MWE
Ärzteseminar für
Manuelle Medizin
Deutsche Gesellschaft
für Manuelle Medizin

MWE AKTUELL

Ausgabe 01/2015

Hauptthema: Bericht – MWE JAHRESTAGUNG 2014, Isny

Kongresse
Kongress Pörtschach
UEMS Council
Jahrestagung der SEMOOYMM

Berufspolitik
Versorgungsstärkungsgesetz

Refresherkurse

Ärztliche Osteopathie
Was bringt es ärztlicher Osteopath zu sein?
Osteopathiekonvent 2014
Kursassistententreffen 2014
Kursüberblick 2015

Buchempfehlung

Kursjournal 2015

Manuelle Medizin Science
Nozizeptoren peripherer Gelenke und ihre Afferenz-Muster
MWE-Studie zum akuten Lumbalsyndrom
Neue Wege bei der Berechnung von Kräften im Körperinneren
ESSOMM Winterkonferenz
Manuelle Medizin bei Kindern: Eine Neue Dimension

Wolfgang von Heymann, *Quelle: Privat*

Liebe MWE-Mitglieder,

Die Jahreshauptversammlung der MWE 2014 mit den routinemäßigen Wieder- bzw. Neuwahlen eines Teils des Vorstands hat eine wirkliche Überraschung ergeben – man wählte den Vorsitzenden der DAAO, Stefan Giesswein, zum stellvertretenden Vorsitzenden der MWE und mit Michaela Habring erstmals seit 60 Jahren auch eine Frau als Beirat in den Vorstand.

Die Neugewählten erhielten in den geheimen Abstimmungen jeweils eine ganz deutliche, überzeugende Mehrheit. Für die übrigen Funktionen, die bei dieser Wahl zur Abstimmung standen, wurden die bisherigen Funktionsträger bestätigt – Wolfgang von Heymann als 1. Vorsitzender, Sven Schemel als Schatzmeister und als Beiräte Michael Frey sowie Christoph von Neukirch. Neben dem bisherigen 2. Vorsitzenden Uwe Knorr wurde auch Peter Bischoff nicht mehr in den Vorstand gewählt. Wir danken ihnen für die zum Teil jahrzehntelange Arbeit für die MWE und ihren Vorstand.

Dieses klare Votum der Mitgliederversammlung ist ein Zeichen sowohl für die Kontinuität der Politik des 1. Vorsitzenden und seines Teams, wie aber auch eine Aufforderung zur Weiterentwicklung. Neben der berufspolitisch sehr wichtigen Einordnung der Manuellen Medizin in ein europäisches Kurrikulum und der Umstrukturierung der MWE-Weiterbildung nach dem Bologna-Konzept, was beides schon gute Fortschritte macht, wird es zukünftig einerseits auch noch mehr um die Integration der ärztlichen Osteopathie in den Gesamtkomplex Manuelle Medizin / Osteopathie gehen. Dafür steht der DAAO-Vorsitzende Stefan Giesswein.

Neben den ständigen weiteren Versuchen nicht-ärztlicher Laien, eine eigene, neue Profession neben den Ärzten und den definierten Heil-Hilfsberufen zu schaffen – aktuell über das europäische Institut für Normierung CEN und den deutschen Ableger DIN – gibt es auch weitere Versuche aus ärztlicher Seite, einen eigenen Facharzt für „Osteopathische Medizin" zu schaffen, der ohne Weiterbildung in einem Gebiet wie bisher und der Zusatzweiterbildung Manuelle Medizin direkt nach dem Staatsexamen ein neues Gebiet anbieten will. Dies läuft der übergreifenden Interdisziplinarität der Manuellen Medizin zusammen mit der ärztlichen Osteopathie entgegen. Dagegen stehen wir mit all unseren Möglichkeiten, zusammen mit der DAAO.

Andererseits kommt mit Michaela Habring erstmals eine erfahrene MWE-Lehrerin in den Vorstand, was nach der zunehmenden Entwicklung einer mehrheitlich „weiblichen Ärzteschaft" in Deutschland unbedingt auf der Tagesordnung stand. Zugleich repräsentiert sie als designierte Nachfolgerin von Wilfrid Coenen auch die Manuelle Medizin bei Kindern in der MWE. Als „Coordinator" der europäischen Gesellschaft ESSOMM ist sie außerdem für die internationalen Verbindungen eine wichtige „Nachwuchskraft" zu meiner Entlastung. Nach acht Jahren an der Spitze des Weltverbandes FIMM und sechs Jahren Aufbau- und Vorstandsarbeit in der europäischen ESSOMM brauche ich – und natürlich die MWE – hier Unterstützung und Nachwuchs.

Für die MWE-Aktuell folgt aus dem Wahlergebnis, dass die beiden bisher hier aktiven Redakteure aus dem Vorstand, Peter Bischoff und Uwe Knorr, nun nicht mehr dem Vorstand angehören.

Das macht auch eine Änderung dieser Verantwortlichkeiten erforderlich. Ich werde als nach der Satzung Verantwortlicher für die Repräsentation der MWE diese Aufgabe zusammen mit dem Geschäftsführer Hermann Locher und einem weiteren Vorstandsmitglied übernehmen.

Nachdem die beiden Erstgenannten auch bisher schon die meisten Artikel erstellt haben, wird diese Umstellung unmittelbar keine große Änderung darstellen. Natürlich möchten wir, dass möglichst viele Berichte und Meinungen aus der gesamten Mitgliedschaft in der MWE-Aktuell gedruckt werden können. Deshalb ergeht hier nochmals der Aufruf, von interessanten Veranstaltungen zu berichten, besondere Fälle vorzustellen und fachliche Aspekte der Manuellen Medizin zur Diskussion zu stellen.

Damit sollte sich dann mittelfristig unsere derzeitige Arbeit des Artikelschreibens auf die Redaktionsarbeit verlagern.

Also, liebe Mitglieder, schreibt uns, was Euch in der Tagesarbeit auffällt, schreibt Eure Fragen, schreibt Kongress- oder Kursberichte.

Je mehr Material wir bekommen, umso lebendiger wird unsere Mitgliederinformation, die wir nun schon im 18. Jahr erstellen.

Pünktlich zur Jahreshauptversammlung am 04.10.2014 überreichte uns der verantwortliche Herausgeber Ulrich Böhni, 1. Vorsitzender der SAMM, ein Ansichtsexemplar des Grundlagenwerks **„Manuelle Medizin 1 – Fehlfunktion und Schmerz am Bewegungsorgan verstehen und behandeln"**. Nunmehr ist das Buch auch überall im Handel.

Auf 650 Seiten werden die anatomischen, biomechanischen und neurophysiologischen Grundlagen der Manuellen Medizin von Grundlagenwissenschaftlern erläutert und es werden eine ganze Reihe Anwendungsbeispiele analysiert und ihre Wirkungsweise erläutert. Dieses Grundlagenwerk sollte jeder tagtäglich manualmedizinisch tätige Kollege regelmäßig

konsultieren – in die E-Book-Version können wohl zukünftig wichtige neue Erkenntnisse auch rasch eingestellt werden.

Von Seiten der MWE gehören Hermann Locher, Michaela Habring, Wilfried Coenen, Wolfgang von Heymann und Peter Bischoff zu den Autoren. Natürlich sind wir daher sehr von dem Buch überzeugt und empfehlen es allen unseren Mitgliedern. Die MWE hat für ihre Mitglieder eine größere Menge zu einem speziellen Subskriptionspreis bestellt, die Bücher werden an unsere Mitglieder über das Sekretariat zum Selbstkostenpreis (plus Versandkosten) weitergegeben.

Rezensionen und Leserkommentare haben wir auf den Seiten 22 und 23 für Sie zusammengetragen.

Folgende Themen stehen nun im Zentrum unserer Vorstandsarbeit:

- Stärkung der Manuellen Medizin als angemessen zu honorierende Zusatzbezeichnung / Subspezialität in Deutschland und Europa
- Stärkung der ärztlichen Osteopathie im Komplex mit der Manuellen Medizin
- Fortlaufende Kommunikation mit den Grundlagenforschern im Sinne der translationalen Medizin
- Förderung des Nachwuchses bei den Lehrern und anderen Funktionsträgern
- Vorbereitung der nächsten Auflage des Technik-Lehrbuchs

Als „Beilage" zu dieser MWE-Aktuell erhalten Sie auch die Festschrift zum diesjährigen Jubiläum „60 Jahre MWE", die an die Teilnehmer der Jahrestagung bereits verteilt wurde. Sollten Sie nun ein zweites Exemplar bekommen haben, finden Sie vielleicht zum Verschenken einen Kollegen / eine Kollegin, um etwas Werbung für die MWE zu machen – ansonsten viel Vergnügen beim Stöbern in den ansonsten historischen Dokumenten.

Liebe Mitglieder, der neugewählte Vorstand dankt für das in ihn gesetzte Vertrauen und wird die anstehenden Aufgaben, die MWE sicher durch die sicher nicht ruhigen kommenden Jahre zu steuern, mit Elan und Kreativität angehen.

Mit herzlichen Grüßen
Wolfgang von Heymann

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

alles hat einmal ein Ende. In diesem Falle ist es meine Zeit als Chefredakteur von MWE-Aktuell. Der jeweilige Gestalter unseres Mitteilungsblattes sollte wegen der direkten Nähe zu den Entscheidungen Mitglied des Vorstandes sein. Er muss deshalb nicht zum bloßen „Hofberichterstatter" werden. Ich habe mich als solcher in all den Jahren nicht empfunden.

Ich bin auch der Meinung, dass das von mir ins Leben gerufene Organ die ganze Breite der aktuellen Entwicklungen auch mit konträren Meinungen darstellen muss, wenn der Inhalt unsere Mitglieder wirklich interessieren soll.

Deshalb rege ich an, dass eine Spalte für Leseranfragen und Leserbriefe eingeführt wird, wobei Kürzungen nicht zu Sinnveränderungen führen dürfen. Auch als von der Mitgliederversammlung zum Ehrenvorsitzenden Ernannter werde ich mich gern zu Wort melden, nachdem ich in den 70er und 80er Jahren des letzten Jahrhunderts die MWE von einem – wie viele meinten – in den letzten Zügen liegenden Kind zu dem aufgebaut habe, was es heute ist.

Die Mitgliederversammlung dieses Jahres stellte mit der Wahl des DAAO-Vorsitzenden zum stellvertretenden MWE-Vorsitzenden auch die Weichen für eine stärkere Betonung des osteopathischen Zweiges der Manuellen Medizin, was mir seit der von mir initiierten Gründung der DAAO, die ich bis zur ersten größeren Mitgliederversammlung auch als Gründungsvorsitzender geleitet habe, immer am Herzen lag.

Dem neu gewählten Vorstand wünsche ich als der in der Vergangenheit am längsten im geschäftsführenden Vorstand und als Ausbildungsleiter Tätige eine erfolgreiche Arbeit im Interesse der Manuellen Medizin und insbesondere der MWE. Dabei wird er sicher bemüht sein, die über Jahrzehnte erfolgte Entwicklung der Manuellen Medizin in ein auch für die Hochschulmedizin akzeptables Gebäude behutsam weiter zu entwickeln und an Bewährtem festzuhalten.

H.-P. Bischoff

Hans-Peter Bischoff, *Quelle: MWE*

Bericht zur Jahrestagung der MWE am 04. / 05.10.2014 in Isny-Neutrauchburg

Zur Jahrestagung der MWE 2014 – 60 Jahre nach der Vereinsgründung 1954 – hatten wir einerseits einen Überblick über die wissenschaftlichen Erkenntnisse etwas über unseren Tellerrand der Manuellen Medizin hinaus zusammengestellt, andererseits aber auch über die aktuellen berufspolitischen Entwicklungen informieren wollen.

Die Vorträge kurz zusammengefasst

Upright-MRI – Gibt es mehr Information als konventionelles MR?

Kann es Therapieentscheidungen beeinflussen?

von Andreas Förg, München

Sehr aufschlussreich war die Erläuterung der technischen Einzelheiten, wie die Position des Patienten in dem MRT, insbesondere für verschiedene Positionen der Wirbelsäule wie Flexion, Extension oder Seitneigung. Es wurde klar, dass diese Positionierungen, die von den Patienten doch bis zu 10 Minuten ohne Bewegung eingenommen werden müssen, in Abhängigkeit von den aktuellen Schmerzen nicht selten eine erhebliche Belastung darstellen und daher gelegentlich auch gar nicht durchführbar sind.

Allerdings konnte auch gezeigt werden, dass es in Einzelfällen ganz deutliche Abweichungen an den Disci und ihrer Einwirkung auf den Spinalkanal zwischen einer liegenden und einer stehenden Position gibt. Hierzu konnte der Autor überzeugende Bilder vorstellen. Insgesamt wurde jedoch klar, dass die Indikation zu einem „Upright-MRT" nur selten wirklich begründet ist – in den Fällen, in denen trotz blandem Normal-MRT eine eindeutige klinische, insbesondere positionsabhängige Symptomatik besteht. Diese nur selten begründete Indikation steht in einem Widerspruch zu den hohen Anschaffungs- und Unterhaltskosten eines solchen Geräts. Es besteht daher nur der Bedarf für wenige Geräte landesweit.

Im Anschluss daran wurde in ein sehr interessanter Vergleich zwischen MRT und Schnittbildanatomie an frischen Gefrierschnitten vorgestellt.

Betrachtung diagnostischer Fallstricke bei der Beurteilung von Schulterbildern

von PD Rainer Burgkart, München

Es wurde durch diesen didaktisch hervorragenden Beitrag schlagartig klar, welche anatomische Struktur man im MRT wirklich sieht, wie die häufig unklaren und z. T. deutlich „pathologisch" wirkenden Strukturen verblüffend harmlos erklärt werden können. Es konnte sehr klar gezeigt werden, dass viele Strukturen, die wie eine Rotatorenmanschette oder ein Labrumabriss gedeutet werden könnten, tatsächlich völlig normale Verhältnisse repräsentieren.

Derartige Überlegungen sollten unbedingt erfolgen, bevor eine Operationsindikation an der Schulter gestellt wird. Angesichts der nicht selten auch aus DRG-Erwägungen gestellten Operationsindikationen sollte der ethisch verantwortungsbewusste Arzt diese möglichen „Fallstricke" in jedem Einzelfall genau berücksichtigen. Es wäre wünschenswert, entsprechende Vergleiche MRT / Gefrierschnitte auch für weitere Regionen wie Hüft- oder Kniegelenke, aber auch für die Wirbelsäule zu haben.

Indikation zu einer nuklearmedizinischen Diagnostik in der Schmerztherapie

von PD Rigobert Klett, Gießen

Eindrucksvoll konnte er an verschiedenen Beispielen die Aussagekraft der Skelettszintigraphie bei Rücken-, Gelenk-, Gesichts- und Kopfschmerz sowie neuropathischem Schmerz darstellen.

