

Kann das Säuglings- und Kleinkinderschwimmen eine wirksame Therapie sein?
Praktische Erfahrungen (R. Cherek) und Arbeitshypothesen (G. Hausmann)

Nach FELDKAMP und SENN (1989) sind Voraussetzungen und Ziele für neurophysiologische Verfahren der Krankengymnastik wie folgt definiert:

- Sie müssen für neurologisch begründete Schäden geeignet sein und Erkenntnisse der Neurophysiologie einbauen.
- Sie dürfen niemals an nur einer Körperregion ansetzen, sondern den Patienten global sehen.
- Sie sind nicht nur für Zerebralparetiker geeignet, sondern einsetzbar für alle Störungen, die mit motorischen Schwierigkeiten einhergehen.
- Sie vermitteln motorisches Lernen.
- Der Therapeut hat die Aufgabe, Bewegungen zu stimulieren, aktivieren, anzuleiten und zu kontrollieren. Psychomotorische Bewegungsförderung im Wasser, das haben praktische Erfahrungen in Ost- und Westdeutschland gezeigt, wird diesen Forderungen gerecht.

These I: Bewegungen werden geweckt

Beobachtungen

Die meisten Säuglinge, die das erste Mal am Schwimmen teilnehmen, verhalten sich völlig introvertiert. Der Blick scheint nach innen gerichtet zu sein, denn die Augen verfolgen kaum etwas Neues. Das Gesicht verrät nur geringfügig Regungen. Die Muskelspannung des gesamten Körpers ist erhöht, bei verschiedenen Schwüngen im Wasser ist der Rumpf steif. Die Arm- und Beinmuskeln fühlen sich sehr fest an, und die Extremitäten lassen sich nur schwer bewegen. Das Kind ist gespannt, was nun geschehen wird. Im Verlauf der Stunde normalisiert sich der Muskeltonus merklich. Man spürt, wie der Rumpf dem Widerstand des Wassers bei den einzelnen Übungen geschmeidig nachgibt und sich in die verschiedenen Positionen bewegen lässt. Arme und Beine lassen sich ebenfalls leicht beugen und strecken und fühlen sich locker an. Um dies deutlich zu spüren, ist es notwendig, dass die Hände des Erwachsenen das Kind locker stützen. Liegt das Kind nur auf den einander zugewandten Daumen, sind Finger- und Handgelenke und die dazu gehörenden Muskeln und Sehnen entspannt und somit sensibler, den kindlichen Körper in seinen Bewegungen zu fühlen und auch kleinste seitige Abweichungen zu registrieren. Um eine solche Entspannung zu erreichen, war es aber notwendig, dass das Kind auf dem Arm der Mutter Gelegenheit hatte, sich zu akklimatisieren, d.h. sich an die vielen neuen Reize anzupassen. Bei der Fülle von Informationen, die auf das Kind einströmen, kann es sich nur auf wenige bestimmte Reize einstellen. Nach dieser Phase der Assimilation und Akkomodation im Sinne PIAGETs werden verschiedene Übungen mit dem Kind durchgeführt (CHEREK 1981). Schwünge, die gegen den Wasserwiderstand geführt werden (helfen übermäßige Muskelspannung zu lösen. Nach anderen Übungen, bei denen Arme und Beine, aber auch der gesamte Rumpf im Wasser geführt und bewegt werden, entdeckt man eigenständige Bewegungen des Kindes, ähnlich den geführten. So beginnt es mit Armen und Beinen intensiv zu strampeln, nachdem die Extremitäten gebeugt und gestreckt wurden und die Muskulatur durch Schütteln und Kneten gelockert wurde. Nach einer anderen Übung, bei welcher der Rumpf wellenförmig - ähnlich dem Delphinschwimmen - durchs Wasser bewegt wird, kann man deutliches Beugen und Strecken in den Hüftgelenken beobachten

