

Gemeinsamer DGMM-Lehrerkurs

Viertes Treffen, Boppard, 3.–4. April 2004

Es ist geschafft! Nach nunmehr vier Treffen der Lehrer der drei DGMM-Seminare ist die gesamte Wirbelsäule mit Kopfgeelenken, Costovertebralgelenken und Kreuzdarmbeingelenken ausführlich vorgetragen, gezeigt, diskutiert und geübt. Die Gruppe der 15 Lehrer, die vor zwei Jahren in Bad Iburg startete, hat mit dem Treffen in Boppard vom 3. und 4. April 2004 (Abb. 1) die Arbeit des Kennenlernens und des Nachdenkens über die verschiedenen Techniken an der Wirbelsäule beendet.

Schwerpunkte

Nachdem man sich in nahezu gleicher personeller Vertretung bereits in den Treffen in Bad Iburg mit den Kopfgeelenken, in Bad Kissingen mit dem zervikothorakalen Übergang, in Bad Langensalza mit der LWS und dem SIG befasst hatte, stand jetzt in Boppard (diesmal ohne Bad, aber mit der Loreley) die Brustwirbelsäule mit den Rippengelenken auf dem Plan. Das Fort- und Weiterbildungszentrum der FAC bot dazu einen idealen Rahmen für dieses wieder sehr konzentrierte und interessante Treffen.

In bereits bewährter Art trugen die Vertreter der Seminare erst ihre Diagnostik, später dann ihre Therapie nacheinander vor und diskutierten die aufkommenden Fragen mit den anderen Seminaren. Dann bildeten die Vertreter des vortragenden Seminars jeweils die Lehrer für die beiden anderen Seminare. Die gerade für die Praxis der Manualmedizin erforderliche Offenheit und Solidarität war den

Teilnehmern aus den vorangegangenen Treffen bekannt und konnte auch diesmal wieder problemlos aktiviert werden.

Gemeinsamkeiten

Im Zentrum der Arbeit stand auch dieses Mal der Ansatz, das Gemeinsame der drei Seminare zu finden, auch wenn es sich hinter sprachlichen Varianten versteckt, voneinander zu lernen, um wichtige Erweiterungen des eigenen Horizontes zu erkennen und ggf. in das eigene System zu übernehmen, aber auch das Spezifische der einzelnen Seminare zu definieren, welches sich nicht umstandslos harmonisieren lässt. Wichtig war es dabei auch, den Kern der Unterschiede zu erkennen, ihn auf die mechanische und neurophysiologische Bedeutung zu analysieren und ihn von den Gerüchten und den Verwirrungen des Hörensagens zu befreien. Erfreulicherweise konnte auch bei diesem Treffen wieder die große gemeinsame

Schnittmenge der drei Seminare festgestellt werden, wobei die Unterschiede in vielen Fällen nur in der Sprache liegen. Mit der richtigen „Übersetzung“ dieser Sprache durch die praktischen Demonstrationen konnten eine Reihe Missverständnisse ausgeräumt werden.

Einigkeit bestand darin, dass in Zeiten zunehmender juristischer Anforderungen an die Ärzte ein möglichst einheitliches Dokumentationsschema gefunden werden muss, welches auch dem Computerzeitalter gerecht wird. Hier konnte in dem alten Schema von Karl Sell schon eine gute und brauchbare Basis für eine Einigung festgestellt werden.

Unterschiede

Unterschiede bestehen allerdings sicherlich in der mechanischen Bedeutung des Gelenkspiels, des „joint-play“, sowie in der neurophysiologischen Bedeutung der Irritations- bzw. Spannungspunkte für die



Abb. 1 ► Die Teilnehmer des vierten DGMM-Lehrer-Kurses in Boppard: mehr Gemeinsames als Trennendes entdeckt

Diagnostik. Keine Überraschung war es auch, dass die MWE deutlich mehr manipulative Techniken lehrt als ÄMM und FAC. Dies gilt besonders für die Rippen-Wirbelgelenke, an denen die ÄMM vorwiegend atembezogenen Mobilisierungen lehrt. Auch zeigte sich wieder, dass FAC und ÄMM die BWS manipulativ meist in Rückenlage behandeln, während die Haupttechniken der MWE an der BWS in Bauchlage durchgeführt werden.

Schließlich ergaben sich auch wiederum Diskussionen über die Umsetzung der Informationen aus der neurophysiologischen Diagnostik in die therapeutischen Konsequenzen, insbesondere, was die Interpretation der Maxime „sanften Manipulation in die freie Richtung“ betrifft.

Ein neues Thema: Extremitäten

Nach erfolgreichem Ende des Programms wurde abschließend diskutiert, dem DGMM-Vorstand ein weiteres Treffen über Techniken an den Extremitäten vorzuschlagen. In ersten Beratungen wurde allerdings auch deutlich, dass hier nicht mit derart komplexen Diskussionen zu rechnen sei, wie sie über die Kopfgelenke, die Mechanik der Intervertebralgelenke und des SIG nötig waren. Unabhängig von der Bedeutung der Extremitäten dürfte daher ein einziges Treffen zu diesem Thema ausreichen.

Verbreitung des „Know-how“

Da neben den Ausbildungsleitern der Seminare an dieser ersten Serie von gemeinsamen Lehrerkursen nur jeweils höchstens vier bis fünf „Nachwuchslehrer“ der einzelnen Seminare teilnehmen konnten, müssen die Ergebnisse dieser Treffen unbedingt ausgewertet und in geeigneter Form auch den weiteren Lehrern der drei Seminare zugänglich gemacht werden. Hierzu wurden sowohl weitere, gezielte „gemeinsame Lehrerkurse“ wie auch gegenseitiger Referentenaustausch mit praktischen Übungen auf den jeweiligen einzelnen Lehrerkursen vorgeschlagen. Denn neben allen Erkenntnissen über nur scheinbare oder sprachliche Differenzen ergaben die bisherigen 4 Kurse auch deutlich die Eigenheiten der drei Seminare, die

sicher noch fortbestehen werden, die aber durch das gegenseitige Kennen besser eingeschätzt und bewertet werden können.

Das Treffen bot zudem an den beiden Abenden weitere Gelegenheit zum persönlichen Kennenlernen und zum gegenseitigen Erfahrungsaustausch. Dadurch dürfte sich die Kommunikation zwischen den aktiven Lehrern der Seminare weiter verbessern. Alle Beteiligten waren sich einig, dass das ungeheure Potential des „Know-how“ von sicher mehr als 250 ma-

R. Scheunemann · Hamburg

ÄGAMK-Tagung in Hannover

Am 27. und 28.2.04 trafen sich in Hannover die ÄGAMK-Mitglieder zu ihrer traditionellen Jahrestagung. Die Durchführung im Stil eines Workshops, bei dem neben interessanten Vorträgen vor allem praktische Übungen in kleineren Gruppen auf dem Programm standen, hat sich vom letzten Jahr her offenbar sehr bewährt, denn neben den angemeldeten Kollegen war spontan noch eine große Anzahl weiterer Mitgliedern erschienen.

In der Freitagveranstaltung berichtete der Kieferorthopäde Dr. Entrup, Hannover, über die Zusammenhänge der craniomandibulären Dysfunktion mit Wirbelsäulensyndromen. Er erläuterte somatische Symptome primär schmerzloser Dysfunktionen der Kiefergelenke und wies auf die Probleme hin, die durch starre, zahnverbindende Prothetik entstehen. Als besonders fatal gilt der anteriore Vorkontakt, der ein totales Kompressionssyndrom zur Folge hat und ein entscheidendes Therapiehindernis bei der Behandlung von Wirbelsäulendeformitäten und chronischen Schmerzsyndromen sein kann. Die für den Manualmediziner wichtigsten Untersu-

nualmedizinischen Lehrern der drei DGMM-Seminare für die Qualität unserer praktischen Arbeit und unserer Weiterbildung unbedingt genutzt werden muss.

Korrespondierender Autor

Dr. med W. v. Heymann

Chirurg/Orthopäde, Chirotherapie,
Ambulantes Operieren
Auf dem Peterswerder 28
Weserstadion, 28205 Bremen
Email: heymann@cosit.de

chungstechniken wurden im Rahmen der praktischen Übungen demonstriert.

