

Artikel in der Zeitschrift
Manuelle Medizin / Zeitschrift der Deutschen Gesellschaft für Manuelle Medizin
Springer Verlag / Band 41 / Heft 2 / April 2003

Manuelle Medizin bei Kindern

Tobias Bergerhoff, Hamburg

Manuelle Therapie bei Säuglingen. Eine physiotherapeutische Perspektive

Der vorliegende Text bezieht sich unmittelbar auf die im letzten Heft erschienenen Beiträge zum Thema „Manuelle Medizin bei Kindern“, insbesondere auf die „Gemeinsame(n) Überlegungen zur Manuellen Medizin bei Säuglingen“ von I. Seifert, R. Sacher und M. Riedel (MM 2003/41: Heft 1/Februar 2003). Der Beitrag ist ein Plädoyer für die Einbeziehung von Physiotherapeuten in die von Seifert, Sacher und Riedel zu recht angemahnte Qualitätssicherung und versteht sich als diesbezügliches Gesprächsangebot. Es soll versucht werden, die Belange der Physiotherapie in der Manuellen Therapie mit Kindern ebenso objektiv wie selbstkritisch darzustellen. Der Autor (Jg. 1972) ist selbständiger Physiotherapeut mit dem alleinigen Schwerpunkt Kindertherapie in eigener Praxis in Hamburg-Bergedorf und hat nach einer manual-therapeutischen Ausbildung (1998) weiterführende zertifizierte Fortbildungen in sensorischer Integration (1999), Kinder-Bobath-Therapie (2001) und Kinder-Vojta-Therapie (2002) absolviert.

Schlüsselwörter :

Manuelle Therapie (MT)

Physiotherapeut (PT)

Allgemeine Voraussetzungen der Physiotherapie bei Kindern

Die Möglichkeiten eines Physiotherapeuten sich weiterzubilden sind sehr vielfältig. Hat er sich für die Therapie von Säuglingen und (Klein-)Kindern entschieden, wird er Weiterbildungsmöglichkeiten auswählen, die ihm eine qualifizierte Therapie der kleinen Patienten ermöglichen. Diese Fortbildungen sind v.a. die Kinder-Bobath-Therapie (ca. 10-11 Wochen Dauer) oder die Behandlungsmethode nach Vojta (8 Wochen Dauer, beide mit den Krankenkassen als Methoden auf neurophysiologischer Grundlage abzurechnen). Vielleicht hat er auch mit einem entsprechenden Kurs die sensorische Integration (SI / 8 –10 Wochen Dauer) erlernt und wendet diese an, wobei die SI seit Einführung des Heilmittelkataloges im Juli 2001 nicht mehr als Position für Physiotherapeuten abzurechnen ist, da sie dem Berufsbild der Ergotherapie zugesprochen wurde.

Je länger der Physiotherapeut mit Kindern arbeitet, umso wahrscheinlicher wird es, dass er sich im Laufe des Berufslebens mit der Diagnose „KISS“ konfrontiert sieht. Dieser Begriff, der von dem Arzt für Chirotherapie Dr. Heiner Biedermann stammt¹, ist die wohl gängigste und zugleich umstrittenste Bezeichnung für ein Phänomen, über das am Rande der oben

¹ Vgl. Heiner Biedermann, KISS-Kinder. Ursachen, (Spät-)Folgen und manualtherapeutische Behandlung frühkindlicher Asymmetrie. Stuttgart: Enke 1996.

genannten Weiterbildungen oder auf Kongressen unter Kollegen immer wieder diskutiert wird. Gleichwohl macht die Problematik der Kopfgelenksfunktionsstörungen nur einen verschwindend geringen Teil des Lehrplanes der genannten Weiterbildungsangebote aus. Dies hängt wesentlich von der jeweiligen ärztlichen oder physiotherapeutischen Leitung der Kurse ab. Während manche Kursleiter explizit auf das Thema eingehen, verweisen andere die Diagnose „KISS“ ins Reich der Legenden und Mythen. Daher kann die von Seifert, Sacher und Riedel eingeforderte Versachlichung der Diskussion aus physiotherapeutischer Perspektive nur begrüßt werden.