.Elternbefragungen, die in unserem Institut mit einhundert Eltern 1989 durchgeführt wurden (CHEREK, 1990), ergaben, dass sich mehr als 90% aller Säuglinge schon nach der ersten

oder zweiten Sande in der häuslichen Wanne viel bewegungsfreudiger verhielten als vorher. Auch außerhalb des Bades waren die Kinder aktiver. Einige Eltern berichteten von einem motorischen Entwicklungsschub nach nur wenigen Schwimmstunden. Viele Kinder erreichten schon bald den nächsten „Meilenstein“ in der Entwicklung, wobei die Eltern dies auf das verbesserte Gleichgewicht zurückführten. Wichtig zu erwähnen ist, dass im Wasser zuerst die Beine zu strampeln beginnen. Erst danach bewegen sich die Arme. Dies mag daran liegen, dass die Beine immer ins Wasser eingetaucht sind, während die Arme häufiger außerhalb sind. Unmittelbar nach dem Schwimmen sind die meisten Säuglinge müde und schlafen tief. Es ist schon vorgekommen, dass Kinder - vornehmlich adipöse und bewegungsarme - im Wasser auf dem Arm der Mutter eingeschlafen sind und zu Hause ohne Unterbrechung bis zu zehn Stunden schliefen. In der Regel sind sie aber nach zwei Stunden wieder munter. Dann aber wirken sie angeregt und sind deutlich aktiver als sonst, ihre Stimmung ist ausgeglichen und zufrieden.

Erklärungen

Das Wasser stellt für die Hautoberfläche einen Dauerreiz dar - es streichelt sie in der Bewegung und umfasst sie mit leichtem Druck. In krankengymnastischen Verfahren wird großflächiges Streicheln schon lange zur Tonusreduktion genutzt (FELDKAMP), und jede Mutter kennt Streicheln in Verbindung mit sanftem Druck als Mittel zur Beruhigung. Es ist auch altes Erfahrungsgut, dass ganz leichte, kitzelnde Reize eher beunruhigen und auf die darunter liegende Muskulatur wirksam sind; sie können eine Beugendenz der Flexoren und eine Streckendenz der Extensoren verstärken, so dass je nach emotionaler Situation eine Zu- oder Abwendereaktion entstehen kann (ROHEN 1985). Wenn im Wasser sensorische Eindrücke von vielen Hautpartien kommen und der Bewegungsdrang zunimmt, werden ein dem ZNS ohnehin innewohnendes Muster und/ oder spinale Automatismen in Gang gesetzt oder gehalten. Dabei kann es innere oder äußere Gründe der Bewegungsauslösung für das Kind geben (KATONA 1991, VOJTA 1984). Es ist auch denkbar, dass durch die labile Gleichgewichtslage im Wasser Extremitätenbewegungen verstärkt und optimiert werden. Auch solche, die zunächst noch unkoordiniert sind, können in ein gesteuertes Programm der spinalen Gangautomatismen übernommen werden. Dieses Prinzip der Lokomotion gibt es schon bei Wirbellosen (LAUFENS 1991).

Nach MUMFORD (1897) heißt dieses postulierte Muster "Instinktive Reflexschwimbewegungen«. Obwohl MUMFORD die Bewegungsbeobachtungen an seinem Baby an Land machte, hielt er die beobachteten Bewegungen zum Vortrieb im Wasser für geeignet. Seine These hat sich bei gesunden Kindern in der Praxis als richtig erwiesen (Mc GRAW 1935, BRESGES 1973, BAUERMEISTER 1984). Dass auch behinderte Kinder vom Wasseraufenthalt profitieren können, hat vor allem CHEREK (1981, 1984, 1988, 1990) in mehreren Arbeiten dargestellt.