Professor Hülse, Mannheim, erläuterte neue Ergebnisse der Behandlung des zervikogenen Schwindels. Am Beispiel von Patienten mit HWS-Weichteilverletzungen und posttraumatischen Schwindelattacken in Form von Unsicherheit und Fallneigung konnte er darlegen, dass eine alleinige Atlasterapie in diesen Fällen meist nur vorübergehend Linderung erbracht habe. Erst durch zusätzliche osteopathische Behandlung des zervikookzipitalen Überganges und vor allem manualmedizinischer Behandlung der Kiefergelenke, vielfach ergänzt durch den Einsatz von Aufbisschienen, kam es zu dauerhafter Beschwerdefreiheit.

Anthropologische Aspekte des aufrechten Ganges und die phylogenetische Besonderheit der Sacoiliacalgelenke behandelte Dr. Wittich, Hannover-Garbsen. Die Kenntnis der Statik und Kinetik des Beckens ist Voraussetzung für das Verständnis sacroiliacaler Dysfunktionen und deren Verkettung mit dem gesamten Achenorgan bis hin zu den Kopfgelenken. Im praktischen Teil wurden diagnostische und therapeutische Techniken demonstriert und kontrolliert geübt. Dabei wurde noch

mals die enorme Bedeutung dieser Region für den ganzen Körper herausgestellt.

Der ÄGAMK-Vorstand konnte dem Plenum den neuentwickelten Atlas-Impuls-Simulator vorstellen. Ein herkömmliches Phantom, wie es ähnlich schon zu Arlens Zeiten verwendet wurde, ist über ein Interface mit einem Laptop verbunden und bietet die Möglichkeit, laterale und anteriore Impulse nach den Vektoren Kraft und Zeit in Form einer Echtzeitkurve graphisch darzustellen. Die Empfindlichkeit des Gerätes kann auf Maximalkräfte von 0–2 Kp, 2–4 Kp, 4–8 Kp und 8–16 Kp eingestellt werden, die Impulskurven können zu Dokumentationszwecken ausgedruckt werden. Jeder Teilnehmer konnte seine persönliche Atlas-Impulsqualität bei Großdarstellung über den LCD-Projektor überprüfen.

Das gemeinsame Abendessen in der Tradition des antiken Symposions gab den Teilnehmern die Möglichkeit der Diskussion und des Gedankenaustausches.

Die Samstagsitzungen eröffnete ein physiotherapeutisches Thema. Verzögerte Sprachentwicklung und gestörte Mundmotorik im Rahmen zentralnervöser Erkrankungen können durch gezielte Stimulation der orofazialen Sensorik beeinflusst werden. Frau H. Gayger, Physiotherapeutin aus Villingen, beschrieb anhand des Brodie-Schemas die Verknüpfung des Schluckaktes mit dem orofazial-stomatognathen System und den posturalen Funktionen des Bewegungsapparates. Die Prinzipien des Behandlungskonzeptes nach Castillo Morales wurden eingehend erläutert und praktisch demonstriert. Gegenseitige Übungen dienen der Selbsterfahrung der Teilnehmer mit dieser ebenso wirksamen wie schonenden Therapiemethode.

Dr. Cramer, Hamburg, bot einem eindrucksvollen, persönlichen Rückblick auf die Gründerjahre der manuellen Medizin in Deutschland. Cramer, Altmeister der Chirotherapie, Mitbegründer der FAC und hochbetagt, beeindruckte durch seine temperamentvolle engagierte Darstellungsweise. Im praktischen Teil zeigte er den Kontaktdrehzug am Atlas im Sitzen, den sog. „Cramergriff“, als einen der ersten Mobilisationen des cervico-occipitalen Überganges in Deutschland. Er wurde von Cramer und seinem Bruder bereits 1954 inauguriert.

Eine Forschungsgruppe um Herrn Gerz, München, und Herrn Martin, Hannover, berichtete über erste Ergebnisse einer noch laufenden Studie, nach der hochdosierte Gabe von Ca zusammen mit Vit. D₃ eine Verbesserung der sensomotorischen Leistungsfähigkeit bei Kindern mit Cerebralparese bewirken. Eindrucksvoll waren die videodokumentierten Verlaufskontrollen. Diese Studie ist noch nicht abgeschlossen, die ersten Ergebnisse sind jedoch sehr ermutigend, zumal unter regelmäßiger Laborkontrolle bei den behandelten Kindern bisher keine Zeichen einer Vit D₃-Hypervitaminose auftraten.

Sehr eindrucksvoll waren die Ausführungen von Frau Prof. Hadders-Algra, Gronningen, NL. Sie zeigte, dass die ersten Bewegungen des Neugeborenen Rückschlüsse auf evtl. vorliegende cerebrale Schäden oder andere motorische Störungen zulassen. Generalisierte Bewegungen beim gesunden Neugeborenen sind va-

riabel, komplex, fließend und oft nur Sekunden andauernd. Als auffällig bezeichnete Frau Hadders-Algra stereotype, nicht fließende, steife und ruckartige Bewegungen des Kindes. Durch Videosequenzen wurde dies eindrucksvoll untermauert. Die praktischen Übungen mit klinischen Beispielen zeigten allerdings auch, dass diese Methode nicht im Vorübergehen zu erlernen ist, sondern sehr viel Training und Erfahrung verlangt. Zweifellos aber ist sie eine entscheidende Bereicherung in der Frühdiagnostik kindlicher Bewegungsstörungen.

Inhalt und Durchführen der Veranstaltung fanden bei den Teilnehmern große Zustimmung und es wurde übereinstimmend der Wunsch geäußert, die künftigen Jahrestagungen in gleicher Weise auszurichten.

Korrespondierender Autor

Dr. med. Rüdiger Scheunemann

Schulbrooksweg 41, 21029 Hamburg

Kostenübernahme für Manualmedizinische Behandlung im Ausland

Urteil des Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich (IV.2003.00221) vom 19. Februar 2004

1. Sachverhalt

1.1. Der 1993 geborene X.Y. leidet seit der Geburt an einer beinbetonten Cerebralparese im Sinn von Ziffer 390 Anhang der Verordnung über Geburtsgebrechen (GgV; vgl. Urk. 12/66-67). Die Invalidenversicherung erbrachte verschiedene Leistungen, darunter namentlich pädagogisch-therapeutische Maßnahmen sowie

Hilfsmittel. Nachdem im Juli 2001 die Versorgung des Versicherten mit Nancy-Hylton-Knöchelorthesen durch einen schweizerischen Lieferanten nicht zur allseitigen Zufriedenheit erfolgt war, beantragten die Eltern des Versicherten am 25. Oktober 2001 die Kostenübernahme des Bezugs solcher Orthesen im Ausland (Urk. 10/63). Die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, erteil-

te mit Verfügung vom 23. August 2002 Kostengutsprache in der Höhe von Euro 2.056,55 für ein Paar dynamische Sprunggelenkorthesen und neuroreflektorische Einlagen gemäß Kostenvoranschlag vom 10. Juni 2002 des Sanitätshauses X., Freiburg i.Br., Bundesrepublik Deutschland (Urk. 10/22).

1.2. Die Eltern ersuchten am 12. Juli 2002 die IV-Stelle um Übernahme der Kosten einer medizinisch-therapeutischen Behandlung des Versicherten im Ausland (Urk. 10/97). Mit Schreiben vom 29. September 2002 setzten sie die IV-Stelle darüber in Kenntnis, dass die gewünschte Behandlung in der Zeit vom 15. bis 26. Juli 2002 in der Ambulanz für Manuelle Medizin, N.N., Bundesrepublik Deutschland, stattgefunden habe und Euro 2'791.54 bzw. Fr. 4'187.40 koste (Urk. 10/13 = Urk. 10/89).

2.

2.1. Nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (Urk. 10/19) lehnte die IV-Stelle mit Verfügung vom 17. Februar 2003 das Gesuch um Vergütung der Kosten der in der Klinik N.N. durchgeführten medizinischen Maßnahmen und - da in der Zwischenzeit infolge des natürlichen Wachstums eine Neuversorgung mit Orthesen notwendig geworden war - eines weiteren Hilfsmittelbezugs beim Sanitätshaus X. ab (Urk. 10/10).

2.2. Die hiergegen am 7. März 2003 erhobene (Urk. 10/9) und am 28. März 2003 eingehend begründete (Urk. 10/6) Einsprache wies die IV-Stelle mit Entscheid vom 16. Juni 2003 ab und begründete dies damit, dass die gesetzlichen Voraussetzungen zur Übernahme von medizinischen Behandlungen im Ausland nicht erfüllt seien, da die vom Versicherten bezogenen Behandlungen auch in der Schweiz fachgerecht durchgeführt werden könnten. Zudem seien medizinische Hilfsmittel grundsätzlich nur geschuldet, wenn sie von Abgabestellen in der Schweiz stammten. Hieran ändere auch nichts, dass dem Versicherten mit Verfügung vom 23. August 2002 Kostengutsprache für den Bezug von zwei genau bezeichneten Hilfsmitteln im Ausland erteilt worden sei (Urk.) 10/4 Urk. 2).