Auf Grund der Ganzkörperdarstellung und der hohen Sensitivität ergeben sich insbesondere bei unklaren multilokulären Schmerzbildern Vorteile gegenüber der Bildgebung mit Röntgen, CT und MRT. Die Darstellung des Knochenstoffwechsels erlaubt die Beurteilung der funktionellen Relevanz von morphologischen Auffälligkeiten, ermöglicht häufig als einzige bildgebende Methode eine Vorhersage des Therapieerfolges einer geplanten therapeutischen Maßnahme und eignet sich sehr gut für die Therapiesteuerung.

Ebenso konnte er anhand der Ergebnisse mehrerer Studien zeigen, dass die häufig bemängelte Spezifität der Skelettszintigraphie der Spezifität der MRT nicht unterlegen ist und bei ausgewählten Krankheitsbildern diese sogar übertrifft.

Vortrag aus der Neurochirurgie

Klinische Relevanz der Liquor-Pulsation – Objektive Daten und Therapieoptionen

von Uwe Max Mauer, Ulm

U. M. Mauer (Ulm) befasste sich mit dem Vergleich intraoperativer Beobachtungen mit den Bilder spezieller, schneller kernspintomographischer Untersuchungen mit Kontrastmittel, bei denen die Bewegungen der Strukturen intrakraniell und intraspinal dargestellt werden konnten.

Die dabei gut erkennbaren Pulsationen des Liquors waren eindeutig abhängig von Puls und Atmung, ein davon unabhängiger langsamer Rhythmus konnte auch mit dieser hochentwickelten Technik nicht identifiziert werden.

Allerdings konnte in den Videosequenzen sehr schön dargestellt werden, wie auch im Spinalkanal Pulsationen des Liquors regulär existieren, die durch Narben oder Segelbildungen gestört werden können und dann mittels Flow-Umkehr und / oder Turbulenzen zunächst unklare neurologische Symptome auslösen.

Eine erfolgreiche konservative Therapie für derartige Liquorfluss-Störungen intraspinal oder auch intrakraniell konnte bisher nicht nachgewiesen werden, die Therapie erfolgt stets neurochirurgisch.

Zusammengefasst: die ausschließlich von Atmung und Herzschlag abhängigen Pulsationen des Liquor cerebrospinalis sind unbedingt nötig für unser Wohlbefinden, Störungen müssen operativ beseitigt werden.

Überblick über den derzeitigen Stand der Faszien-Forschung

Faszien-Forschung, neue Ergebnisse, vom FASCIA Research, Division of Neurophysiology

von Heike Jäger, Ulm

Ausgehend von der Anatomie der verschiedenen Arten und Formen des faszialen Bindegewebes zeigte sie auch Bilder von der Migration von Fibroblasten durch die extrazelluläre Matrix – allerdings mit 75 Minuten pro halben Millimeter eher eine langsame Bewegung, die mit den Alltagsfunktionen nicht in direktem Zusammenhang stehen kann.

Die Regulierung der Faszien erfolgt durch die biomechanischen Eigenschaften der beteiligten Makromoleküle, z.B. die Hydratation, durch die zellbiologischen Prozesse (Signal Kaskaden), die für die Migrationseigenschaften wichtig sind, durch die physikalisch-biomechanischen Eigenschaften nach dem Tensegrity-Prinzip sowie durch physiologische Prozesse, die den Organismus als Einheit betreffen.

Durch Immobilisierung oder Alterung verliert das Faszien-Kollagen seine gerichtete, wellige Struktur und wird verfilzt und ungeordnet. Bei sympathischer Aktivität differenzieren sich über Tumorwachstumsfaktor -1 die allfälligen Fibrozyten zu Myo-Fibrozyten, die Aktin-Fasern enthalten und sich über das Myosin kontrahieren und damit bewegen können. Ein Ergebnis der translationalen Forschung: bei Malignomen führt manuelle Therapie im myofaszialen Bereich zu einer Beschleunigung des Tumorwachstums und Verschlechterung der Überlebensprognose.

Vor einer myofaszialen Therapie sollte daher diagnostisch unbedingt ein Bindegewebssarkom ausgeschlossen werden. Insgesamt ist also die beschriebene Migration der Myo-Fibroblasten von fundamentaler Bedeutung für Wundheilungsprozesse, Immunantworten, embryonale Entwicklung, aber auch für die Sarkom-Ausbreitung.

Im Gegensatz zum sympathischen Stress führt ein regelmäßiges mechanisches Stretching zu einer verbesserten Beweglichkeit sowie zur Minderung der Sensibilisierung und der Entzündungszeichen.

An der Oberfläche gleitender Bindegewebsschichten – z.B. intraabdominell – finden sich extrem viele freie Nervenendigungen (Mense).

Dazu passt die endoskopische Beobachtung, dass bei postoperativen Briden eine viszerale Behandlung über die Minderung der Briden zu einer erheblichen Beschwerdeminderung führen kann. Dagegen wird bei exzentrischem Muskeltraining eine deutliche Zunahme faszialer Schmerzen beobachtet.

Ein Training der Propriozeption dagegen führt zur Verbesserung der Tensegrity-Eigenschaften der Faszien und zu einer höheren Elastizität der Sehnen. Abschließend berichtete Frau Jäger noch über erste erfolgversprechende Therapien mit Scherwellen (acoustic radiation force imaging ARFI), mit denen es gelingt, das Volumen der Faszie zu erhöhen und sie gleichzeitig weicher zu machen.

Erstarrungskonzept als Grundlage für schwer behandelbare chronische Schmerzen

von Michael Fleischhauer, Damp

Ausgehend von dem Konzept, dass viele Wirbeltiere auf Bedrohung mit Aggression, Flucht oder dem Totstell-Reflex reagieren, um zu überleben, stellte er an verschiedenen konkreten Beispielen von Krankengeschichten vor, wie sich Menschen bei einem oft lange zurückliegenden Trauma in eine „Erstarrung" geflüchtet haben, die es ihnen unmöglich macht, im sozialen Bereich adäquat zu reagieren.

Diese Erstarrung führt dann nicht selten zu einer Unfähigkeit, normale Körperreaktionen zu verarbeiten, zu integrieren. Vielmehr führen diese Belastungen zu Somatisierung in Form von Schmerzempfindung, welche dann nicht zu erklären und auch nicht zu therapieren ist. Erst wenn dieses Trauma anamnestisch aufgedeckt und wieder ins Bewusstsein gerückt worden ist, kann eine manuelle Behandlung der körperlichen Reaktionen erfolgversprechend einsetzen.

Nun zu den eher berufspolitischen Berichten und Informationen

Im Jahre 2013 hat die DGMM verschiedene Anstrengungen unternommen, eine einheitliche Grundlage für die Manuelle Medizin bei Kindern zu finden. Insbesondere, nachdem es sich eine Abmahngesellschaft zum Sport gemacht hatte, die Homepages entsprechend arbeitender Manualmediziner zu durchforsten und dann hohe Abmahnsummen für vorgebliche, unzulässige „Heilsversprechen" einkassiert hat.

Kinderkonsensus der DGMM

von Michaela Habring, Bad Ischl

16 auf die Behandlung von Kindern und Säuglingen spezialisierte Manualmediziner, vier Vertreter des DGMM-Vorstands und zwei eingeladene Spezialisten (für Strahlendiagnostik und für Studiendesign) trafen sich für einen ganzen Tag, um diesen Konsens zu erstellen. Er wurde inzwischen auch in der Zeitschrift Manuelle Medizin abgedruckt.

Allen im Bereich der Manuellen Medizin bei Kindern tätigen Ärzten, wird dringend empfohlen, auf ihrer Homepage keine Angriffspunkte zu bieten durch die Verknüpfung von Angeboten mit Heilsversprechen, die nach der heutigen Studienlage nicht mit hoher Evidenz belegt werden können.

Röntgenkonsensus der DGMM

Von Wolfgang von Heymann, Bremen

Das bisher erreichte Ergebnis muss zunächst noch mit Juristen überprüft und möglichst vom nächsten Juristentag bestätigt werden. Es geht dabei insbesondere um die Frage, ob vor jeder Impulsmanipulation an der Halswirbelsäule ein Röntgenbild in 2 Ebenen erstellt werden muss.

Die gegenwärtige Position der DGMM hat sich aufgrund neuerer Erkenntnisse über das Strahlenrisiko wie auch nach Durchsicht der tatsächlichen Risiken der HWS-Manipulation so modifiziert, dass jeder Arzt nach sorgfältiger Anamnese und Stufendiagnostik selbst entscheiden soll, ob ein Röntgenbild zum Ausschluss von Kontraindikationen erforderlich ist, oder eben gelegentlich auch nicht. Dies stellt derzeit nur eine Vorinformation über den Stand der Diskussion dar, eine Bestätigung seitens der Juristen und Richter steht allerdings noch aus.

→

Die UEMS und die Manuelle Medizin in Europa

von Hermann Locher, Tettnang

Nach mehreren Jahren intensiver Bemühungen war es gelungen, mittels der europäischen Vertretung der Manuellen Medizin, in der als ordentliche oder außerordentliche Mitglieder inzwischen mehr als 14.000 Ärzte organisiert sind, ein multidisziplinär vereintes Komitee (MJC) als Vollmitglied im europäischen Facharzt-Berufsverband (UEMS) zu installieren.

Derzeit wird mit guten Fortschritten ein Konsens über ein europäisches Kurrikulum in der Manuellen Medizin erstellt, der in den diagnostischen Elementen schon fast vollständig ist. Die Elemente der Therapie sollen danach festgelegt werden, so dass in einiger Zeit entsprechend dem Bologna-Konzept für die ärztliche Fort- und Weiterbildung nach dem Staatsexamen („postgraduate education and training") ein gemeinsames Programm in Europa verabschiedet werden kann.

Dies ist bei aller Individualität der einzelnen Seminare – die nicht in Frage gestellt wird – ein wesentlicher Baustein für das Überleben unseres Gebiets-Zusatzes. Hier sind wir auf einem guten Weg, die Manuelle Medizin berufspolitisch langfristig abzusichern.

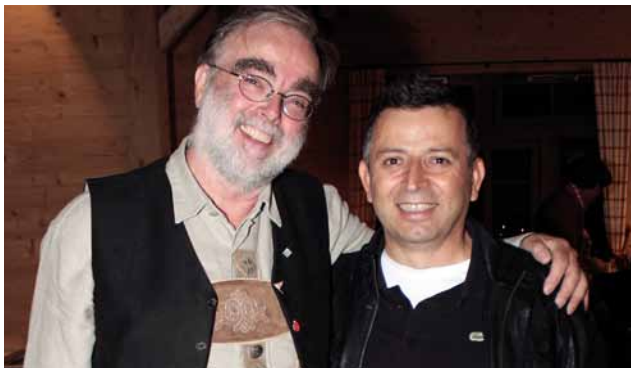
Zum Abschluss der Plenarveranstaltungen stellte Wolfgang von Heymann die wesentlich von ihm gestaltete und auf der Jahrestagung erstmals verteilte Festschrift: „60 Jahre MWE – Rückblick und Ausblick" vor, die auch dieser Ausgabe der MWE-Aktuell beigelegt wird.

Wir wünschen ein erbauliches Studium der teils durchaus turbulenten Anfänge unseres letztlich sehr erfolgreichen Vereins.

W. von Heymann

Beim bayrischen Abend geht es auch lustig zu

Vorstellung der beiden frisch gewählten, neuen Vorstandsmitglieder Michaela Habring (Beirat) und Stefan Giesswein (2. Vorsitzender) auf dem anschließenden „Bayrischen Abend", *Quelle: JM Werner*



Begrüßung des MWE-Auslandsmitglieds Prof. Hüseyin Nazlikul, Istanbul, Vizepräsident der Türkischen Gesellschaft für Manuelle Medizin TMD, *Quelle: JM Werner*

Der Geschäftsführer Hermann Locher und der 1. Vorsitzende Wolfgang v. Heymann verabschieden Frau Anneliese Kolb, die nach vielen Jahren verdienstvoller Arbeit im Sekretariat der MWE aus Altersgründen ausscheidet, *Quelle: JM Werner*

Abschied von Hans-Peter Bischoff als jahrzehntelanges Vorstandsmitglied und Begrüßung als neuer Ehrenvorsitzender der MWE, *Quelle: JM Werner*

Der neugewählte / bestätigte Vorstand der MWE beim anschließenden „Bayrischen Festabend", v. l. n. r.: Stefan Giesswein (2. Vorsitzender), Thomas Hartmann (Beirat), Horst Moll (Ausbildungsleiter), Michaela Habring (Beirat), Sven Schemel (Schatzmeister), Christoph v. Neukirch (Beirat), Wolfgang v. Heymann (1. Vorsitzender), PD Rigobert Klett (Schriftführer), Hermann Locher (Geschäftsführer).
Nicht mehr anwesend war Michael Frey (Beirat), der aus persönlichen Gründen bereits abgereist war (Herzlichen Glückwunsch zum Enkelkind!)., *Quelle: JM Werner*

Das Zervikalsyndrom mit seinen „Facetten"

Kongress in Pörtschach

Alexander Lechner (links) mit den 3 Rednern der MWE – Michaela Habring, Wolfgang v. Heymann, Hermann Locher, *Quelle: M. Habring*

Vom 11. bis 13. Juli 2014 fand unter der Leitung von Univ. Prof. Hans Tilscher der jährliche Kongress im Congress-Center in Pörtschach statt, der dieses Mal unter dem Motto: „Das Zervikalsyndrom mit seinen ‚Facetten', die Halswirbelsäule: was sie kann, was sie stört und was ihr hilft" statt.

Neben namhaften, vor allem österreichischen, Referenten haben auch sämtliche Mitglieder der Arbeitsgruppe „Translational Research der ESSOMM" (Böhni, von Heymann, Locher, Habring) mit Vorträgen und Workshops das wissenschaftliche Programm mitgestaltet.

Als erster „key-note speaker" sprach Wolfgang von Heymann über die Neurophysiologie der oberen Halswirbelsäule, Ulrich Böhni referierte dann über die Biomechanik der Halswirbelsäule und ihre klinischen Konsequenzen sowie über die progrediente Degeneration der Halswirbelsäule und ihre funktionellen Komponenten. Hermann Locher gab in seinem Vortrag einen Überblick über die European Scientific Society of Manual Medicine (ESSOMM).

Der Workshop von Michaela Habring „Manuelle Diagnostik und Therapie bei Funktionsstörungen der oberen HWS unter besonderer Berücksichtigung der zervikotrigeminalen Konvergenzen – hands on" schloss inhaltlich an den Vortrag von Wolfgang von Heymann an. Ulrich Böhni´s Workshop befasste sich mit der ungefährlichen Manipulation der Halswirbelsäule.

„Neurophysiologie der oberen Halswirbelsäule"

von W. v. Heymann

Neuroanatomisch, funktionell und klinisch umfasst die obere Halswirbelsäule die Segmente Okziput-C3. Diese Segmente unterhalten enge Konvergenzen zu den spinalen Trigeminuskernen, haben aber auch Verbindungen zu den Kernen des N.facialis, N.glossopharyngeus, N.vagus, N.accessorius und N.hypoglossus. Projektionen zum Vestibularis-Kernkomplex sowie zu den Cochleariskernen kreuzen über den Nucleus cervicalis centralis (NCC) auf die Gegenseite und erreichen dann auch das Kleinhirn.

