

Manuelle Medizin 2007 · 45:427–436  
 DOI 10.1007/s00337-007-0556-3  
 © Springer Medizin Verlag 2007

L. Beyer, Jena

## Der Hoffa-Fettkörper – Corpus adiposum infrapatellare

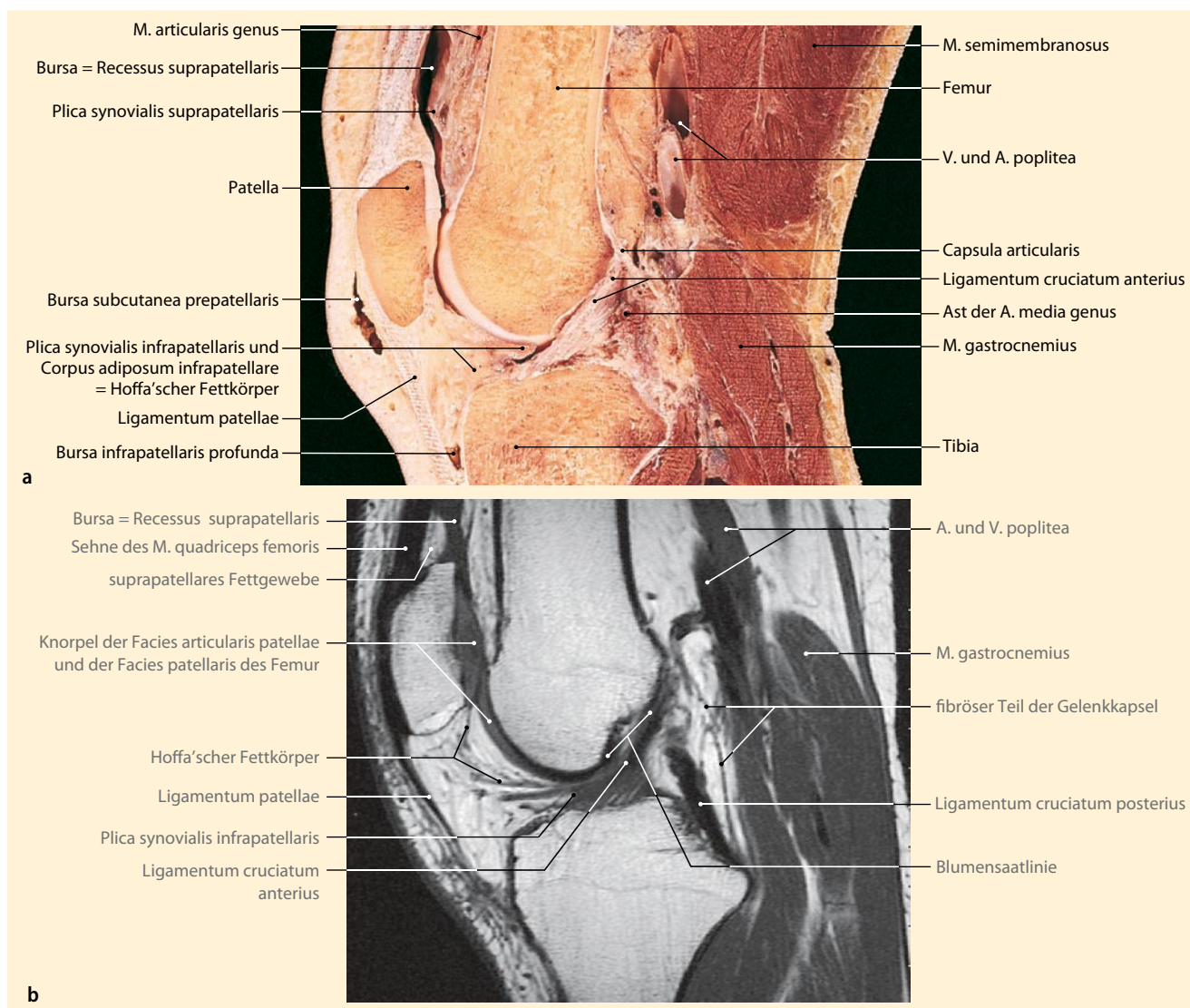
Die Absicht dieser kurzen Darstellung ist es, auf eine weniger beachtete Weichteil- bzw. Bindegewebestruktur des Kniegelenkes aufmerksam zu machen.