3.

3.1. Hiergegen erhob der Großvater von X.Y. am 11. Juli 2003 Beschwerde und beantragte die Übernahme der Behandlungskosten (Urk. 1 Antrag 1). Ferner stellte er verschiedene Feststellungsanträge. Zur Begründung brachte er insbesondere vor, anders als im Fall einer im Sommer 2000 in der Schweiz durchgeführten Maßnahme habe der Versicherte auf die medizinische Therapie in N.N. gut angesprochen und keine negativen Effekte gezeigt. Das Gericht legte diese Beschwerde unter der Prozess-Nr. IV.2003.00221 an.

3.2. Mit Beschwerde vom 12. August 2003 wurde sodann die Kostenübernahme betreffend Orthesen beantragt, da eine fachgerechte Herstellung oder Anpassung der Nancy-Hylton-Orthesen in der Schweiz nicht möglich sei (Urk. 1). Das Gericht legte diese Beschwerde unter der Prozess-Nr. IV.2003.00246 an.

3.3. In den Eingaben vom 22. September 2003 betreffend „Medizinische Maßnahmen im Ausland“ (Urk. 11) und „Hilfsmittel im Ausland“ (Urk. 13/7) verzichtete die Beschwerdegegnerin auf Stellungnahme und beantragte die Abweisung der Beschwerden.

...

Das Gericht zieht in Erwägung:

1.1. In der vorliegenden Streitsache gab die Beschwerdegegnerin mit Vorbescheid vom 12. November 2002 (Urk. 10/19) dem Beschwerdeführer die Gelegenheit zur Stellungnahme zur geplanten Erledigung der Gesuche um Leistungsübernahme, lehnte mit Verfügung vom 17. Februar 2003 (Urk. 10/10) diese Gesuche ab; und erließ – nachdem der Beschwerdeführer in Übereinstimmung mit der Rechtsmittelbelehrung in der Verfügung gegen dieselbe Einsprache erhoben hatte – am 16. Juni 2003 einen Einsprachentscheid (Urk. 10/4).

3.

...

3.2.

3.2.1. Gemäß Art. 13 IVG haben Versicherte bis zum vollendeten 20. Altersjahr Anspruch auf die zur Behandlung von Ge-

burtsgebrechen notwendigen medizinischen Maßnahmen (Abs. 1). Der Bundesrat bezeichnet die Gebrechen, für welche diese Maßnahmen gewährt werden. Er kann Leistungen ausschließen, wenn das Gebrechen geringfügiger Natur ist (Abs. 2). Laut Art. 3 IVV bildet die Liste der Geburtsgebrechen im Sinne von Artikel 13 IVG Gegenstand einer besonderen Verordnung.

Nach Art. 1 GgV gelten als Geburtsgebrechen im Sinne von Artikel 13 IVG Gebrechen, die bei vollendeter Geburt bestehen. Die bloße Veranlagung zu einem Leiden gilt nicht als Geburtsgebrechen. Der Zeitpunkt, in dem ein Geburtsgebrechen als solches erkannt wird, ist unerheblich (Abs. 1). Die Geburtsgebrechen sind in der Liste im Anhang zur GgV aufgeführt; das Eidgenössische Departement des Innern kann eindeutige Geburtsgebrechen, die nicht in der Liste enthalten sind, als solche im Sinne von Art. 13 IVG bezeichnen (Abs. 2). Ziff. 390 der Liste im Anhang der GgV nennt als Geburtsgebrechen „angeborene cerebrale Lähmungen (spastisch, athetotisch, ataktisch)“.

3.2.2. Als medizinische Maßnahmen, die für die Behandlung eines Geburtsgebrechens notwendig sind, gelten sämtliche Vorkehren, die nach bewährter Erkenntnis der medizinischen Wissenschaft angezeigt sind, um den therapeutischen Erfolg in einfacher und zweckmäßiger Weise sicherzustellen (Art. 2 Abs. 3 GgV).

3.3.

3.3.1. Nach Art. 21 Abs. 1 IVG hat die versicherte Person im Rahmen einer vom Bundesrat aufzustellenden Liste Anspruch auf jene Hilfsmittel, deren sie für die Ausübung der Erwerbstätigkeit oder der Tätigkeit in ihrem Aufgabenbereich, für die Schulung, die Ausbildung oder zum Zwecke der funktionellen Angewöhnung bedarf. Art. 21 Abs. 2 IVG bestimmt, dass Versicherte, die infolge ihrer Invalidität für die Fortbewegung, für die Herstellung des Kontaktes mit der Umwelt oder für die Selbstsorge kostspieliger Geräte bedürfen, im Rahmen einer vom Bundesrat aufzustellenden Liste ohne Rücksicht auf die Erwerbsfähigkeit Anspruch auf solche Hilfsmittel haben. Laut Art. 21 Abs. 3 IVG

werden die Hilfsmittel zu Eigentum oder leihweise in einfacher und zweckmäßiger Ausführung abgegeben.

3.3.2. Die Befugnis zur Aufstellung der Hilfsmittelliste nach Art. 21 Abs. 1 IVG sowie zum Erlass ergänzender Vorschriften im Sinne von Art. 21 Abs. 4 IVG hat der Bundesrat in Art. 14 der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) an das Eidgenössische Departement des Innern übertragen, welches die Verordnung über die Abgabe von Hilfsmitteln durch die Invalidenversicherung (HVI) mit anhangsweise aufgeführter Hilfsmittelliste erlassen hat. Laut Art. 2 Abs. 1 HVI besteht im Rahmen der im Anhang aufgeführten Liste Anspruch auf Hilfsmittel, soweit diese für die Fortbewegung, die Herstellung des Kontaktes mit der Umwelt oder für die Selbstsorge notwendig sind. Die Liste der Hilfsmittel im Anhang der HVI nennt unter der Ziff 2.01 „Beinorthesen“.

3.4.

3.4.1. Nach Art. 26 Abs. 1 IVG steht den Versicherten die Wahl unter den eidgenössisch diplomierten Ärzten und Ärztinnen, Zahnärzten und Zahnärztinnen sowie Apothekern und Apothekerinnen frei. Des Weiteren steht laut Art. 26^{bis} Abs. 1 IVG den Versicherten die Wahl unter den medizinischen Hilfspersonen, den Anstalten und Werkstätten, die Eingliederungsmaßnahmen durchführen, sowie den Abgabestellen für Hilfsmittel frei, wenn sie den kantonalen Vorschriften und den Anforderungen der Versicherung genügen.

3.4.2. Gemäß Art. 27 Abs. 1 IVG ist der Bundesrat befugt, mit der Ärzteschaft, den Berufsverbänden der Medizinalpersonen, den Anstalten und Werkstätten, die Eingliederungsmaßnahmen durchführen, sowie den Abgabestellen für Hilfsmittel Verträge zu schließen, um die Zusammenarbeit mit den Organen der Versicherung zu regeln und die Tarife festzusetzen. Soweit kein Vertrag besteht, kann der Bundesrat die Höchstbeträge festsetzen, bis zu denen den Versicherten die Kosten der Eingliederungsmaßnahmen ersetzt werden. Laut Art. 24 Abs. 2 IVV werden die Verträge gemäss Artikel 27 IVG vom Bundesamt geschlossen.

3.5. Schafft eine versicherte Person ein Hilfsmittel nach der im Anhang aufgeführten Liste selber an oder kommt sie für die Kosten einer invaliditätsbedingten Anpassung selber auf, so hat sie gemäss Art. 8 Abs. 1 HVI Anspruch auf Ersatz der Kosten, die der Versicherung bei eigener Anschaffung oder Kostenübernahme entstanden wären.

3.6.

3.6.1. Erweist sich die Durchführung einer Eingliederungsmaßnahme in der Schweiz als unmöglich, insbesondere weil die erforderlichen Institutionen oder Fachpersonen fehlen, so übernimmt die Versicherung gemäß Art. 23^{bis} Abs. 1 IVV die Kosten der einfachen und zweckmäßigen Durchführung im Ausland. Wird eine Eingliederungsmaßnahme aus anderen, nicht in Art. 23^{bis} Abs. 1 IVV angeführten beachtlichen Gründen im Ausland durchgeführt, so vergütet die Versicherung laut Art. 23^{bis} Abs. 3 IVV (in der seit 1. Januar 2001 geltenden Fassung) die Kosten bis zu dem Umfang, in welchem solche Leistungen in der Schweiz zu erbringen gewesen wären.

