

Indikation zur Verordnung von Manueller Therapie

Immer wieder kommt es vor, dass private Kostenträger mit den Patienten über die Honorierung Manualmedizinischer Leistungen und Manualtherapeutischer Verordnungen diskutieren. In solchen Fällen empfehlen die Versicherungen ihren Patienten meist, sie mögen sich zur Regelung der entgangenen Kosten an den ausführenden/verordnenden Arzt wenden.

Zuletzt fragte eine Versicherung nun auch direkt bei der Geschäftsführung der ÄMM nach Empfehlungen zur Indikation und zur Häufigkeit ärztlicher Manualmedizinischer Leistungen und zu Verordnungen von Manueller Therapie. Diese Anfrage galt der Indikation und den zugehörigen Diagnosen, der notwendigen Anzahl von Behandlungen im Rahmen einer Behandlungsserie und der Begrenzung der Zahl in einem Behandlungsjahr.

Die Anfrage veranlasste mich, aus den Begründungen, die ich bisher in solchen Fällen meinen Patienten zur Verfügung gestellt habe, die nachfolgende Zusammenstellung vorzunehmen. Weil es möglich ist, dass manualmedizinisch tätige Kollegen Elemente daraus für ihre eigene Argumentation übernehmen könnten, habe ich sie der Zeitschrift MM zur Veröffentlichung angeboten.

Die Grundidee meiner Begründungen besteht darin, den Versicherungsvertretern deutlich zu machen, dass Manuelle Medizin (MM)/Manuelle Therapie (MT) reversible Befunde im Bewegungssystem behandelt. Abhängig von wiederkehrenden, nur begrenzt beeinflussbaren Alltagsabläufen rezidivieren sie. Solche reversiblen Befundkombinationen finden in der Funktionsdiagnose ihren Ausdruck. Werden die reversiblen Funktionsstörungen nicht behandelt, können sie in irreversible Strukturstörungen übergehen (Strukturdiagnosen vor allem aus der Orthopädie). Sie rezidivieren auch in Abhängigkeit von vorbestehenden Strukturkrankungen des Bewegungssystems,

der inneren Organe und des Nervensystems. Dabei ist die Rezidivhäufigkeit von deren Intensität und Ausprägung abhängig. Verantwortungsvolles Patientenverhalten kann nur die Häufigkeit der Rezidive beeinflussen, nicht ihr Auftreten verhindern. Die Indikation zur Behandlung ist folglich aus der Diagnose (Funktionsdiagnose/n) bzw. der Diagnosenkombination (Strukturdiagnose/n + Funktionsdiagnose/n) ersichtlich. Ebenso ist daraus die zu erwartende Häufigkeit ablesbar.

Argumentationszusammenstellung

1. Zur Indikation. Die Indikation zur Verordnung von MT sind reversible Funktionsstörungen im Bewegungssystem
 - 1.1 Primäre Funktionsstörungen, zusammenfassende Diagnosen
 - Myofasziale Funktionsstörungen
 - Extremitätengelenk-Funktionsstörungen
 - Wirbelsäulengelenk-Funktionsstörungen
 - Sakroiliakgelenk-Funktionsstörungen (im ärztlichen Gebrauch viele sprachliche Spielarten)
 - 1.2 Sekundäre Funktionsstörungen bei bestehenden Strukturkrankungen im Bewegungssystem, im System der inneren Organe (Hals-, Thorax-, Abdomen-Beckenorgane) der Gefäße und des Nervensystems. Strukturkrankungen werden kompensatorisch geschützt durch Spannungserhöhungen der Muskulatur mit sekundären reflektorischen Gelenkfunktionsstörungen auch der strukturge-sunden Muskeln und Gelenke. Diese Funktionsstörungen sind reversibel und damit behandelbar. Soweit sie Teil der Schmerzsymptomatik sind, vermindert die MM/MT Behandlung die Beschwerden des Patienten trotz

der weiterbestehenden Strukturkrankung.

Die Funktionsverbesserung bewirkt eine Reduktion des Fortschreitens der Strukturkrankung. Das bedeutet weniger kostenaufwendige apparative Diagnostik und Therapie, Minimierung des Medikamentenbedarfs = Kostenreduktion; sie kann stationäre Behandlungen und lange Arbeitsunfähigkeitszeiten verhindern.

MM/MT ist deshalb obligater Bestandteil der Therapie bei chronischen Erkrankungen des Bewegungs- und Nervensystems und immer wieder begleitend bei chronischen Inneren Erkrankungen.

