

Bachelor / Masterstudiengang

Osteopathie

**Behandlung eines auffälligen Kindes
mit Funktionsstörung der oberen HWS**

Ein Fallbericht

von

Hartmut Bütke

Matrikelnummer

7000409

Westersteder Str. 63

26316 Varel

Tel. 0 44 56 – 94 83 11

E-Mail: hartmut.buethe@web.de

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung	2
2. Anamnese	
2.1 medizinische Anamnese	2
2.2 soziale Anamnese	3
3. Untersuchung	
3.1 Befund im Stand	4
3.2 Cranialer Befund	4
4. Diagnose	5
4.1 Differentialdiagnose	5
5. Behandlungsplan	6
6. Prognose	6
7. Behandlung	7
8. Ergebnisse	8
9. Diskussion	8
10. Literaturverzeichnis	13
11. Anhang	

In der vorliegenden Arbeit wird über die Verhaltensauffälligkeit eines Grundschulers berichtet, deren Begründung nicht in den üblichen Diagnosen wie KISS Syndrom, TAS oder ADHS liegt. Die Symptome gingen nach mehrjähriger ergotherapeutischer und osteopathischer Behandlung soweit zurück, dass der Patient inzwischen in der Lage ist, seinen Alltag weitgehend ohne Konzentrationsstörungen und Kopfschmerzen zu bewältigen. Er besucht seit einem Jahr erfolgreich das Gymnasium.

Im September 2009 kam M. mit seiner Mutter in meine Praxis. Diagnose des Hausarztes: Atlasfehlstellung, Beckenverwringung mit der Verordnung:
6 x Manuelle Therapie.

M. war zu diesem Zeitpunkt 8 Jahre alt und ging in die 2. Klasse der Grundschule. Er spielte in seiner Freizeit Handball und trainierte Jiu Jitsu.

Seine Mutter erzählte mir, dass M. häufig Becken- und Hüftschmerzen hatte und unter deutlichen Kopfschmerzen litt. Die Ergotherapeutin äußerte aufgrund seiner schiefen Kopfhaltung den Verdacht einer KISS Problematik.

Auf mich machte M. anfangs einen zurückhaltenden Eindruck. Er bestätigte die von seiner Mutter beschriebenen Beschwerden.

Die ersten Behandlungen in Begleitung seiner Mutter verliefen verhältnismäßig ruhig. Zu Beginn war er abgelenkt und zappelig und lenkte seine Aufmerksamkeit auf alle möglichen Dinge und Situationen um sich herum. Nach einigen Minuten wurde er dann ruhiger und ließ sich auf die Therapie ein. Als er später ohne Begleitung zu mir kam, war sein unruhiges Verhalten ausgeprägter und erschwerte teilweise die Behandlung.

M. war schlank und lang und seinem Alter entsprechend körperlich normal entwickelt. Seine Familie bot auf den ersten Blick keinen ersichtlichen Grund für eine Fehlentwicklung im psychosozialen Bereich des Jungen. Die Mutter war halbtags berufstätig, der Vater Berufssoldat. Er brachte seinen Sohn nur selten zu den Behandlungsterminen und blieb während der Behandlung im Wartezimmer.

In Gesprächen erfuhr ich von M., dass er sich immer sehr auf seinen Vater freute. Manchmal wurde er auch von seinem Opa gebracht und abgeholt. Später kam er allein zur Therapie. M. hat noch eine 3 Jahre ältere Schwester.

Durch ein späteres Gespräch mit der Lehrerin erfuhr ich, dass M. sich während des Unterrichtes eher zurückzog, während er in den Pausen „richtig aufdrehte.“ Er provozierte gern, weinte aber sehr schnell, wenn er seinerseits geärgert wurde.

Die Lehrerin stellte einen deutlichen Leistungsabfall im Laufe des Unterrichts fest. Nach einer bestimmten Zeit konnte er sich nicht mehr konzentrieren, was sich besonders in seinen Klassenarbeiten zeigte: Die ersten Sätze waren fehlerfrei, während sich im Rest seiner Arbeit die Fehler zunehmend häuften.