3.6.2. Gemäß der Rechtsprechung des Eidgenössischen Versicherungsgerichts kann die von einer in der Schweiz wohnhaften versicherten Person beanspruchte Maßnahme nur dann im Ausland gewährt werden, wenn sie objektiv wegen ihrer Besonderheit und Seltenheit in der Schweiz nicht oder noch nicht vollzogen werden kann (ZAK 1984 S. 86). Bloße Vorzüge im Einzelfall genügen nicht; die Invalidenversicherung gewährt den Versicherten grundsätzlich nur diejenigen Maßnahmen, welche im Einzelfall notwendig, aber auch genügend sind, nicht aber das nach den gegebenen Umständen Bestmögliche (BGE 110 V 102, 98 V 213 Erw. 6). Zudem führte das Eidgenössische Versicherungsgericht in BGE 110 V 99 aus, dass die Voraussetzungen des Abs. 2 von Art. 23^{bis} IVV in der bis Ende 2000 gültig gewesenen Fassung (der Abs. 3 von Art. 23^{bis} IVV in der seit 1. Januar 2001 geltenden Fassung entspricht), offensichtlich weniger weit gehen als diejenigen von Art. 23 Abs. 1 IVV. Obgleich diese Norm somit nicht eng auszulegen ist, können beachtliche Gründe

indes lediglich solche von erheblichem Gewicht sein, weil sonst nicht nur Abs. 1 von Art. 23^{bis} IVV bedeutungslos, sondern auch Art. 9 Abs. 1 VG unterlaufen würde, wonach Eingliederungsmaßnahmen (nur „ausnahmsweise“ im Ausland gewährt werden (AHI 1997 S. 119 Erw. 5c mit Hinweisen)). So führt beispielsweise bei Vornahme einer komplizierten Operation der Umstand, dass eine spezialisierte Klinik im Ausland über mehr Erfahrung auf dem betreffenden Gebiet verfügt, für sich allein noch nicht zu einer Anwendung von Art. 23^{bis} Abs. 2 IVV in der bis Ende 2000 gültig gewesenen Fassung (AHI 1997 S. 298 Erw. 2b). Zu bejahen ist diese Anspruchsgrundlage hingegen, wenn eine besonders seltene Krankheit vorliegt, mit welcher ein in der Schweiz tätiger Spezialist noch kaum konfrontiert wurde und deren Behandlung eine genaue Diagnose erfordert (Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts in Sachen A. vom 21. Juli 2000, 1 740/99).

3.7. Laut Randziffer (Rz) 1062 des Kreisschreibens über die Abgabe der Hilfsmittel (KHMI) ist für die versicherte Person die freie Wahl der Abgabestelle grundsätzlich gegeben und lediglich unter anderem dann eingeschränkt, wenn eine Lieferantenliste der IV besteht. Hilfsmittel von Abgabestellen, die auf einer allenfalls bestehenden Lieferantenliste nicht aufgeführt sind, können nach Rz 1068 KHMI nicht bezahlt werden (Ausnahme: Rz 1027). Gemäss Rz 1067 KHMI basieren unter anderem folgende Vereinbarungen auf dem KHMI: Der SVOT-Tarifvertrag (Schweizerischer Verband der Orthopädietechniker), der OSM-Tarifvertrag (Orthopädie-Schuhmachermeister). Die IV vergütet nach Rz 1027 KHMI in Einzelfällen auch ein von der versicherten Person im Ausland selbst gekauftes Hilfsmittel. In diesem Fall ist Rz 1068 nicht zu beachten.

4.

4.1. Zwischen den Parteien ist einmal streitig, ob die Beschwerdegegnerin die Kosten für die vom Beschwerdeführer in der Klinik N.N. zwischen dem 15. und 26. Juli 2002 bezogene medizinisch-therapeutischen Behandlung zu erstatten hat. Der Beschwerdeführer bringt vor, die vom 7. bis

18. August 2000 im Kinderspital in N.N. durchgeführte Maßnahme eines intensiven Gehtrainings und einer allgemeinen funktionellen Förderung (vgl. Urk. 3/1 = Urk. 12/65) habe nicht den gewünschten Erfolg gebracht und aufgrund der wenig intensiven Betreuung zu psychischen Belastungen geführt, wohingegen die in der Ambulanz für manuelle Medizin in Deutschland der Klinik N.N., durchgeführte Komplexbehandlung zur Ökonomisierung des Gangbildes (vgl. Urk. 12/57) Erfolg gezeitigt habe. Dieses deutlich bessere Ergebnis stelle einen beachtlichen Grund für die Übernahme der Kosten der Auslandbehandlung dar.

4.2. Wie die Beschwerdegegnerin im angefochtenen Einspracheentscheid zutreffend festgehalten hat, leidet der Versicherte an einem vergleichsweise häufigen Geburtsbrechen, für welches zahlreiche Institutionen in der Schweiz Behandlungen anbieten. Auch wenn die im August 2000 im Kinderspital in N.N. durchgeführte Maßnahme nicht hinreichend erfolgreich oder belastend gewesen sein sollte, können daher dem Versicherten andere Leistungserbringer in der Schweiz eine adäquate Behandlung gewähren. Deshalb stellen die positive Haltung des Versicherten zu der in der Rheintalklinik durchgeführten Maßnahme sowie das gemäss dem behandelnden Arzt „sehr ordentliche Behandlungsergebnis“ (Urk.3/3) keine beachtlichen Gründe dar, die gemäss Art. 23^{bis} Abs. 3 IVV die Übernahme der Behandlungskosten im Ausland recht fertigten.

5.

5.1. Der Anspruch des Versicherten auf Beinorthesen gemäss Ziffer 2.01 des Hilfsmittelliste im Anhang der HVI sowie der Charakter der Einfachheit und Zweckmäßigkeit der Nancy-Hylton-Orthesen als eines solchen Hilfsmittels ist unbestritten. Jedoch ist unter den Parteien streitig, ob die Beschwerdegegnerin die Neuversorgung des Beschwerdeführers mit solchen Orthesen durch das Sanitätshaus X. in Freiburg i.Br./Deutschland, zu übernehmen hat.

5.2. Wie dargelegt, steht den anspruchsberechtigten Personen nach Art. 26^{bis}

Abs. 1 IVG die Wahl unter den Abgabestellen für Hilfsmittel als Leistungserbringer frei, wenn diese den kantonalen Vorschriften und den Anforderungen der Versicherung genügen. Die zweitgenannte Einschränkung verweist auf die beruflichen Mindestanforderungen, welche die vom Bundesamt in Ausübung der Kompetenznorm von Art. 24 Abs. 2 IVV in Verbindung mit Art. 27 Abs. 1 IVG geschlossenen Verträge enthalten. Hierzu zählen die oben genannten Verträge mit dem Schweizerischer Verband der Orthopädietechniker und den Orthopädie-Schuhmachermeister betreffend Vergütung orthopädischer Arbeiten, sofern diese von Lieferanten ausgeführt werden, die das eidgenössische Diplom besitzen und in dem vom Verband nachgeführten Mitgliederverzeichnis aufgenommen sind (vgl. Ulrich Meyer-Blaser, Rechtsprechung zum Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, IVG, Zürich 1997, S. 191). Folglich verweist die Beschwerdegegnerin im angefochtenen Einspracheentscheid zu Recht auf die Beschränkung der Wahlfreiheit im Bereich des vom Beschwerdeführer benötigten Hilfsmittels.

Immerhin kann auch im Hilfsmittelbereich vom Territorialitätsprinzip, welches das Recht der Leistungserbringer und des Leistungsbezug grundsätzlich beherrscht, abgewichen und ausnahmsweise eine Hilfsmittelbezug im Ausland gestattet werden. Jedoch ist hierfür nach der angeführten Rechtsprechung zur Bedeutung von Art. 9 Abs. 1 IVG für den Bezug von Eingliederungsmaßnahmen notwendig, dass ein Hilfsmittel gemäss der Liste im Anhang der HVI in der Schweiz nicht verfügbar oder eine adäquate Versorgung mit einem solchen Hilfsmittel in der Schweiz nicht möglich ist.