- 1.3 Sekundäre Funktionsstörungen in Verkettungsreaktionen bei unbehandelten primären und sekundären Funktionsstörungen (wie unter 1.2 aufgezählt) sowie bei statischen Fehlbelastungen (heute fast alle Berufsgruppen) Zusammenfassende Diagnosen - Verkettungen myofaszialer Funktionsstörungen- Verkettungen von Gelenkfunktionsstörungen- Verkettungen myofaszialer und Gelenkfunktionsstörungen - Myofasziale Engesynndrome- Verkettungssyndrome (Verkettungen im Bewegungssystem mit Ursache in inneren Organen)(im ärztlichen Gebrauch viele sprachliche Spielarten)´
- 1.4 Rezidivierende Funktionsstörungen bei Verläufen wie unter 1.3 und in langen und/oder schweren Verlaufsformen mit generalisierter myofaszialer Dysbalance, zentraler Steuerungsstörung, sensomotorischer Dysintegration der Systeme der Körperstatik und Körperdynamik
2. Zur ärztlichen Dokumentation im Krankenblatt bzw. zur Ausfüllung der Heilmittelverordnung über MT. Immer sollten Strukturdiagnose/n + Funktionsdiagnose/n im Kranken-

blatt erscheinen. Sie gehören in dieser Kombination auch auf die Heilmittelverordnung. Reine Funktionsstörungen ohne Strukturhintergrund können in der Regel bei der ärztlichen Erstkonsultation behoben werden. Nach den Darlegungen unter Punkt 1 sind fast alle Diagnosen chronischer Strukturkrankungen als Verordnungsdiagnose denkbar. Auch bei bekannten Krebserkrankungen gehören die Techniken der MM/MT mit niedriger Reizdosis zu den hochwirksamen palliativen Therapiemitteln. Neben der Strukturdiagnose sollte auf der Heilmittelverordnung die aktuelle Funktionsdiagnose als Leitfaden für den Therapeuten (und damit auch für den Bearbeiter bei der Versicherung) stehen.

3. Zur Zahl der Anwendungen bzw. Begrenzung der Zahl innerhalb eines Jahres
 - 3.1 Akute Primäre Funktionsstörungen werden in den meisten Fällen bei der ärztlichen Erstkonsultation behandelt und bedürfen dann einer Kontrolle und einer evtl. Zweitbehandlung (Reststörungen und Rezidive)
 - 3.2 Sekundäre Funktionsstörungen, wie unter 1.2 beschrieben, rezidivieren in Abhängigkeit von der Grunderkrankung (Strukturkrankung). Nach einer Einstiegsreihe von 4-6 Arztkonsultationen werden die notwendigen Wiedervorstellungen in der Regel durch Verlängerung der Konsultationsabstände titriert. Bei geringem Schmerzpotential aus den rezidivierenden Funktionsstörungen kann es sich um Arztkonsultationen mit Behandlung in Abständen von einem Monat bis zu einem Jahr handeln. Bei heftigen und häufigen Rezidiven ist dann auch die Delegation an manualtherapeutisch ausgebildete Physiotherapeuten denkbar = 12 -16 Behandlungen/Jahr.
 - 3.3 Sekundäre Funktionsstörungen wie unter 1.3 beschrieben: - Einstiegsreihe beim Arzt (3-6), bei dritter Konsultation Entscheidung über MT-Verordnung. Evtl. erste Serie über 8 - 10 MT - Behandlungen. Erfolgskontrolle beim Arzt mit Entscheidung über

Notwendigkeit weiterer MT-Serie. Bei zweiter Serie über 10x MT meist Kombination mit 10 x KG zum konditionieren alltäglicher Bewegungsmuster mit Anleitung zu Selbstübungen und deren Kontrolle. Im Ergebnis wird dann die Fähigkeit zum Übergang in selbständiges Training erwartet.

- 3.4 Rezidivierende Funktionsstörungen mit zentraler Steuerungsstörung und/oder sensomotorischer Dysintegration (1.4)
 - Einstiegsreihe beim Arzt (4-6)
 - Bei Erstmanifestation Erwartung der Notwendigkeit von 2-3x 10 MT-Behandlungen. Anschließend 1 Serie Krankengymnastik zum Erlernen von Selbstübungen zur Rezidivvermeidung bei Arbeit und Alltag.
 - Bei Chronifizierung Erwartung der Notwendigkeit von mind. 4x 10 MT-Behandlungen, parallel dazu ab spätestens 3. Serie Krankengymnastik als Stereotypverbesserung und Training der sensomotorischen Fähigkeiten. Medizinische Kräftigungstherapie am Gerät erst bei verbessertem Stereotyp, da sonst die krankmachenden Fehlstereotype konditioniert werden. Behandlungspausen von 2-3 Monaten, danach erneute MT und KG Serie in einem zu planenden Behandlungszeitraum über etwa 2 Jahre
 - Serienbeginn mit Behandlungen 2x wöchentlich. Ab 2. oder 3. Serie dann mehr Eigenverantwortung des Patienten über Selbstübungen abfordern. Kontrolle dieser Selbstübungen und Rezidivbehandlung 1x wöchentlich oder auch nur 1x in jeder 2. Woche.
 - Regelmäßige Kontrolle des Verlaufs beim Arzt (4-6 wöchig) mit notwendigen Funktionsbehandlungen und Kontrolle und Motivationsaufbau zur Selbstverantwortung des Patienten