Die Mutter hatte eine normale Schwangerschaft. M. kam durch Kaiserschnitt zur Welt. Er wurde nach 6 Monaten abgestillt, da er früh zahnte. In den ersten drei Monaten schrie M. viel. Ein Nabelbruch wurde im 2. Lebensmonat behandelt.

Seine Entwicklung verlief nach Aussagen der Mutter normal.

Die Untersuchungen U1 bis U3 beim Hausarzt waren ohne Befund.

M. ließ die Krabbelphase aus und begann recht früh mit dem „Bärengang“ (Vierfüßlerstand). Zur Untersuchung U4 war der Mutter aufgefallen, dass M. beim Malen fortwährend den Stift von der linken in die rechte Hand wechselte, und sie bestand auf Klärung. 2005 verordnete daraufhin der Hausarzt Ergotherapie mit der Diagnose: Entwicklungsverzögerung.

Die Ergotherapeutin stellte fest, dass sich M. schnell ablenken ließ, unkonzentriert arbeitete und viel Zeit für seine Aufgaben brauchte. Im Sommer 2009 übernahm eine andere Ergotherapeutin M.'s Behandlung. Sie bemerkte, dass der Kopf schief ist und äußerte den Verdacht der KISS Problematik.

Daraufhin wurde M. vom Hausarzt zur Atlastherapie und zusätzlich zur orthopädischen Diagnostik überwiesen. Bei der Atlastherapie wurde eine C0 – Blockade festgestellt und behandelt, laut Aussage von M. und seiner Mutter mit Erfolg. Der Orthopäde hielt eine Therapie für unangemessen. Der Hausarzt verordnete daraufhin zusätzlich zur Ergotherapie Manuelle Therapie.

Meine Untersuchung im Stand ergab:

- Gesäßfaltenasymmetrie rechts tiefer
- Beckenschiefstand christa illiaca rechts tiefer

- Links konvexe Seitneigung der Brustwirbelsäule
- Höhenasymmetrie der Scapula angulus inferior rechts tiefer
- HWS Seitneigung rechts mit Rechtsrotation
- Deutliche Vorfußbelastung
- Ventrale Beckenkipfung
- Schultern in Protraktion
- HWS in leichter Translation
- Thorax / Sternum links konvex
- Kopf HWS in Seitenneigung rechts in Rechtsrotation
- Das rechte Auge erschien kleiner als das linke.
- Das global Listening aus dem Stand ergab einen Zug nach dorsal rechts.
- Die Bewegungsprüfungen aktiv und passiv ergaben ein posteriores Os ilium rechts
- Restriction L5 / S1, L4 / 5, TH6 / 7, TH5 / 6, C3 / 4, C0 / 1
- Das global Listening aus der Rückenlage ergab eine Restriktion des Diaphragma urogenitale, der Flexura coli dextra und der ventralen Halsfaszie.

Die craniale Untersuchung ergab folgenden Befund:

- Restriktion der SSB in Latflex links und Rotation rechts
- Restriktion Sutura coronales und des Os temporale rechts in posterior und Innenrotation
- Koordinationstests wie Überkreuzungsbewegungen Hand Knie (Braingym) und Einbeinstand mit geöffneten Augen und gestreckten Armen waren unzureichend, so dass ich den Test mit geschlossenen Augen und überstrecktem Kopf nicht mehr vornahm.

Meine Diagnose : KISS Syndrom. Hierbei handelt es sich um eine kopfgelenksinduzierte Symmetriestörung, die im Kindesalter zu Verhaltens- und Haltungstörungen verantwortlich sein kann.

Durch die Schiefhaltung des Kopfgelenkes kann es zu neurophysiologischen Störungen wie Dauerschreien bei Säuglingen, Tonusveränderungen der Muskulatur,

Verdauungsbeschwerden, Erbrechen, Mundschlussstörungen, Koordinations- und Gleichgewichtsdefiziten und Schlafstörungen kommen. Ebenso sind Kopfschmerzen sowie Beeinträchtigungen des Hör- und Sehvermögens bekannt. Weiter wird beschrieben, dass Kinder unter Konzentrationsschwächen leiden, leicht abzulenken, reizbar, unruhig und unaufmerksam sind.