Vorliegend ist zwar festzustellen, dass die Erstversorgung des Beschwerdeführers mit Nancy-Hylton-Orthesen durch einen schweizerischen Vertragslieferanten im Juli 2001 möglicherweise nicht einwandfrei erfolgte (vgl. Urk. 3/2, Urk. 12/63, Urk. 12/92 f.). Jedoch fertigen laut Schreiben vom 17. Januar 2002 von Dr. med. X., Oberarzt Kinderorthopädie, Orthopädische Universitätsklinik X., an die Beschwerdegegnerin schweizerische Lieferanten auf Veranlassung der Universitätsklinik regelmäßig Nancy-Hylton-Orthesen an (Urk.

12/103). Daher kann nicht angenommen werden, dass eine Versorgung mit diesen Orthesen in der Schweiz nicht fachgerecht durchgeführt werden könnte.

Schließlich kann die Übernahme im Ausland bezogener Hilfsmittel auch nicht unter dem Titel der in Art. 8 Abs. 1 HVI geregelten Austauschbefugnis erfolgen, wenn damit ohne beachtliche Gründe von dem das Recht der Leistungserbringer und des Leistungsbezug beherrschenden Territorialitätsprinzip abgewichen wird.

5.3. Der Beschwerdeführer beantragt eine „Wiederherstellung“ der Verfügung vom 23. August 2002 und die Aufhebung des Einspracheentscheids vom 16. Juni 2003. Damit geht er entweder davon aus, dass die Verfügung vom 23. August 2002 betreffend die erstmalige Versorgung mit Nancy-Hilton-Orthesen beim Sanitätshaus X durch den Einsprachenentscheid aufgehoben wurde, oder davon, dass diese Verfügung vom 23. August 2002 bei ihm ein berechtigtes Vertrauen erweckte, wonach auch künftige Versorgungsmaßnahmen mit Nancy-Hilton-Orthesen beim Sanitätshaus X. erfolgen könnten, was dem ablehnenden Einspracheentscheid vom 16. Juni 2003 entgegenstehen würde. Das Erste ist offensichtlich nicht der Fall. Indessen trifft auch das Zweite nicht zu. Denn wie die Beschwerdegegnerin zu Recht ausführt, betrifft die Verfügung vom 23. August 2002 gemäß ihrem klaren Wortlaut einzig den am 29. Oktober 2001 beantragten Bezug je eines Paares dynamischer Sprunggelenkorthesen und neuroreflektorischer Einlagen (vgl. Urk. 12/22). Hieraus kann der Beschwerdeführer keineswegs ableiten, dass alle künftigen Versorgungsmaßnahmen mit diesen Hilfsmitteln ebenfalls beim Sanitätshaus X geschehen sollen. Ganz abgesehen hiervon behauptet der Beschwerdeführer nicht, aufgrund der Verfügung vom 23. August 2002 bis zum Zeitpunkt des Erlasses der Verfügung vom 17. Februar 2003 oder des Entscheids vom 16. Juni 2003 entsprechende Ausgaben oder Dispositionen getätigt zu haben, was eine notwendige Voraussetzung der Berufung auf den Grundsatz des Vertrauensschutzes darstellen würde (vgl. BGE 121 V 66 Erw. 2a, Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts in Sachen A. vom 7. Mai 2001, C 27/01).

6.

6.1. Am 1. Juni 2002 ist das Abkommen zwischen der Schweizerischen Eidgenossenschaft einerseits und der Europäischen Gemeinschaft und ihren Mitgliedstaaten andererseits über die Freizügigkeit vom 21. Juni 1999 (Freizügigkeitsabkommen, APF) in Kraft getreten. Laut seiner Präambel ist es Ausdruck des Entschlusses der Vertragsparteien, die Freizügigkeit zwischen ihnen auf der Grundlage der in der Europäischen Gemeinschaft geltenden Bestimmungen zu verwirklichen. Soweit für seine Anwendung Begriffe des Gemeinschaftsrechts herangezogen werden, wird hierfür nach Art. 16 Abs. 2 APF die einschlägige Rechtsprechung des Gerichtshofs der Europäischen Gemeinschaften (EuGH) vor dem Zeitpunkt der Unterzeichnung berücksichtigt. Überdies ist es den schweizerischen Behörden nicht verwehrt, die nach dem 21. Juni 1999 als dem Zeitpunkt der Unterzeichnung ergangene EuGH-Rechtsprechung autonom nachzuvollziehen (BGE 128 V 320 Erw. 1c).

6.2. Gemäß Abs. 1 lit. b APF bezweckt das Abkommen die Erleichterung der Erbringung von Dienstleistungen im Hoheitsgebiet der Vertragsparteien, insbesondere die Liberalisierung kurzzeitiger Dienstleistungen. Nach Art. 5 Abs. 3 APF wird natürlichen Personen, die Staatsangehörige eines Mitgliedstaates der Europäischen Gemeinschaft oder der Schweiz sind und sich nur als Empfänger einer Dienstleistung in das Hoheitsgebiet eines Vertragsstaates begeben, das Einreise- und Aufenthaltsrecht eingeräumt.

6.3. Unter den gemeinschaftsrechtlichen Begriff der Dienstleistungen fallen nach Art. 50 des Vertrages zur Gründung der Europäischen Gemeinschaften (EGV) alle in der Regel entgeltlich erbrachten Leistungen, namentlich gewerbliche, kaufmännische, handwerkliche und freiberufliche Tätigkeiten, soweit sie nicht im Rahmen der Arbeitnehmerfreizügigkeit oder Niederlassungsfreiheit der selbständig Erwerbstätigen geschehen. Dazu zählen nach der Rechtsprechung des EuGH auch medizinische Behandlungen, ohne dass zu unterscheiden wäre, ob die Versorgung innerhalb oder ausserhalb einer Kranken-

anstalt erfolgt (EuGH-Urteil vom 12. Juli 2001 in der Rechtssache C-157/99, Smits und Peerbooms, Slg. 2001, I-5473 ff., Randnr. 53 mit Hinweisen auf die ältere Rechtsprechung). Es ist zu prüfen, ob das APF Abweichungen von dieser Rechtslage enthält.

...

6.5. Gemäß EuGH-Rechtsprechung fallen auch medizinische Dienstleistungen, die im Rahmen der Systeme der sozialen Sicherheit erbracht werden, unter den fundamentalen Grundsatz der Dienstleistungsfreiheit, dies unabhängig davon, ob sie auf dem Kostenerstattungsprinzip oder dem Naturalleistungsprinzip beruhen (EuGH-Urteil vom 28. Juni 1998 in der Rechtssache C-158/96, Kohll, Slg. 1998 I-1931 ff. Randnr. 21 und 45 f., EuGH-Urteil Smits und Peerbooms, a.a.O., Randnr. 54 f., EuGH-Urteil vom 13. Mai 2003 in der Rechtssache C-385/99, Müller-Fauré und van Riet, in Slg. noch nicht publiziert, Randnr. 103). Daher müssen die Mitgliedstaaten, auch wenn sie in der Gestaltung ihrer Systeme der sozialen Sicherheit grundsätzlich frei sind, bestimmte Vorgaben des Gemeinschaftsrechts beachten und entsprechende Anpassungen ihrer Systeme vornehmen. Insbesondere stellt eine landesrechtliche Norm, die für die Behandlung der versicherten Person in einem andern Mitgliedstaat das Erfordernis einer vorangehenden Genehmigung aufstellt, eine Erschwernis oder Behinderung des freien Dienstleistungsverkehrs dar und muss durch objektive und zwingende Gründe des Allgemeininteresses gerechtfertigt sowie verhältnismäßig sein.