Die spinalen Gangautomatismen sind nicht an das Vorhandensein eines intakten Großhirns gebunden (KATONA 1991, FORSSBERG 1985), es müssen allerdings nach GOSLOW (1985) drei Voraussetzungen für die Steuerung der angeborenen Lokomotion gegeben sein: Spinale Schaltkreise, periphere Information und supraspinale Steuerung. Die sogenannten Instinktiven Reflexschwimbewegungen können bei bewegungsgestörten Kindern ausgelöst werden, da die spinalen Schaltkreise - ausgenommen z. B. bei Plexuslähmungen oder Myelomenigozelen - in der Regel intakt sind. Periphere Informationen wie z.B. Oberflächen- und tiefensensible Reize werden meist ungestört aufgenommen und weitergeleitet. Ihre Verarbeitung ist jedoch in der Regel gegenüber gesunden Kindern verändert. Die Informationen aus der Peripherie fließen mit ein in die supraspinale Steuerung, die durch Emotionen sowie von olfaktorischen, vestibulären, propriozeptiven, kinästhetischen, optischen und akustischen Reizen gespeist wird. Die supraspinale Steuerung ermöglicht auch, dass sich ein Kind bei Freude oder Interesse auf Personen und Dinge zu, jedoch bei Angst oder Desinteresse von Ihnen weg bewegt.

These II: Bewegungen werden begünstigt, Sinneswahrnehmungen angeregt

Beobachtungen

Häufig nehmen Kinder mit einer Entwicklungsverzögerung, die aufgrund ihrer Dickleibigkeit gegenüber anderen Kindern erhebliche Nachteile haben, am Säuglings- oder Kleinkinderschwimmen teil. Es ist für sie mühevoller, sich gegen die Schwerkraft aufzurichten und fortzubewegen. Sie resignieren bald und ihre Inaktivität begründet die Entwicklungsverzögerung. Im tiefen Wasser hilft der Auftrieb, diese Nachteile zu mindern. Die Kinder erleben, dass sie sich doch bewegen können und auch vorwärts kommen. Schon nach wenigen Stunden weicht die Mißerfolgsmotivation einer positiven Bewegungsfreude, die dann auch auf die Bewegungen an Land übertragen wird. Da diese Kinder im Wasser auch Muskelkraft und Gleichgewichtsvermögen gewinnen, lernen sie, mit ihrem Körper in der Schwerkraft besser zurechtzukommen.

Vor wenigen Wochen kam eine Mutter mit ihrer zwölf Monate alten Tochter zum Schwimmen. Der Grund der Überweisung lautete: »Statomotorische Retardierung«. Das Kind konnte weder sitzen noch krabbeln und hatte auch nach zehnmaliger krankengymnastischer Behandlung keine Anstalten gemacht, sich motorisch weiterzuentwickeln. Schon nach drei Stunden Wasseraufenthalt rief uns die Mutter extra an und berichtete, dass sich ihre Tochter im Wohnzimmer ganz woanders befand als da, wo sie sie vorher abgelegt hatte. Bis zu diesem Zeitpunkt hatte sich ihre Tochter auch nach einer Stunde noch nie wegbewegt. Offensichtlich hatte die intensive Stimulation der basalen, körpernahen Sinne im Wasser ausgereicht, Bewegungen an Land anzuregen. Die Entwicklungsverzögerung dieses Mädchens wurde in kurzer Zeit aufgeholt. In einer Verlaufsstudie haben wir ein blindes, frühgeborenes, acht Monate altes Mädchen beschrieben, das innerhalb von neun Schwimmstunden lernte, sich mit Oberarmauftriebshilfen selbständig im Wasser fortzubewegen, wohingegen es vor dem Wasseraufenthalt nicht einmal den Kopf halten konnte (CHEREK 1990).

In einem anderen Fall wird die verbesserte Motorik durch Sinnesreize noch deutlicher. Ein vier Jahre altes Mädchen sollte laut Überweisung im warmen Wasser lernen, seine Ellbogen- und Kniegelenke zu bewegen. Aufgrund einer Zerebralparese waren die Ellenbogen in der Beugung und die Knie in der Streckung starr. Das Kind war auch schwer geistig retardiert; es konnte weder sprechen, noch reagierte es auf akustische oder optische Reize. Nach etwa zehn Stunden konnten zaghafte Bewegungen der Arme und Beine beobachtet werden, was aber der Mutter besonders auffiel, dass ihre Tochter begann, hinter den Schiffen auf dem Main herzuschauen, wenn sie auf dem Heimweg mit dem Sportwagen eine Brücke überquerte.