Aus dieser Konvergenzsituation in Bereich des Hirnstamms ergibt sich, dass viele Noziafferenzen auch aus Strukturen außerhalb der oberen Halswirbelsäule folgende Symptome auslösen können: Kopfschmerzen, Migräne, Gleichgewichtsstörungen, Tinnitus, Hörsturz, Zungenirritationen, Schluckstörungen, Phonationsstörungen, unklare Sehstörungen, Konzentrationsstörungen, Übelkeit und Erbrechen.

Die subokzipitalen Muskeln (v.a. MM. rectus capitis posterior minor und maior, MM. obliquus superior und inferior) mit ihrer Muskelspindeldichte von bis zu 312 Muskelspindeln pro Gramm Muskelgewebe (über 10x mehr als die Extremitätenmuskulatur!) fungieren als Sinnesorgan zur Wahrnehmung von Position und Bewegung in Raum und Zeit.

Die Informationsübertragung aus dem Beckenbereich zur oberen Halswirbelsäule und zu den Hirnnervenkernen erfolgt über zwei Systeme: 1. mittels der spinalen Interneurone, die vom Nucleus cervicalis centralis bis in den Lumbosakralbereich hinunterziehen, 2. über den M. longissimus dorsi, der ohne fasziale Unterbrechung vom Sakroiliakalgelenk bis an das Okziput zieht und über seine Gammamotorik eine Steuerungsfunktion hat.

Für den Manualmediziner sind differentialdiagnostisch zu untersuchen und zu bewerten:

Störungen der oberen Halswirbelsäule, zervikozephales Syndrom – CCD (Occip-C3)

Funktionsdisparation oder andere Störungen des binokularen Sehens (CN II, III, IV, V-1, VI)

Störungen des Kiefergelenks: sog. kraniomandibuläre Dysfunktion – CMD (CN V-3)

Auditive Verarbeitungs-und / oder Wahrnehmungsstörung – AVWS (CN VIII)

Interozeption des Autonomen Nervensystems (CN X)

Beckenfunktionsstörungen (SIG), Beinlängendifferenz, Beckenschiefstand, Skoliose, chronischer Kreuzschmerz (L5 / S1).

„Biomechanik der Halswirbelsäule (HWS) und ihre klinischen Konsequenzen"

von U. Böhni

Die Anatomie und Biomechanik der Kopfgelenke unterscheidet sich grundsätzlich von der uniformen Biomechanik der Segmente ab C2/3 bis zum zervikothorakalen Übergang.

→

Flexionsbewegungen des Segmentes C0/1 sind bedingt durch die Anatomie der Subokzipitalmuskulatur isoliert möglich (sog. Inklination).
Die maximale Flexion der HWS ist gekoppelt mit einer endgradigen „paradoxen" Extension C1/2. Die Lateralflexion findet immer als gekoppelte Bewegung C0-C2 statt inkl. Rotation C2 und Lateralgleiten C2 zur Neigungsseite von C2. Daher kann eine Rotationsstellung des Dornfortsatzes C2 in der transbuccalen Röntgenaufnahme sowohl eine Dysfunktion C2/3 als auch eine von C1/2 als Ursache haben, wobei bei der Dysfunktion C1/2 auch eine Seitverschiebung des Atlas besteht.

Für den klinischen Alltag ist die altersabhängige, zunehmende, durch degenerative Veränderungen (v. a. Segmente C4-C7) verursachte Einschränkung der Rotation der unteren HWS wichtig:
Dadurch sind die Menschen im Alter immer mehr auf die freie Beweglichkeit der Kopfgelenke angewiesen. Funktionstörungen der Kopfgelenke sind daher im Alter häufig und stellen dankbare Indikationen für die Manuelle Medizin dar. Umgekehrt führen schmerzhaft aktivierte degenerative Arthrosen atlantoaxial oder C2/3 zu subjektiv massiven Einschränkungen.

Die fixe Koppelung der segmentalen Rotation mit der Lateralflexion der unteren HWS-Segmente ist biomechanisch begründet in der symmetrisch planen Anlage der beiden Facettengelenke in gemeinsamer Ebene in einem 45° Winkel zwischen der horizontalen und der frontalen (segmentalen) Ebene.

Das hat verschiedene Konsequenzen:
Die erwähnte Koppelung zeigt keine interindividuellen Schwankungen.

Bei einer globalen Rotation der HWS muss die entstehende gekoppelte Lateralflexion durch die Kopfgelenke kompensiert werden, damit die Augenlinie horizontal steht (Voraussetzung für ein Gleichgewichtsgefühl). Kopfgelenks-Dysfunktionen und Einschränkungen wirken sich daher zusätzlich negativ auf die Beweglichkeitseinschränkung der unteren HWS aus.

Bei mobilisierenden Techniken kann mittels einer kombinierten gegenläufigen segmentalen Einstellung das Segment in eine rotationsneutrale Einstellung gebracht werden.

M. Habring

UEMS Council in Granada, Oktober 2014

Europa und Spanien richten das UEMS Council 2014 in Granada aus., *Quelle: H. Locher*

Der Präsident der UEMS Romuald Krajewski Neurochirurg, Warschau (li) und der Secretary General Edwin Borman Anästhesist, London im Vorsitz des Council., *Quelle: H. Locher*

Der Sonderbesuch der Alhambra bei Nacht war für alle Teilnehmer ein unvergessliches Erlebnis. *Quelle: H. Locher*

Die Sektionen und Boards der UEMS trafen sich im Oktober 2014 in Granada, Spanien.

Neben zahlreichen Themen zur Europäischen Facharztpolitik wurden auch die ersten Diskussionsrunden zu den „European Training Criteria Manual Medicine" geführt und die Präsentation im Council der UEMS für Brüssel im April 2015 vorbereitet.

Zugrunde liegen hier die „Guidelines for Training and Safety in Manual Medicine", die gerade von der FIMM veröffentlicht wurden. Der Präsident des Multidisciplinary Joint Committees Manual Medicine der UEMS, Hermann Locher berichtet über die Fortschritte am europäischen Curriculum Manuelle Medizin, das im Rahmen der ESSOMM Instruktoren Kurse in Rom entsteht. Die Zusammenarbeit mit einer Europäischen Wissenschaftlichen Gesellschaft, hier der ESSOMM, wurde explizit begrüßt.

Anliegen der gesamten Aktivität ist es die Manuelle Medizin im Bereich fachärztlicher Berufsausübung im Sinne der Heilkunde zu erhalten, weil es in Europa schon starke Strömungen gibt, den gesamten Bereich Manuelle Medizin / Osteopathie unter das Label Physiotherapie, Wellness, Wohlstandsphänomene zu bringen und der fachärztlichen Ausübung und Honorierung völlig zu entziehen.

Es wird großer internationaler Anstrengungen bedürfen, diesen Prozess so zu beeinflussen, dass die wissenschaftlichen Inhalte, die Indikationen und die korrekte Durchführung manueller Therapiemaßnahmen in fachärztlicher Hand bleiben und sie ihren vor allem in den deutschsprachigen Ländern angestammten Platz in der Funktionsmedizin und Schmerztherapie behalten können.

Die Artikulation unserer Anliegen in der UEMS ist ein wichtiger Schritt in die richtige Richtung.

H. Locher

Jahrestagung der spanischen Gesellschaft SEMOOYMM

Vom 13. bis 15.11.2014 fand in Málaga die Jahrestagung der spanischen Gesellschaft für Orthopädische Medizin, Osteopathie und Manuelle Medizin statt.

Nach einer Periode der Unsicherheit über die einzuschlagende Strategie für die Zukunft der Manuellen Medizin in Spanien, ist jetzt ein Neuanfang gelungen. Der bisherige Vorstand hat die Weichen gestellt – es werden mehr Allgemeinmediziner für die Kurse angeworben und die Gesellschaft hat sich streng wissenschaftlich ausgerichtet.

Damit löst sie sich langsam aus Abhängigkeit von Robert Maigne und seinem eher empirischen Konzept.

Die Tagungsleitung mit dem eingeladenen deutschen Gastredner, v. l. n. r.: Javier Martinez Romero, Ausbildungsleiter der SEMOOYMM, Maria Victoria Sotos Borras, Vizepräsidentin der SEMOOYMM und Präsidentin der UEMMA (Union Latino-Européenne de la Medecin Manuelle), Lourdes Ruiz Jareno, Präsidentin der SEMOOYMM, Wolfgang v. Heymann, MWE, *Quelle: V. Sotos Borras*

Nachdem Robert Maigne und Marie-José Teyssandier nahezu dreißig Jahre die Geschicke auch der spanischen Gesellschaft bestimmt hatten – sie waren fast bis zuletzt die einzigen Lehrer – hat sich nun eine fast ausschließlich spanische Lehrerschaft um den Vorstand gruppiert. Aus diesen Kollegen ist auch eine Gruppe hervorgegangen, die an der Universität Madrid Masterkurse abhält.

Damit hat die SEMOOYMM schon einen Fuß in der akademischen Tür und erfüllt die Kriterien der Bologna-Konvention. In einem neuen Antrag an das Gesundheitsministerium wird nun auch versucht, die Stellung der Manuellen Medizin innerhalb des Gesundheitssystems wieder als eine wissenschaftlich fundierte ärztliche Tätigkeit vorzustellen, die entsprechend gefördert werden soll. Die bisherige Politik des Ministeriums in dieser Hinsicht war so stark vom Sparzwang gezeichnet, dass die ärztliche Manuelle Medizin fast zu verschwinden drohte.

Bei den ebenfalls in diesen Tagen abgehaltenen turnusmäßigen Neuwahlen des Vorstands wurde wieder eine Frau als Präsidentin gewählt – auf Lourdes Ruiz Jareno, die wunschgemäß Vizepräsidentin wurde, folgt jetzt Maria José Lillo. Insgesamt sind in der neuen „Junta" vier der sechs Mitglieder Frauen.

Die Jahrestagung über Themen Lumboskralen Übergang bis zum Fuß wurde mit Kursen für Anfänger und Fortgeschrittene verbunden, so dass nach den Plenarvorträgen stets praktische Übungseinheiten stattfanden, in denen die Teilnehmer die Umsetzung des soeben Gehörten unmittelbar umsetzen konnten. An den drei Tagen gab es daher in den 12 dreistündigen Einheiten jeweils 60 Minuten über den Stand der theoretischen Erkenntnisse und die diagnostischen wie therapeutischen Techniken, und dann anschließend 2 Stunden praktische Übungen.

Dies fand sehr guten Anklang bei den Teilnehmern. Dies war auch an der hohen Disziplin zu erkennen, kaum einer kam zu spät, keiner verschwand vor dem Ende.

Die nahezu 80 Teilnehmer, die aus dem ganzen Land in das immer noch recht warme Málaga gereist waren, zeigen das große Interesse der Mitglieder und Kursanten – schließlich hat die Gesellschaft kaum mehr als 120 Mitglieder.

Als ausländische Referenten und Instruktoren waren Georges Berlinson und Marc Perez aus Frankreich, sowie Wolfgang v. Heymann aus Deutschland eingeladen. Letzterer stellte die MWE-Studie über die Manipulation bei akuter Lumbalgie vor, für die nun auch eine spanische Version

Wolfgang von Heymann stellt die MWE-Studie über die Manipulation bei akutem Kreuzschmerz auf spanisch vor. *Quelle: W. von Heymann*

des Vortrags existiert, und er stellte die MWE-Techniken für den Fuß vom Zeh bis zum distalen Tibio-Fibulargelenk vor. Dies stieß auf großes Interesse, da die bisher vorherrschende Schule von Maigne praktisch keine systematische Behandlung der Extremitätengelenke kannte.

Auch damit hat die spanische Gesellschaft eine neue Seite aufgeschlagen. Der Ausbildungsleiter Javier Martinez Romero sucht damit auch eine intensive internationale – vorwiegend europäische – Zusammenarbeit.

W. von Heymann

Versorgungsstärkungsgesetz – Endlich Lösung des Ärztemangels auf dem Lande?

Die Legislaturperiode ist am Laufen. Es geht jetzt darum die im Koalitionsvertrag angedeuteten bzw. vereinbarten Projekte umzusetzen, dazu gehört auch das Versorgungsstärkungsgesetz.

In diesem Gesetz wird das, was bereits im Koalitionsvertrag vereinbart war, nämlich Besuchszeiten bei den Fachärzten zu erreichen, umgesetzt. Dieser Versuch ist absolut untauglich und zeugt nicht nur von Unwissen, sondern auch von Ignoranz. Wie soll denn die Zahl der reduzierten Fachärzte die zunehmende Zahl von Patienten versorgen, die durch die zunehmende Alterspyramide geschaffen wird?

Wer glaubt denn wirklich, unter Verkennung der Realität, dass, wenn Arztsitze in Großstädten und Ballungsräumen eingezogen werden, dass es dann dazu führt, dass sich Fachärzte in ländliche Regionen niederlassen? Das gleiche gilt auch für Allgemeinärzte. Wer jetzt schon nicht aufs Land geht, geht dann auch nicht aufs Land, wenn Arztsitze in Stuttgart oder München nicht mehr vergeben werden.

Außerdem will die jüngere Generation lieber in Abhängigkeit, d.h. in Medizinischen Versorgungszentren oder im Klinikbereich weiter arbeiten, da die jungen Kollegen zum Großteil die Vereinbarungen eines Arztalltages mit ihrer privaten Lebensplanung nicht zur Deckung bringen können oder wollen.

Zur Sache. Es sollen in den einzelnen Versorgungsgebieten, d. h. Landkreisen und Stadtkreisen die Zahl der Arztsitze auf 110%, wie aus dem letzten Jahrhundert, reduziert werden, bisher galt eine Überversorgung erst ab 200%.

Bei jedem Arztsitz der frei wird, müssen die Zulassungsausschüsse und die KV prüfen, ob dieser Arztsitz neu vergeben werden darf oder ob er eingezogen werden muss. Hierzu werden dann den Kollegen, wenn Arztsitze eingezogen werden, von Staatswegen „KV" Arztsitze abgekauft. Dass dies nicht der Preis der freien Wirtschaft bzw. der freien Niederlassung sein kann, ist logisch.

Da der KV nicht Millionen zu Verfügung stehen, um die gesamten Arztsitze abzulösen, ist nachvollziehbar. Es handelt sich hier in Baden Württemberg um ca. 500 Arztsitze die eingezogen werden müssten.

Als Beispiel müssten im Raum Stuttgart 8 Sitze für Orthopäden und 51 Psychotherapeuten eingezogen werden. Auch in den ländlich strukturierten Gebieten, wie zum Beispiel im Kreis Göppingen, liegt eine Überversorgung mit 2 Sitzen vor. Laut Gesprächen mit Kollegen aus der KV wird die Bezahlung eines eingezogenen Arztsitzes voraussichtlich zwischen 10.000 und 40.000 € liegen.