Alle beschriebenen Vorgehensweisen entsprechen den Erfordernissen, wie sie sich durchschnittlich in einer ausschließlich manualmedizinisch geführten Privat-

sprechstunde darstellen. Sie sind nicht auf alle Einzelfälle anwendbar. Individuelle Verläufe bedürfen des individuellen Vorgehens (wie es heute heißt - außerhalb des Regelfalles). Auf Anfragen der Kostenträger sollte jeder Arzt seine Begründungen bereitstellen, gleichzeitig aber darauf halten, dass die jeweilige ärztliche Entscheidung zu Behandlungsnotwendigkeit und Delegation respektiert wird, beruht sie doch auf einer qualifizierten medizinischen Fachentscheidung.

Die Ausführungen erheben nicht den Anspruch auf Vollständigkeit. Sie dienen lediglich der Absicht, manualmedizinisch tätigen Kollegen Argumentationshilfen zu geben. Wenn sich ein Austausch über anderweitige Erfahrungen entwickelt, in dessen Ergebnis sich ein Argumentationskonsensus ergibt, werden wir durch die einheitlichere Meinungsvertretung die Manualmedizin im Rahmen aller medizinischen Fächer stärken.

Korrespondierender Autor

Dr. med. Karla Schildt-Rudloff

FÄ Physiotherapie,
Manuelle Medizin/Chirotherapie,
D.O.M., Naturheilverfahren
Bozener Str. 17, 10825 Berlin

Vor 40 Jahren – die Anfänge der ÄMM

Erinnerungen an die „nichtexistente“ Sektion Manuelle Medizin und deren Leiter, Medizinalrat Dr. med. Edmund Kubis

Die ÄMM blickt in diesem Jahr auf ihr 40-jähriges Bestehen zurück. Aus diesem Anlass sollen noch einmal die Anfänge der Entwicklung dieser Gesellschaft in Erinnerung gerufen werden. Ich möchte hier kurz die ersten Jahre von 1966 bis 1972 skizzieren, die geprägt waren durch den Einfluss der FAC (Wolf, Gutmann) und der Prager Schule (Lewit).

Zu Beginn Zertifikate der FAC

Seit der 2. Hälfte der 50-er Jahre fanden in der DDR, zunächst in Chemnitz, Kurse statt. Zu Beginn der 60er-Jahre mündeten diese in eine fast reguläre Weiterbildung, sodass 1965 unter der Leitung von Doz Dr. Lewit und Dr. Wolf ein Abschlusskurs mit praktischer Prüfung durchgeführt werden konnte. Die Teilnehmer erhielten ein Zertifikat der FAC. Die Absolventen dieses Kurses wurden vom damaligen Vorsitzenden der Gesellschaft für Physiotherapie der DDR, Herrn Prof. Krauß, dazu ermuntert, in die Gesellschaft einzutreten. So liest sich die Mitgliederliste der 1966 neu in die Gesellschaft für Physiotherapie aufgenommenen Kollegen wie ein Verzeichnis von Manualmedizinerinnen.

Bis zu dieser Zeit bestand keine einheitliche Organisation der Manualmediziner in der DDR, wie es sie mit der FAC und der MWE in der Bundesrepublik bereits gab. Trotzdem gab es erhebliche Aktivitäten einiger Pioniere, die mit Engagement, Enthusiasmus und großem persönlichen Aufwand für Zusammenhalt sorgten, indem sie Kurse organisierten. Stellvertretend für viele will ich hier Dr. Rolshoven, Dr. Spiering und Dr. Seifert nennen. Durch den Bau der Mauer 1961 war fortan ein direkter Kontakt zu den Kollegen der bundesdeutschen Gesell-

schaften nicht mehr oder nur erschwert möglich, sodass eine Mitgliedschaft in einer dieser beiden Gesellschaften nicht mehr möglich war.

Prof. Krauß hatte an dem Abschlusskurs 1965 teilgenommen und sich von der Bedeutung der Manuellen Therapie ein Bild machen können. Er war den Manualmedizinerinnen zugetan und förderte sie zu einer Zeit, als diesen Kollegen aus der Ärzteschaft und von Politikern Wind ins Gesicht blies. Letztere argwöhnten in dem Kontakt mit bundesdeutschen Kollegen staatsfeindliches Handeln.

Eine erste Sektion und ihr erster Leiter

Die in die Gesellschaft für Physiotherapie eingetretenen Kollegen bildeten eine Arbeitsgruppe und wählten Medizinalrat Dr. Edmund Kubis zu ihrem Leiter. Die Arbeitsgruppe verstand sich von Beginn an als „Sektion Manuelle Therapie“.