Das Übungsprogramm im warmen Wasser hatte zu einer verbesserten Wahrnehmungsintegration geführt.

Erklärungen

Vor allem durch den Auftrieb, der die Gravitationskraft der Erde auf ca. 1/10 ihrer Effektivität reduziert, werden Bewegungen begünstigt. Im Wasser sind den Kindern Bewegungen möglich, die ihnen an Land niemals gelingen. Das bedeutet aber auch mehr Variabilität in sonst gestörten, stereotypen Bewegungsmustern.

Voraussetzungen für eine Bewegung an Land sind nach Vojta:

1. Phasische Beweglichkeit,
2. 2. Posturale Reaktibilität und
3. 3. Aufrichtung gegen die Schwerkraft.

Im Wasser können nach unserer Ansicht posturale Reaktibilität und phasische Beweglichkeit wohl beeinflusst werden. Dabei spielen der Auftrieb und die Anregung des

Gleichgewichtssinns über Haut, Tiefensensibilität und Vestibulum eine entscheidende Rolle. Die Beweisführung, dass die Aufrichtung gegen die Schwerkraft an Land auch im Wasser allein über die beiden anderen Komponenten phasische Beweglichkeit und posturale Reaktivität, beeinflusst werden kann, bereitet uns noch Schwierigkeiten, wie auch die Wirkung des Wasserwiderstandes auf einzelne Segmente des bewegten Körpers. Bewegungen werden begünstigt durch den Einfluss des Wassers auf die Muskeltonusregulation. Erstaunlicherweise geschieht das sowohl bei hypotonem als auch hypertone Spannungszustand der Muskulatur. Dass dieses Phänomen nur auf die angenehme Wärme des Wassers (30 bis 32°C) zurückzuführen ist, erscheint nicht wahrscheinlich, angesichts hypotoner Kinder, die aktiv und nicht inaktiv werden. Es ist anzunehmen, dass es vor allem die Reize des Wassers sind, über Haut, Propriozeptoren und Vestibulum, die im Rahmen der funktionellen Systeme des ZNS diese Reize verarbeiten und letztendlich eine bessere Aufrichtung der Wirbelsäule bewirken und damit bessere Bewegungskoordination der Extremitäten ermöglichen. Nach ROHEN (1985) geschieht die Verarbeitung vestibulärer Reize im dritten funktionellen System des ZNS, im Zusammenspiel von Afferenzen aus dem Vestibulum, tiefensensiblen Reizen aus dem Körper in Steuerungseinheit mit dem extrapyramidalen System und dem Kleinhirn.

Unter den Fachleuten, die entwicklungsauffällige Kinder betreuen, ist durch die Arbeiten von AYRES (1984) die immense Bedeutung der Beherrschung des Gleichgewichts in der Sensomotorik dieser Kinder bekannt geworden. Krankengymnasten setzen vestibuläre Reize bevorzugt bei hypotoner Muskulatur ein, um eine bessere Aufrichtung des Körpers zu erreichen. Sie verwenden dabei Dreh- und Schleuderbewegungen und deren rasches Abstoppen sowie Lageveränderungen des Kopfes. FELDKAMP (1989) hält die vestibuläre Stimulation bei spastischen Bewegungsstörungen für kontraindiziert. Es gibt aber auch Krankengymnasten, die gerade hier mit Hilfe vestibulärer Stimulation in Form von Ganzkörpervibration bewusst Muskeltonussenkungen erarbeiten (HORTIEN 1991).

These III: Bewegungen werden Ökonomischer Beobachtungen

Drei Beispiele sollen zeigen, daß Säuglinge im Wasser Bewegungen entdecken und dabei lernen, diese durch Wiederholung zu optimieren. * Schon zu Hause in der Badewanne kann man mit Neugeborenen, wenn deren Nabel verheilt ist, damit beginnen, Bewegungen im Wasser hervorzulocken.