Coenen beschreibt die Bedeutung des Cervico occipitalen Übergangs. Dieser beeinflusst die neuromotorische Entwicklung des Säuglings und ist zuständig für die Körperkontrolle, Gleichgewichtsreaktion und Raumorientierung. Weiter beschreibt er den Zusammenhang zwischen Körperkontrolle und Orthografie, so dass sich nach manualtherapeutischer Behandlung die schulischen Leistungen verbesserten.

(Coenen, 2010)

Auch Biedermann beschreibt den Zusammenhang zwischen Kopfgelenksfehlstellungen mit Entwicklungsproblemen und propagiert eindringlich die frühestmögliche Behandlung schon im Säuglingsalter. (Biedermann, 2007)

In einer Einzelfallstudie behandelte die Osteopathin Annika Blom einen 6 Monate alten Säugling mit craniosacralen Techniken. Symptome waren auch hier Kopfasymmetrie, Opisthotonus , Erbrechen, Schlafstörungen, gesteigerter Speichelfluss und motorische Probleme. In einer Behandlungsserie von neun Wochen verminderten sich die Beschwerden. Erbrechen und Schlafstörung verschwanden nach 2 Behandlungen, die Kopfasymmetrie verminderte sich deutlich.

(Blom, ohne Jahresangabe)

In einer logopädischen Bachelorarbeit von Yasemin Mertol et al. wird die Auswirkung der manuellen Therapie beim KISS Syndrom dargestellt. Die Logopäden stellten einen Zusammenhang zwischen Sprachentwicklung und Blockierungen der oberen Halswirbelsäule fest. (Mertol et al. 2011)

S. Iliaeva et al. stellte in ihrer Studie fest, dass es aufgrund von Kopfgelenksblockierungen zu Flusstörungen der Arteria vertebralis kommt, die nach manualtherapeutischer Behandlung aufgehoben wurden.

In Zusammenarbeit mit der Hebamme Frauke Tiedemann untersuchte Barbara Bredner in einer Studie 138 Säuglinge, von denen 54% eine Funktionsstörung der Wirbelsäule aufwiesen, 31% allein in der Halswirbelsäule. Die Untersuchungen wurden durchgeführt von 6 Orthopäden in Zusammenarbeit mit Frauke Tiedemann.

(Bredner et al, 2002)

Häufige Haltungsasymmetrien sind:

- Schiefhals
- Gesichts- / Schädelasymmetrie
- skoliotische Veränderungen
- Beckenschiefstand
- Sichelfuß
- Mundschlussstörung
- Auffälligkeiten im Bereich Konzentration und Verhalten

M. `s Symptome äußerten sich in häufigen Kopfschmerzen, Asymmetrien in Kopf- und Wirbelsäulenstrukturen. Präsent waren Schmerzpunkte im Bereich der Kopfgelenke paravertebral und Beckenregion. Bei Gleichgewichts- und Koordinationstests offenbarte er seine Schwächen. Auffällig waren seine leichte Ablenkbarkeit und seine Konzentrationsschwäche. Als Differentialdiagnose kommen in Betracht:

- Muskulärer Schiefhals
- Okulärer Schiefhals
- Einseitige Schwerhörigkeit
- Störung des Gleichgewichtsorgans im Innenohr
- Einseitige atlanto – occipitale Fusion
- Springomyelie / Syring
- Skoliose
- ADHS
- Entzündung der HWS
- Tumoren

Zielsetzung meiner Therapie war die Erlangung der Schmerzfreiheit meines Patienten. Wesentlich war, möglichst alle Einflüsse auszuschließen, die M. `s weitere Entwicklung stören könnten. Dazu gehörte nach meinem Empfinden vorrangig die Beseitigung der Kopfschmerzen, gefolgt von therapeutischen Maßnahmen zur Stärkung seiner Konzentration und zur Stabilisierung seines inneren Gleichgewichts.

