auf das Bindungsverhalten zu vermeiden.

Das Schreien verliert also seine Funktion – oder doch nicht?

Genau dies ist eine Sorge vieler Eltern – was fehlt meinem Kind, ist es krank, hat es Schmerzen? Letztlich kann dies nur der Kinderarzt klären. Daher sollte jedes Schreikind entsprechend untersucht werden. Diese Untersuchung hat dann wiederum eine Fülle von wichtigen Erkrankungen zu berücksichtigen. Trotz ausführlicher Diagnostik findet sich jedoch bei den meisten Kindern kein krankhafter Befund und die Kinder werden nach Hause oder zur nächsten Schreiambulanz geschickt. Nicht umsonst gilt die Dreimonatskolik in medizinischen Fachkreisen als Mysterium.

„Allein zu Haus mit einem schlaflosen Neugeborenen konnte ich so schnell duschen, dass der Spiegel nicht beschlug und meine Kniekehlen trocken blieben“

Marni JACKSON

Je weniger man den Beschwerden dieser Babys ausgesetzt ist, wird man Eltern raten abzuwarten bis sich die Natur selber hilft. Angesichts schreiender Babys und verzweifelter Eltern ist hier jedoch ein manualmedizinischer Behandlungsansatz gerechtfertigt. Der übergroßen Mehrheit von Schütteltraumen („shaking baby syndrom“) gingen Schreiattacken voraus. Infolge Schüttelns der Kinder durch überforderte

Eltern werden nicht nur die Hirn versorgenden Blutgefäße verletzt sondern z.T. irreparable Stammhirnschäden gesetzt, woran zahlreiche Babys starben. Die Verbindung zwischen KISS und Schreiproblemen ergab sich eigentlich eher zufällig. Anfangs berichteten die Eltern bei der Kontrolluntersuchung ihres KISS-Kindes ganz nebenbei, dass „übrigens schon wenige Tage nach der Therapie auch die Schreiattacken verschwanden“. So zeigte sich im Laufe der Jahre, dass bei entsprechender Vordiagnostik mehr als 60 % dieser Babys durch Manualtherapie geholfen werden konnte. Das bedeutet aber auch, dass etwa ein Drittel dieser Schreikinder nicht oder nicht ausreichend von einer Lösung der (dann begleitenden) Kopfgelenksblockierung profitierten. Die Handgriffbehandlung ist kein Allheilmittel. Neben der „medizinischen Diagnostik“ kommt der intensiven Beratung der Eltern besondere Bedeutung zu. Eine Pendelwiege (s. Teil I Kapitel 10.3) macht hier ebenso Sinn wie das von vielen Hebammen empfohlene Pucken (Einwickeltechnik für Babys). Darüber hinaus raten wir den Eltern, selbst gesungene Schlaflieder auf Kassette oder CD aufzunehmen. Das hilft den meist übermüdeten Müttern auch mal zur Ruhe zu kommen bzw. den Vätern/Großeltern beim Aufpassen. Die mütterliche Stimme ist oft ein tolles Beruhigungsmittel für unsere Kleinsten.

Bei KISS Kindern und hier besonders jenen mit Überstreckung bestehen oder bestanden nicht selten vermehrt Schreiprobleme. In den Vorsorgeheften steht dick unterstrichen „Dreimonatskoliken“. Umgekehrt findet man bei den meisten Schreikindern auch KISS-Symptome – hierzu jedoch im Abschnitt Differentialdiagnose mehr.

Nur für Neugierige

Was eigentlich genau hinter den Dreimonatskoliken steckt ist bis heute nicht geklärt. Am naheliegendsten wären da noch Anpassungsstörungen an die Nahrungsaufnahme – also Anlaufschwierigkeiten. Immerhin ist der Magen eines jungen Säuglings etwa kirschgroß. Diese kleine „Murmel“ wird dann mit mehr und mehr Flüssigkeit gefüllt. Die Gewebe müssen sich anpassen und ihre Funktion aufnehmen. Anlaufschwierigkeiten können natürlich durch anderweitige Probleme noch verstärkt werden.

