Erst Schreien, dann Totenstille

Manuelle Therapie kann Babys den Kopf kosten

© [M] Rosemarie Gearhart / iStockphoto.com

Der therapeutisch gewünschte Aktivierungszustand äußert sich bei Säuglingen während der Behandlung oft durch Schreien – so steht es auf den Webseiten der internationalen Vojta-Gesellschaft, einer Fachorganisation für die Physiotherapie nach Vojta, zu lesen. Geschrien haben die beiden unten beschriebenen Säuglinge während ihrer Behandlung zunächst auch. Dann wurden sie ruhig. So ruhig, dass die zu Hilfe gerufenen Ärzte schließlich den Hirntod feststellen mussten.

Das drei Monate alte Mädchen ist mit seiner Mutter in die Praxis einer Krankengymnastin gekommen. Diagnose vom Kinderarzt: Funktioneller Schiefhals mit erhöhtem Tonus des rechten Kopfwendemuskels. Der schiefe Hals soll nun mithilfe der Vojta-Therapie seinen geraden Sitz zurückerlangen.

Zu fest gedrückt?

Das Kind wird auf den Bauch gelegt, der Kopf nach rechts gedreht, der Gesichtsrücken – in der Vojta-Terminologie der Arm, dem das Gesicht zugewandt ist – nach oben halb gestreckt. Die Krankengymnastin übt Druck auf den rechten Ellbogen und auf den rechten Oberschenkel oder die Ferse aus. Das Kind wehrt sich heftig. Es schreit laut, schwitzt am ganzen Körper. Das Kind arbeite gut, freut sich die Therapeutin und überlässt die Handgriffe nun der Mutter. Sie habe fest gedrückt, wird die Mutter später sagen, wie die Krankengymnastin es ihr aufgetragen habe.

Die ganze Prozedur dauert rund zehn Minuten. Das Kind dreht mehrfach heftig den Kopf, beugt ihn zurück, es ist völlig nassgeschwitzt und erschöpft. Die Krankengymnastin zeigt der Mutter eine Entspannungslage: Das Kind soll auf dem

Bauch liegen, die Arme parallel nach oben gelagert. Eine andere Frau bemerkt, dass das Baby nicht mehr richtig atmet. Sie fordert die Mutter auf, das Mädchen doch herumzudrehen und hochzunehmen. Als das endlich geschieht, ist es zu spät: Das Kind ist blass, seine Lippen sind blau, die Beine kalt. Die Atmung setzt aus. Eine Viertelstunde später stellt der Notarzt eine zentrale und periphere Zyanose fest, das EKG spricht für eine Asystolie. Zwar hat die Reanimation Erfolg, doch das Kind ist hirntot. Die Obduktion ergibt eine untere foraminale Einklemmung mit massivem Hirnödem, basale Kleinhirnantile sind in den Spinalkanal gepresst. Über dem kaudalen Hirnstamm ist eine Subarachnoidalblutung zu sehen. Die Adventitia beider Vertebralarterien weist Einblutungen am kraniozervikalen Übergang auf.

Bis zur Erschlaffung in tiefer Flexion gehalten

Der Fall liegt zehn Jahre zurück – erneut aufgegriffen hat ihn nun eine Gruppe von Rechtsmedizinern und ärztlichen Manualtherapeuten um Prof. Klaus-Steffen Saternus vom Institut für Rechtsmedizin in Kassel. In der Fachzeitschrift „Rechtsmedizin“ untersuchen sie auch

einen weiteren Vorfall, über den niederländische Ärzte vor zwei Jahren berichtet haben. Damals hatte ein ebenfalls drei Monate altes Mädchen sein Leben auf dem Behandlungstisch eines Kraniosakraltherapeuten gelassen. Der hatte das weinende Kind zur Behandlung geringer motorischer Unruhe nach Vojta-Art auf die rechte Seite gedreht, an Steiß und Schulter-Hals-Übergang gepackt und zehn Minuten lang in tiefer Flexion gehalten – bis das Kind erschlaffte und seine Lippen blau wurden. Das Mädchen starb auf der Intensivstation unter den Zeichen der Ischämie im vertebrobasilären Stromgebiet und des Multiorganversagens.

Reine Traktion kann wie Strangulation wirken

Saternus und Kollegen führen den Tod der beiden Kinder auf unerwartete Folgen der Krankengymnastik nach Vojta zurück. Sie weisen in ihrem Artikel darauf hin, dass reine Traktion durchaus zu Verletzungen der Arteria vertebralis führen kann, was etwa von Strangulationsverletzungen her bekannt sei. Die Autoren mahnen daher in ihrem Resümee: „Jede Technik von Krankengymnastik, aber auch von ärztlich durchgeführter Manualtherapie ist auf eine potenzielle Gefährdung der Arteria vertebralis hin zu prüfen.“ Es gebe in beiden Behandlungsformen schonende Techniken, deren Wirkung nachgewiesen sei.

(Robert Bublak)

Rechtsmedizin 2011, 21:265; Holla M et al, Ned Tijdschr Geneesk 2009, 153:A290; Jacobi G et al, Klin Pädiatr 2001, 213:76