Schiebt man ein Kind, das in Rückenlage gehalten wird, zum Badewannenrand, so dass die Fußsohlen den Rand berühren und die Beine gebeugt sind, versucht es die Beine zu strecken. Schon nach wenigen Stunden drückt es sich mit den Beinen so stark ab, dass es mit Unterstützung ein Stück gleitet. Aus einer Reflexbewegung wurde ein bewusster, kräftiger Abstoß entwickelt. Während anfangs die Kinder schon mit Armen und Beinen zappeln, wenn sie im Wasser bei geringfügiger Unterstützung durch kutane und propriozeptive Stimuli dazu angeregt werden, lernen sie nach wenigen Stunden, die Bewegungen gezielt einzusetzen. Dazu wird ihnen ein Spielzeug angeboten, an dem sie Interesse zeigen und das nicht zu weit entfernt liegen darf, damit eine Chance besteht, es auch zu erreichen. Zwei wichtige Voraussetzungen bei der Motivation! Wenn das Kind sein Spielzeug erblickt, beginnt es zu zappeln. Nun wird es von den Eltern vorwärts geführt, bis es das Ziel erreicht. Bei ganz jungen Säuglingen ab drei Monaten kann man anfangs aufgeregte, parallele Beuge- und Streckbewegungen beobachten. Diese Bewegungen verändern sich zu alternierenden Beuge- und Streckbewegungen ähnlich der »Froschschwimmbewegung«. Die Kinder sind in der Lage, mit diesen Bewegungen vorwärts zu schwimmen. Je öfter im Wasser geübt wird, um so besser und schneller bewegen sich die Kinder vorwärts (DIEM/BRESGES 1972). • In der Schwerelosigkeit kontrollieren nicht die Füße das Körpergleichgewicht, sondern die Position des Kopfes bestimmt die Körperlage im Wasser. Der Kopf im Nacken lässt den Körper um

die Körperquerachse in die Rückenlage rotieren, nach vorn gebeugt rotiert der gesamte Körper in die Bauchlage.

Um dies mit einem Säugling zu üben, unterstützen beide Hände der Mutter die Oberarme des Kindes. Dabei bilden die Daumen und Zeigefinger zwei Gabeln, in denen die Arme des Kindes als Rotationsachse liegen. Die Hände der Mutter sollten nicht den Rumpf des Kindes berühren, damit die Rotation nicht gebremst wird. Eine zweite Person führt nun ein Spielzeug so über den Kopf des Kindes, dass er in den Nacken genommen werden muß. Will das Kind mit den Augen das Spielzeug verfolgen, rotiert unweigerlich der Körper in die Rückenlage. Wird das Spielzeug wieder vor dem Kind ins Wasser gelegt, so rotiert es in die Bauchlage. Anfangs werden dabei die Oberarme steif gehalten. Nach einigen Versuchen kann man beobachten, dass nicht nur der Kopf in den Nacken bzw. auf die Brust genommen wird, sondern die Oberarme aktiv in die Bewegungsrichtung mitgedreht werden.

- Kann ein Kind (ab ca. 8 Mon.) sich schon allein mit speziellen Oberarmauftriebshilfen im Wasser bewegen und die o. a. Rotationen durchführen, so werden Drehungen um die Längsachse geübt. Dabei steht ein Erwachsener seitlich zum Kind und versucht, das Interesse auf ein Spielzeug zu lenken, welches so gehalten wird, dass das Kind den Kopf zur Seite drehen muss. Wandert das Spielzeug immer weiter nach hinten und versucht das Kind den Kopf noch stärker zu drehen, entsteht im Rumpf eine Torsion und der gesamte Körper rotiert um die Körperlängsachse. Die Rotation gelingt aber nur, wenn der Kopf, dann die Schultern, danach der Rumpf und schließlich die Hüften der Bewegung folgen. Nach mehreren Versuchen werden die Drehbewegungen immer flüssiger, wobei schon Seitenpräferenzen beobachtet werden können. Die neue Bewegung ist verinnerlicht, wenn sich das Kind spontan umdrehen kann, falls es etwas Interessantes hinter sich spürt.