Denn gerade die Manuelle Therapie eröffnet dem Physiotherapeuten vielfältige Möglichkeiten – besonders in der Kombination der MT mit Techniken aus dem Bobath-Konzept, mit Maßnahmen aus der Vojta-Therapie und mit der Stimulation der Basissinnessysteme aus der sensorischen Integration. Dies ist das Spektrum der Therapieformen, das ich den Eltern der kleinen Patienten als „ganzheitlich“ erkläre.

Unzureichende Definition der Physiotherapie (MT) mit Kindern

Was ist Manuelle Therapie mit Kindern aus physiotherapeutischer Sicht?

Die Frage ist nur schwer zu beantworten, da es eine Ausbildung für Physiotherapeuten in dieser Form nicht gibt. Fragt man – bundesweit – die Kollegen nach einer Definition oder einer Möglichkeit, sich in diesem Bereich weiterzubilden, erntet man zumeist nur Achselzucken.

Dabei liegen die Probleme ziemlich deutlich auf der Hand.

- 1.) Die Manuelle Medizin bietet sowohl dem Arzt als auch dem Physiotherapeuten die Möglichkeit, in gestaffelten und aufeinander folgenden Kursen (vgl. MM 2003/41: 68 ff.) die Manuelle Therapie zu erlernen. Zunächst besuchen noch beide Berufsbilder die IT-Kurse und die ersten beiden Kurse LBB und HSA gemeinsam. Danach kommt es dann zu einer getrennten Fortsetzung. Dies ist sinnvoll, da am Ende der Weiterbildung mit dem Abschluß des Manual-Therapeuten und des Chiropraktikers eigenständige und dem jeweiligen Berufsbild entsprechende Voraussetzungen zur Durchführung des Gelernten gegeben sind. Der Unterschied ist (auch für viele Laien zur Erklärung), dass der Physiotherapeut im wesentlichen seine Techniken in der Mobilisation der reversiblen Funktionsstörung anwendet, während der Arzt durch die Möglichkeit der Manipulation - also der gezielten Durchführung eines Impulses im betroffenen Gebiet - eine Funktionsverbesserung erreicht. Dass sich die gelernten Techniken für beide Berufsgruppen zum Teil stark überschneiden oder gar decken, bedingt es, dass der Physiotherapeut bei entsprechender Durchführung ebenfalls die Möglichkeit der Manipulation in den Händen hat. Dies darf aber – und das ist meine feste Überzeugung – nicht im Bereich der hochcervikalen Region stattfinden, da dem PT ein Röntgenbild sowie Möglichkeiten einer weiterführenden Diagnostik, wie sie in den Ärztekursen gelehrt werden, fehlen.
- 2.) Bei den unter 1.) genannten Kursen, werden die zu vermittelnden Techniken am Erwachsenen gelehrt und gelernt. Dies ist unumgänglich, da man in den Kursen ja auch an sich selbst übt. Ist die Weiterbildung abgeschlossen, kann der Arzt (Orthopäde) sich im Kinderbereich weiterbilden (vgl. MM 2003/41: 80, „Sonderkurse und Seminare“). Diese Kurse in Form der Atlasterapie nach Arlen bieten dem Arzt die Möglichkeit, das Wissen um die gestörte Gelenkbeweglichkeit der hochcervikalen Region zu vervollständigen und an den kleinen Patienten anzuwenden. Ein vergleichbares Angebot für Physiotherapeuten existiert nicht. Es gibt zwar gelegentlich in der gleichen Rubrik annoncierte

„Sonderkurse“ unter der Leitung von Dr. Wilfried Coenen in Villingen, die aber oft nur mit dem Zusatz „Kurse auf Anfrage“ abgedruckt sind. Interessant wäre hierbei zu wissen, ob es für diese Kurse nicht genug physiotherapeutische Nachfrage gibt, oder ob die Weiterbildung nur gelegentlich angeboten werden kann.