Für seine Funktionsstörungen in der Wirbelsäule und im Becken waren der Kapselbandapparat wie auch Muskeln und Faszien verantwortlich. Sie wurden mit HVLA Techniken und Gelenkmobilisationstechniken behandelt.

Für seine Restriktion im rechten Oberbauch sowie des Diaphragma urogenitale wählte ich direkte und indirekte Techniken aus Rücken- und Seitlage.

Die ventralen Halsfaszien behandelte ich in Rückenlage mit direkten und indirekten Techniken.

Bei den cranialen Läsionen entschied ich mich ebenfalls für die direkten und indirekten Techniken.

Die Ursachen für M. 's Kopf-, Hüft- und Beckenschmerzen lagen primär im parietalen System, d. h. im Bereich von Knochen, Bindegewebe wie Gelenkkapseln- und Bänder sowie Muskeln. Der Heilungsprozess des Gewebes (Kollagen Typ 1) beansprucht in der Regel einen Zeitraum von ca. 6 Wochen. Die anschließende Umbauphase kann bis zu 2 Jahre dauern, wobei hier in unterschiedlicher Literatur ein Zeitraum von 12 bis 24 Monaten angegeben wird. So beschreibt Streek eine Umbauphase von 300 bis 500 Tage bei Kollagen Typ 1. (Streek et al., 2006)

Demzufolge setzte ich mir für die komplette Therapie einen Zeitrahmen von 1,5 bis 2 Jahren. Die akuten Symptome sollten sich nach 6 Behandlungen von jeweils 20 bis 30 Minuten deutlich verbessern. Für die Problematik Konzentration und Verhalten fehlten mir zu diesem Zeitpunkt vergleichbare Erfahrungen. Hier musste ich auf Fachliteratur und Fachgespräche mit Kollegen zurückgreifen. Eine stichhaltige Prognose konnte ich zu diesem Zeitpunkt nicht erstellen.

M. erhielt parallel zu meiner Behandlung Ergotherapie. Außerdem war er privat mehrmals in der Woche sportlich aktiv. Um seine Motivation zu erhalten, vereinbarte ich mit der Mutter zunächst einen Behandlungsrhythmus von einmal wöchentlich.

In einem Zeitraum von 21 Monaten wurde M. insgesamt 64 Mal behandelt, jeweils 20 bis 30 Minuten.

Da die stärkste Beeinträchtigung für M. seine Kopfschmerzen waren, stand die Beseitigung dieser Beschwerden für mich im Vordergrund.

Ich konzentrierte mich auf die Therapie der Wirbelsäule und des Beckens. Hierbei erfolgte die Manipulation des Os ilium rechts, L5/S1, L4/L5, TH6/7, TH5/6, C3/C4 mit einer HVLA-Technik. ISG und LWS aus Seitlage, thoracal und cervical aus Rückenlage. Den Bereich C0/C1 versorgte ich zunächst mit einer BLT-Technik. Mein Ziel war es, die parietalen Funktionsstörungen der Wirbelsäule aufzuheben und somit den fluidalen Rhythmus zu unterstützen. Da es immer wieder zu Rezidiven kam, war eine ständige Wiederholung der Techniken im Laufe der Therapie erforderlich. Da ich vor jeder Behandlung das global Listening aus der Rückenlage durchführte,

behandelte ich die Diaphragmen je nach Befund. Hierbei bevorzugte ich die indirekte Technik.

Als sich M. 's Zustand im weiteren Verlauf stabilisierte, verlegte ich den Schwerpunkt auf die craniosacrale Ebene.

Für mich auffällig waren von Anfang an die Spannungen in seinem Kopf, fest und unnachgiebig, ein schwacher, leicht unterdrückter primär respiratorischer Mechanismus (PRM). Ich behandelte die Synchondrosis sphenobasilaris mit einer indirekten Technik. Die Restriktion der Sutura coronalis wurde durch ein Disengagement gelöst. Das Os temporale wurde unter anderem mit der Finger-im-Ohr-Technik behandelt. Die Falx cerebri und das Tentorium behandelte ich über das Os frontale, Os parietale, Os occipitale, Os temporale sowie das Os sphenoidale. Hierbei wandte ich unter anderem Techniken an wie z. B. Hebetchnik des Os frontale, Spread Technik der Os parietale, Ohrzugtechnik am Os temporale sowie die Kompressionstechnik der SSB und CV-4-Technik, die die Liquorproduktion und das primär respiratorische System stärken soll.

