

Ursachen, (Spät-)Folgen und manualtherapeutische Behandlung frühkindl. Asymmetri

Bearbeitet von
Heiner Biedermann

überarbeitet 2007. Buch. 144 S. Hardcover

ISBN 978 3 13 128853 0

Format (B x L): 17 x 24 cm

[Weitere Fachgebiete > Medizin > Human-Medizin, Gesundheitswesen > Medizin, Gesundheit: Sachbuch, Ratgeber](#)

Zu [Inhaltsverzeichnis](#)

schnell und portofrei erhältlich bei

The logo for beck-shop.de features the text 'beck-shop.de' in a bold, red, sans-serif font. Above the 'i' in 'shop' are three red dots of increasing size. Below the main text, the words 'DIE FACHBUCHHANDLUNG' are written in a smaller, red, all-caps, sans-serif font.

beck-shop.de
DIE FACHBUCHHANDLUNG

Die Online-Fachbuchhandlung beck-shop.de ist spezialisiert auf Fachbücher, insbesondere Recht, Steuern und Wirtschaft. Im Sortiment finden Sie alle Medien (Bücher, Zeitschriften, CDs, eBooks, etc.) aller Verlage. Ergänzt wird das Programm durch Services wie Neuerscheinungsdienst oder Zusammenstellungen von Büchern zu Sonderpreisen. Der Shop führt mehr als 8 Millionen Produkte.

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 hingenommen 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 Fehlhaltung 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).

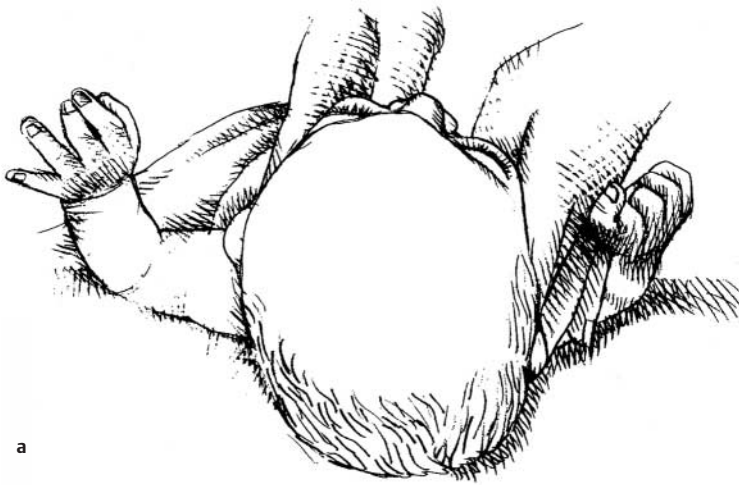


Abb. 7.1a u. b

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 Haltungsasymmetrie 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 berühmten 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.