Der von Kubis favorisierte Begriff „Manuelle Medizin“ war Krauß zu allumfassend und er setzte deshalb den Begriff Manuelle Therapie durch.

Kubis war schon damals einer der bedeutendsten Manualmediziner in der DDR. Ihn, der aus Oberschlesien stammte, hatte es nach dem Ende des 2. Weltkrieges auf die Insel Rügen verschlagen, wo er sich der Gruppe der Manualmediziner um Dr. Rolshoven und Dr. Seifert (aus Chemnitz) anschloss. Diese Gruppe von Ärzten erhielt ihre Ausbildung in Kursen auf der Insel Rügen und im Bereich um Chemnitz vorwiegend von Wolf und Lewit. Sie war bis 1966 ein loser Zusammenschluss ohne feste Mitgliedschaft und nannte sich „Arbeitskollektiv für manuelle Wirbelsäulentherapie“.

Kubis hatte nach Beendigung seines Medizinstudiums eine Facharztausbildung

zum Chirurgen absolviert und arbeitete zunächst stationär, später ambulant als Chirurg. Durch unvorsichtigen Umgang mit Röntgenstrahlen verlor er einen Finger. Zu Beginn der 60er-Jahre war er Kreisarzt des Kreises Rügen. 1966 übernahm er eine allgemeinmedizinische Stelle im Stadtambulatorium Putbus, dessen Leiter er bis zu seinem Tode war.

In seiner Tätigkeit als praktischer Arzt gab er ein Beispiel, wie die Manuelle Medizin, aber auch die Neuraltherapie und die Akupunktur, in den Praxisalltag eingefügt und mit synergetischen Effekten miteinander kombiniert werden können. Viele Kollegen konnten sich bei Hospitationen davon überzeugen, dass es möglich und notwendig ist, die klinische Untersuchung bei entsprechender Anamnese um manuelle Techniken zu erweitern und natürlich auch mit manuellen Techniken zu behandeln.

Fruchtbare Zusammenarbeit mit Doz. Dr. Lewit

Eine fruchtbare Zusammenarbeit mit Lewit hat viele neue Ideen hervorgebracht. Bis heute haben sich von Kubis eingeführte diagnostische und therapeutische Handgriffe bewährt. Verdienste hat sich Kubis um die Behandlung des Sakroiliakgelenks erworben. 1968 referierte er auf dem Kongress der FIMM in Salzburg über „Iliosakralverschiebung und Muskelfunktion im Beckenbereich als Diagnostikum“. Besonderes Augenmerk legte er in seiner Tätigkeit auf die Verspannung des M. iliacus, von ihm M. ilicus genannt, was ihm den Spitznamen „Mr. Ilicus“ einbrachte. Ebenfalls auf dieser Tagung stellte Dr. Sachse seine Ergebnisse zur „Hypermobilität als potentieller Krankheitsfaktor“ vor. Er profilierte sich in den Folgejahren zum führenden Kopf in der Lehre der Sektion und späteren ÄMM. In diesen und auch in späteren Jahren war die Teilnahme an internationalen Tagungen sehr erschwert, ebenso der Zugang zu westlicher Fachliteratur.

Zu Beginn des Wirkens der Arbeitsgruppe gab es nur 3 als Lehrer tätige Kollegen: Dr. Kubis, Dr. Sachse und Dr. Steglich. Hospitationen bei Lewit in Prag sind für Sachse und Steglich belegt. Die Leitung der Kurse hatte in diesen Jahren Le-



Abb. 1 ▲ Kubis (rechts) bei einer Lehrdemonstration.

wit, ebenso die der ersten Lehrerkurse im Jahre 1968 und 1971. Später wurden von ihm noch die C-Kurse mit der abschließenden Prüfung geleitet, bis schließlich die eigene Lehrerschaft diese Aufgaben übernahm.

Kubis hat in dem genannten Zeitraum von 1966 bis 1972 und auch davor und danach jährlich Kurse auf der Insel Rügen durchgeführt, zunächst in Baabe, später in Lauterbach bei Putbus, wo es im Badehaus Goor hervorragende Bedingungen für die Kursdurchführung und Freizeitgestaltung gab.