### Anatomische Definition

„Die Kniegelenkhöhle ist relativ groß und aufgrund der Kommunikation mit mehreren gelenknahen Schleimbeuteln weit verzweigt. Außer den Menisken ragen variabel ausgebil-

dete Falten der Gelenkkapsel in die Gelenkhöhle. Große paarige Falten, Plicae alares, entspringen regelmäßig an den seitlichen Rändern der Patella und des *Corpus adiposum infrapatellare* (Hoffascher Fettkörper). Falten des Hoffaschen Fettkörpers ragen häufig auch im mittleren Bereich unterhalb der Patellaspitze in die Gelenkhöhle. Das *Corpus adiposum infrapatellare* ist ein pyramidenförmiger Fettkörper, dessen Basis dem Lig. patellae aufliegt. Die distale Grenze bildet die

Area intercondylaris anterior des Tibiaplateaus. Das Lig. transversum genus wird meistens vollständig vom Hoffaschen Fettkörper überdeckt. Proximal reicht das *Corpus adiposum infrapatellare* bis zur Knorpel-Knochen-Grenze des distalen Kniescheibenrandes. Hier entspringt ein derber, bindegewebiger Strang, der zunächst innerhalb der Synovialmembran des Hoffaschen Fettkörpers nach distal verläuft und dann im mittleren Bereich als Falte, Plica synovialis infrapa-



**Abb. 1** **a** Sagittalschnitt durch den mittleren Bereich eines rechten Kniegelenks, Ansicht der medialen Schnittfläche; **b** T1-gewichtetes Magnetresonanztomogramm, sagittale Schnittebene, rechtes Kniegelenk eines 36 Jahre alten Mannes. (Aus Tillmann, Atlas der Anatomie des Menschen, Springer 2005)

tellaris, frei durch die Gelenkhöhle zur Wölbung der Fossa intercondylaris herüberzieht. Die Falte ist mit der Synovialmembran auf der Vorderseite der Kreuzbänder verwachsen. Die Plica synovialis infrapatellaris wird als Rest eines während der Embryonalentwicklung ausgebildeten vollständigen Septums im vorderen Abschnitt der Kniegelenkhöhle angesehen“ (Abb. 1 a, b) [7].

## Pathophysiologie

Bei Erkrankungen des infrapatellaren Fettkörpers (IPFK), erstmals von Hoffa 1904 [3] beschrieben, handelt es sich um ein Syndrom mit Vorstoß des Fettkörpers zwischen Femur und Tibia während der Extensionsendstellung. Diesem können eine Entzündung und Hypertrophie des IPFK zugrunde liegen, welche die Symptomatik intensivieren. Histologische Untersuchungen entfernter IPFK zeigten Veränderungen, die einer akut-chronischen Entzündung entsprechen. Bei allen Untersuchungen der infrapatellaren Fettkörper von Patienten mit der Hoffa-Krankheit wurden eine synoviale Hypertrophie der Fettkörperoberfläche sowie fibrotische und chronisch entzündliche Veränderungen beschrieben.

Chronisch fibrotische Gewebe, die durch wiederholte Traumen des vorderen Knies entstehen, sind möglicherweise Folge einer Verkücherung des infrapatellaren Fettkörpers.

Postoperative Fibrosen des Fettkörpers können nach einer Arthroskopie oder offenen Operation, z. B. Rekonstruktion des vorderen Kreuzbandrisses (ACL), totale Knieendoprothese (TKR), auftreten [1].

Die Inzidenz soll 1% der anterioren Kniebeschwerden betragen [5].

## Klinische Anzeichen und Symptome der Pathologie des IPFK (Hoffa-Syndrom)

Die klinische Symptomatik des Hoffa-Syndroms beinhaltet Schmerzen im vorderen Kniebereich sowie einen minimalen Verlust der Extensionsendstellung und eine leicht sichtbare Ödembildung. Entzündungen des IPFK resultieren möglicherweise aus einem Gelenkerguss, welcher klinisch gegebenenfalls durch die Beugung der Patellarsehne erkennbar wird. Bei Patienten mit einer hinteren Spalte im IPFK [6] kann eine vordere Anschwellung auch ein Beweis für eine Artikulation des IPFK mit dem Kniegelenk sein, das unter Umständen ebenfalls geschwollen ist.

Fibrosen des IPFK, die postoperativ auftreten, können zu vorderen Knieschmerzen und einem Verlust der Extensionsendstellung führen.