Inwieweit diese Maßnahmen, die jetzt noch im Referentenstadium vorliegen, nachher auch im Gesetz stehen, ist fraglich, obwohl es, wie gesagt, die Aufgabe des Koalitionsvertrages war, dies umzusetzen. Die weitere Frage ist auch, inwieweit den KVen Verhandlungsspielräume im Gesetz noch eröffnet werden.

Der nächste Punkt, der uns direkt betrifft, ist die Einrichtung von Terminvergabestellen. Das ist ebenfalls der falsche Weg. Im Rahmen von Selektivverträgen in Baden-Württemberg garantieren die teilnehmenden Ärzte, dass die Patienten innerhalb von 14 Tagen einen Termin bekommen. Dies hat sich bewährt und funktioniert bei Hausärzten seit 6 Jahren und im orthopädischen Bereich seit 1 Jahr.

Nun muss die KV Stellen einrichten, die sicherstellen, dass Patienten innerhalb von 4 Wochen einen Termin bei einem Facharzt erhalten. Offen ist jedoch die Frage wo der Termin ist, d.h. wenn ein Patient aus Schwäbisch Hall einen Termin bei einem Orthopäden will, könnte es im theoretisch passieren, dass der Termin in Leutkirch oder in Friedrichshafen ausgemacht wird.

Das System und die Vorstellungen sind unausgegoren und zeugen nicht von einem offensichtlichen Realitätssinn.

Es wird hier wieder auf Kosten der Ärzteschaft ein Wasserkopf geschaffen, der schon jetzt ineffektiv erscheint. Inwieweit hier die KV Lösungen erarbeiten kann, die als praktikabel und preisgünstig erscheinen, ist offen.

Des Weiteren wurden im Gesetz- bzw. im Referentenentwurf die fachärztlichen Selektivverträge, die bisher entstanden sind verändert, und hierbei merkt man eindeutig die Handschrift von Herrn Lauterbach. Die bestehenden Facharztverträge sollen zu Verträgen nach § 140 (bisher integrierte Versorgung zwischen z.B. Reha-Kliniken und Akutkrankenhäusern oder Reha-Kliniken und Sanitätshäusern oder Reha-Kliniken und Physiotherapeuten) umdeklariert werden. Hierbei lief bisher die meiste Lobbyarbeit und Aufklärungsarbeit der Berufsverbände.

Durch die Selektivverträge lässt sich nicht nur Geld einsparen, sondern auch die Zufriedenheit der Patienten deutlich erhöhen. Das zeigt sich daran, dass bei den letzten Sitzungen in Berlin und beim letzten Kongress „Arzt und Recht" auch der AOK-Bundesvorstand die Vorteile der Selektivverträge anerkannt hat und eine größere Möglichkeit für Selektivverträge im fachärztlichen Bereich fordert und durchführen will.

Wir alle sind aufgerufen, unsere Entscheidungsträger zu informieren, ihnen die Probleme dieses Referentenentwurfes klar zu machen und zu verhindern, dass der staatlich verursachte Unsinn zum Wahnsinn und Realität wird. Zudem ist die Realitätsnähe der Entscheidungsträger, nicht nur einzufordern, sondern auch durch Gespräche zu erläutern.

Es bleibt also spannend, wer sich durchsetzen wird und wie in Zukunft die Rahmenbedingungen für unsere Arbeit sein werden.

R. Deinfelder

Was bringt es ärztlicher Osteopath zu sein?

Über 1.000 MWE-Mitglieder haben sich bereits erfolgreich mit der Osteopathie auseinandergesetzt. Unsere Kurse unter der Ägide der DAAO entwickeln sich zum Renner der ärztlichen Fortbildung.

Es ist nicht zu leugnen, dass die Attraktivität ganzheitlicher Diagnose- und Behandlungsmethoden, wie sie die ärztliche Osteopathie zunehmend für sich beansprucht, im letzten Jahrzehnt sprunghaft angestiegen ist. Diese Ansätze treffen ein tiefsitzendes Patientenbedürfnis nach mehr Zuwendung, Austausch und individueller Therapie.

Doch nicht nur aus Patientensicht ist z.B. die Osteopathie immer bedeutsamer geworden. Neueste wissenschaftliche Erkenntnisse zeigen nämlich, dass international verbreitete chronische Volkskrankheiten eine komplexe Pathogenese haben. Deshalb erfordert ihre Bekämpfung auch ein Systemdenken. Allgemeinmediziner und mehr und mehr Fachärzte anderer Fachrichtungen erkennen den Qualitätssprung in Diagnostik, Therapie und Patientenverhältnis durch die Fortbildung zum ärztlichen Osteopathen, die anatomische, physiologische und biochemische Zusammenhänge mehr und mehr in den klinischen Kontext stellt und neue prophylaktische und salutogenetische Optionen ermöglicht.

Systemkrankheiten erfordern Systemdenken

Neue wissenschaftliche Erkenntnisse decken die komplexe Pathogenese verschiedener Krankheitsbilder auf. Sie haben auch die moderne hochspezialisierte Medizin aufgerüttelt. „Volkskrankheiten" wie Übergewicht, metabolisches Syndrom und Rückenschmerzen werden neu bewertet.

Auch die Rolle chronischer seronegativer Entzündungen verschiedenster Organsysteme wird neu diskutiert. Eine überwiegend organzentrierte Behandlung scheint so nicht mehr zeitgemäß.

Osteopathie stellt den Zusammenhang her

Ärztliche Osteopathen bringen vermehrt individuelle, funktionelle Problemstellungen des Organismus in einen psychosozialen Zusammenhang. Sie erkennen so leichter die gemeinsame Genese von scheinbar nicht zusammengehörenden Funktionsstörungen. In der manualmedizinischen Weiterbildung und der osteopathischen Fortbildung haben die Ärzte und Ärztinnen gelernt, den Körper Schritt für Schritt als eine eine funktionale Einheit zu „begreifen".

So sind sie in der Lage, Funktionsstörungen wie Muskelverspannungen, Blockierungen, Temperaturdifferenzen und vegetative Reaktionen des Organismus besser einzuordnen, was mit elektrophysiologischen, laborchemischen, physikalischen sowie bildgebenden Diagnosemethoden allein nicht gelingt.

Orientierung bei der Wahl kompetenter Therapiepartner

Allgemeinmediziner und Fachärzte anderer Fachrichtungen profitieren in der eigenen Praxis von den Vorteilen einer manualmedizinischen-osteopathischen Diagnostik und den daraus ableitbaren Therapieoptionen. Fundierte Kenntnisse in Manueller Medizin / Osteopathie ermöglichen dem Arzt auch eine kompetente Bewertung manualtherapeutisch-osteo-pathischer Behandlungen durch Nichtärzte. Auf diese Weise hat der Patient die größtmögliche Sicherheit bezüglich Qualität und Effizienz seiner Behandlung.

Umfang und Ansatz der Ausbildung bei der MWE

Die Fortbildung ärztliche Osteopathie bei der MWE umfasst 390 Stunden im Rahmen einer zwölfstufigen Kursreihe – das sind 230 Std. mehr als die von wenigen Ärztekammern in Deutschland zertifizierten 160 Stunden unter dem Label „Osteopathische Verfahren".

Die hohe Anzahl an Stunden ergibt sich aus der Tatsache, dass sich die MWE in Kooperation mit der Deutsch-Amerikanischen Akademie (DAAO) und dem Philadelphia College of Osteopathic Medicine (PCOM) an den Inhalten der amerikanischen universitären Ausbildung orientiert. Im Zentrum der Fortbildung steht die intensive Praxiserfahrung, die es ermöglicht, die erlernten Verfahren bereits am nächsten Tag in der Arbeit mit den Patienten anzuwenden. Dieser Ansatz erfordert jedoch eine deutlich längere Ausbildungszeit als für die „Osteopathischen Verfahren" vorgesehen ist.

Diese intensive Praxiserfahrung ist aber gleichzeitig auch der Garant für die Sicherheit bei der Diagnose und der sich anschließenden Therapieentwicklung. Denn Osteopathie ist eine auf fundierten wissenschaftlichen Erkenntnissen aufbauende Behandlungsmethode, die eine genaue Kenntnis der Anatomie, Physiologie und Biochemie voraussetzt.

Kommentar zur Semantik:
Die viel zitierte „osteopathische Philosophie" (ursprünglich amerikanisch Philosophy) ist nicht mit der in Deutschland gebräuchlichen Begrifflichkeit der „Philosophie" gleichzusetzen sondern entspricht dem in der Bedeutung des in unserem Sprachgebrauch üblichen Wortes „Konzept".

Es ist also zuträglicher in diesem Zusammenhang von einem „osteopathischen Konzept" zu sprechen, um nicht in der wissenschaftlich universitären Diskussion unnötig Boden zu verlieren, was der heutigen ohnehin schwierigen Profilierung sog. funktioneller Diagnose- und Therapiemethoden in der Versorgungslandschaft eher abträglich ist.

H. Locher

Deutsch-Amerikanische
Akademie für Osteopathie
DAAO e.V.

DAAO – jetzt auch auf facebook – like us!

Neuigkeiten aus der DAAO

Osteopathie-Konvent 2014 – kollegialer Austausch und hochkarätige Vorträge

Erneut war der Tagungssaal im Gästehaus St. Georg beim nun schon zum vierten Mal in Köln stattfindenden Konvent bis auf den allerletzten Platz besetzt. Der erste Vorsitzende Stefan Giesswein eröffnete den Konvent mit einführenden Worten über den Stand der ärztlichen Osteopathie in Deutschland.

Anschließend ging es dann mit wissenschaftlichen Vorträgen weiter: F. Müller berichtete über das aktuelle Kraniosakrale Konzept, gefolgt von dem an der Heidelberger Uni arbeitenden Roberto DeCol. Seine Arbeitsgruppe konnte erstmals eine Verbindung von extra- und intrakranialen Nerven nachweisen, wodurch weitere Forschungsfelder für die Kraniosakrale Therapie entstehen.

Nachfolgend stellte der ebenfalls an der Uni Heidelberg arbeitende Prof. S. Mense den aktuellen Forschungsstand im Bereich der Innervation der Fascia thoracodorsalis und die Beziehung zu Rückenschmerzen dar. Gerade die Faszie ist ja zur Zeit Gegenstand vieler aktueller Forschungsarbeiten und sicherlich wesentlicher Ansatzpunkt unserer osteopathischen und manualmedizinischen Therapie.

Das zweitägige Fortbildungsprogramm wurde mit weiteren Vorträgen unter anderem über manualmedizinische Schmerzanalyse (H.Locher) bis hin zu osteopathisch-psychosomatischen Zusammenhängen und, wie gewohnt, verschiedenen Workshops komplettiert.

Im diesem Jahr wird der Konvent erstmals nicht mehr in Köln sondern in Hannover stattfinden.

Kursassistententreffen in Köln, *Quelle: DAAO*

Das Hauptthema lautet dann "Rund um den Kopf". Der Konvent soll, wie in den Jahren zuvor, durch Erfahrungs- und Wissensweitergabe im kollegialen Umfeld alle interessierten DAAO- und MWE-Mitglieder ansprechen.

Kursassistententreffen der DAAO am 21.11.2014 in Köln

Im Zuge des Konvents fand in diesem Jahr auch erstmals ein Assistententreffen von allen Kursassistenten und Kursleitern der DAAO-Osteopathiekurse statt. Ziel war es, das jetzt weiter standardisierte Ausbildungssystem allen nahezubringen und im kollegialen Umfeld weitere Anmerkungen und Verbesserungsvorschläge zu generieren. Mit dem Rückzug von Peter Michaelson liegt ja gerade auf den Schultern dieses Lehrteams die Hauptlast der Osteopathieausbildung der kommenden Jahre.

Quo vadis Osteopathie

Die aktuelle Entwicklung der Osteopathie in Deutschland ist hochspannend. In welche Richtung sich diese bewegen wird, ist derzeit noch offen.

Von einer „Schnupperosteopathie„ im Sinne der 130-stündigen osteopathischen Verfahren der Bundesärztekammer bis zum öffentlichen Osteopathiestudium in der Schweiz reicht die Spannweite der möglichen Entwicklung. In den nächsten Monaten und Jahren wird wohl eine wesentliche Entscheidung über den Standard und die Ausbildung der Osteopathie in unserem Land fallen. Deshalb ist der Vorstand derzeit damit beschäftigt, unsere Position gegenüber den verschiedensten Interessensgruppen zu vertreten. Hoffen wir, dass dabei ein für uns und für die Qualität der Osteopathie sinnvolles Resultat erzielt werden kann.

Oliver Drieschner D.O., DAAO
(Schriftführer)

Konvent in Köln, *Quelle: DAAO*

Kursüberblick 2015 der DAAO

Kurse des Grundprogramms Osteopathie 1. Halbjahr 2015 für das „Zertifikat Osteopathische Medizin"

Einführungskurs

05. – 07.02.2015 Isny | Sprache: D
18. – 20.06.2015 Isny | Sprache: E

Counterstrain-I-Kurs

08. – 10.02.2015 Isny | Sprache: D
21. – 23.06.2015 Isny | Sprache: E

Myofaszial-Release-Kurs

05. – 07.03.2015 Isny | Sprache: E
16. – 18.04.2015 Bad Iburg | Sprache: D

Muskel-Energie-Kurs

08. – 10.03.2015 Isny | Sprache: E
19. – 21.04.2015 Bad Iburg | Sprache: D

Kranio-Sakral-I-Kurs

14. – 16.05.2015 Isny | Sprache: E
04. – 06.06.2015 Bad Iburg | Sprache: D

Viszeral-I-Kurs

17. – 19.05.2015 Isny | Sprache: E
07. – 09.06.2015 Bad Iburg | Sprache: D

Lymphatische und ligamentäre Gelenktechniken (LAS) Kurs

11. – 13.06.2015 Isny | Sprache: D
22. – 24.10.2015 Isny | Sprache: D

Integrationskurs

14. – 16.06.2015 Isny | Sprache: D
25. – 27.10.2015 Isny | Sprache: D

DAAO-Mitgliederfragen:
DAAO Sekretariat,
Brigitte Ortmann
Oberharprechts 11,
88260 Argenbühl
Tel.: 07566-24 14,
Fax: 07566-17 53,
E-Mail: daao.ortmann@gmx.de
www.daao.info

Kurse des Aufbauprogramms Osteopathie 1. Halbjahr 2015 für das „Diplom Osteopathische Medizin"

Counterstrain-II-Kurs

12. – 14.03.2015 Isny | Sprache: D

Viszeral-II-Kurs

15. – 17.03.2015 Isny | Sprache: D

Still-FPR-Techniken

25. – 27.06.2015 Isny | Sprache: D

Osteopathische Woche

02. – 06.03.2015 Florida | Sprache: D
22. – 26.04.2015 Bad Iburg | Sprache: D
17. – 21.06.2015 Isny | Sprache: D

Tagesrefresher

Behandlungsstrategie – das Konzept der Schlüsselläsion nach Ed Stiles

18.04.2015 Köln | Sprache: D
Kursleiter: Stefan Giesswein

Fragen zu unseren Kursen und zu Kursanmeldungen bitte an:

MWE Zentrale
Riedstr. 5
88316 Isny-Neutrauchburg
Tel.: 07562 – 97 18-0
Fax: 07562 – 97 18-22
E-Mail: info@manuelle-mwe.de

Onlinebuchung: manuelle-mwe.de

Alle Kurse unter: www.daao.info

Unsere Kurse werden mit Fortbildungspunkten der Landes-Ärztekammern honoriert.