Politikum „Manuelle Medizin“ in der DDR

Solange Prof. Krauß Vorsitzender der Gesellschaft für Physiotherapie war, konnte Kubis ungehindert von der „Sektion Manuelle Medizin“ sprechen und schreiben, obwohl es nach der Satzung der Gesellschaft gar keine Sektionen in ihr gab. Diese Benennung war aber unter den Mitgliedern im Gebrauch. Als 1972 Dr. Cordes Vorsitzender der Gesellschaft geworden war, gab es einen deutlichen Dämpfer für die manualmedizinisch tätigen Mitglieder. Kubis hatte „im

Auftrage der Physiotherapeutischen Gesellschaft der DDR – Sektion Manuelle Medizin“ zum E-Kurs (Ergänzungs-) nach Lauterbach auf Rügen eingeladen, was Cordes zu einem geharnischten Protest veranlasste: „Sie haben.....im Auftrage der Gesellschaft für Physiotherapie der DDR gehandelt, obgleich dieser Auftrag nicht besteht. Sie haben dabei auch die nichtexistente Sektion Manuelle Medizin als Auftraggeber für diese Aktion genannt.“

Damit war Kubis erstmalig zurückgepfiffen worden, sowohl was den Namen betraf, als auch was das Handeln im Auftrag der Gesellschaft betraf. Unter Krauß spielten solche „Kleinigkeiten“ keine Rolle, obwohl dieser immer auf der Bezeichnung „Manuelle Therapie“ bestand.

Manualmediziner setzen sich durch

Cordes erkannte jedoch das Drängen der Manualmediziner nach Eigenständigkeit, die er ihnen aber zunächst nicht zubilligen wollte. Auf dem E-Kurs im Oktober 1972 in Lauterbach nahmen die Teilnehmer noch einmal zur Bildung einer Sektion Stellung. Im November 1972 wurde dann schließlich auf dem Kongress der Gesellschaft in Oberhof die Bildung von Sektionen beschlossen, jedoch bekamen auch diesmal die Manualmediziner keine eigene Sektion, sondern wurden der „Sektion Manuelle Therapie und Bewegungstherapie“ zugeordnet. Die Leitung hatte Frau Dr. Güth, die selbst manualmedizinisch nicht ausgebildet war und vor der Übermacht der Manualmediziner bald kapitulierte. Diese machten zu dieser Zeit etwa die Hälfte der Mitglieder der Gesellschaft aus. Innerhalb dieser Sektion wurde Dr. Metz der Leiter der Arbeitsgruppe Manuelle Therapie und vertrat diese Kollegen wenig später auch im Vorstand der Gesellschaft. Kubis war bis zu seinem frühen Tod 1978 weiter im Vorstand der Sektion und als Lehrer aktiv tätig.

Literatur

- Kubis E (1969) Iliosakralverschiebung und Muskelfunktion im Beckenbereich als Diagnostikum. *Man Med* 3:52-54
- Kubis E (1970) Manualtherapeutische Erfahrungen am Becken. *Man Med* 3: 63-64
- Lewit K (1978) Nachruf Dr. med. E. Kubis. *Man Therapie*, H 3
- Sachse J (1999) Manuelle Medizin im Wandel der Jahrzehnte-Folge 1: Dr. Jochen Sachse. *Man Med* 37: 48-52
- Schulze B (1997) 30 Jahre ÄMM. *Manuel Med* 35: 161-163
- Schulze B (1999) Medizinaltat Dr. med. Edmund Kubis, *Man Med* 37:61
- Schulze B: 30 Jahre Geschichte der ÄMM. Dokumentation zur Geschichte der ÄMM 1997

Korrespondierender Autor

Bodo Schulze

Praxis für Allgemeinmedizin/Chirotherapie
Bahnhofstraße
418581 Putbus

Medizindoktorand/in gesucht

Arbeitstitel:

Aktive Faszien-Kontraktilität in Faszien hypermobiler und nicht-hypermobiler Personen

Arbeitsort:

Institut für Angewandte Physiologie, Universität Ulm

Doktorvater:

Prof. Dr. Dr. hc. Frank Lehmann-Horn

Betreuer:

Dr. biol.hum. Robert Schleip

Art der Arbeit:

experimentell

Arbeitsaufwand:

studienbegleitend, 6-10 Monate, ab Feb. 2007

Kontakt:

Robert Schleip
Tel. 089-346016
info@fasciaresearch.com

Wechsel der Schulleitung der ÄMM

Dank an Karla Schildt-Rudloff



Abb. 1 ▲ Prof. Smolenski dankt Dr. Karla Schildt-Rudloff für ihr engagiertes und erfolgreiches Wirken für die Manuelle Medizin

Die Deutsche Gesellschaft für Manuelle Medizin – Ärzteseminar Berlin – ÄMM – e.V. hat als Kerninhalt seiner Tätigkeit die Weiterbildung, Übung und Fortbildung von Ärzten und Physiotherapeuten in Manueller Medizin/Therapie. Bei der großen Anzahl von Ärztinnen und Ärzten sowie Physiotherapeutinnen und Physiotherapeuten, die in den letzten Jahren weiter- und fortgebildet wurden, ist die inhaltliche und organisatorische Leitung des Schulbetriebes für die Gesellschaft eine wichtige Aufgabe. In vielen Bereichen vollzieht sich eine Entwicklung und Wandlung der Manuellen Medizin/Therapie; das Meistern dieser Wandlung wird von uns gefordert: Aufgaben durch die Weiterbildungsordnung mit Wandlung der Chirotherapie in Manuelle Medizin, die Fortbildung in Form von Sonderkursen und die Fortbildung in osteopathischen Befunderhebung und Techniken.