Der „Bounce-Test“, bei dem das Knie passiv in die Hyperextensionsstellung geführt wird [2], ruft die typischen Schmerzen des Hoffa-Syndroms hervor. Das signifikante Symptom zeigt sich beim Aufbringen eines manuellen Drucks auf die mediale Seite des Fettkörpers in Knieflexion. Bei ausgestrecktem Knie wird der Schmerz wahrgenommen, als sei der infrapatellare Fettkörper unter die Patella vorgedrungen [1].

## Physiotherapie und Fazit für die Praxis

Genauere Kenntnisse der Anatomie und der klinischen Symptomatik sind Grundlagen einer jeden kritischen Befundbewertung.

Postoperativ angesetzte physiotherapeutische Maßnahmen sollen eine Wiederherstellung der vollen Beweglichkeit fördern und die Kraft des Quadrizeps erhöhen. Eine frühzeitige und intensive Mobilisation von Knie und Patella wird befürwortet, um das Risiko einer Arthrofibrose zu reduzieren [4].

### Prof. Dr. L. Beyer

Ärztelhaus Mitte Jena  
Westbahnhofstraße 2, 07745 Jena  
LoBeyer@t-online.de

## Literatur

1. Abrahams S, Ellis R (2007) Clinical considerations involving the infrapatellar fat pad. *J Orthop Med* 29: 42–46
2. Ellen MI, Jackson HB, DiBiase SJ (1999) Uncommon causes of anterior knee pain: a case report of infrapatellar contracture syndrome. *Am J Phys Med Rehabil* 78: 376–380
3. Hoffa A (1904) Influence of adipose tissue with regard to the pathology of the knee joint. *JAMA* 43: 795–796
4. Millett PJ, Wickiewicz TL, Warren RF (2001) Motion loss after ligament injuries to the knee. Part II: Prevention and treatment. *Am J Sports Med* 29: 822–828
5. Ogilvie-Harris DJ, Giddens J (1994) Hoffa's disease: arthroscopic resection of the infrapatellar fat pad. *Arthroscopy* 10: 184–187
6. Patel SJ, Kaplan PA, Dussault RG, Kahler DM (1998) Anatomy and clinical significance of the horizontal cleft in the infrapatellar fat pad of the knee: MR imaging. *AJR Am J Roentgenol* 170: 1551–1555
7. Rauber A, Kopsch F (1998) Anatomie des Menschen – Lehrbuch und Atlas. Bd I Bewegungsapparat. Tillmann B, Töndury G, Zilles K (Hrsg) Georg Thieme, Stuttgart, S 559–561

M. Butti, Oberlunkhofen

## Bericht vom 14. Kongress der EWMM

Zürich, den 31.08. – 01.09.2007

Zuerst referierte Dr. med. Ueli Böhni, Präsident der SAMM Schaffhausen, über *das Konzept der manuellen Medizin*. Er legte die Schwerpunkte auf neurophysiologische Modelle zur Entstehung von Schmerz beziehungsweise chronischen Schmerz. Dr. Böhni widmete sich zunächst der Beschreibung der Entwicklung von einem biomechanischen Modell zu einem neuroreflektorischen Modell. Der Referent

stellte Erklärungsversuche über den Ort der Schmerzempfindung und den Ort der Schmerzauslösung dar. Bei dieser Gelegenheit wurden Begriffe wie Schmerzgedächtnis näher erklärt. Die Existenz dieses Phänomens ist letztlich ein weiteres Argument dafür, dass man im prae-chronifiziertem Stadium, zum Beispiel bei Kindern, den besten Wirkungsgrad der Behandlung erreicht.

Dr. Raymond Dardel, Manualmediziner aus Chêne-Bourg bei Genf, erläuterte im nächsten Vortrag *die Biomechanik und die Anatomie des Ileosakral-Gelenks* gemäss den Arbeiten von Dr. Fredy Huguenin. Letzterer entwickelte aus der Biomechanik eine spezielle Art der ISG Manipulation. Details kann man in einem eigenen Kapitel im Buch „Manuelle Therapie bei Kindern“ von Heiner Biedermann nachlesen. Insgesamt fasste der Vortragende Bekanntes zusammen.