Ein interessanter Aspekt ist jedoch die Entwicklungsgeschichte des Magen-Darm-Traktes (MDT) beim Ungeborenen. Teile des MDT entwickeln sich nämlich in den ersten Schwangerschaftsmonaten aus der Halswirbelsäulenanlage. Im Wissen um diese Zusammenhänge „ärgerten“ russische Forscher die Halswirbelsäule von jungen Hunden und röntgten danach den MDT mit Kontrastmittel. Dabei fanden sie regelmäßig ausgeprägte Verkrampfungen in verschiedenen Abschnitten des Magens und Darms.

3.4.2 Ein- und Durchschlafstörungen, Schreien im Schlaf

Die Schreiprobleme des noch jungen Säuglings verlagern sich allmählich in Richtung Ein- und/oder Durchschlafstörungen. Natürlich können auch Babys ohne Schreiprobleme Durchschlafstörungen entwickeln. Viele Kinder brauchen richtig lange Zeit um in den Schlaf zu finden, andere werden x-mal in der Nacht wach und brauchen dies oder jenes. Sie drehen und wenden sich im Bettchen und schlafen erst ein, wenn sie ganz durchgeschwitzt sind. Manche Eltern reden gar nicht darüber, dass sie seit Monaten eigentlich nicht mehr durchgeschlafen haben und halten ihre „Nachtwanderungen“ für normal. Die Kinder hingegen meinen es mit der nächtlichen Unterhaltung ihrer Eltern ernst und verlagern diese bis ins Kleinkindalter. Erst nach der manualmedizinischen Behandlung wird klar, dass es auch anders gehen kann.

Natürlich können verschiedenste Ursachen für derartige Schlafstörungen in Frage kommen, nicht zuletzt auch erzieherische. Immerhin gehören Schlafstörungen zu den häufigsten Befindlichkeitsstörungen im Säuglings- und Kleinkindalter. Andererseits waren wir überrascht und erfreut, dass allerhand betroffene Eltern (und somit Kinder) nach der Behandlung der eigentlichen KISS Problematik von ungestörten Nächten berichteten.

Nur für Neugierige

Selbst Neugeborene und junge Säuglinge besitzen eine „vereinfachte Sprache“. So können sie in oberflächlichen Schlafphasen instinktiv lautieren. Bleibt der „Kontrollanruf“ unbeantwortet, kommt es zu einer Aufwachreaktion mit Schreien. Möglicherweise handelt es sich dabei um eine im Laufe der Jahrtausende entwickelte Überlebensstrategie. Sie böte Schutz vor wilden Tieren und vor dem Alleinsein. Daher bietet sich an, das „Knöttern“ der Babys im Schlaf aufzunehmen, das Kind beruhigend anzusprechen und zu streicheln. Das Kind bemerkt schnell die Zuwendung und schläft vielleicht erleichtert weiter.

In den letzten Jahren fällt uns mehr und mehr auf, dass Babys schlecht schlafen, die nur wenig oder nicht kuscheln können. Im Kapitel „Bindung“ wird darauf näher eingegangen.

3.4.3 Haare raufen und Headbanging

Einige KISS-Kinder ziehen sich tags und nachts derart an den Haaren, dass haarlose Flecke entstehen oder sie schlagen in entsprechendem Alter immer wieder mit dem Kopf ans Bettgestell. Wenn beim Haare-raufen noch „die Haare kurz halten“ hilft, wie es eine Mutter formulierte, so schaut und hört man beim Headbanging hilflos zu.

Beides kann Ausdruck der Überempfindlichkeit in der Nacken-Kopfre-gion sein und verschwindet nicht selten nach erfolgreicher Behandlung. Unter der Rubrik KIDD wird uns die Abneigung gegen Berührungen bei älteren Kindern (Haare schneiden) wieder begegnet.

3.4.4 Unklare Fieberschübe

Sie bedürfen in erster Linie immer einer ausführlichen kinderärztlichen Untersuchung um insbesondere infektiöse und nichtinfektiöse Ursachen auszuschließen oder zu behandeln.

Dennoch findet man gelegentlich trotz ausführlicher Diagnostik keine Ursache.