Somit müssen Griffe und Techniken zur Mobilisation von Gelenkfunktionsstörungen bei Kindern (und dabei ist zunächst einmal die Halsregion ausgenommen) in individueller Feinarbeit vom PT selbst auf den „kleineren Maßstab“ eines Säuglings oder Kleinkindes modifiziert und „ausprobiert“ werden. Vergleicht man nun die schon oben genannten Therapien Bobath und Vojta mit der Manuellen Medizin, so muß man feststellen, dass es dort eine klare Abgrenzung zwischen der Behandlung von Kindern und Erwachsenen gibt. Diese Unterscheidung, die ich für dringend erforderlich halte, gibt es in der MT flächendeckend so nicht. Hier liegt ein Problem begründet, das für die Frage der Qualitätssicherung der MT mit Kindern in Zukunft von Bedeutung sein wird.

Der Physiotherapeut als Grenzgänger zwischen Kinderarzt und Orthopäde

Der Physiotherapeut ist als „Heilmittelerbringer“ auf die Verordnung des Arztes angewiesen. Arbeitet er mit Säuglingen und Kindern, so liegt es nahe, dass seine Patienten vom Kinderarzt überwiesen werden. Die Indikation zur Therapie findet der Kinderarzt zumeist im Rahmen der U-Untersuchungen, bei denen er u.a. die sensomotorische Entwicklung des Kindes überprüft. Je nach Ausbildung und Wissensstand des Pädiaters kommt es vor, dass der Patient aufgrund z.B. einer Asymmetrie (v.a. der auffälligen Kopfschiefhaltung) zur Therapie geschickt wird. Zu diesem Zeitpunkt ist aber oftmals die eigentliche Ursache noch nicht bestimmt. Jetzt ist der Physiotherapeut gefragt, der ohnehin einen – seinem Wissensstand entsprechenden – Befund des Patienten macht und dann mit den jeweiligen Untersuchungsmethoden zur Diagnose einer Kopfgelenksfunktionsstörung gelangen kann. Es kommt allerdings nicht selten vor, dass Säuglinge oder Kinder mit einer Kopfgelenksblockade gar nicht erst entdeckt werden. Frei nach dem Motto: „Es kann nicht sein, was nicht sein darf“ werden die Mütter von ärztlicher Seite mit dem Hinweis beruhigt: „Das verwächst sich schon“.

Eine andere Möglichkeit ist, dass die Mutter mit ihrem Kind im Rahmen der Diagnostik zum Ausschluß einer Hüftdysplasie zum Orthopäden geschickt wird. Hat dieser Erfahrung mit der Behandlung von Kindern, wird er die Fehlfunktion der entsprechenden Wirbelsäulenabschnitte feststellen. Dann kommt der Patient, zumeist nach einer mehrwöchigen Pause (über deren Sinn aus physiotherapeutischer Sicht noch kontrovers diskutiert werden muß!), in die Hände des Physiotherapeuten.

Im günstigsten Falle sind entweder der Kinderarzt und/oder der Orthopäde von der Möglichkeit einer Fehlfunktion der Wirbelsäule überzeugt und ermöglichen einen frühen Therapiebeginn. Im ungünstigsten Fall ist entweder der Pädiater und/oder der Orthopäde nicht genügend informiert. Dann kann es vorkommen, dass der PT auf erheblichen ärztlichen Widerstand stößt, bei dem es u.U. auch schon einmal bis hin zum Vorwurf des „nicht-akademischen Potenzhabes“ kommen kann. Dies ist dann das Ende eines traurigen Kompetenzgerangels, das einzig und allein auf dem Rücken der Patienten ausgetragen wird.

Konsequenz für die Therapie

Ohne das vorangegangene Beispiel zu dramatisieren, muß aus der Sicht des PT folgendes klargestellt werden:

- Die Ausbildung des Pädiaters reicht oftmals nicht aus, um effektiv anhand von strukturierten Untersuchungsmethoden eine Kopfgelenks- oder SIG-Blockade zu diagnostizieren. Dies ist ein Faktum, welches offenbart, dass bei einer Vielzahl der in der

Krankengymnastik befindlichen Säuglinge die Behandlung nicht durch den Kinderarzt initiiert wurde, obwohl - nach der Aussage der Mütter - eine Asymmetrie beim Kind in deutlicher Form schon früh vorlag (z.B. geburtstraumatisch bedingt).