Das letzte Referat vor der Pause von Frau Dr. med. Dorin Ritzmann, Gynäkologin und Geburtshelferin in Dietikon, hatte das Thema *Manualtherapie in der Schwangerschaft*. Zunächst gab die Vortragende einen Überblick über die verschiedenen Definitionen

und Nomenklaturen. Bewährt hat sich eine Einteilung in Schmerzen oberhalb der Linie L4 als lumbal und unterhalb dieser Grenze als Beckenschmerzen. Die Becken-Symptomatik kann im Ernstfall den Geburtsvorgang behindern. Frau Ritzmann stellte anschaulich eine mögliche Prävention vor: Ein ca. 3 m langes, gestrafftes Bändeltuch kann auf Trochanterhöhe dreimal umgewickelt und schließlich verknotet werden. Ebenso empfahl Sie dämpfendes Schuhwerk beziehungsweise entsprechend angepasste dämpfende Einlagen zu tragen. Bei eindeutig diagnostizierter ISG-Blockierung ist schließlich die manuelle Therapie anzuwenden.

Nach der Pause hielt Herr Dr. B. Maggi einen Vortrag über den Werdegang des Konzepts der *Manualthherapie unter der Geburt*. Dieses hat sich in der Praxis gut bewährt, was er mit einigen Anekdoten ausschmückte. Der Referent zeigte anschaulich auf, wie Diagnostik und Therapie für die besonderen Umstände bei Schwangeren adaptiert wurde. Es konnte mehrfach reproduziert werden, dass eine stillstehende Geburt nach einer solchen Behandlung wieder in Gang kam. Letztlich kann die Anzahl der Kaiserschnittoperationen durch die Anwendung dieser Methode verringert werden.

Dr. Robby Sacher referierte im nächsten Vortrag über *Geburtsstrauma und Kopf-gelenk induziertes Symmetriestörung (KISS)*. Er verdeutlichte mit anschaulichen Bildern von KISS I- und KISS II-Kindern und entsprechenden Animationen des Geburtsvorgang die enormen Belastungen, welche auf die obere HWS einwirken.

Der Referent Dr. Uli Göhmann, Manu-almédiziner und Orthopäde in Hannover, widmete sich in seinem Vortrag dem Thema *Wenn Babys auf Reisen gehen*. Er gab eine Zusammenfassung über die verschiedenen Kindertransportsysteme vor allem für das Privatauto und zeigte die Entwicklung im historischen Kontext auf. Der Vortragende zeigte auf, dass alle Systeme Vor- und Nachteile haben, wobei das Fazit folgendes war: Je sicherer punkto Unfallgefährdung desto ungünstiger punkto chronischer Haltung. Eine gewisse Unsicherheit blieb bestehen, da kein eindeutiger Rat gegeben werden konnte.

Den Abschluss des Freitags bildete ein Referat von Fr. Dr. Ritzmann über *geburts-hilfliche Prävention des KISS*. Ihre umfangreichen Literaturrecherchen legten die Schlussfolgerung nahe, dass ausreichend Bewegung bei der Vorbereitung einer komplikationslosen Geburt für Mutter und Kind eine grosse Rolle spielt. Die Referentin legte auch aufgrund eigener Erfahrungen sehr grossen Wert auf eine angepasste Ernäh-

rung: Sie empfahl eine strikte Zuckerabstinnenz, da dadurch das Geburtsgewicht der Kinder in der Regel unter 4 kg gehalten werden könne. Ebenso ging sie mit der Geburtsposition in Rückenlage kritisch ins Gericht, die vielen Frauen aufgedrängt wird. Nachweislich spüren Frau selbst am besten, welche Position bei welcher Geburtsphase am Besten ist. Schliesslich gab Dr. Ritzmann eine Bewertung von verschiedenen geburts-hilflichen Praktiken ab. Hieran gliederte sich eine Vorstellung der offiziellen Statistik über die wirklich beängstigend zunehmende Zahl von Kaiserschnitt-Operationen. Die Vortragende verdeutlichte, dass ein Teamwechsel während der Geburt für die Schwangere und den Säugling problematisch ist, weil damit die Geburt jeweils zum Stillstand komme. Der Zug an der kindlichen HWS wie zum Beispiel durch eine Saugglocke oder Zange sollte möglichst vermieden werden. Eine kurze Diskussion beendete den ersten Kongresstag.