Natürlich kann auch eine Wirbelsäulenproblematik für sich genommen kein Fieber auslösen. Ähnliches gilt auch für das „Zahnfieber“. Nichts desto weniger haben einige Säuglinge im Rahmen der Zahnung auch Fieberschübe. Mit anderen Worten können Babys bei ungewöhnlichen Belastungen (Zahnen) in ihrer Infektabwehr derart geschwächt werden, dass es zu unspezifischen Reaktionen des Organismus mit Fieber kommt. Vermutlich kann auch die bestehende Kopfgelenksblockierung im Einzelfall eine solche ungewöhnliche Belastung darstellen. Dies besonders dann, wenn weitere Faktoren (Umgebungswechsel o. ä.) dazu kommen.

Nur für Neugierige

In diese „Rubrik“ fällt auch die mögliche Besserung einer Neurodermitiser-krankung oder von asthmatischen Beschwerden nach erfolgreicher Behandlung einer Kopfgelenksblockierung.

Durch die Optimierung des Gesamtsystems kann eine diesbezügliche Neigung dann möglicherweise besser kompensiert werden.

3.4.5 Sabbern und Schluckbeschwerden, Spucken

Untrügliches Zeichen für eine Mundschlussstörung mit vermehrtem Speichelfluss ist das fast obligate Halstuch, das vermeiden soll, dass die Kinder mehrmals umgezogen werden müssen. Hier bestehen nicht selten Steuerungsprobleme der Mund- und Schlundmuskulatur, die auch durch Halswirbelsäulenfehlfunktionen mit ausgelöst werden können. Ähnliches gilt für Schluckstörungen und häufiges Spucken. Aber auch dann sollte man an andere Ursachen denken bzw. durch Lösung der bestehenden Wirbelfunktionsstörung den Zusammenhang mit einer KISS-Problematik bestätigen. Nicht zuletzt ist eine Mundschlussstörung Ausdruck der allgemeinen Hypotonie, die bei diesen Kindern recht häufig ist (s. o.).

Fallbericht

Die 6 Wochen junge Simone war ein Schreikind wie es „im Buche steht“. Die verzweifelten Eltern kamen über Bekannte zu uns, nachdem die kinderärztliche Untersuchung „Dreimonatskoliken“ ergeben hatte und die Beratung in einer Schreiambulanz eigentlich nicht viel brachte. So war auch verständlich, dass die übernächtigte Mutter keine weiteren sechs Wochen mehr durchhielt. Dabei hatten sich die Eltern so auf ihr erstes Kind gefreut.

Simone fiel bereits im Wartezimmer durch ihr „stimmliches Durchhaltevermögen“ auf. Aus dem mitgebrachten Schreiprotokoll ging hervor, dass Simone in den letzten drei Wochen eine zusammengefasste Schreidauer von mehr als sechs Stunden täglich zustande brachte. Schon bei der „Übernahme“ vom mütterlichen Schoß machte sie sich steif und überstreckte sich nach hinten. So war gar nicht daran zu denken, sich das Kind auf den Bauch zu setzen (wie ich das sonst eigentlich tue). Auch war durch die Überstreckungstendenz das Hinterhaupt schon leicht flach gelegen ...

Etwa zwei Wochen später rief mich der Vater an um mitzuteilen, dass Simone schon einen Tag nach der Behandlung wie ausgewechselt war. Sie liege nun friedlich im Bett und die Schreiphasen gingen bis auf zwei Stunden am Tag zurück. Aber das sei kein Problem mehr. Auch die Überstreckung sei fast vollständig verschwunden. Vorsorglich wollten sie das Mädchen jedoch in fünf Wochen nochmals kontrollieren lassen.

3.5 Symptomvarianz

Cirka 10% der KISS-Säuglinge sind sehr ruhige Kinder, die eher durch ihre verminderte motorische Aktivität auffallen. Hier und dort fällt dann auch schon mal der Begriff „bewegungsfaul“. Sie haben meist ein ausgeprägtes Schlafbedürfnis, sabbern oder spucken weniger und sind sehr „pflegeleicht“.

Nicht selten fallen diese Kinder dann jedoch bei den Vorsorgeuntersuchungen oder beim Spiel mit „Altersgefährten“¹ auf. Sie sind motorisch

1) Der Hinweis man sollte seine Kinder nicht mit Gleichaltrigen vergleichen ist nett gemeint, letztlich tut dies jedoch fast jede Mutter um zu schauen, was normal ist. Allerdings sollte das dann nicht zu streng gewertet und insbesondere bei Frühgeborenen der „Nachholbedarf“ eingerechnet werden.

entwicklungsverzögert und erreichen die entsprechenden Meilensteine (Unterarmstütz – Drehen – Krabbeln etc.) verspätet oder überspringen sie. Gelegentlich findet man bei diesen Kindern auch noch Reaktionen, die frühkindlichen Reflexen sehr ähneln, später mehr dazu.