Kurse des Postgraduate-Programms Osteopathie 1. Halbjahr 2015

Die Kurse finden in Deutsch (D) bzw. Englisch (E) mit Übersetzungshilfe statt.

Kurse in Wien und in Graz, von PCOM-Dozenten gehalten, werden auch von uns anerkannt.

Kinderosteopathie: Sportsinjuries

21.05. – 23.05.15 Frankf. a. M. | Sprache: E
Kursleiter: Prof. Darren Mc Auley

Kinderosteopathie: Birthtrauma

24.05. – 26.5.15 Wien | Sprache: E
Kursleiter: Prof. Darren Mc Auley

Kinderosteopathie: Cranio in the Newborn and the small child (toddler)

04. – 06.06.2015 Köln | Sprache: E
07. – 09.06.2015 Wien | Sprache: E
Kursleiter: Heather Ferrill

Kursreihe Sportosteopathie (Zertifikat) Kurs I Einführungskurs

26. – 28.02.2015 Bad Iburg | Sprache: E
01. – 03.03.2015 Frankf. a. M. | Sprache: E
Kursleiter: Kurt Heinking

Kursreihe Sportosteopathie (Zertifikat) Kurs II

08. – 10.05.2015 Köln | Sprache: D / E
Kursleiter: Stefan Giesswein

Fasziendistorsionsmodel meets Osteopathie

07. – 08.02.2015 Frankf. a. M. | Sprache: D
Kursleiter: Hauke Mommsen

Bioenergetics

19. – 21.06.2015 Frankf. a. M. | Sprache: E
22. – 24.06.2015 Bad Iburg | Sprache: E
Kursleiter: Jan Hendryx

Osteopathie-Refresher

13. – 15.03.2015 Bad Iburg | Sprache: D
Kursleiter: Saied Behrouz

Nozizeptoren peripherer Gelenke und ihre Afferenz-Muster

Vortrag von Prof. HG Schaible, physiologisches Institut Uni Jena, ESSOMM-Winterkonferenz, Lech

Gelenke werden innerviert von propriozeptiven, nozizeptiven und vegetativ-autonomen afferenten Fasern. Normalerweise sind wir uns der Gelenke nicht bewusst. Sie treten in unser Bewusstsein erst bei akuten Schadreizen. Unter physiologischen Bedingungen wird Schmerz nur durch einen unphysiologischen Reiz erzeugt. Unter pathologischen Bedingungen dagegen erzeugen Reize Allodynie und Hyperalgesie.

Im Folgenden wird auf die sensorische Innervation der Gelenke, die spinalen Folgen von Schadreizen, die neuronalen Effekte der Entzündung und strukturelle Veränderungen der Gelenkinnervation eingegangen.

Die **sensorische Innervation** der Gelenke besteht aus den vier Fasertypen:

Aβ-Fasern (II-Fasern) – stark myelinisierte Axone mit Ruffini-, Golgi- und Pacini-Körperchen

Aδ-Fasern (III-Fasern) – schwach myelinisierte Axone mit freien Nervenendigungen

C-Fasern (IV-Fasern) – nicht myelinisierte Axone mit freien Nervenendigungen

C-Fasern (sympathisch postganglionär) – nicht myelinisierte Axone mit noradrenergen „efferenten" Endigungen

Freie Nervenendigungen finden sich in allen Gewebsstrukturen, außer im Knorpel. Sie sind an den Enden verästelt und können verschieden Gewebe mit einer Faser innervieren. Am Ende enthalten sie kleine Vesikel an der Kontaktzone.

Man findet unter den Afferenzen propriozeptive, nozizeptive und „schlafende" nozizeptive Fasern. Die „schlafenden" nozizeptiven Fasern reagieren nicht auf mechanische, sondern nur auf entzündliche Reize. Im Falle einer Entzündung tritt durch chemische Reize bei allen Fasern eine Sensibilisierung ein.

Dies geschieht durch Modifizierung der Ionenkanäle und gen-bedingte Veränderungen der verschiedenen Rezeptoren. Beeinflusst wird diese Sensibilisierung durch die klassischen Entzündungsmediatoren wie Phospholiponsäure A (PLA) und Cyclooxygenase (COX), aber auch durch Zytokine, Neurotropine, Neuropeptide etc.

Hier setzen die antiinflammatorischen Medikamente wie Cortison, NSAR, und nun auch die Biologika an. Dabei hat es sich gezeigt, dass die Interleukine 6 und 17, sowie TNF-α eine mechanische Hyperalgesie verursachen, TNF-α aber auch eine thermische Hyperalgesie zusammen mit Il 1b.

Auf Seiten der körpereigenen Inhibition wirken Opioide, Somatostatin, Galanin, Cannabinoid- und EP3-Rezeptor-Agonisten. Letztere Erkenntnis hat überrascht, da Prostaglandine sonst die Entzündung anheizen – das EP3 macht das Gegenteil, wird aber erst im Laufe einer längeren Entzündung produziert.

Neben dieser peripheren Sensibilisierung an den Afferenzen kennen wir auch die zentrale Sensibilisierung im Bereich der spinalen Hinterhornneurone. Durch die multizeptiven Hinterhornneurone wird es für den Patienten dann sehr schwer, den Schmerz zuzuordnen und übertragenen Schmerz als solchen zu erkennen.

In den Zonen der primären und der sekundären Hyperalgesie reagiert der Mensch inadäquat schmerzhaft auf mechanische wie thermische Reize. Die Reizschwelle erniedrigt sich und die rezeptiven Schmerzfelder vergrößern sich.

Als typisch für eine zentrale Sensibilisierung betrachten wir heute:

Schmerz in mehreren Körperregionen

Lange Anamnese chronischen Schmerzen

Vielfältige somatische Symptome (Müdigkeit, Gedächtnisstörungen, Schlafstörungen)

Erhöhte sensorische Empfindlichkeit (auf helles Licht, Lärm, Gerüche, Empfindlichkeit innerer Organe)

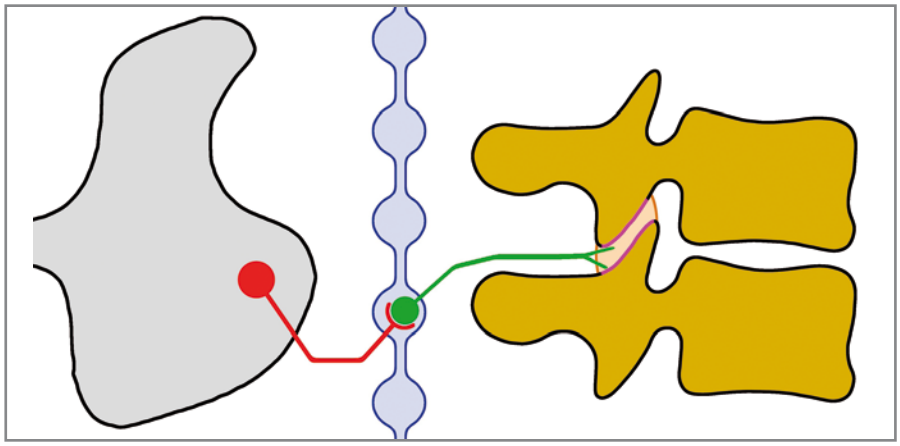
Häufiger bei Frauen

Familienanamnese mit chronischen Schmerzen

Schmerzverstärkung bei Stress

Unauffälliger körperlicher Befund abgesehen von der Hyperalgesie

Unspezifische neurologische Beschwerden ohne messbare Befunde



Graphik zum Vortrag Prof. Schaible in Lech: „postganglionäre sympathische Efferenzen (grün) innervieren die Gelenke. *(Graphik: JM Werner, mit freundlicher Genehmigung)*

Die neuronalen Effekte einer Entzündung betreffen wechselseitige Beziehungen zwischen dem Gelenk und dem Gehirn.

Daher ist es auch möglich, durch intrathekale Medikation z.B. mit Anti-TNF-α einen erstaunlich langen (> 30 Tage) analgetischen Effekt mit Verschwinden der primären und sekundären Hyperalgesie und der Verbesserung der Beweglichkeit zu erreichen. Ein vergleichbarer Effekt wurde auch durch eine Sympathektomie erreicht. Das bedeutet, dass die efferenten postganglionären sympathischen Fasern einen positiven Rückkoppelungseffekt auf eine Entzündung haben – sie schaukeln sie hoch.

Andererseits liegt hier wohl auch ein interessanter therapeutischer Ansatz für Manuelle und Lokalanästhetika-Therapie.

Strukturelle neuronale Veränderungen der Gelenkinnervation finden sich bei einer lang anhaltenden Entzündung in den oberen Schichten – die Zahl der freien Nervenendigungen nimmt erstaunlicherweise ab, gleichwohl die subjektive Schmerzwahrnehmung sich völlig anders verhält.

Genauere Untersuchungen zeigen allerdings, dass nur die Spitzen der feinen Endigungen der C-Faser verschwinden, dagegen trifft die Nozizeption an den unmyelinisierten C-Fasern das ganze Axon – die Noxe wird nicht mehr an der Spitze, sondern am ganzen Axon an den Membranrezeptoren wahrgenommen.

Die so veränderten Nervenzellen sezernieren an den veränderten Spitzen CGRP, ein nozizeptives Neuropeptid.

Dem gegenüber steht die Erkenntnis, dass menschliche hyaline Knorpelzellen CGRP-Rezeptoren haben. Dieses Phänomen kann derzeit noch nicht erklärt werden. Die Verminderung der Dichte sympathischer Fasern in der entzündeten Synovia und in dazu gehörenden Lymphknoten scheint zusammen mit der Zunahme adrenerger Sekretion ein Mittel zur Reduzierung der Entzündung zu sein.

Die neueren Erkenntnisse der Neurophysiologie der Gelenke ermöglichen immer bessere Erklärungen der Wirkungsweise auch der Manuellen Therapie an den Gelenken – über die Beeinflussung der Nozizeption an den peripheren Nerven durch weich-rhythmische, repetitive Mobilisierung über die Erhöhung der Reizschwelle am Konvergenzneuron durch Aktivierung inhibitorischer Afferenzen bis zur Provokation der Sekretion inhibitorischer Transmitter durch empathische propriozeptive Zuwendung.

W. von Heymann

Anzeige

63. Jahrestagung
der Vereinigung Süddeutscher Orthopäden und Unfallchirurgen
www.vsou.de
vom 30. April bis 2. Mai 2015
im Kongresshaus Baden-Baden

Prof. Th. Horstmann / Prof. V. Bühren

Wer Sport treibt lebt gesund – oder gefährlich?

Als eines der Hauptthemen auf der **63. Jahrestagung der Vereinigung Süddeutscher Orthopäden und Unfallchirurgen vom 30.04. bis 02.05.2015 in Baden-Baden** hat Prof. Dr. med. Thomas Horstmann, der sich mit Prof. Dr. med. Volker Bühren die Kongressleitung teilt, „Sport" ausgewählt.

In zahlreichen Vorträgen und Symposien sollen nicht nur neue Trends in den Therapieverfahren sondern auch Grundlagen, z.B. in der Faszienforschung, sowie Ursachen im Rahmen der Überlastungssyndrome dargestellt und herausgearbeitet werden.

Für die Podiumsdiskussion „Sport ist Mord?" konnten aktive und ehemalige Sportler sowie erfahrene Mediziner und Teamärzte gewonnen werden.

Bitte wenden Sie sich für weitere Informationen an: Organisation und Kongressleitung:
Geschäftsstelle der Vereinigung Süddeutscher Orthopäden und Unfallchirurgen e. V., Maria-Viktoria-Straße 9 D-76530 Baden-Baden
Tel.: +49 (0) 72 21 / 2 96 83 Fax: +49 (0) 72 21 / 2 96 04 E-Mail: info@vsou.de www.vsou.de

Zusammenfassung der MWE-Studie zum akuten Lumbalsyndrom und Diskussion einzelner Aspekte mit den Grundlagenforschern

Vortrag von W. v. Heymann, Jahrestagung des wissenschaftl. Vereins „Muskel und Schmerz", Höhenried

Die Studie wurde bereits 2013 in SPINE und in der MM veröffentlicht. Bei der neuerlichen Vorstellung in Höhenried ging es besonders um die Frage, wie man akute von chronischen Kreuzschmerzen differenzieren kann und welcher Kategorie der durch eine segmentale Dysfunktion (Blockierung) verursachte Kreuzschmerz zuzurechnen sei.

Bisher wurde die segmentale Dysfunktion stets als „nicht spezifizierbar" zugeordnet. In diese Gruppe ohne wesentliche Untergruppen kommen die Bewertungen zu manuellen Techniken zu nicht besonders positiven Beurteilungen – ganz im Gegensatz zu den Ergebnissen in der auf einen speziellen Befund ohne Ko-Morbiditäten ausgerichteten MWE-Studie.

Zusammen mit Hermann Locher schlägt der Autor daher vor, die segmentale Dysfunktion in der folgenden Definition als einen spezifischen Lenden-Kreuzschmerz zu bewerten.

Die hypomobile segmentale Dysfunktion der LWS (Blockierung) als spezifische Ursache von Kreuzschmerzen

Definition

Gerichtete hypomobile Bewegungsstörung („Blockierung") in einem, und begleitend auch benachbarten Bewegungssegmenten der Wirbelsäule *(Kursbuch BÄK, 2005)*.

Synonyme: Blockierung, DIMD (Dérangement intervertébrale mineur douloureux) (frz.) (Maigne, 1989), somatic dysfunction (anglo-amerikanisch) *(Nicholas, 2012)*.

Pathogenese

Segmentale motorische Koordinationsstörungen verschiedener Ursache (nozireaktiv, segmental dysfunktionell oder hochzentral, auch verursacht durch eine Kombination aller genannten Phänomene – *(Zieglgänsberger und Herz, 1971*)) erzeugen gerichtete hypomobile Bewegungsstörungen („Blockierungen") in einem und begleitend auch in benachbarten Bewegungssegmenten *(Junghanns, 1954)*.

Es kommt dadurch zur Modifikation einströmender Afferenzen sowohl propriozeptiven als auch nozizeptiven Ursprungs und zur Veränderung segmentspezifischer efferenter Antworten im motorischen und sympathischen Bereich *(Jänig, 2011a, 2012, 2014)*.

Ein wesentliches Element der Blockierung ist ein gerichteter Bewegungsschmerz ohne erkennbare strukturelle Ursache. Teleologisch darf die Blockierung als eine Sonderform des Schutzreflexes für vertebrale Strukturen betrachtet werden *(Jänig, 2011b, 2012, 2014)*.