Zu ersterem zählen insbesondere die Ziele, eine ausgewogene, allen zugängliche medizinische Versorgung bedarfsgerecht planen zu können, damit ein hohes Niveau des Gesundheitsschutzes der Bevölkerung aufrechtzuerhalten sowie eine erhebliche Gefährdung des finanziellen Gleichgewichts der Systeme der sozialen Sicherheit zu vermeiden (EuGH-Urteil Kohll, a.a.O., Randnrn. 41 und 50 f.; EuGH-Urteil Smits und Peerbooms, a.a.O., Randnrn. 72 ff.). Wird die Genehmigung und Übernahme der in einem Krankenhaus eines andern Vertragsstaates erbrachten Leistung davon abhängig gemacht, dass die gleiche oder eine für die versicherte Person ebenso wirksame Behandlung

nicht rechtzeitig in einem Krankenhaus des Versicherungsstaates erbracht werden kann, so ist diese Genehmigungsvoraussetzung nur dann zulässig, wenn ausländische Krankenanstalten gegenüber inländischen Anstalten, mit denen der Versicherungsträger keine vertraglichen Vereinbarungen geschlossen hat, als Dienstleistungserbringer nicht diskriminiert werden (EuGH-Urteil Smits und Peerbooms, a.a.O., Randnr. 103, EuGH-Urteil vom 13. Mai 2003 in der Rechtssache C-385/99, Müller-Fauré und van Riet, in Slg. noch nicht publiziert, Randnr. 85). Setzt die Genehmigung voraus, dass die angestrebte Behandlung in ärztlichen Kreisen üblich ist, so ist darauf abzustellen, was auf der internationalen Ebene als hinreichend erprobt und medizinisch anerkannt gilt (EuGH-Urteil Smits und Peerbooms, a.a.O., Randnrn. 91 ff.). Insofern im Rahmen einer Behandlung außerhalb eines Krankenhauses nicht ersichtlich ist, dass durch eine Auslandsbehandlung von versicherten Personen die dargelegten zwingenden öffentlichen Interessen verletzt werden könnten, zumal der Versicherungsträger die im Ausland erbrachte Behandlung nur zu den im Inland geltenden Tarifen zu erstatten hat, verstößt das Erfordernis der vorherigen Genehmigung einer Behandlung in einem andern Vertragsstaat gegen die Dienstleistungsfreiheit (EuGH-Urteil Kohll, a.a.O., Randnrn. 52 ff., EuGH-Urteil Müller-Fauré und van Riet, a.a.O., Randnrn. 108 f.).

6.6.

6.6.1. Während der vom 15. bis 26. Juli 2002 in der Ambulanz für Manuelle Medizin der Klinik N.N. durchgeführten oder angeordneten Therapie wohnte der Versicherte in Begleitung seiner Eltern in einem privaten Appartement in derselben Ortschaft (Urk. 12/58 letztes Blatt). Daher stellt sich die Frage, ob es sich bei der vom Beschwerdeführer bezogenen medizinischen Therapie um eine Leistung innerhalb oder außerhalb eines Krankenhauses im Sinne der dargestellten Rechtsprechung handelt. Diesbezüglich führt der EuGH aus, dass die Unterscheidung in eigentliche Krankenhausleistungen und in Leistungen, die in einem Krankenhaus erbracht werden, aber auch durch einen Arzt in seiner Praxis oder in ei-

nem medizinischen Zentrum erbracht werden könnten, bisweilen Schwierigkeiten bereitet; jedoch benennt der Gerichtshof keine entsprechenden Abgrenzungskriterien (EuGH-Urteil Müller-Fauré und van Riet, a.a.O., Randnr. 75, auch Randnrn. 32 und 63). Demnach erscheint es richtig, hilfsweise auf die landrechtliche Abgrenzung zwischen ambulanter, teilstationärer und stationärer Behandlung abzustellen. In seiner Antwort vom 27. November 2000 auf eine einfache Anfrage von Ständerätin Monique Saudan betreffend die Abgrenzung der genannten Begriffe führte der Bundesrat aus, das Kriterium der Unterscheidung zwischen stationärer und teilstationärer Behandlung stelle die Dauer des Klinikaufenthalts dar, denn die stationäre Behandlung dauere 'rund um die Uhr'. Die ambulante erfordere im Gegensatz zur teilstationären Behandlung keine an die Behandlung anschließende Überwachung und Pflege in einem stationären Rahmen und könne sowohl in einem Spitalambulatorium als auch in einer privaten Praxis außerhalb des Spitals durchgeführt werden (wiedergegeben in CHSS 2000 S. 346 f.; vgl. auch BGE 127 V 402 Erw. 2c/aa, Thomas Mattig, Grenzen der Spitalplanung aus verfassungsrechtlicher Sicht, Zürich, 2003, S. 6).

Bei der vom Versicherten in der Ambulanz für Manuelle Medizin der Klinik N.N. bezogenen medizinischen Therapie, bestehend aus manueller Medizin, Atlas-therapie nach Arlen, myofaszialem Lösen, propriozeptionsfördernder Massage, Krankengymnastik, Ergotherapie, Bewegungsübungen im Thermalbad und Laufbandbehandlung ist nicht ersichtlich, inwiefern eine an die Behandlung anschließende Überwachung und Pflege im stationären Rahmen notwendig gewesen wäre. Folglich stellt sie eine ambulante Behandlung dar, bei der das Erfordernis der vorherigen Genehmigung der Durchführung in einem andern Vertragsstaat gegen die passive Dienstleistungsfreiheit in Art. 5 Abs. 3 APF verstößt.

6.6.2. Der Versicherte leidet unbestrittenmaßen an einem Geburtsgebrechen im Sinne von Ziffer 390 Anhang GgV. Demnach sind laut Art. 2 Abs. 3 GgV medizinisch-therapeutische Maßnahmen dann von der Invalidenversicherung zu übernehmen, wenn sie zweckmäßig und

einfach sowie wissenschaftlich anerkannt sind. Die in der Ambulanz für Manuelle Medizin durchgeführte medizinische Therapie aus manueller Medizin, Atlas-therapie nach Arlen, myofaszialem Lösen, propriozeptionsfördernder Massage, Krankengymnastik, Ergotherapie, Bewegungsübungen im Thermalbad und Laufbandbehandlung kombiniert zwar mehr Elemente als die zwei Jahre zuvor in der Schweiz durchgeführte Therapie, ist aber gemäss den vorhandenen Unterlagen von verschiedenen bundesdeutschen Sozialgerichten als leistungspflichtig beurteilt worden (vgl. Urk. 12/57) und darf daher auf der internationalen Ebene als medizinisch anerkannt gelten. Schließlich ist die durchgeführte Therapie unbestrittenmaßen deutlich kostengünstiger als die vergleichbare, in der Schweiz durchgeführte Therapie (vgl. Urk. 12/57), weshalb die Beschwerdeführerin deren Kosten dem Beschwerdeführer im ganzen Um-

fang von umgerechnet Fr. 4'187.40 zu erstatten hat.

...

8.

Im Ergebnis ist festzuhalten, dass der Versicherte Anspruch auf Erstattung der Kosten der zwischen dem 15. und 26. Juli 2002 in der Ambulanz für Manuelle Medizin der Klinik N.N. durchgeführten medizinischen Therapie hat, dagegen nicht auf eine Neuversorgung mit Nancy-Hylton-Orthesen durch das Sanitätshaus X, Freiburg im Br.

In teilweiser Gutheißung der Beschwerde vom 11. Juli 2003 wird der Einspracheentscheid vom 16. Juni 2003 dahin abgeändert, dass die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, verpflichtet wird, die Kosten der im Juli 2002 in der Ambulanz der Klinik N.N., durchgeführten medizinischen Maßnahme in der Höhe von Fr. 4.187.40 zu übernehmen.

A. Cramer · Ibbenbüren

Zeitfenster in der Manualtherapie

Vortrag am 29.2.2004, Annastift Hannover,
zum Thema „Der Cramergriff“

Das Arbeiten in den suboccipitalen und perisakralen Rezeptorzonen der Wirbelsäule führt zu sehr verschiedenen Wirkungen je nach Entwicklungsstand und Alter der Behandelten.

Eine typische Indikation für „Atlas-therapie“, Schwindel bei Erwachsenen, kommt für Kleinkinder erst mit der vollen Entwicklung der Gangkoordination in Erwägung. Das Fußskelett verfestigt sich erst im Schulalter. Die aus den Sprunggelenken resultierenden Reflexe für LWL-Lordosierung bzw. (beim

„Bergaufgehen“) Kyphosierung leiten die Umstellung der kindlichen „C“-Biegung der Wirbelsäule zur „S“-Biegung des Erwachsenen ein. Diese findet während der Pubertät mit der gleichzeitigen Ausreifung der Iliosakralgelenke von der Syndesmose zur Amphiarthrose statt.

Auf die typischen in dieser Zeit auftretenden „malignen“ Skoliosen hat die Impulstherapie im suboccipitalen Rezeptorbereich (Atlantooccipitalgelenke) oft entscheidenden Einfluss.