Der Samstag begann mit einem Vortrag von Prof. Dr. med. Richard Michaelis, Neuropädiater in Tübingen, mit dem Titel *Grenzsteine der Entwicklung des Säuglings*. Zunächst gab der Referent eine ausführliche Definition des Ausdrucks, der ein Entwicklungsziel umschreibt, das von etwa 90-95% einer definierten Population gesunder Kinder bis zu einem bestimmten Alter erreicht wird. Dieser Begriff wurde eingeführt, um in der Praxis auf einfache Art und Weise ein Screening durchzuführen. Die Eckpunkte müssen klar definiert sein und von den Eltern leicht erfragt und gut verstanden werden können. Die Grenzsteine beschreiben

verschiedene Bereiche, zum Beispiel Körpermotorik, Hand-Finger-Motorik, Sprach- und Sprechentwicklung, kognitive Entwicklung, soziale Entwicklung und emotionale Entwicklung.

Anzumerken bleibt, dass Kinder, die sich deutlich in diesen 95% bewegen, durchaus Pathologien haben können. Zum Beispiel könnte das Erreichen eines Grenzsteins mit einem sehr viel höheren Energieaufwand erbracht worden sein, als üblich. Das Modell ist sicher für die Beurteilung in grossen Querschnittuntersuchungen nützlich.

Im nächsten Referat stellte Herr Prof. Dr. Juergen Koebeke, Anatom in Köln, *anatomische Besonderheiten der HWS beim Säugling und beim Kind* dar. Er konzentrierte sich auf die Entwicklung der Kondylen des Schädels und die Entwicklung der kranialen Facetten des Atlas, was er mit entsprechenden Bildern von Präparaten und Schemazeichnungen untermalte. Er postulierte, dass bis zu einem gewissen Entwicklungsgrad die Form der Funktion folgt. Ab einer bestimmten Differenzierung folge dann eher die Funktion der Form.

Im anschliessenden Vortrag berichtete Frau Dr. Editha Halfmann, Neuropädiaterin in Hamburg, über die *Reflexe des Kindes in der Schwangerschaft und unter der Geburt*. Die Reflexe in der Schwangerschaft und unter der Geburt haben den Nutzen das Kind damit zu befähigen, die Geburt auszulösen und den Geburtsvorgang aktiv mitzugestalten. Offensichtlich besteht das Konzept darin, dass all diese frühkindlichen Reflexe ihre spezielle Funktion haben, dann aber schliesslich abgelegt werden müssen. Das Nicht-

### Europäisches Forum für Manuelle Medizin (EFOMM) gegründet

Vertreter der Manuellen Medizin aus den drei DGMM-Seminaren und aus der Schweiz haben eine personale Vereinigung gegründet und als Verein eintragen lassen.

Die Mitglieder wollen sich für die folgenden Ziele einsetzen:

- Universitäre Verankerung der Manuellen Medizin in Europa
- Vorbereitung auf mögliche Konsequenzen der „Bologna Beschlüsse“
- Manuelle Medizin und Grundlagenforschung
- Verankerung der MM in der Vereinigung europäischer wissenschaftlicher medizinischer Fachgesellschaften
- gemeinsame Öffentlichkeitsarbeit.

Momentan wird an zwei Projekten gearbeitet:

- Synthese Grundlagenforschung Manuelle Medizin
- Neuroanatomische Grundlagen von Rückenschmerzen

Konstruktive Beiträge, Mitarbeit, Kommunikation in den genannten Bereichen sowie persönliche Kontakte sind erwünscht.

**H. Locher**

www.derlocher@gmx.de



Ausleben eines Reflexes kann zur Pathologie führen. Diese Prämisse wurde nicht näher ausgeführt. Es folgte eine Beschreibung von einigen Reflexen und deren Pathologie bei Persistenz im Laufe des Lebens.

Nach der Pause referierte Herr Dr. Reinhard Theiler, Neuropädiater in Olten, über seine *Erfahrungen mit Manualtherapie bei Säuglingen*. Bei den Säuglingen hatte er jeweils regelmässig KISS diagnostiziert und ließ sie daraufhin von Dr. Bruno Maggi manualtherapeutisch behandeln. Der Vortragende stellte die Resultate seiner 5-jährigen Beobachtung vor, in der er 250 Säuglinge behandelte.

Der Vortrag von Henk Moor, Physiotherapeut in Holland, befasste sich mit *Halswirbelsäule und Gleichgewicht* und brachte verschiedene Winkel an der HWS in den Zusammenhang mit der Lage der waagrechten Bogengänge des Vestibulärorgans. Er stellte ein zentrales Schema nach Van Mameren vor, welches eine straffe ligamentäre Verbindung zwischen dem Dornfortsatz C5 und Occiput zeigt. Diese entlastet im Zusammenspiel mit weiteren Strukturen die Region Co-C2.