Die Diagnose „Blockierung" ist nur durch eine spezielle, auch anatomisch definierte palpatorische Funktionsdiagnostik zu sichern *(Grimm und Christ, 1993; Bischoff und Moll, 2011*), hat bisher kein sicheres Korrelat in bildgebenden Verfahren und erfordert den Ausschluss begleitender, möglicherweise bedrohlicher, pathologischer struktureller Veränderungen. Die Blockierung weist typischerweise eine freie Richtung auf, von der dann auch die Indikation zur manuellen Therapie (ggf. zur Manipulation mit Impuls) abgeleitet wird.

Andere spezifische Ursachen von Kreuzschmerzen, wie aktivierte Spondylarthrose, sero-negative oder sero-positive Spondylarthritis, Distorsionen der WS, spinale Enthesiopathie und Symptome der Instabilitäten, LWS-Stenose, LWS-Discus-Prolaps und LWS-Fraktur weisen in der Regel keine sog. freie Richtung auf *(Heymann et al., 2005; Böhni et al., 2012)*.

Klinik

Die hypomobile Bewegungsstörung ist klinisch vergesellschaftet mit lokalen und gelegentlich auch diskontinuierlich ausstrahlenden Schmerzen als Zeichen der zentralen Sensibilisierung (referred pain) *(Sandkühler, 2009; Xanthos und Sandkühler, 2014)*, lokalen und plurisegmentalen Muskelverspannungen, sowie ggf. Veränderungen der lokalen und weiter peripheren Empfindungsqualitäten der Haut und vegetativ regulierten Gewebszuständen (Perfusion, Trophik Turgor etc.).

Häufige klinische Diagnosen sind: akute Lumbago, Hexenschuss, Lumbo-Sakralgie u.a.). Der „Blockierung" wohnt immer wieder ein respektables Chronifizierungspotential inne *(Mense, 2001)*, das klinisch frühzeitig identifiziert werden muss (Psychosoziale Risikofaktoren, strukturelle Begleiterkrankungen, ergonomische Aspekte und mutierte Coping Strategien) *(Schur, 2007)*.

Epidemiologie

Da bei fast allen klinischen Studien zum Kreuzschmerz die Einschlusskriterien der Teilnehmer unzureichend und insbesondere reversible funktionelle Störungen nicht gesondert definiert und ausgewiesen sind *(Schmidt et al., 2007)*, ist eine epidemiologisch quantifizierende Zuordnung heute noch nicht möglich.

Hierzu sind weitere, gezielte Studien erforderlich. Häufig werden Blockierungen als Begleitpathologien / -symptome bei komplexen lumbalen und lumbo-sakralen Schmerzbildern beobachtet. Sie sind in diesem Symptomkomplex durchaus auch isolierten manuellen Therapie-Ansätzen zugänglich. So findet manuelle Therapie Eingang in erfolgreiche multimodale Therapiekonzepte *(NVL Kreuzschmerz, 2010)*.

Therapie und Evidenz

Bei Patienten mit akuten, in manchen Fällen auch chronischen Kreuzschmerzen, die den o.g. Kriterien der Blockierung folgen, ist der Einsatz manueller Therapieverfahren aussichtsreich, beim akuten, dysfunktionellen Kreuzschmerz einer medikamentösen Therapie überlegen, in jedem Fall aber wünschenswerter Bestandteil einer multimodalen Schmerztherapie *(NVL, 2010; Heymann et al., 2013; COST B 13, 2006; Assendelft et al., 2013; Zieglgänsberger, 2005)*.

(Die Literaturliste kann in der MWE Zentrale angefordert werden).

Neue Wege bei der Berechnung von Kräften im Körperinneren – auch von Relevanz für die Manuelle Medizin?

Einführung

In der Manuellen Medizin sehen wir uns immer wieder dem Vorwurf ausgesetzt, dass man gerade im Bereich der Manipulation unkontrollierte Kräfte auf Patienten und deren Gewebe ausübe. Diese Krafteinwirkung könne, so die Kritiker, unter Umständen verbunden mit Hebelwirkungen zu einer nicht mehr beherrschbaren Kraft im Körperinneren führen, was dann zur angeblichen strukturellen Destruktion, oder zumindest funktionellen Beeinträchtigung von Strukturen führe.

Genau dieses möchte die Manuelle Medizin nicht nur verhindern, sondern sogar erfolgreich behandeln.

Als empirischer Schutzmechanismus wurde in der MWE schon vor Jahrzehnten die 9:1 Regel in der Lehre etabliert. Allerdings weiß jeder Dozent, dass dies rein empirisch ist und niemand tatsächlich in der alltäglichen Therapie dieses Kräfteverhältnis nachprüfen kann. Außerdem muss man sich den Vorwurf gefallen lassen: „9:1 wovon?"

Vor einigen Jahren hat man dieses Problem innerhalb der MWE bereits erkannt. Man versuchte mit dem elektronischem Sacrum und einer Kraftmesskurve, welche am Bildschirm dargestellt wurde, diese Situation besser zu beherrschen. Derartige Versuche innerhalb und außerhalb der Kursreihe wurden jedoch aus verschiedenen Gründen nicht fortgesetzt. Sie waren nicht wirklich praktikabel.

Einen weiteren Schutzmechanismus stellt das federnde Beckenteil der Chirotherapie-Liege nach Dr. Karl Sell dar.

Auch die Regel von den „3 K", (kleiner Weg, kleine Kraft, kurze Zeit) ist primär ein Schutz vor dem Durchreißen und somit vor der unkontrollierten Krafteinwirkung. Anhand dieser Ausführungen wird deutlich erkennbar, dass man das Problem der fraglich kontrollierbaren Krafteinwirkung auf den Körper bereits vor langer Zeit erkannt hat. Die oben dargestellten Verhaltensregeln für eine lege artis durchgeführte Manipulation nach der Lehre der MWE, sind als durchaus erfolgreiche Maßnahmen zur Vermeidung einer unnötigen Krafteinwirkung zu nennen. Anders lässt sich die sehr erfolgreiche Lehre und Therapie der MWE und des Dr. Karl Sell Ärzteseminars auf diesem Gebiet nicht erklären.

Jedoch muss man attestieren, dass es in anderen manualmedizinischen Schulen, wie der Amerikanischen Osteopathie, Teile dieser Schutzmechanismen nicht gibt. So ist beispielsweise ein federndes Beckenteil, bei der Durchführung der HVLA-Techniken dort nach Kenntnissen des Autors nicht bekannt.

Zusammengefasst kann man also feststellen, dass die Gefahr der ungewollt hohen Krafteinwirkung gerade bei den manipulativen Techniken in der Manuellen Medizin wie sie in der MWE gelehrt wird, erkannt wurde. Schutzmechanismen dafür wurden für die sogenannte lege artis durchgeführte Manipulation im Laufe der Zeit entwickelt. All diese Methoden sind hilfreich und effektiv, jedoch rein empirisch.

In der Vergangenheit wurde insbesondere im Rahmen der MWE großen Wert auf die Lehre gelegt. Ein Grundsatz des Dr. Karl Sell Ärzteseminars war immer, dass sämtliche Techniken lehr- und lernbar sein müssen. Dies impliziert, dass wir uns sowohl bezüglich der Nomenklatur als auch in der Methodik an der Hochschulmedizin orientieren.

Großen Wert wurde immer darauf gelegt, dass die Manuelle Medizin mit ihren diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten, so wie sie von der MWE gelehrt wird, Teil der konservativen Orthopädie ist.

Nur diesen Bemühungen ist es zu verdanken, dass im Jahre 1976 durch die Ärztekammern die Zusatzbezeichnung „Chirotherapie" im Rahmen der Hochschulmedizin anerkannt wurde. Ein weiterer Meilenstein auf diesem Weg ist die Vertretung der MWE in jüngster Zeit an verschiedenen Universitäten im Curriculum der Humanmedizin (Universität zu Köln, LMU München…).

Aus Sicht der MWE ist die Manuelle Medizin definitiver Bestandteil der lehr- und lernbaren konservativen Orthopädie. Sie gehört demnach in unserem Selbstverständnis auch im Curriculum der Humanmedizin verankert.

Eine gewisse Grundausbildung sollte im Studium stattfinden. Weitergehende, tiefgreifendere diagnostische und therapeutische Erkenntnisse und Fähigkeiten sollten dann in verschiedenen Facharztweiterbildungen, beispielsweise zum Orthopäden und Unfallchirurgen, zum Facharzt für Physikalische und Rehabilitative Medizin, zum Unfallchirurgen, etc. gefordert werden.

Um jedoch mit den nationalen und internationalen Kriterien der Hochschulmedizin Schritt halten zu können, erfordert es nach dem derzeit gültigen Verständnis eine möglichst nachprüfbare Methodik anzubieten. Im diagnostischen Bereich ist die Manuelle Medizin nach Grundlage der MWE hier aus unserer Sicht sehr gut aufgestellt.

Im therapeutischen Bereich stellen sich jedoch die oben aufgeführten Fragen. Rein empirisch aufgestellte Verhaltensregeln werden wohl demnach zukünftig nicht mehr genügen. Hier ist nun der Ansatz für ein aktuelles Forschungsprojekt, welches unter Federführung der Argentalklinik und in Kooperation mit der Universität Stuttgart, dem Institut für Modellierung und Simulation im Sport angeregt werden soll.

Als mögliche Methode zur Beantwortung der Frage nach den im Körperinnern durch Manipulation auftretenden Kräfte und den daraus resultierenden potentiellen Folgen, bzw. der Effektivität der empirisch ermittelten Schutzmechanismen könnte die Mehrkörpersimulation dienen.

→

Die Methode

Die oben geschilderten Fragestellungen und Probleme haben den Autor angeregt, nach Methoden der Analyse für diese Problemstellung zu suchen. Am Institut für Sport und Bewegungswissenschaft der Universität Stuttgart, Abteilung für Modellierung und Simulation im Sport wird unter der Leitung von Jun. Prof. Dr. Syn Schmitt an der Methode der Mehrkörper-Simulation im Bereich der Lendenwirbelsäule geforscht. Bei der Mehrkörper-Simulation geht es im Prinzip um die Verbindung von Medizin und Mehrkörperdynamik. Es soll also vom Gedanken her ähnlich wie bei der Methode der finiten Elemente zu einer Strukturauflösung des Organismus in der Weise kommen, dass die unterschiedlichen Körperteile wie Wirbel, Knochen, Bandscheiben, Muskeln, Bänder, Gelenke zunächst einzeln betrachtet werden. Hierzu gehören auch die biomechanischen Besonderheiten wie beispielsweise unterschiedliche Elastizitätsmodule, diverse Festigkeiten, Schwabbelmassen, innere Kontaktkräfte, Steifigkeiten als auch Kraftverläufe im Sinne von Ursprung und Ansatz verschiedener Muskeln, Bänder, etc.

In Ergänzung dieser Überlegungen muss dann der Umgebungsraum des jeweiligen Körpers betrachtet werden. Handelt es sich beispielsweise um ein menschliches Modell mit Bodenkontakt, wirkt die Schwerkraft und es kommt zu aktiven oder passiven Bewegungen.

Diese Mehrkörperdynamikmodelle sind grundsätzlich nicht neu. Bereits 1906 wurde von Otto Fischer in Leipzig eine wissenschaftliche Arbeit mit dem Thema „Theoretische Grundlagen für eine Mechanik der lebenden Körper" publiziert. Im Fahrzeugbau, in der Robotik und in anderen Industriezweigen sind einfache und auch komplexe Modelle dieser Art seit unterschiedlich langer Zeit im Einsatz. Der Nachteil dieser Modelle bisher war jedoch, dass sie die Realität nur vergleichsweise grob gerechnet und dargestellt haben, so dass sie für den Einsatz in der Medizin nicht taugten.

Mit den moderneren und hoch aktuellen Methoden der Datenverarbeitung einerseits sowie mit den zur Verfügung stehenden Rechnerkapazitäten der neuesten Generation anderseits sind nun wesentlich umfangreichere und hoch komplexe Simulationsrechnungen möglich.

War es im Jahre 2007 noch ein rigides Körpermodell der Lendenwirbelsäule von M. de Zee, so publizierte K. T. Huynh 2010 eine Simulation der Dynamik des thorakolumbalen Überganges. Auch dieses war jedoch noch in seiner Aussagekraft reduziert. 2012 publizierten M. Christophy et al. ein bereits sehr ausgefeiltes Modell zur Simulation der Lendenwirbelsäule mit zahlreichen Muskeln, Bändern und Geweben.

Das Beispiel

In der aktuellen Forschung bedienen wir uns nun eines Modells des menschlichen Körpers mit Schwerpunkt der Betrachtungsweise auf die Lendenwirbelsäule und den lumbosakralen Übergang unter Berücksichtigung einer hohen Anzahl von Muskel- / Sehnen-Komplexen sowie Geweben unterschiedlicher Elastizitätsmodule und Freiheitsgrade. Das Modell ist mittlerweile sehr ausgefeilt und an einer kleinen Gruppe menschlicher Testpersonen validiert.
In einem bereits laufenden Forschungsmodell der Argentalklinik in Kooperation mit der Universität Stuttgart, Abteilung für Modellierung und Simulation im Sport sowie einer Orthopädietechnik-Firma findet die Methode der Mehrkörpersimulation im Bereich der konservativen Orthopädie derzeit ihre erste, medizinisch relevante Erprobung und Anwendung.

Bereits während dieses Forschungsprojektes haben sich zahlreiche Verbesserungsvorschläge ergeben, so dass davon auszugehen ist, dass sich die Methode in relativ kurzen Zeitabständen immer weiter verfeinern und verbessern wird.

Auf einem internationalen Kongress, welcher sich mit der rechnergestützten Simulation von Körpern und Geweben beschäftigte und welcher im Juli 2014 in Bosten stattfand, wurde ersichtlich, dass es einerseits zahlreiche Arbeitsgruppen weltweit gibt, die sich diesem Problem, insbesondere von physikalischer theoretischer Seite her nähern.

Andererseits wurde klar, dass die rechnergestützten Modelle der Universität Stuttgart hier sicherlich einen wesentlichen Baustein dazu beitragen.
Mögliche Kooperationspartner sind beispielsweise in den USA oder Australien (University of Queensland) zu finden.

Schlussfolgerung

Nachdem nun die Methode der Mehrkörpersimulation und eine mögliche Anwendung kurz dargestellt wurden, soll in diesem Artikel noch einmal auf die Kompatibilität der Methode mit der manuellen Medizin eingegangen werden. Aus dem Gesagten ergibt sich, dass wir heute Instrumente an der Hand haben, mit denen wir Situationen und Bewegungen eines Menschen mit rechnergestützten Modellen des menschlichen Körpers korrelieren können.
Da uns derzeit und auch zukünftig auf absehbare Zeit die Möglichkeit der atraumatischen Implantation von Kraft-Mess-Sensoren in den menschlichen lebenden Körper an beliebigen Orten nicht zur Verfügung stehen, scheint die Methode der Mehrkörpersimulation geeignet, resultierende Kräfte im Inneren des Körpers bei definierter Krafteinwirkung von außen und definierten körperlichen Strukturen zu berechnen.