Unter anderem setzte ich die sog. Duraschaukel oftmals zum Abschluss der Behandlung ein. Dies diente der Synchronisation des Os occipitale mit des Os sacrum.

Die Resultate der Behandlung waren insgesamt für mich positiv zu bewerten. M. 's Kopfschmerzen ließen deutlich nach. Es kam zwar immer wieder zu Rezidiven, die aber meist in der Funktionsstörung der oberen HWS sowie der oberen BWS lagen. Sie ließen sich innerhalb einer Behandlung mit HVLA bzw. Gelenksmobilisationstechniken lösen. Ich schrieb die Rezidive seinen sportlichen Aktivitäten zu. Seine Hüft- und Beckenschmerzen verschwanden nach 12 bis 15 Behandlungen komplett. Seine Asymmetrien im Bereich Becken und Brust waren nach 6 Monaten deutlich geringer. Seine Vorfußbelastung hob sich auf, der Schwerpunkt verlagerte sich deutlich nach dorsal in Richtung Malleolus lateralis. Sein primär respiratorischer Mechanismus war deutlich spürbar. Der Koordinations- und Gleichgewichtstest war unauffällig.

Im Bereich Konzentration und Aufmerksamkeit, Handlungsplanung und visuelle Wahrnehmung machte M. große Fortschritte, was auch von der Ergotherapeutin bestätigt wurde. In der Schule nahm M. aktiver am Unterricht teil, war umgänglicher

und ausgeglichener, was sich positiv auf seine Leistungen auswirkte. Heute besucht er die fünfte Klasse des Gymnasiums mit zufriedenstellenden Erfolgen.

—

M. kam mit einer vom Hausarzt ausgestellten Verordnung mit der Diagnose: *Atlasfehlstellung* in meine Praxis. M. litt unter anderem unter Kopf- und Hüftschmerzen. In der Anamnese und Untersuchung stellten sich Auffälligkeiten im Bereich Konzentration, Verhalten und Koordination heraus. Er war aus diesen Gründen bereits seit 4 Jahren zwischen 2005 und 2009 in Behandlung. Es stellte sich im Gespräch mit M. 's Mutter heraus, dass die Ergotherapie nur schleppend vorankam. Aufgrund meiner manuellen Behandlung verbesserte sich sein subjektives Befinden, die Asymmetrien hoben sich auf, seine motorischen Störungen ließen nach, er änderte sein soziales Verhalten und steigerte seine schulischen Leistungen.

Häufig wird bei betroffenen Müttern und auch Therapeuten von einer Behandlungsdauer von 1-2 Sitzungen gesprochen, die nötig sind, um die Auswirkungen der Kiss - Symptomatik zu beseitigen.

Ich bin der Meinung, dass eine wesentlich umfangreichere Diagnostik erforderlich ist, um ein umfassendes Bild der Problematik zu erhalten. Wie hier bewiesen wurde, bedarf es einer differenzierten Herangehensweise.

Für mich stellt sich oftmals die Frage: Warum diagnostiziert nur der Arzt?

Bei genauerem Hinsehen besteht die ärztliche Diagnose aus Anamnese, aktiven Tests und bildgebenden Verfahren. Die gelenksspezifische Untersuchung, speziell die segmentale Überprüfung der Wirbelsäule, wird in den meisten Fällen unterlassen. Gespräche mit Ärzten ergeben, dass aus unterschiedlichsten Gründen eine eingehende Diagnose nicht durchgeführt wird; und die manualtherapeutische Untersuchung hat in Deutschland noch keinen maßgeblichen wissenschaftlichen Stellenwert.