Erklärungen

Die geweckten und begünstigten Bewegungen werden natürlich auch häufiger ausgeführt, ihre Automatisierung ist damit grundsätzlich möglich. Ob es dann auch zu einer Rhythmisierung kommt, ist auch von äußeren Störeinflüssen, z. B. hohe Wellen, schrille Zurufe und auch von inneren wie Ärger, Hunger, Schmerzen, abhängig. Rhythmisierung ist jedoch ein gutes Mittel zur Tonusreduktion spastischer Muskulatur.

Ökonomischere Bewegungen der Kinder im Wasser haben auch ihre Ursache in der Wirkung des Wassers auf Herz und Kreislauf. Die Kreislaufanregung kommt im wesentlichen über den Wasserdruck auf den Brustkorb zustande. Zunächst setzt sich dieser fort als Wirkung auf die Atmung, wobei die Einatmung erschwert, die Ausatmung aber erleichtert wird. Die gelungene Anpassung an diese veränderten Lebensbedingungen bewirkt eine vertiefte Atmung; bei gesunden Kindern konnte das Lungenvolumen nachweislich durch Schwimmtraining um ca. 1/5 gesteigert werden. Gesteigertes Atemvolumen bewirkt in der Wechselwirkung mit dem Herz-Kreislauf-System auch gesteigerten Stoffwechsel, der ohnehin schon durch die Wassertemperatur von 30-32° C angeregt ist. Diese als angenehm empfundene Temperatur entzieht nichtsdestoweniger dem Körper Wärme, so dass er Wärme in schneller ablaufenden Stoffwechselprozessen nachproduzieren muss, die wiederum Energie für Muskelarbeit bereitstellen (W. KOCH 1980).

Krankengymnasten schätzen Widerstandsarbeit bei Spastik als Möglichkeit der Muskeltonussenkung. Der Reibungswiderstand des Wassers, der nach dem d'ALEMBERTSCHEN Paradoxon eigentlich kein Widerstand ist, sondern nur durch den Sog (von KARMANN) entsteht, lässt nach FROUDE und ZAHN jede schnelle Bewegung im Wasser 799mal schwerer erscheinen als an Land. Für bewegungsgestörte Kinder, deren Bewegungstempo im allgemeinen eher verlangsamt denn zu schnell ist, wird sicher nicht eine so hohe Erschwernis um das 799fache wirksam, aber zumindest ein Teil davon. Letztendlich verhilft die Tonussenkung der spastischen Muskulatur zu leichter Bewegung und damit zu ihrer Ökonomisierung.

These IV: Soziale Bindungen werden gefestigt

Beobachtungen

In Badebekleidung haben Eltern und Kinder einen intensiveren Hautkontakt als anderswo. Da die Kinder im für Erwachsene brusttiefen Wasser auf dem Arm getragen werden, sind die Köpfe immer auf gleicher Ebene. Dieser intensive Blick- und Hautkontakt fördert die soziale Bindung. Es wird im Wasser häufiger als an Land geschmust. Hautnahes Zusammensein im Wasser und die Notwendigkeit für die Erwachsenen, sehr genau auf das Verhalten ihres Kindes einzugehen, ist nach unserer Erfahrung eine gute Möglichkeit, Pflege- und Adoptivkinder in die neue Familiensituation einzufügen.

Schon mehrmals konnten wir beobachten, wie Väter schwerstbehinderter Säuglinge, die sonst nie Interesse an Kinderbetreuung gezeigt hatten, den Elternpart beim Schwimmen übernahmen und sich auch dann in der weiteren Versorgung des Kindes engagiert zeigten. Da das Wasser selbst schwerbehinderten Kindern Bewegungen erlaubt oder sie auslöst, entdecken die Eltern bald neue Fähigkeiten bei ihren Kindern. Häufig konnten wir auch beobachten, wie gerade Eltern behinderter Kinder das Verhalten zu ihrem Kind änderten. Nach anfangs zögerlichen Versuchen wurden die Übungen sicherer, schwungvoller und risikoreicher ausgeführt. Obwohl die Kinder stärker belastet wurden, neigten sie weniger zum Quengeln. Der nonverbale Dialog zwischen Eltern und Kindern gestaltete sich positiver. Wem auch noch andere Eltern loben und Notiz von den Fortschritten nehmen, verlassen am Ende der Stunde glückliche und gut motivierte Eltern und zufriedene Kinder das Schwimmbad.