Noch sind nicht alle Körperstrukturen und Umgebungseinflüsse berücksichtigt. Da sich jedoch mehr und mehr Institute und Arbeitsgruppen mit dieser oder ähnlicher, sich ergänzenden Methoden beschäftigen, steht zu erwarten, dass zukünftig Modelle immer mehr an die Realität heranreichen werden.

Wir sind davon überzeugt, mit dieser Methode ein sehr wertvolles Instrument nicht nur für die Manuelle Medizin sondern auch für zahlreiche andere Anwendungen innerhalb und außerhalb der Medizin kennengelernt zu haben. Ein erstes Forschungsprojekt im Bereich der Medizin und Orthetik ist bereits im Gange. Als Lehrklinik für Manuelle Medizin ist die Argentalklinik hier mit eingebunden. Um die Methode zu verfeinern und noch bessere Aussagen im Bereich der Medizin treffen zu können sind weitere Arbeiten notwendig.

C. v. Neukirch
Isny-Neutrauchburg

Die ESSOMM Winterkonferenz 2014 in Lech, Österreich

Interview mit Dr. Hermann Locher, Präsident der ESSOMM

Gruppenbild am Ende der Winterkonferenz 2014 der ESSOMM in Lech, v. l. n. r.: Martin Trisko (A), Thomas Piro (D), Hermann Locher (D), Dr. Paul Winsauer (A), Dr. Michael Gunz (D), PD Rigobert Klett (D), Prof. Heinz Mengemann (A), Dr. Wolfram Linz (D), Dr. Bernard Terrier (CH), Dr. Gregor Deitmer (CH), Dr. Michaela Habring (A), Dr. Wilfrid Coenen (D), Prof. Karl Messlinger (D), Dr. Dimitar Genov (BG), Dr. Teodora und Dr. Ilya Todorov (BG); bereits vorzeitig abreisen mussten Prof. Hans-Georg Schaible (D), Dr. Alexander Lechner (A) und Dr. Wolfgang v. Heymann (D)., *Quelle: M. Habring*

Welche Ziele verfolgt die ESSOMM Winterkonferenz in Lech, Österreich?

Petra Nussbaum sprach mit Dr. Hermann Locher, dem ESSOMM Präsidenten.

P. Nussbaum (PN): Herr Dr. Locher seit einigen Jahren macht die ESSOMM von sich reden was verbirgt sich hinter dieser Abkürzung?

H. Locher (HL): ESSOMM steht für European Scientific Society of Manual Medicine, wurde 2006 gegründet und ist eine wissenschaftliche Gesellschaft für Forschung, Lehre und Verbreitung der Manuellen Medizin in Europa. Wir sind ein Zusammenschluss von 13 Manualmedizinischen Gesellschaften und vertreten derzeit über 10 000 FachärztInnen, die sich mit Manueller Medizin beschäftigen.

PN: 2014 im Dezember hat die 3. ESSOMM Winterkonferenz stattgefunden, Was dürfen wir uns unter dieser Zusammenkunft vorstellen?

HL: Die ESSOMM Winterkonferenz hat eigentlich drei Ziele:

1. Erfahrungsaustausch unter den Europäischen Ärztegesellschaften für Manuelle Medizin

2. Verbindung der translationalen Forschung mit dem klinischen Alltag

3. „Hands on Training" der Teilnehmer zum Kennenlernen und üben neuer und bekannter Techniken.

Daneben pflegen wir den persönlichen internationalen Austausch in der herrlichen Winterlandschaft des Arlbergs mit sportmedizinischem Begleitprogramm.

PN: Das klingt ja spannend. Was waren die Haupthemen 2014?

HL: Extra- und intrakranielle Afferenzen des trigeminalen Systems, (Prof Messlinger, Erlangen) Gelenknozizeptoren und ihre Metamorphose in der chronischen Entzündung (Prof. Schaible, Jena) Szintigraphische Darstellung von funktionellen Veränderungen am Bewegungsorgan (PD Dr. Klett Giessen und verschiedene klinische Themen wie intraoperativer Vergleich von fascialen Strukturen beim Kompartmentsyndrom (Dr. Gregor Deitmer, Basel) und Funktionsstörungen bei Kindern im Entwicklungsalter (Dr. W. Coenen, Villingen) und Craniomandibuläre Dysfunktion (Dr. von Heymann, Bremen).

PN: Und was ist das besondere dabei, was man woanders nicht geboten bekommt?

HL: Die Experten und Grundlagenforscher nehmen an allen Sitzungen teil und stehen für Zusammenhangsfragen zur Verfügung, wodurch sich immer wieder sehr spannende Aspekte ergeben und sich regelmäßig ganz erstaunliche Denkansätze für die Bewältigung klinischer Fragestellungen auftun.

Die Diskussion auch mit Teilnehmern aus Bulgarien, den Niederlanden der Schweiz, Österreich und Italien erweitern das Spektrum der Denkansätze und die Unterhaltung in Englisch hat den Charme, dass nichts unnötige repetiert wird, und die

→

Beiträge gut durchdacht und kurz sind. Ein interaktiver Hüttenabend mit selbst gesungenen Chansons und Kässpätzle nach einer Nachtwanderung im mondbeleuchteten, schneeglitzernden und klirrend kalten Zuger Tal war nur einer der gesellschaftlichen Höhepunkte!

PN: Elegant! Und wie ist das Echo durch die Teilnehmer?

HL: Durchweg sehr positiv, für dieses Jahr werden wir noch mehr praktische Teile einbauen um den „Hands on gain" noch zu verstärken. Zum ESSOMM Instructor Course in Rom im Mai dieses Jahres erwarten uns wieder schwierige Aufgaben bei der Harmonisierung der manualmedizinischen Inhalte wofür in Lech schon Vorarbeit geleistet wird.

PN: Wer kann teilnehmen?

HL: In Lech alle Mitglieder von ESSOMM Gesellschaften, die Fachärzte sind und das Zertifikat Manuelle Medizin haben. In Rom laden wir Instruktoren und Vorstandsmitglieder der ESSOMM Gesellschaften ein, die Interesse an der Fortentwicklung des Europäischen Curriculums haben und daran mitarbeiten wollen, ein solches Curriculum in der UEMS, dem europäischen Facharztparlament zu verankern. Größter Dank gilt der MWE, die hier tatkräftig mit Männer- und Frauenpower und mit fühlbarem Sponsoring eintritt.

PN: Wo gibt es Informationen?

HL: In 2015 soll – wieder im Dezember – die nächste Internationale ESSOMM Winterkonferenz stattfinden. Alle MWE-Mitglieder sind eingeladen, sich diesen Termin als Zuhörer oder vielleicht sogar als Redner vorzumerken. Hauptthemen werden wahrscheinlich die Brustwirbelsäule, das autonome Nervensystem und die Modelle zu myofaszialen Schmerzpunkten sein.

Die Konferenz wird wieder über die MWE Zentrale in Isny organisiert.

„Hexenboden" im Neuschnee in Lech, *Quelle: H. Locher*

Kontakt über folgende Adressen:

MWE Zentrale
Fon: 07 56 2 – 97 18 -0
E-Mail: info@manuelle-mwe.de

Dr. Michaela Habring
ESSOMM Koordinatorin
E-Mail: michaela.habring@gmx.at

Eine neue Dimension

Es wird immer wichtiger, Entwicklungs- und Funktionsstörungen frühzeitig zu erkennen und zu behandeln.

Manuelle Medizin bei Kindern

Gibt es ein Leben nach der Chirotherapie? Existiert jenseits der traditionellen schmerztherapeutischen Indikation noch eine andere Dimension der Manuellen Medizin?
Können Sie sich erkenntnistheoretische und entwicklungsbiologische Aspekte als Basis einer neuen Sichtweise manualmedizinischen Handelns vorstellen? Oder genügt Ihnen Ihr alltägliches chirotherapeutisches Handling? Falls ja, brauchen Sie jetzt nicht weiterzulesen.

Wenn Sie aber ein neues Indikationsgebiet und neue Behandlungsformen kennen lernen wollen, dann seien Ihnen unsere Sonderkurse ans Herz gelegt, die unter der Rubrik „Manuelle Medizin bei Kindern" aufgeführt sind.
Dieses Kurs-Curriculum vermittelt einen fundierten Einblick in Entwicklung und Funktion des Bewegungssystems; Sie lernen die Auswirkung segmentaler Dysfunktionen auf die sensomotorische Steuerung kennen und erfahren, welche neurologischen Störungen mit manualtherapeutischen Maßnahmen beeinflusst

© Igor Yaruta, Quelle: Fotolia

werden können. Sie erlernen eine hochwirksame manuelle Technik an der oberen Halswirbelsäule, die ohne behandlungstypisches Risiko in jedem Alter eingesetzt werden kann und daher besonders auch für Säuglinge geeignet ist.

Sie sind im Stande, funktionelle Ursachen frühkindlicher Bewegungsstörungen zu erkennen und wirksam zu behandeln und verstehen den Zusammenhang zwischen bestimmten kognitiven Defiziten und larvierten sensomotorischen Störungen im Kindesalter, verfügen über ein wirksames therapeutisches Konzept und über einen validen Test zur Abgrenzung von anderen Ursachen.

Vermutlich werden die Kurse in Manueller Medizin bei Kindern Ihre manualmedizinische Vorstellung von der mechanistischen Sichtweise hin zu einem dynamischen biokybernetischen Denkmodell verändern. Auf jeden Fall verfügen Sie mit der „Manuellen Medizin bei Kindern" über eine Praxisbesonderheit, die Ihnen auch eine andere Klientel vermitteln wird.

Und nicht wenige Manualmediziner mit dieser Praxisspezialität haben in der Vergangenheit darin die wirtschaftliche Möglichkeit gefunden, der reglementierenden Kassenmedizin den Rücken zu kehren.

W. Coenen

Die neuen Kurse beginnen 2016

Kurs A: Diagnostikkurs 1
27.01. – 30.01.2016, Isny

Kurs B: Diagnostikkurs 2
16.03. – 19.03.2016, Isny

Refresher Kurs in Königstein

In der ersten Augustwoche 2014 fand wie in jedem Jahr der sehr intensive, der Kompetenzerhaltung dienende Gesamtrefresherkurs in Königstein am Fuße der Festung in der Sächsischen Schweiz statt.

Die Kollegen Deinfelder und Bischoff arbeiteten sehr intensiv mit der wie immer überschaubaren Gruppe, wobei sie die von den Teilnehmern gewünschten Schwerpunkte besonders betonten. Als positiv wurden von den Niedergelassenen die von Reinhard Deinfelder berichteten Abrechnungserfahrungen und berufspolitischen Statements bewertet.

Neben der von den Teilnehmern auch in der Abschlussbeurteilung sehr gelobten fachlichen Arbeit wurde ihnen durch Anpassung der Kurszeiten (früherer Beginn, verkürzte Mittagspause) daneben die Möglichkeit gegeben, die kulturellen Möglichkeiten z. B. in Dresden (mit der S-Bahn erreichbar) und der Felsenbühne

Reschen im Winter, *Quelle: Fotolia*

Rathen zu genießen. Da auch die Familie Fritsch im Hotel „Neue Schänke" wieder alles tat, damit sich unsere Kolleginnen und Kollegen wohlfühlten, bleibt einmal mehr nur das Fazit: „Wieder ein gelungener Refresherkurs".

Das gleiche erhoffen wir uns von dem winterlichen Pendant in Reschen. Hier wird wieder das Lehrertrio Moll, Deinfelder, Bischoff tätig sein und wie immer den größten Wert auf die Übungspraxis und die Schulung des Gewebegefühls legen. Hier gilt: Theorie so viel wie nötig, aber so wenig wie möglich. Der Erfahrungsaustausch steht im Vordergrund. Wie in den vergangenen Jahren werden auch dieses Mal wieder Therapieformen aus dem osteopathischen Zweig der Manuellen Medizin und solche, die in Kombination mit manuellen Anwendungen interessant sind (wie z. B. Kinesiotape oder wirbelsäulennahe Injektionen) einbezogen.

Der Kurs mit bewusst früherem Anfang und längerer Mittagspause gibt auch Raum für wintersportliche Aktivitäten in dem schneesicheren Gebiet. Da wir auch in Reschen in einem familiengeführten Hotel unser Quartier haben, können wir sicher sein, dass uns die Familie Folie so gut wie in all den Jahren vorher versorgt.

H.-P. Bischoff

Sonderkurs Manuelle Medizin in Castelletto di Brenzone am Gardasee

Auch 2014 fand im Mai wieder der Sonderkurs Manuelle Medizin unter der Leitung von Dr. Norbert Dehoust statt.

Dieses Mal begab man sich an den ersten Tagen auf die Suche nach dem „Nozigenerator" in der HWS – Diagnostik auf dem Boden der neurophysiologischen Grundlagen und differenzierte die Symptomatologie, die diagnostischen Anforderungen und die sich daraus ergebenden manualtherapeutischen Möglichkeiten praxisnah am Beispiel der „Blockierung", der degenerativen Veränderungen, bei instabilen Verhältnissen, in der Muskulatur, der Faszien und der Nerven selbst.

Es war wieder einmal spannend, sich durch den bunten Blumenstrauß der Symptomatologie durchzuarbeiten, um dann am Ende des Tages dem einen oder anderen „Aha"-Erlebnis der Wiedererkennung von Patientensymptomatiken auf der Panoramaterrasse des direkt am Gardasee gelegenen Kurshotels im Kollegenkreis zu „begegnen"; meist beim Verzehr von im Durchschnitt leichten Weißweinen und einer leckeren Pasta!

2015 wird der Kurs zum 14. Mal geplant, bei dem es in erster Linie wieder darum geht, anhand von Praxisbeispielen, die Differentialüberlegungen in der Anwendung und Repetition der in den Kursen erlernten Techniken zu üben. Außerdem werden als neue Inhalte neurodynamische Techniken zur Behandlung der Nerven, insbesondere im Bereich der unteren Extremitäten beübt und Faszientechniken in Anlehnung an das Fasziendistorsionsmodell erlernt.

Blick auf Hotel Taki, Gardasee, *Quelle: Hotel Taki*

SAVE THE DATE!

Internationaler klinischer Refresher in Castelletto di Brenzone / Gardasee, Italien
11. Juni bis 14. Juni 2015 !

Nähere Informationen erhalten Sie bei der MWE und ÖAMM.
Bitte beachten Sie, dass die Teilnehmerzahl begrenzt ist!