Zwischen Kopf und Becken liegen 52 Gelenke, Kopfgelenke bis einschließlich Iliosakralgelenke. Es ist nicht möglich, die Blockade eines einzelnen Gelenkes bei einer aktiven Bewegungsüberprüfung zu erkennen. Ebenso wenig ist es möglich, in einem bildhaften Verfahren ein bewegungsgestörtes Gelenk zu diagnostizieren. Aus dieser Tatsache ergibt sich, dass wir den Manualtherapeuten brauchen, da er in der Lage ist, dieses Defizit zu erfüllen. Man sollte also die Kompetenz dieses

Berufsstandes anerkennen und der Beweisführung des Therapeuten mehr Aufmerksamkeit widmen.

Es darf in der Diagnostik nicht sein, dass es etwas nicht gibt, nur weil ein Arzt es nicht fühlen kann. Viele Ärzte und auch medizinisches Fachpersonal haben das Palpieren nicht gelernt und sollten dem entsprechend keine Aussagen treffen dürfen. Vielmehr sollte es so sein, dass manualtherapeutisch ausgebildetes Fachpersonal eine aktive und passive Bewegungsdiagnostik übernehmen darf.

Die Gefahr einer nicht genau ausgearbeiteten Diagnose durch den Arzt besteht möglicherweise darin, dass der Behandler diese Diagnose nicht mehr in Frage stellt. So kann es zu falschen Therapien kommen, wodurch die wirkliche Ursache der Erkrankung nicht oder verspätet erkannt und im günstigsten Fall noch verzögert behandelt wird. Es ist also dringend erforderlich, als Therapeut eine eigene Diagnose zu erstellen, auch mit dem Mut, die Argumentation des Arztes zu kritisieren.

Für mich stellt sich die Frage: brauchen wir überhaupt eine Diagnose, die uns unter Umständen irreführt und, was die Behandlungsmöglichkeiten betrifft, gesetzlich einschränkt. Sollten wir den Fokus nicht vielmehr auf die Leitsymptomaten legen und diese behandeln.

Meiner Meinung nach ist es sinnvoll, die durch den Arzt diagnostizierte Ursache wie hier die Atlasfehlstellung sekundär zu beachten. Indiziert ist die Behandlung der einzelnen Symptome und der untersuchten und herausgefundenen Funktionsstörungen, um so schrittweise der Ursache auf die Spur zu kommen.

Vorliegende Symptome sind Fehlhaltungen, Tonusveränderungen, Asymmetrien, Schmerzzustände, Verdauungsstörungen, Koliken, Bewegungsstörungen in Form von Hyperaktivität, Hypoaktivität, Paresen, Gleichgewichtsstörungen, Störungen der Grob- und Feinmotorik, Störungen der Sinnesorgane, Auffälligkeiten im psychosozialen Verhalten, Lern- und Leistungsschwächen. Oft wird das Kind einseitig therapiert: Kinder mit einer infantilen Zerebralparese sowie Kinder mit sensomotorischer Dyskybernese werden häufig mit Medikamenten, Ergotherapie oder auf neurophysiologischer Grundlage vornehmlich aktiv behandelt. Jedoch werden oftmals Gelenkfunktionsstörungen wie Kontrakturen und Blockaden ignoriert, ungeachtet der Tatsache, dass die intellektuelle Entwicklung eng mit der motorischen Entwicklung verbunden ist.

Eingesetzt werden überwiegend Behandlungen nach Bobath und Vojta sowie die Ergotherapie, psychologische und sozialpädagogische Betreuung.

Zum Bobath Konzept gibt es bis heute keine Studien. Es besteht seit 1943 und wurde von Bertha Bobath, Physiotherapeutin und Karel Bobath, Kinderarzt und Neurologe, entwickelt.

Das Bobath Konzept basiert auf einer ständigen Wiederholung von Bewegungsmustern. Hierbei sollen ungenutzte Hirnareale die Funktionen der geschädigten Hirnareale übernehmen.

Die Behandlung nach Bobath wird von den gesetzlichen Krankenkassen übernommen.