Die Verantwortung für die fachlichen Inhalte der Fort- und Weiterbildung, das Umsetzen der Curricula, die Erstellung des Syllabus und die intensive Mitarbeit an anderen Lehrmaterialien sowie solide didaktische Kenntnisse und Erfahrungen kenn-

zeichnen die Schulleiterin Karla Schildt-Rudloff. Sie hat in Nachfolge von Jochen Sachse ab 1997 die Schulleitung übernommen und einen Prozess der Beständigkeit, aber auch der Adaptation an neue Inhalte und neue Verfahren geführt bzw. vorangetrieben. Karla Schildt-Rudloff hat es immer wieder verstanden, im Blickwinkel der Entwicklung Strategien zu finden, die diesen Prozess vorangetrieben haben. Die Eigenschaft des Einbeziehens unterschiedlicher Generationen und Förderung der jungen Kolleginnen und Kollegen in dieser Diskussion ist eine Erfahrung, die bei vielen Treffen von Karla Schildt-Rudloff lebendig praktiziert wird. Sie hat sich als Lehrerin und Manualmedizinerin immer wieder der Dynamik der Entwicklung des Fachgebietes gestellt und moderne Überlegungen über Thesen durch neue diagnostische Verfahren unterlegt und sie in das Gedankengebäude aufgenommen; ggf. Um-, An- oder Ausbauten vorgenommen. Ihr ist es

L. Beyer • Jena

G. Harke neue Schulleiterin der ÄMM



Abb. 1 ◀ Frau Dr. Harke

Frau Dr. med. Gabriele Harke wurde in die Schulleitung der Ärzteseminar für Manuelle Medizin – Ärzteseminar Berlin – ÄMM e.V. berufen. Mit Wirkung vom 26. September ist Frau Dr. Harke auch ärztliche Leiterin für die Durchführung

insbesondere zu verdanken, dass wir uns als Schule seit Jahrzehnten in einem kontinuierlichen Prozess über die rein chirotherapeutischen manipulativen Techniken weiter geöffnet haben, den Vorstellungen der weichen Techniken und damit der umfassenden myoskelettalen Funktionsdiagnostik, Therapie und Rehabilitation eine solide Basis gegeben haben. Karla Schildt-Rudloff hat die Berliner Manualmedizinische Schule entwickelt, weitergeführt und dafür gebührt ihr der Dank der manualmedizinischen Gesellschaft und ihrer Schüler, ihrer Lehrerkollegen und des Vorstandes.

In der Mitgliederversammlung in diesem Jahr in Potsdam wurde die Schulleitung aus den Händen von Karla Schildt-Rudloff an Gabriele Harke weitergegeben. Wir wünschen, dass ihr die Ideen und die Geduld nicht ausgehen, wir wünschen ihr eine gute Hand in der Schulleitung und wir wünschen ihr die Festigkeit ihrer Wohlstrukturiertheit mit den vielen flexiblen Facetten für eine gemeinsame Arbeit in der Manuellen Medizin.

Prof. Dr. med. U. Smolenski

1. Vorsitzender der ÄMM

von Weiterbildungen in der Manuellen Therapie gemäß den gemeinsamen Rahmenempfehlungen der Spitzenverbände der Krankenkassen und der maßgeblichen Spitzenorganisationen der Heilmittelerbringer auf Bundesebene gemäß § 125 Abs. 1 SGB V.

Frau Dr. Harke ist Fachärztin für Physikalische und Rehabilitative Medizin. Sie führt die Zusatzbezeichnungen Manuelle Medizin/ Chirotherapie und erhielt das Diplom in Osteopathischer Medizin.

Wir wünschen Frau Dr. Harke viel Erfolg und Schaffenskraft für die Manuelle Medizin.

Lothar Beyer

E.-G. Metz

Reverenz und Danksagung an Karel Lewit

Es gibt in der Welt selten ein schöneres Übermaß als in der Dankbarkeit

Jean de La Bruyère

Lieber Karel,

auf dem diesjährigen Kongress der DGMM in Potsdam schlossen sich für uns beide Kreise. Da ich aus persönlichen Gründen nur kurz beim Kongress anwesend war, bin ich Dir die vorgesehene Reverenz, die ich Dir anlässlich des Kongresses unter Zeugen erweisen wollte, schuldig geblieben. Das möchte ich hier nachholen.