Zusammenfassend kann man sagen, dass nicht jedes Kind alle Symptome aufweisen muss, bevor an eine KISS-Problematik gedacht werden sollte. Umgekehrt hat auch nicht jeder Säugling mit motorischen Entwicklungsverzögerungen oder vegetativen Auffälligkeiten KISS. Eine diesbezügliche Untersuchung beim entsprechend geschulten Arzt ist weder schmerzhaft noch aufwändig und bedarf etwa 10–15 Minuten Zeit. KISS ist eine ärztliche Diagnose.

Fallbericht

Katharina kam nach 42 Schwangerschaftswochen zur Welt, die Geburt wurde eingeleitet, weil das Kind immer noch nicht daran dachte auf die Welt zu kommen. Ansonsten verlief alles glatt. Sie sei ein ganz liebes Mädchen, das ordentlich zunimmt und sich eigentlich nur bemerkbar macht, wenn sie auf den Bauch gelegt wird. Wegen der motorischen Entwicklungsverzögerung erhielt das Kind ab dem sechsten Lebensmonat Krankengymnastik. In den letzten zwei Monaten sei auch schon einiges passiert. Immerhin toleriert sie nun die Bauchlage und käme sogar schon über einen Unterarmstütz hinaus. Nur der Handstütz bereite noch Probleme. Die engagierte Krankengymnastin hatte einen Befundbericht mitgegeben, aus dem unter anderem hervorging, dass die Moro-Reaktion noch nicht ganz erloschen (eigentlich integriert) war und die Muskulatur trotz intensiver Bemühungen vermehrt hypoton erschien. Die Untersuchung gestaltete sich komplikationslos, da Katharina die Prozedur ohne „Murren“ über sich ergehen ließ. Nur bei schnellen Lageänderungen versuchte sie sich überall festzuhalten.

Nach erfolgreicher Behandlung vereinbarten wir wegen der motorischen Rückstände eine Kontrolluntersuchung nach acht Wochen, dies wohl auch, weil die Familie gleich „um die Ecke“ wohnte.

In der Zwischenzeit wurde daheim fleißig geübt (abgesehen von der obligatorischen 14-tägigen Pause). Auch zu meiner Freude waren die Fortschritte von Katharina nicht zu übersehen, sie kam nun schon in einen Hand-Kniestütz und die Eltern freuten sich über ihren Bewegungsdrang. Allerdings hatte im Rahmen eines Infektes vor drei Wochen ein vermehrter Speichelfluss begonnen. So fand sich dann auch nochmals eine Kopfgelenksblockierung, die erneut gelöst werden

musste. Zeichen der muskulären Hypotonie bestanden auch noch im Alter von zwei Jahren. „Hier ist Katharina ganz ihre Mutter“, so der Vater.

3.6 Diagnose – Differentialdiagnose

Ein Kritiker des KISS-Konzepts hat einmal geschrieben, dass kein einziges der KISS Symptome typisch für ein KISS-Kind ist und er hat Recht. Dabei befindet sich KISS in „guter“ Gesellschaft. Bei ca. 90% aller bekannten Erkrankungen ist es ähnlich. Letztlich weist nur die Kombination von Auffälligkeiten den diagnostischen und therapeutischen Weg.

Da nicht nur nach „passenden“, sondern auch nach „unpassenden“ Befunden gesucht werden muss, ist die ärztliche Kontrolle der Kinder unabdingbar. Zahlreiche – aber zum Glück seltene – Erkrankungen können ein sehr ähnliches Bild aufweisen. Dabei kann sogar zusätzlich die Halswirbelsäule eine Bewegungsstörung aufweisen. Dennoch ist die dann erforderliche Behandlung teilweise oder ganz eine andere. Man ist immer wieder überrascht wie oft vermeintliche (und auch eigentliche) KISS Kinder durch Laien diagnostiziert und im schlimmsten Falle auch behandelt werden.