Der tschechische Kinderneurologe Vaclav Vojta, 1917 – 2000, hat zahlreiche Studien durchgeführt, jedoch oftmals ohne randomisierte Kontrollgruppen und ohne standardisiertem Untersuchungsinstrumentarium.

Ziel der Vojta - Therapie ist es, durch bestimmte Druckpunkte an zehn Auslösungspunkten Reflexe zu erzeugen, die zu autonomen Reaktionen führen. Diese sollen die willkürliche Motorik positiv beeinflussen.

Vojta war zuletzt in München im Kinderzentrum als Leiter der Kinderrehabilitationsabteilung tätig.

Seit 1976 gibt es in Deutschland die gesetzlich geschützte Berufsbezeichnung Ergotherapeut. Sie entwickelte sich nach dem 2. Weltkrieg aus der Zusammenlegung der Beschäftigungs- und Arbeitstherapie, die bereits Mitte des 18. Jahrhunderts in Frankreich erwähnt wurde. Ziel der Ergotherapie ist die zufriedenstellende Ausführung alltäglicher Handlungen und die damit verbundene selbstbestimmte Teilhabe am soziokulturellen Leben. Dies soll erreicht werden durch geeignete Übungen und den Einsatz von Hilfsmitteln.

Keine der oben genannten Therapieformen beschäftigt sich ausreichend mit der Diagnostik und Behandlung von Funktionsstörungen und Blockaden eines Gelenkes und den damit verbundenen Restriktionen im viszeralen und parietalen Bereich.

Nach meinem Dafürhalten ist es bedenklich, bei einer sogenannten Atlasfehlstellung oder einem Kiss Syndrom ausschließlich den Atlaswirbel zu behandeln. Im Falle Marian weist der Atlaswirbel eine sekundäre Funktionsstörung auf. Gleichrangig sind seine Störungen und Restriktionen im Abdomen, in den Schädelstuturen und im

thorakalen und lumbalen Bereich sowie im ISG vorhanden. Sie können durch eine Atlasbehandlung nicht beseitigt werden.

Als Instrument zur ganzheitlichen Feststellung einer Erkrankung und Therapie betrachte ich die Osteopathie als ein unverzichtbares Glied in der Kette aller möglichen Heilmethoden.

Literaturverzeichnis

Biedermann, H., Dr. med., 2007 , KISS Kinder, Georg Thieme Verlag, Stuttgart, 3. Auflage, S. 128

Blom, A., Delmenhorst, Einzelfallstudie: Plagiozephalie und KISS-Syndrom

www.bao-osteopathie.de/up/abstracts/abstract_blohm_annika.pdf

Bredner, B., Tiedemann, 2002, F., Fallstudie: Wirbelsäulenfunktionsstörungen bei Säuglingen

www.bredner.de/assets/docs/WS-Studie%202.pdf

Internetrecherche 15.04.2012, 11:24

Coenen, W., Dr. med., 2010, Manuelle Medizin bei Säuglingen und Kindern, Springer Medizin Verlag Heidelberg, S. 48, 95, 138.

Iliava, S., Kellner, M.W., 2005, Manuelle Medizin bei Kindern, Pilotstudie, Doppler sonografische Untersuchung der Arteria vertebralis nach manualtherapeutischer Behandlung funktioneller Störungen der Kopfgelenke, online Publiziert 18.11.2005, Springer Verlag

www.dr-iliaeva.de/images/art/artikel5.pdf

Internetrecherche 15.04.2012, 11:18

Mertol, Y. Kukla, H., Weidmann, E. 2011, Fallstudie Bachelorarbeit: Auswirkungen der manuellen Therapie bei Kindern mit KISS-/KIDD-Syndrom auf Artikulation und myofunktionelle Fähigkeiten

www.manmed.org/wp.../08/Bachelor_1107_Sprachentwicklung.pdf

Internetrecherche 15.04.2012, 11:13

Streek, U., Focke, J., Klimpel, L. Dr. med., Noack, D.-W. Dr. med., 2006, Manuelle Therapie und komplexe Rehabilitation, Springer Medizin Verlag Heidelberg, Band 1, S. 20