Mit Ernst für jeden Satz und wachsendem Vergnügen hörte ich Deinen Eröffnungsvortrag in Potsdam. Da waren wieder Deine wissenschaftlichen Aphorismen, die immer wie angehaltene Pirouetten das Substantielle erkennen lassen und die Funktion offenbaren: „Die Manipulation schaltet die Barriere-Schutz-Funktion für einen Moment aus; hier liegt der Grund für eine eventuelle Gefährdung“. „Wenn wir kein Release erreichen, ist oft der Chirurg gefragt“. „Die neuromuskuläre Mobilisation ist die physiologischste Therapie schmerzhafter Zustände im Bewegungssystem“. Knappe, präzise Sätze, die uns längst zu Axiomen wurden.

Dieser Eröffnungsvortrag im September war ein Déjà-vu Erlebnis: 1980 hatte ich Dich um einen Eröffnungsvortrag gebeten, als ich die Ehre hatte, die Organisation und Leitung der ersten Arbeitstagung der Sektion Manuelle Therapie in Potsdam in der Gesellschaft für Physiotherapie der DDR mit zu übernehmen. Auch damals zaubertest Du in Deinem Vortrag „Manuelle Therapie und andere Reflextherapieverfahren“ gut fassbare Aphorismen aus abgeschlossenen Wissenschaftskapiteln: Nicht „vegetative Labilität“ sei die Kernaussage, sondern „die aktuelle klinische Reaktionslage des Patienten“ sei über die „Intensität der efferenten Schmerzreize“ jeweils neu zu erfassen, auch bei der Handhabung der Manuellen Therapie. Und: „Die Möglichkeit, sich von der Wirkung unserer Behandlungsmethoden sofort und an Hand objektiver Befunde zu überzeugen, ist eines der wertvollsten Argumente für ihre Vertretbarkeit“.

Dich meinen Lehrer nennen zu können, habe ich immer als großes Privileg empfunden. Und mich als Deinen Freund bezeichnen zu dürfen, war und ist mir immer eine Ehre. Ich verdanke Dir sehr viel und erweise Dir für alles von Dir Erlernte meinen Respekt, meinen Dank und meine Reverenz.



Abb. 1 ▲ Prof. K. Lewit (Bild Mitte) auf einem Kongress 1974 in Prag

Als wir uns 1966 in der Heinrich-Heine-Klinik in Potsdam-Neu Fahrland anlässlich einer Tagung der Gesellschaft für Physiotherapie kennen lernten, ahnte ich nicht, welche Bedeutung das für mich haben sollte. Ich erinnere mich, dass ich als junger Internist mit Interesse an Physiotherapie und Reflextherapie etwas unsicher zwischen den Großen der Zunft der Manualmediziner stand. Da waren u. a. H.-D. Wolff, F. Gutmann, J. Sachse, H. Seifert und – Karel Lewit. Und ich erinnere mich an eine Bühne, auf der eine Untersuchungs- und Liege mit einem großen Schild stand: „Versuch einer Manipulation“. Karel Lewit manipulierte und sagte: „Da gehe ich hin und mache – das!“, so habe ich es damals mitgeschrieben. Nach andächtiger Stille war Applaus. Ob die Manipulation gelungen war? Ich habe keine Ahnung.

In den Jahren 1965 – 1967 durchlief ich die Grundausbildung in der Manuellen Therapie unter der Anleitung von H.-D. Wolff, J. Sachse, „Edchen“ Kubis und Dir. Ich absolvierte den ersten Lehrerkurs in Berlin im Oktober 1968, und Du warst mein strenger und fairer Prüfer. Fortan halfst Du mir zuverlässig in fachlichen und organisatorischen Dingen. Besonders dankbar war ich oft für Deine diplomatischen Eingebungen in ideologisch schwierigen Zeiten, wenn Du meine gedanklichen und verbalen politischen Unbedachtheiten mit Deiner Erfahrung und Klugheit gedämpft hast.

Nachdem ich 1974 die Arbeitsgruppe „Manuelle Therapie“ und später die „Sektion Manuelle Therapie“ in der Gesellschaft für Physiotherapie der DDR übernommen hatte, suchte und fand ich kontinuierlich Deinen Rat. Ohne Deine Fachkompetenz und medizinpädagogische Erfahrung hätten unser Freund Jochen Sachse nicht die Schulleitung und ich nicht das Management für die Manuelle Therapie/Manuelle Medizin aufbauen können. Besonders intensiv wurde Deine fachliche Mentorenschaft im Duo mit H.-D. Wolff. Noch heute sind wir alle, die damals Profiteure waren, dankbar für die Misslichkeiten, die Ihr auf Euch genommen habt, um uns die Weihen der Manuellen Medizin über die Mauer zu schaufeln.