Erklärungen

Die Schwimmstunde ist für Mutter und Kind gleichermaßen eine besondere Situation. Das brusttiefe Wasser stellt anfangs manche Mutter vor das Problem, sicher mit dem Kind umzugehen. Da die Sinneseindrücke im Schwimmbad die meisten Kinder erst einmal überwältigen, müssen die Eltern auch mit dem veränderten Verhalten der Kinder zurechtkommen. Die praktischen und pädagogischen Hilfen des Kursleiters/Therapeuten ermuntern die Eltern, mit dem Kind zu spielen und zu üben. Durch Vor- und Nachmachen bekommen die Erwachsenen mehr Sicherheit. Mitzunehmender Übung wird der Umgang immer gewandter. Die Eltern trauen sich mehr zu, trauen aber auch dem Kind mehr zu. Diese neu gewonnene Sicherheit überträgt sich auch auf andere Lebensbereiche. Die Eltern neigen weniger zu „overprotection“.

Säuglings- und Kleinkinderschwimmen vollzieht sich in einem Rahmen, der ganz anders ist als der meistens von der Krankengymnastik gesteckte. Bewegungen aller Art sind hier ausdrücklich erwünscht. sie werden von den Eltern - unter Anleitung natürlich - gelockt. Es stärkt die Kompetenz der Eltern, selbständig für ihr Kind und mit ihm etwas Förderliches tun zu können. Dagegen stehen manche Erfahrungen aus der Krankengymnastik, wo Übermittlungs- und Verständigungsschwierigkeiten (die es im Wasser natürlich auch geben kann) oft zum Druck auf Eltern, meist die Mütter, führen. Sie gewinnen das Gefühl, vieles, zu vieles falsch zu machen und außerdem die Signale des Kindes in der Behandlungssituation nicht beachten und nichts dagegen tun zu können.

Diskussion

Kontra Säuglingsschwimmen und Kleinkinderschwimmen

Selten sind Eltern in der Lage, täglich einmal mit ihrem Kind ein Schwimmbad aufzusuchen und fachgerechte Anleitung fünf- oder gar siebenmal pro Woche in Anspruch zu nehmen. Rein medizinische Hindernisse (Kontraindikationen) stellen sich dar als akute und chronische Infektionen von Luft-, Darm- und Harnwegen sowie der Haut. Kinder mit Lungenfehlbildungen und erheblich eingeschränkter Belastbarkeit oder/und Zyanose sowie schwer einstellbaren Anfallsleiden sind weitere, aber im ganzen kleine Gruppen von Patienten, die man von dieser

Art der Behandlung ausnehmen sollte. Es ist sehr umstritten und wird von uns nicht favorisiert, Säuglinge und Kleinkinder im Tauchen und Springen zu unterweisen. Wenn aber methodisch Tauchen und Springen mit einbezogen werden, sollten auch Schluckstörungen wegen der fehlenden Trainierbarkeit des Mundschlußreflexes als medizinisches Hindernis angesehen werden. Der Einsatz der Bewegungsförderung im Wasser ist auch dadurch begrenzt, dass entwicklungsgestörte Kinder regelhaft häufiger akute Atemwegsinfektionen überstehen müssen als sich unauffällig entwickelnde Kinder, und das bedeutet für die Wasserarbeit mit ihnen immer Aussetzen der Therapie. Krankengymnastik ist da einfacher handhabbar.

Pro Säuglings- und Kleinkinderschwimmen

Die Zunahme des Autoverkehrs auf den Straßen ist in den Sprachgebrauch zwar als Mobilität eingegangen, für den Körper des Individuums bedeutet sie eher Immobilisation. In unserer zunehmend technisierten Welt führen viele Faktoren dazu, dass sich schon die Kinder weniger bewegen. Häufiges Fernsehen, nicht kindgerechte Wohnverhältnisse, phantasielose Spielzeuge und -geräte, Computerspiele zwingen zur Immobilisation. Zusätzlich führen veränderte Ernährung und optische und akustische Überfütterung zu motorischer Unruhe und Konzentrationsschwäche. Diese Veränderungen fordern einen Ausgleich.