Nie wieder hat die Atlasterapie nach vollzogener Skelettreifung diese spezifische – und oft entscheidende – Wirkung auf Wirbelsäulenkrümmung und -haltung wie in der Pubertät. So kann man von einem „Zeitfenster“ sprechen. Die typische Indikation für die manuelle Atlasterapie beim Kleinkind ist „Entwicklungsstörung in Verbindung mit Fehllhaltung („Kit-Syndrom“).“

Der Schiefhals

Der „akute Schiefhals“ trifft vorwiegend 20–30-Jährige in „Stress“-Situationen. Aber auch Sportverletzungen können „Schiefhals“ auslösen. Der „Schiefhals“ des Erwachsenen ist m.E. keine Indikation für Manualtherapie, vielmehr für geführte Widerstandsübungen, wie mehrfach auch von mir beschrieben.

Den sog. „congenitalen Schiefhals“ beim Erwachsenen sah ich gelegentlich versuchter Manualtherapie trotzen, jedoch nach Änderung der Lebensführung (z.B. Scheidung und Wiederheirat) verschwinden.

Mit zunehmendem Lebensalter vermehrt auftretende Gleichgewichts- und Koordinationsstörungen haben sich jedoch als gute Indikationen für manuelle Therapie vor allem in den suboccipitalen und perisakralen Rezeptorfeldern herausgestellt. Das trifft auch für Kognitionsstörungen zu, die sich zum Senium hin in „Tinnitus“ und Tremorneigung zeigen.

Nach Lösung der Atlantooccipitalgelenke mit geeigneter, sanfter Impulstechnik fällt die sofortige Verbesserung der Kopfbeweglichkeit ins Auge. Die „Umsicht“ verbessert sich. Die Wirkung von Manualtherapie im iliosakralen und suboccipitalen Rezeptorfeld verbessert im Senium Präsenz und Vigilanz. Qualitäten also, die Umsicht, Vorsicht und soziale Einordnung erleichtern – und das während bereits Reaktionsgeschwindigkeit und Sicherheit abnehmen. Ein weiteres „Zeitfenster“ also hinsichtlich der Wirkung gezielter Manualtherapie – ungeachtet der jeweiligen Methodik, die freilich im „taktilem Dialog“ mit dem Patienten eine entscheidende Rolle spielt.

Korrespondierender Autor

Dr. A. Cramer

Bäumerstr. 12, 49477 Ibbenbüren

W. v. Heymann · Bremen

Schlaganfall und Chirotherapie

Deutsche Schlaganfallgesellschaft veröffentlicht neue Studie

Unter Bezug auf eine neuerliche amerikanische Studie glaubt die Deutsche Schlaganfall-Gesellschaft (DSG) erneut in einer Pressemeldung vor Manipulationen an der Halswirbelsäule warnen zu müssen. In einer amerikanischen Multi-Zenterstudie wurde das Schlaganfallrisiko nach einer solchen Behandlung analysiert. Die Ärzte folgerten aus der Studie, dass ein Zusammenhang zwischen chirotherapeutischen Manipulationen und Schlaganfall bestehe. Sie fordern, alle Patienten sollten von ihrem Chiroprapeuten vor der Behandlung auf diese Gefahr hingewiesen werden.

Ein möglicher Zusammenhang zwischen chirotherapeutischen Manipulationen an der Halswirbelsäule und Schlaganfall wird seit längerer Zeit von verschiedener Seite immer wieder postuliert. Gerade in der letzten Ausgabe dieser Zeitschrift haben sich drei Autorengruppen ausführlich und grundlegend mit dieser Problematik befasst (Schilgen et al., Refisch et al., Graf-Baumann et al., Manuelle Medizin, Heft 2, April 2004). Dabei wurde wiederholt auf den Zusammenhang hingewiesen, dass die Beschwerden des Patienten in Form von Hinterkopf- und Nackenschmerzen sowie Schwindelbeschwerden nicht nur auf eine Blockierung als Ursache hinweisen können, sondern dass diese Beschwerden sehr ähnlich auch bei idiopathischen Veränderungen der Vertebralarterien auftreten können. Häufig wird nach einer dennoch bei dieser Erkrankung durchgeführten Manipulation der Fortschritt der Läsion der Vertebralarterie mit der sich daraus auch möglichen Erscheinungsform eines Schlaganfalls im Zusam-

menhang mit der Chirotherapie gesehen. Als „Expertenmeinung“ wurde auch wiederholt unterstellt, dass Todesfälle nach chirotherapeutischer Manipulation an der Halswirbelsäule vorgekommen seien. Sichere Belege dafür gibt es bisher nicht (s. Heft 2/04).

In einer neuen amerikanischen Studie [1] wurden 151 Patienten befragt, die eine Vertebraldissektion und einen Schlaganfall erlitten hatten. Ihre Antworten wurden mit den Daten einer „geeigneten Kontrollgruppe“ verglichen, deren Zusammensetzung nicht erläutert wurde. 14 Prozent der Schlaganfallpatienten hatten sich in den 30 Tagen vor diesem Ereignis einer chirotherapeutischen Manipulation an der Halswirbelsäule unterzogen. Dies traf nur für 3 Prozent der „Kontrollgruppe“ zu. Die Autoren der Studie sehen daher einen Zusammenhang zwischen den Manipulationen und der Vertebraldissektion. Sie fordern, dass Patienten vor einer chirotherapeutischen Manipulation an der Halswirbelsäule auf das Risiko eines Schlaganfalls hingewiesen werden. Verstärkte Nackenschmerzen nach einer Manipulation sollten eine sofortige neurologische Untersuchung nach sich ziehen.

Da die Studie leider keine genauen Angaben über die Anamnese der Beschwerden, den Ausbildungsgrad der Therapeuten (Ärzte/Laien) und die angewandten Techniken enthält, stellt sie insgesamt keine neue oder weitergehende Erkenntnis gegenüber dem zuletzt in Heft 2/04 zusammengefassten Stand des ärztlichen Wissens in dieser Frage dar.

Die DSG selbst verweist auf die Möglichkeit angeborener Gefäßerkrankungen der betreffenden Patienten, die bereits vor

der Manipulation bestehen. Die Therapeuten sollten diesen Zusammenhang berücksichtigen in Anamnese und Diagnostik. Sie sollten in der Therapie eine starke Kraftereinwirkung wie auch eine endgradige Rotation vermeiden. Diesem Problem wurde am 4./5. Juli 2003 bei einem Konsensusworkshop in Frankfurt mit Vertretern der DGMM sowie Orthopäden,

Neurologen, Anatomen, Allgemeinmedizinerinnen sowie Juristen Rechnung getragen. Daraus ging eine klare Handlungsempfehlung für Chiroprapeuten hervor (zu Qualitätssicherung, Aufklärung und Dokumentation in der MM, Frankfurter Empfehlungen 2003; www.dgmm.de/Hauptmenü/Informationen/Links). Weitere Informationen zur Deutschen Schlaganfall-

Gesellschaft sind im Internet unter www.dsg-info.de zu erhalten.

Literatur

1. Smith WS, Johnston SC, Skalabrin EJ, Weaver M, Azari P, Albers GW, Gress DR (2003) Spinal manipulative therapy is an independent risk factor for vertebral artery dissection. *Neurology* 60:1424-1428

Sofortiger Rechtsrat am Telefon

Anwalt-Callservice wird ein Jahr

Der Anwalt-Callservice, die Rechtsberatungshotline des Anwalt-Suchservice, wird ein Jahr alt. Seit April 2003 erhalten Rechtsuchende hier sofortigen Rechtsrat am Telefon.

Schnelle Antwort auf einfache Fragen

Der Bundesgerichtshof hatte die telefonische Rechtsberatung bereits 2002 für zulässig erklärt und festgestellt, dass in der Bevölkerung Bedarf an spontaner, telefonischer Beratung über Rechtsfragen des Alltags bestehe. Daraufhin entschloss sich der Anwalt-Suchservice, der Rechtsuchenden schon seit 15 Jahren dabei hilft, geeignete Rechtsanwälte in ihrer Nähe zu finden, sein Angebot zu erweitern: Er hob den Anwalt-Callservice aus der Taufe. Wer dort von Montag bis Freitag zwischen 8 und 20 Uhr anruft, kann sofort mit einem der vierhundert bundesweit angeschlossenen Rechtsanwälte sprechen. Die telefonische Rechtsberatung ist für einfache, nicht zu komplexe Rechtsfragen des Alltags geeignet, die der Anwalt ohne Einsicht von Verträgen oder Dokumenten beantworten kann. Die Qualität der Dienstleistung wird dadurch sichergestellt, dass jeder der beratenden Anwälte mindestens zwei Jahre Berufserfahrung nachweisen muss.