Besonders wertvoll war, dass Du uns „westliches Wissen“ auf „östlichen Ta-



Abb. 2 ◀
Prof. Lewit auf
einem Lehrgang
auf Rügen (Anfang
der 70er Jahre),
links dahinter
E.-G. Metz

gungen“ zugänglich gemacht hast, z.B. 1974 und 1982 in Prag, Karlovy Vary oder Ostrava. Auch die Hospitationen bei Dir in Prag waren Meilensteine für mich. Zu solchen Anlässen kam uns ein weiteres Deiner Talente zu Gute: Die Fähigkeit, interessante Leute zusammen zu bringen und zu begeistern und sie zu gemeinsamer Arbeit anzustiften. So hatten wir aus unserer wissenschaftlichen Diaspora schnellen Kontakt zu europäischen, amerikanischen und sogar australischen Manualmedizinerinnen.

Als Kursleiter hast Du Dich besonders in den Aufbaujahren der Sektion klaglos von uns ausbeuten lassen, als die Kurs-tage oft erst in den späten Abendstunden endeten. Den letzten Abschlusskurs hast Du 1978, den letzten Lehrerkurs 1980 für uns geleitet. Deine Kurse gehörten immer zur interdisziplinären Fundamentfestigung der Manuellen Medizin. Bei Lehrerkursen, Prüfungen und Jahreslehrertreffen waren Deine Fachvorgaben und Moderationen unentbehrlich. Bis heute stellen sie die Basiskenntnisse für unseren speziellen Arbeitsbereich der Manuellen Medizin dar.

Du gehörst bis heute zu meiner manuellenmedizinischen Enzyklopädie. 1973 ersetzte Dein Buch „Manuelle Medizin“ unsere bis dahin selbstgebastelten Skripten, die im Wesentlichen aus Notizsammlungen zu Deinen Vorträgen und Seminaren bestanden.

Was hast Du uns an Grundsätzlichem vermittelt?

- Die Funktionsstörungen des Bewegungssystems als Schmerzkrankheiten über Anamnese, Analyse und

präzisierte Diagnose in das allgemeine medizinische Gerüst einzubinden und eine logisch angepasste Therapie abzuleiten. Das gesamte Curriculum der Medizin wurde durch die Funktionspathologie des Bewegungssystems durch Dich infiltriert.

- Über die Verlaufseinschätzung schmerzhafter Funktionserkrankungen auch diagnostische Festlegungen korrigieren zu können und zu müssen.
- Das Arbeiten mit gesunden Sinnen und geübter Hand über jeden Apparat zu stellen und so die eigene klinische Sicherheit zu trainieren.
- In Deiner wissenschaftlichen Präzision und Offenheit in der Weitergabe Deines großen Wissens sowie in Deiner persönlichen Bescheidenheit warst Du uns Vorbild.

Du warst für uns Epigonen und Adepten nicht der Übermittler, sondern der Erfinder jeder release-Technik. So hatten wir als erstes Seminar der DGMM die postsometrischen Techniken durch Dich kennen gelernt. Das ist eine heute oft übersehene Tatsache. Als ich 1984 aus sehr persönlichen, aber auch ideologischen Gründen nach Hamburg und in die FAC kam, war es für mich ein unschätzbare Vorteil, die PIR schon mitzubringen.

Das Wesentlichste aber ist: Du hast uns in die Lage versetzt, etwas Eigenes zu entwerfen und zu festigen.

Dein zusammenfassender Rat war immer markant, fokussiert und manchmal deftig: „Wenn Du wissenschaftliche Artikel schreibst, dann lass Deinen wahrhaft epischen Stil“, hast Du mich wissen lassen, oder: „Wenn Du für geleistete Arbeit Dank erwartest, bist Du ein Trottel!“

Deine Kritik war oft sehr deutlich, aber nie verletzend und immer hilfreich. Das wunderbare Bonmot auf eine Kongressfrage: „... nun – der derzeit gültige wissenschaftliche Irrtum ist der ...“ habe ich 1980 zuerst von Dir gehört. Später wurde das inflationär.

Dass Du nach der Wende auf meinen Wunsch hin unsere wissenschaftliche und methodische Zusammenarbeit durch Vorträge und methodische Exkurse in Hamburg bereichert hast, habe ich Dir ebenfalls zu danken. Bis in die letzten Jah-

re hinein durfte ich Dir Vortragsentwürfe zur Beratung schicken und erhielt postwendend hilfreiche Antwort. Das „Postwendende“ habe ich dabei immer bis zu unserer jüngsten Korrespondenz neidvoll bewundert.

Zusammenfassend: Du hast jeder wissenschaftlichen Aussage eine praxisnahe und vor allem menschliche Dimension belassen – oder gegeben.

Kürzlich war in einem Deiner Briefe die Formulierung: „Es ist immer etwas schwierig, wenn ein vorwiegend rationaler Typ wie ich, mit einem romantisch-emotionalen zu tun hat!“

Schon – aber es war immer spannend

Dein Erhard-Flücker

Priv.-Doz. Dr. med. E.-G. Metz