Das letzte Referat vor der Mittagspause wurde von Frau Dora Hasler und Frau Christine Buck, Physiotherapeutinnen in Horgen, gehalten. Sie referierten über die *Zusammenarbeit zwischen Physiotherapie und Manualtherapie* mit Vorstellung der eigenen Thera-

pieansätze, Überschneidungen und Möglichkeiten der Zusammenarbeit. Ein Aspekt wurde als besonders wichtig herausgestellt: Viele Eltern hätten zunächst Angst vor der Manualtherapie und werden von den Physiotherapeuten vorerst mit „weichen“ Techniken langsam vorbereitet. Bei Persistenz der Beschwerden sind sie dann eher bereit auch eine „richtige Manipulationsbehandlung“ zu akzeptieren.

Nach der Mittagspause hielt Herr Dr. Christian Spirig, Veterinärmediziner, einen Vortrag über *vier Fälle von Manualtherapie bei Tieren*. Besonders eindrücklich war die Beschreibung der Behandlung eines Pferdes, welches wegen der schieren Größe des Tieres Ganzkörpereinsatz forderte. Besonders anzumerken ist, dass das Tier noch mehr als der Menschen zunächst das Vertrauen gewinnen muss, bevor man mit der Behandlung beginnen kann.

Im vorletzten Referat bewies Herr Dr. Lutz Koch, Manualtherapeut in Eckernförde, dass es einen *zervikogenen Kopfschmerz* gibt. Er stellte verschiedene Erklärungsmodelle vor, über welche zum Teil Brücken zum ersten Referat von Dr. Böhni geschlagen wurden. Das Thema war wiederum die Fortleitung von Schmerz und Erklärungen des Phänomens, dass Schmerz nicht unbedingt im Bereich des Entstehungsortes gespürt wird.

Das Abschlussreferat, *funktionelle Pathologie der Wirbelsäule und ihr Einfluss auf die sensomotorische Entwicklung* wurde von Dr. Heiner Biedermann, Manualmediziner in Köln, gehalten. Er befasste sich ausgehend von der Anzahl der Neuronen bei Nematoden im Vergleich mit der Anzahl der Neuronen bei Menschen mit der Komplexität der Erscheinungen, welche noch nicht einmal bei den Nematoden ganz verstanden werden. Er zeigte anhand des KISS-Konzeptes eine Betrachtungsweise auf, die die Pathogenese im individuellen Leben vor allem bezüglich der sensomotorischen Entwicklung als eine Kette von Verstrickungen auffasst. Hierbei kann ein nicht behandelter Schiefhals durchaus am Anfang dieser Kette stehen, was eine integrierende Auffassung der manuellen Medizin darstellt. Es war dies auch ein Plädoyer für die Zusammenarbeit über Disziplinengrenzen hinweg und für die Anwendung verschiedener Methoden. Ein Plädoyer ganz im Sinne des EWMM, einer Arbeitsgruppe ohne Ideologie, es sei denn im Bestreben die Behandlung vor allem von Kindern zu optimieren.

Die Vortragszusammenfassungen der Referenten werden auf die Webseite [www.manmed.org](http://www.manmed.org) gestellt.

**Marcel Butti**  
Oberlunkhofen (Schweiz)

## Cranio-mandibuläre Dysfunktion (CMD) – Therapie heute: Alle in einem Boot

Symposium 06.-07. Oktober 07 in Bremen

„Wenn zwei Menschen immer die gleiche Meinung haben, ist einer von ihnen überflüssig.“ Mit diesem Zitat von Winston Churchill eröffnete Dr. Christian Köneke das 8. Bremer CMD-Symposium. Vom 6. bis 7. Oktober stellten Fachleute der verschiedensten Fachgebiete ihre Erkenntnisse zur Thematik vor, diskutierten und suchten nach Schnittmengen und gemeinsamen Strategien bei der CMD-Behandlung. Dabei wurde deutlich, dass die meisten Erstkontakte mit CMD-Patienten beim Zahnarzt liegen, die Therapie jedoch stets interdisziplinär durch Kollegen der verschiedenen Fachgebiete erfolgen sollte.