Für entwicklungsauffällige Kinder bietet es sich an, die Bewegungsförderung im Wasser zu nutzen, die an Land in der »betonierten« Welt nicht recht gelingen mag.

Alle können profitieren von der Einstellung, die auch einen gesunden Menschen immer wieder ins Schwimmbad treibt: sich nach dem Aufenthalt gut zu fühlen, angeregt zu sein, etwas geleistet zu haben. Die Schwierigkeit besteht für Eltern und Betreuer entwicklungsbehinderter Kinder nur darin, den Krankenkassen glaubhaft zu machen, dass mehr Bewegung ein positives Lebensgefühl sowohl im behinderten als auch im nichtbehinderten Leben Voraussetzung für lebenserhaltende Leistungen ist. Nach unserem Verständnis stellt das Säuglings- und Kleinkinderschwimmen eine psychomotorische Förderung von Wahrnehmung, Erleben, Denken und Handeln dar.

Literatur

BAUERMEISTER, H.: In der Badewanne fängt es an. Wie kleine Kinder spielend schwimmen lernen. München (Copress) 1984

BOUACHBA, F.: Klinisch orientierte Psychomotorik - Begleitinformation zur Indikation von Psychomotorik (P.M.). Krankengymnastik 41 (1989) Nr. 5

DIEM, L./BRESGES, L.: Forschungsergebnis Kleinkinderschwimmen. Arch. Badewesen 25 (1972), 383-386

CHEREK, R.: Babyschwimmen als Entwicklungsanregung bei behinderten und unbehinderten Kindern. Motorik 4 (1981), 150-159

CHEREK, R.: Psycho- und sensomotorische Übungen im Wasser als Prävention und Rehabilitation. In: Krankengymnastik 36 3, 157-164 (1984), 238-248

CHEREK, R.: Frühförderung im Wasser. In: Frühförderung interdisziplinär 7, 4 (1988), 157-160

CHEREK, R.: Wahrnehmungsförderung durch Säuglings- und Kleinkinderschwimmen. In: Motorik 131 (1990), 23-29

EICKHOF, C.: Welche Veränderungen bewirkt eine pathologische Motorik im sensomotorischen Regelkreis? Krankengymnastik 44 (1992), Nr. 4

FELDKAMP, M./SEIMN, E.: Neurophysiologische Verfahren. Physikalische Medizin, Bd. 2, S.28-42

FORSSBERG, H.: Ontogeny of Human loko-motor control. Research 57 (1985), Experimental Brain, 480-493

GOSLOW, G.E.: Neural control of lokomotion in Hildebrand, M., Bramble D.M., Liem, K.F. and D.B. Wake (Eds.): Functional vertebrate morphology 1985, Cambridge 338-413

HORTIEN, H.: Persönliche Mitteilung 1991

KIPHARD, E.J./FRÖHLICH, A.: Die Bedeutung einer systematischen Sensibilisierung der Lage und Bewegungsempfindung für die Entwicklungsförderung hirngeschädigter Kinder. Krankengymnastik 33 (1981), H. 8 und 9

LAUFENS, G., SEITZ, S., STAENICKE, G.: Vergleichend biologische Grundlagen zur angeborenen Lokomotion insbes. zum »reflektorischen Kriechen« nach Vojta. Krankengymnastik 43 (1991), Nr. 5

KATONA, F.: Klinische Entwicklungsneurologie und Neurorehabilitation im Neugeborenen- und Säuglingsalter; der Kinderarzt 22 (1991), H. 7 und 8

ROHEN, J.W.: Funktionelle Anatomie des Nervensystems. Schattauer Verlag Stuttgart -New York 1985

PRESBER, W., KOCH, I, KOCH, W., GRÜTZMACHER, K.-H.: Schwimmtherapie. Z. Physiotherapie 32 (1980), 419-428