Guter Rat ist nicht teuer

Im Vergleich zu den Gebühren, die beim Besuch einer Kanzlei anfallen, kann sich der Bürger beim Anwalt-Callservice ver-

hältnismäßig preisgünstig beraten lassen. Eine Erstberatung in der Kanzlei kostet bis zu 180 Euro zuzüglich Mehrwertsteuer. Für einen Anruf beim Anwalt-Callservice fallen nur 1,86 Euro pro Minute an, die über die normale Telefonrechnung abgerechnet werden. Es gibt keine langen, teuren Bandansagen und keine umständlichen Sprachdialogsysteme, sondern der Anrufer hat sofort einen Rechtsanwalt am Apparat. Nach Angaben des Anwalt-Callservice können viele alltägliche Rechtsfragen innerhalb weniger Minuten besprochen und geklärt werden, die durchschnittliche Gesprächsdauer liege bei sechs Minuten. Die Mehrzahl der Rechtsu-

Die sechs Rufnummern des Anwalt-Callservice lauten:	
Allg. Rechtsfragen:	(0 19 08) 8 02 01
Arbeitsrecht:	(0 19 08) 8 02 02
Erbrecht:	(0 19 08) 8 02 03
Familienrecht:	(0 19 08) 8 02 04
Mietrecht:	(0 19 08) 8 02 05
Verkehrsrecht:	(0 19 08) 8 02 06
Suchservice	(0 180) 52 54 555

chenden zahlt damit für die Beratung nur rund 11 Euro.

Quelle „Anwalt-Suchservice“

Kooperationsvereinbarung



Mit Wirkung zum 1. März 2004 hat das DGMM-Ärztseminar Hamm-Boppard (FAC) e.V. eine Kooperationsvereinbarung mit der Deutschen Gesellschaft zum Studium des Schmerzes e.V. (DGSS) geschlossen.

Gegenstand der Vereinbarung ist eine enge Zusammenarbeit auf den Gebieten der Weiter- und Fortbildung, Wissenschaft und Berufspolitik im Bereich der Schmerzerkrankungen am Bewegungssystem gemäß § 2 der Satzung der DGSS und den §§ 3 und 4 der FAC-Satzung.

Zur Erledigung der gemeinsamen Aufgaben wurde ein Beirat gegründet, dem neben den amtierenden Präsidenten/Vorsitzenden, der/die Geschäftsführer und je zwei weitere Vertreter beider Gesellschaften angehören.

Die Adresse der Geschäftsstelle der DGSS lautet:

Deutsche Gesellschaft zum Studium
des Schmerzes e.V. (DGSS)
Sektion der International Association
for the Study of Pain (IASP)
Beate Schlag
Obere Rheingasse 3
56154 Boppard/Rhein
Tel 06742/8001-21
Fax 06742/8001-22
e-mail: info@dgss.org
Internet: www.dgss.org

Präsident der DGSS:
Prof. Dr. Michael Zenz, Bochum
Vizepräsidenten:
Prof. Dr. Rolf-Detlev Treede, Mainz
und Prof. Dr. Hardo Sorgatz, Darmstadt
Schatzmeister:
Prof. Dr. Henning Harke, Krefeld
Schriftführerin:
Monika Thomm, Köln

Wissenschaftlicher Mitarbeiter gesucht

In der *Deutschen Gesellschaft für Manuelle Medizin* ist zum sofortigen Antritt die Stelle eines Wissenschaftlichen Mitarbeiters/in 0,50 VK für den befristeten Einsatz von 2 Jahren zu besetzen.

Die Deutsche Gesellschaft für Manuelle Medizin wird ein Konsultationszentrum einrichten. Diese Stelle berät und begleitet Forschungsansätze und Vorhaben im Auftrag der *Deutschen Gesellschaft für Manuelle Medizin*. Die Schwerpunkte der angewandten Forschung liegen dabei im klinischen Bereich. Dies betrifft die Planung, Durchführung und Auswertung von Studien, z.B. in Kliniken im Rehabilitationsbereich und in Praxen.

Anforderungen an den Bewerber/in und Tätigkeitsmerkmale

Der/die Bewerberin/in sollte bereits eingehende Kenntnisse in Diagnostik und Therapie der Manuellen Medizin erworben haben. Es werden Erfahrungen in Studienplanung und Methodik er-

wartet sowie ausreichende Erfahrungen im wissenschaftlichen Arbeiten (besonders mit multizentrischen Studien). Wir erwarten eine Eigenständigkeit in der Arbeit und kreative Fähigkeiten in der inhaltlichen und strukturellen Planung eines Konsultations-Forschungsberatungszentrums.

Wir suchen eine/n Mitarbeiter/in, der/die dieser Aufgabenstellung zur Bearbeitung der Themen gerecht werden kann und erwarten Kooperation, Engagement und Zielstrebigkeit.

Die Vergütung erfolgt nach der Regelung des BAT. Die Einstellung wird nach den Richtwerten des Zeitvertragsgesetzes vorgenommen. Bei gleicher Eignung werden Schwerbehinderte bevorzugt. Die Unterlagen müssen bis 31. September 2004 eingegangen sein.

Ihre Bewerbung richten Sie bitte an DGMM-Geschäftsstelle:
Prof. Dr. Lothar Beyer
Westbahnhofstr. 2,
D-07745 Jena

Das Kreuz mit den Krücken

Schulungspflicht für Pflegepersonal?

Das Pflegepersonal eines Krankenhauses muss sich von der Fähigkeit eines Patienten im Umgang mit Krücken überzeugen. Zumindest, wenn dieser zum ersten Mal mit einer solchen Unterarmgehilfe in Kontakt kommt. Art und Umfang der Einweisung haben sich an den Umständen des Einzelfalls zu orientieren, so das OLG Koblenz.

Der Anwaltsuchservice (Servicerufnummer 0180-52 54 555) berichtet: Eine 49-jährige Frau war beim Verlassen der Krankenhaustoilette mit einer Krücke ausgerutscht und hatte sich schwer am zuvor operierten linken Fuß verletzt. Grund für

den Sturz sei u.a. eine unzureichende Unterweisung im Gebrauch der Krücken durch das Pflegepersonal gewesen, so die Frau. Sie forderte Schadenersatz vom Krankenhaus.

Zu Unrecht, fanden die Richter (Urteil vom 12.02.2004, Az: 5 U 235/03): Zwar erfordere gerade das Treppengehen mit Krücken ein besonderes Geschick. Je nach Alter, Gewicht und Art der Verletzung des Patienten könne das Pflegepersonal auch nicht pauschal unterstellen, dass er die Gehhilfen beherrsche. Eine Schulung könne durchaus notwendig sein. Sei die Patientin mit gebrochenem Fußgelenk, wie

im vorliegenden Fall, jedoch normalgewichtig, mittleren Alters und auch noch krückenerfahren, scheidet eine Pflicht des Pflegepersonals zur Schulung aus.

Fazit

Wann eine Schulungspflicht besteht, und wann ein Sturz mit Krücken zum Schadenersatz berechtigt, kann somit von Fall zu Fall unterschiedlich sein!

Quelle „Anwalt-Suchservice“

Risiken der Manuellen Medizin

Viel wurde über die Risiken der Manuellen Medizin in den letzten Jahren geschrieben, dass sie aber auch für den Chiroprapeuten gefährlich sein kann, entnehmen wir dem Leserbrief eines Kollegen, der in Ausübung der Chirotherapie, wie er schreibt, nach der Methode nach Dr. Karl Sell im Jahr 1979 durch den Stoß des Ellenbogen seines Patienten gegen die rechte obere Nase einen Nasenbeinbruch mit anschließender starker Blutung und nachfolgender 14-tägiger Anosmie erlitten hat.

Laut seinen eigenen Angaben kam es anschließend beim morgendlichen Schnäuzen zu einer plötzlichen Aufblähung des linken Augenlides. Der Augapfel trat hervor und er konnte ihn nur noch unter Schmerzen bewegen. Das durchgeführte CT der Nasennebenhöhlen zeigte den Verdacht auf eine Fraktur der Orbitawand. Im retrobulbären Raum konnte Luft nachgewiesen werden. Unter der Therapie mit Antibiotika, Analgetika und vor allem Schnäuzverbot bildet sich die Schwellung innerhalb von 72 Stunden komplett zurück.

Leider hat ihm die Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege damals die Anerkennung als Arbeitsunfall verweigert.

15.4.2004

T. Graf-Baumann, Teningen

Hier steht eine Anzeige
This is an advertisement