- Die z.T. mangelhafte Zusammenarbeit zwischen dem Kinderarzt und dem Orthopäden ist aus gesundheitspolitischen Gesichtspunkten zwar verständlich, kann jedoch nicht darüber hinweg täuschen, dass es oftmals der PT ist, dem nach der Überweisung des Kindes durch den Kinderarzt die Aufgabe zufällt, die Patienten nach einer entsprechenden Diagnostik zum Orthopäden zu schicken. Dies geschieht für den PT auf einem schmalen Grat, zumal es ihm offiziell gar nicht erlaubt ist, Diagnosen zu stellen. Je nach Orthopäde führt dies sogar dazu, dass dann die Rückmeldung kommt, die Diagnose habe der Arzt zu stellen.
- Die in dem Beitrag von I. Seifert, R. Sacher und M. Riedel schon zitierte uneinheitliche Nomenklatur ist nicht alltags-tauglich und erschwert je nach Lage der Situation die Konversation zwischen Arzt und PT (Zitat: „Wir nennen das nicht KISS, das ist ein Modewort.“).
- Es sollte im Rahmen einer Arbeitsgruppe (bestehend aus Ärzten und PTs) eine Art Curriculum erarbeitet werden, in dem u.a. die diagnostischen Kriterien zusammengefasst werden. Zudem sollte durch Studien einer breiten medizinischen und auch der übrigen Öffentlichkeit die Wirksamkeit der Behandlung zugänglich gemacht werden.
- Genauso wie im Beitrage von I. Seifert, R. Sacher und M. Riedel gefordert, dass der Arzt sich von der Qualifikation des PT überzeugen sollte, so benötigt der PT eine Liste derjenigen Ärzte, die befähigt sind die Therapie von Säuglingen durchzuführen, da auch bei diesem Berufsbild unterschiedliche „Qualitäten“ zu erkennen sind. Eine offizielle Liste (in den Händen der lehrenden Institute) über die weitergebildeten Ärzte und PTs in diesem Bereich könnte, für alle Betroffenen zugänglich, ein weiteres Qualitätsmerkmal der Manuellen Medizin mit Kindern darstellen.

Ausblick

Der PT, der sich auch Manual-Therapeut nennen darf und mit Säuglingen und Kindern arbeitet, hat unweigerlich ein großes Interesse an der Zusammenarbeit mit dem Arzt. Ich bin froh über das mir in den Schoß gelegte Handwerkszeug, welches es mir ermöglicht, dem Patienten nach der Diagnose manual-medizinisch weiterhelfen zu können. Ich befürworte ausdrücklich bei vorliegender Kopfgelenksproblematik die Überweisung zum Orthopäden, der sich in Therapie von Säuglingen und Kindern weitergebildet hat.

Bei der Aufklärung der Kinderärzte über das skizzierte Thema sind sowohl die Vertretungen der Manual-Mediziner (DGMM) als auch die Universitäten gefragt, die die Studierenden zu Kinderärzten und Orthopäden ausbilden.

Die Physiotherapeuten sollten die Möglichkeit haben, sich durch entsprechende Kurse – sowohl diagnostisch als auch therapeutisch – weiterzubilden, um dann im Rahmen der Qualitätssicherung die flächendeckende Behandlung der entsprechenden Krankheitsbilder zu gewährleisten. Hierbei ist auch die Frage offen, ob es zu einer Kontaktaufnahme zu den anderen Weiterbildungsmöglichkeiten für Physiotherapeuten kommen sollte (v.a. Bobath und Vojta), um in diesen Fortbildungen die Thematik der Kopfgelenksblockaden wenigstens in Form einer Kurzdarstellung einfließen zu lassen.

Die Physiotherapeuten sollten über qualitativ hochwertige Arbeit die Zusammenarbeit mit den Ärzten suchen. Faktoren wie Zeitmangel und Geldsorgen im Gesundheitswesen dürfen nicht über die Folgen einer Nicht-Behandlung für Kind und Eltern hinweg täuschen.

Tobias Bergerhoff
Therapie für Kinder



Praxis für Krankengymnastik
Schlebuschweg 26, 21029 Hamburg
E-Mail : kontakt@therapiefuerkinder.de