MWE Zentrale

88316 Isny-Neutrauchburg
Fon: 07 56 2 – 97 18 -0
E-Mail: info@manuelle-mwe.de
www.manuelle-mwe.de

Sekretariat ÖAMM

A-8054 Graz, Austria
Telefon: +43 (0) 316 / 283 483
E-Mail: fortbildung@oamm-graz.at
www.oamm-graz.at

Informationen zum Hotel unter:
www.hoteltaki.it

Manuelle Medizin, Band 1

„Fehlfunktionen und Schmerz am Bewegungsorgan verstehen und behandeln"

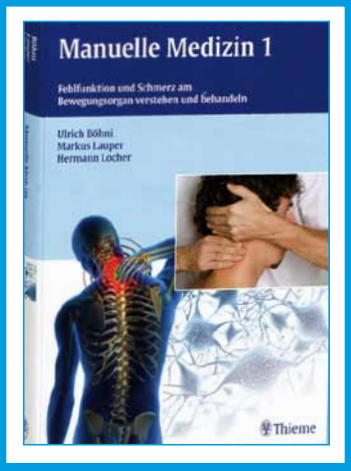
Herausgeber: U. Böhni / M. Lauper / H. Locher, Verlag: Thieme, Stuttgart

Die Manuelle Medizin ist als erfolgreiche Behandlungstechnik anerkannt. Sie bietet einen besonders effektiven Zugang zum Patienten. Neben den praktischen Anwendungen ist ein Verständnis für die Zusammenhänge wie z. B. zur Neuroanatomie und Neurophysiologie, Biomechanik, Schmerzanalyse, Differentialdiagnose, Anamnese und Diagnose nützlich.

Dieses Lehrbuch vermittelt Ihnen das nötige Hintergrundwissen der Manuellen Medizin und stellt die Zusammenhänge anschaulich und praxisnah dar:

- Es wird von der SAMM und der MWE als Grundlagenbuch für Manuelle Medizin empfohlen
- Es bietet einen gelungenen Transfer neuester wissenschaftlicher Erkenntnisse in die Praxis
- Und es vertieft die Seminarinhalte zur Manuellen Medizin

Informieren Sie sich über den Sonderpreis!



ISBN 978 3 13 165251 5

Rezension auf das Buch

von Prof. Dr. med. St. Rehart und Dr. Michael Walter, Agaplesion Markus-KH, Frankfurt am Main, 01.01.2015

Einige Jahre lang mussten die fachkundigen Leser auf diesem konservativen medizinischen Spezialgebiet seit der Auflage des Bandes 2 im Jahre 2011 warten. Die Verzögerung des Ausgabedatums des 1. Bandes ist sicherlich erwarten zu gewesenen, dem anspruchsvollen und klar strukturierten Aufbau des Werkes geschuldet.
Nun liegt eine umfangreiche Publikation von kompetenten Autoren vor, welche die Einheit zum erstveröffentlichen Band darstellt und inhaltlich stringent auf die Handhabung des Buches aus 2011 (Band 2) hinführt.

Erfreulich ist der Zeitpunkt der Herausgabe eines so fundierten Buchwerkes aus jetzt 2 Bänden zum 60-jährigen Jubiläum der Manuellen Medizin im deutschsprachigen Raum. Der vorliegende neue Band 1 ergänzt mit Grundlagenwissen und spricht klar, sowie dem Fachgebiet angepasst, in gut aufgearbeiteter Weise den Leser an.

Das Studium beider Werke lässt keinen Zweifel daran, dass es sich um ein absolutes Standardwerk handelt, welches die Wichtigkeit der Manuellen Medizin in der heutigen Zeit widerspiegelt und in der Welt der EBM die notwendigen Fundamente für das ärztliche Handeln liefert.

Bereits beim Studium des 1. Kapitels fällt dem Leser die Intention der Autoren auf, die wichtigen Inhalte in farblich abgesetzten Feldern hervorzuheben. Durch die Wahl unterschiedlicher Farben und Symbole dienen diese „Hinweis- und Merkfelder" der Vertiefung, der Repetition, der Bündelung auf das Wichtige und der Verknüpfung für die Praxis. Besonders die zahlreichen Abbildungen aber auch die klinisch relevanten Bilder als MRT oder anatomische Schnitte - versehen mit klaren Begleittexten - erleichtern das Studium des umfangreichen Kapitels.

Die für den Alltag relevanten Informationen fassen die Autoren auch in den anderen Kapiteln in Tabellen und optisch gut einprägsamen Schaubildern zusammen, so regt auch die Ergänzung durch klinische Fallbeispiele zur Reflexion des gerade Gelesenen an.

Sehr umfangreich wird das Thema Schmerz im 2. Kapitel in all seinen Facetten beleuchtet und lässt weder die Anatomie, die Physiologie noch das breite Feld der Schmerzanalyse aus. Somit erscheint hier das Studium weiterer Literatur für einen Manualtherapeuten noch nicht einmal zwingend erforderlich. In diesem Kapitel sind vor allem die zahlreichen Hinweise „klinische Bedeutung" und „Fazit für die Praxis" von großem Nutzen.

Das ebenfalls textlich und bildlich ausführlich ausgestattete Kapitel 3 umfasst neben der Neurologie zahlreiches Basiswissen, welches dank der technisch bestechenden Bilder eine hohe klinische Relevanz vermittelt und als Nachschlagewerk im Praxisalltag genutzt werden kann. Die beiden Kapitel 1 und 4 befassen sich mit der Manuellen Medizin und zeigen die theoretischen und praktischen „basics" der Chirotherapie auf. Beginnend mit den historischen Wurzeln in der Antike bis hin zur Gestaltung von Differentialtherapien und Strategien der heutigen Manuellen Medizin wird der Leser gezielt auf den praktischen Abschnitt dieses zweibändigen Werkes hingeführt.

Nicht unerwähnt soll auch das umfangreiche Literaturverzeichnis bleiben, welches die fundierten Recherchen der Autoren widerspiegelt. Hier findet man die Väter der deutschen Chirotherapie wie Gottfried Gutmann, Hans-Peter Wolff oder Herbert Frisch ebenso wie internationale Quellen. Erwähnt sei hier zudem der Nestor Professor Karel Lewit.

Der sich jetzt anschließende 2. Buchteil mit den Kapiteln 5-8 widmet sich den Symptomen und Befundkonstellationen, auch mit einen speziellen Blick auf die kleinen Patienten. Für die Erarbeitung der Inhalte ist es von großem Nutzen, dass die Thematik nach einzelnen Körperregionen getrennt vorgestellt wird. Somit erklärt sich auch der Umfang des 5. Kapitels mit rund 260 Seiten, da noch einmal die wichtigen Grundlagen aus Anatomie und insbesondere der funktionellen Anatomie bildhaft demonstriert werden. Zahlreiche Bilder aus der Klinik verknüpfen erneut die Theorie mit der alltäglichen Praxisarbeit. Die mit einem klinischen Blick des erfahrenen Manualtherapeuten verfassten Memofelder in auffälligem rot mit dem Hinweis „Cave" tragen zur Qualitätssicherung im Alltag bei und helfen, Fehler zu vermeiden. Nach dem intensiven Studium dieses umfangreichen Werkes Manuelle Medizin Band 1, welcher sich zurecht den Namen eines Standardwerkes zusammen mit dem bereits aufgelegten Band 2 verdient hat, dürfte der Leser mehr als gut vorbereitet sein, um sich der Erarbeitung des Inhaltes des praktischen Bandes (Band 2) zuzuwenden.

Beide Bände sind sehr umfangreich und können den Leser fesseln, dies erfordert jedoch einen großen Zeitaufwand, der sicherlich eher von praktizierenden und erfahrenen Manualtherapeuten aufgebracht wird. Somit sind beide Bände nicht als Einstiegsliteratur für den lediglich Interessierten geeignet. Aus unserer Sicht sollte bereits eine praktische Kurserfahrung mit Grundwissen vorliegen, bevor man sich dieser umfangreichen Literatur zuwendet, um deren Inhalt auch nachhaltig erfassen zu können. Dies verlangt auch der – unseres Erachtens für die anspruchsvolle Qualität – mehr als akzeptable Preis für den Einzelband.

Man kann die Autoren und alle an der Verfassung und Herausgabe Beteiligten zu ihrem umfangreichen Werk nur beglückwünschen. Sie haben hiermit einen fundierten Beitrag zur Wertschätzung der Manuellen Medizin als anerkannte Therapie im Spektrum der heutigen Medizin getätigt.

Mit Recht kann man die beiden Bände als klassische „Standardwerke" der Deutschen Manuellen Medizin bezeichnen.

Leserreaktionen

„Vielen herzlichen Dank für dieses wunderbare Buch! Ich versinke richtig darin. Es ist ein wunderbares Buch, so eines wie man es sich wünscht. Ein Buch das wieder Sinn hat. Im Praxistrubel fange ich mir fehlende Informationen meist mit einem Blick in eine neue Ausgabe der Bücher aus denen ich im Studium gelernt habe und ein paar anschließenden Klicks ins Internet zusammen und richte dann guten Falls keinen Schaden an. – Solch ein Buch macht aber einfach Freude und stellt Zusammenhänge her die sich nicht schnell aus dem Internet ziehen lassen. Wenn sich das Buch als gedrucktes Medium erhält, dann wird es als ein solches Buch sein, als ein Werk, das auch eine haptische Qualität bietet, ein Buch bei dem sich der Körper erinnert wo er etwa aufschlagen muss wenn ich nochmal was nachlesen will. Sehr geehrter Herr Locher, ich kann mir kaum vorstellen wie viel Arbeit und Hirnschmalz in einem solchen Buch stecken und bin begeistert und möchte Ihnen gratulieren. Für mich ist es (vor allem weil ich beim diesjährigen Lehrerkurs nicht dabei sein konnte und weiter von der Zeichnerei in den Kursen überzeugt bin) ein großer Ansporn mich vom allgemeinmedizinischen Praxisalltag nicht ganz auffressen zu lassen und mich weiter richtig mit der manuellen Medizin zu beschäftigen. Ich freue mich nun noch mehr auf denn nächsten Kurs, bei dem ich dabei sein darf."

Dr. Hella Henke, Berlin (D)

„Ein umfangreiches, gründliches und sehr gut in Schrift und Bild dargestelltes Lehrbuch der Manuellen Medizin, ein sehr komplettes Werk, das seinesgleichen nicht kennt.
Es umfasst die neuesten Erkenntnisse im Bereich der Schmerzmedizin und der Neurophysiologie und bietet wissenschaftliche Erklärungen für die Wirksamkeit und Effektivität der Manuellen Medizin. Der Inhalt des Buches ist sehr strukturiert, der logische Aufbau bietet einen Algorithmus von der Diagnostik bis zu Behandlung. Die Manuelle Medizin umfasst mehr als nur einfache Funktionsstörungen und / oder Fehlstellungen von Gelenken und deren Manipulation. Die Autoren beschreiben außerdem mehrere Therapieformen, mitunter auch die Manuelle Medizin bei Kindern. Das Lehrbuch Manuelle Medizin Band 1 ist, zusammen mit Band 2, ein richtiges Standardwerk und sowohl geeignet für Unterrichtszwecke als auch als Orientierung für bereits erfahrene Kollegen in der Manuellen Medizin. "

Dr. Henk Bultman (NL)

„Der Titel des Buches hält, was er verspricht, Schmerz besser verstehen. Bin froh, dass ich es gekauft habe."

Dr. Claudia Köbele, Schnepfau (A)

„Es ist ein wunderschönes Buch, reich illustriert und eine nahezu unerschöpfliche Quelle von Information und Inspiration. Die Sachverhalte sind klar und mit der gebotenen Zurückhaltung dargestellt, wenn es keine ausreichenden Belege für die Wirkungsmechanismen gibt. Großes Kompliment an alle Autoren. Kritisch merke ich nur an, dass einige Inhalte redundant sind."

Prof. Dr. Karl Messlinger, Erlangen (D)

„Die Inhalte der beiden Bücher Manuelle Medizin (Band 1 und Band 2) sind sehr umfangreich auf allen Gebieten auf den neuesten Stand gebracht und besonders um das mittlerweile umfassende Wissen der neurophysiologischen Grundlagen erweitert. Sie sind sowohl für den Lernenden als auch für den Lehrenden zu empfehlen! "

Prof. Dr. Heinz Mengemann, Graz (A)

„Das vorliegende Werk ist Bindeglied zwischen „experience-based-medicine" und „evidence-based-medicine".
Es stellt Manuelle Medizin als lehrbar, lernbar, dokumentierbar, reproduzierbar, kontrollierbar, wissenschaftlich interdisziplinär dar. Den Autoren und ihren Mitarbeitern ist für diese Leistung besonders zu danken."

Prof. Dr. Rudolf Lackner, Graz (A)

Kurse & Seminare

Refresherkurse für Ärzte

Tagesrefresher 8 CME	Dauer 8 Std.
09.05.2015 Ascheffel	„Best of" Wirbelsäule und Extremitäten
29.08.2015 Ascheffel	Manualmedizinischer Algorithmus bei Verkettungssyndromen
07.11.2015 Neuss	HWS
21.11.2015 Hannover	LWS / SIG

Wochenendrefresher 16 CME	Dauer 16 Std.
25.04. – 26.04.2015 Isny	LWS / SIG
12.09. – 13.09.2015 Isny	HWS / Thorax

Kompetenzerhaltungskurse

Gesamtrefresher 35 CME	Dauer 35 Std.
01.08. – 08.08.2015 Königstein	

Internationaler klinischer Refresher

11.06. – 14.06.2015 Castelletto di Brenzone / Italien

ESSOMM Winter Konferenz in Lech (A)

07.12. – 10.12.2015 Lech / Österreich

Sonderkurse für Ärzte

Regulierung des Bindegewebes

25.11. – 28.11.2015 Isny

Manuelle Medizin bei Kindern

- Die neuen Kurse beginnen 2016 -

Diagnostikkurs 1+ 2
- Diagnostikkurse in Isny -

27.01. – 30.01.2016 **Kurs A**: Diagnostikkurs 1
16.03. – 19.03.2016 **Kurs B**: Diagnostikkurs 2

Therapiekurs 1+ 2
- Therapiekurse in Isny -

Die Termine für die Therapiekurse werden in der nächsten Ausgabe der „MWE Aktuell" bekannt gegeben oder können ab September 2015 in der MWE Zentrale erfragt werden.

Unser umfangreiches Kursangebot einfach online buchen unter:

www.manuelle-mwe.de

Unser Kursbuchungssystem ermöglicht Ihnen einen komfortablen Überblick über unser umfangreiches Kursangebot.

Fragen und Hinweise:

MWE Zentrale

Montag – Donnerstag 09.00 – 16.00 Uhr
und Freitag von 09.00 – 15.00 Uhr
Telefon: 07 56 2 – 97 18 -0

Kommunikation über E-Mail: info@manuelle-mwe.de

Wir möchten die Kommunikation mit unseren Mitgliedern soweit möglich per E-Mail abwickeln.
Bitte teilen Sie uns Ihre E-Mailadresse mit.

Impressum

Redaktionsteam: Dr. Wolfgang von Heymann, Dr. Hermann Locher, Dr. Michaela Habring;
MWE Zentrale, Riedstr. 5, 88316 Isny-Neutrauchburg

Herausgeber: Dr. Karl Sell-Ärzteseminar Neutrauchburg (MWE) e.V.

Redaktionelle Bearbeitung: NUSSBAUM Marketing & Kommunikation, Fon: (030) 330 07 25-0, www.nussbaum-berlin.de

Quelle / Titelbild: ©Sergey Nivens, Fotolia.com