Der Ehrenvortrag von Physiotherapeut Gert Groot-Landeweer machte deutlich, wie sehr sich CMD-Therapie gewandelt hat. Heute wird nicht mehr nur die Kieferstellung allein behandelt, sondern auch viele weitere Faktoren werden berücksichtigt. „Befund ist nicht gleich Befinden.“, betonte Groot-Landeweer die Bedeutung der Diagnostik mit Blick auf das Bio-Psycho-Soziale Modell.

„Bei starker psychischer Beteiligung darf heute niemand mehr irreversible Maßnahmen anwenden.“, griff Organisator Dr. Christian Köneke diesen Aspekt auf. Er stellte Kurztests zur Erkennung von CMD-Patienten vor, die so in jeder Arzt- oder Physio-

therapiepraxis ohne viel Zeitaufwand durchgeführt werden können. „Es sollte klar zwischen CMD-Diagnostik und zahnärztlicher Funktionsdiagnostik abgegrenzt werden“, so Köneke. Erstere umfasse weit mehr Aspekte als in der normalen zahnärztlichen Praxis zu beherrschen sind. Dreh- und Angelpunkt der CMD sei fast immer die HWS, sowohl als Verursacher einer CMD als auch bei externer CMD-Ursache als Symptomort. Anschaulich stellte der CMD-Spezialist zwei grundsätzlich unterschiedliche Entstehungstypen der Erkrankung vor. Eine Gruppe der CMD-Patienten zeigt bereits bis zum 1. Lebensjahr Unregelmäßigkeiten im neuromotorischen Aufrichtungsprozess, also auf dem Weg zum Laufen lernen. In der zweiten Gruppe liege die Ursache erst im Erwachsenenalter. Während letztere durchaus durch dentale Intervention zu behandeln sein kann, treten bei der ersten Gruppe erhebliche Probleme mit Nebenreaktionen aus der Körperstatik auf. „Die große Gruppe der Mischtypen ist therapeutisch die schwierigste, weil möglicherweise nötige dentale Korrekturen das adaptierte

labile Gleichgewicht der gestörten Körperstatik kippen können.“, gab Köneke zu bedenken. Nähere Erklärungen zur ersten Gruppe der Kinder lieferte der Bremer Logopäde Andreas Pohl: „Wenn bereits die Hebung des Kopfes und damit die Entwicklung der Nackenmuskulatur und der Halswirbelsäule nicht regulär erfolgt, können sich alle anderen darauf aufbauenden Strukturen nicht entwickeln und Defizite bis in den kognitiven Bereich auftreten. Eltern sollten deshalb Frühzeichen im ersten Lebensjahr wahrnehmen und mit dem Therapeuten früh korrigieren. Die weitreichenden Folgen früher Symmetriestörungen bei Kindern bis ins Erwachsenenalter schilderte die Heidelberger Physiotherapeutin Gisa Zech. „Die große Gefahr ist das Verschwinden der Symptome aus dem ersten Lebensjahr (Schreikinder, auffällige Körperhaltung) im zweiten Lebensjahr. Erst im 5. Lebensjahr treten andere Symptome auf wie Aufmerksamkeits-Defizit-Syndrom (ADS) oder Legasthenie.“, so Zech.

### Drehscheibe Halswirbelsäule

Ein ebenfalls selten angesprochener Zusammenhang ist die Beziehung zwischen Augen und Körperstatik in Bezug auf eine CMD. So zeigte Augenarzt Dr. Ihab El-Bably (Bremen/Bonn) Störungen der Augenmotorik und deren gravierende Auswirkungen auf die Kopf- und Körperhaltung. Die so genannte „okkuläre Kopfwangshaltung“ wird am häufigsten durch falsche Brillen erzeugt, so El-Bably. Sie kann maßgeblich an einer CMD beteiligt sein. Häufig übersehen werden Störungen des Biokularsehens, besonders die dekompenzierte Phorie, auch als Winkelfehlsichtigkeit bezeichnet. Hauptsymptom sind dann Probleme in der HWS. „An der HWS treffen sich Zahnärzte, Augenärzte, Hals-Nasen-Ohrenärzte, Orthopäden und Physiotherapeuten bei der CMD-Therapie.“, betonte Köneke mehrfach. Für den Bereich der HNO beschrieb Dr. Sylvia Bergler Entstehung und Therapie von Tinnitus und Schwindel als Ausdruck einer Störung in diesem Bereich der Wirbelsäule. Die Bedeutung der HWS wurde auch im Vortrag der Bremer Physiotherapeutin Elke Kühlcke deutlich. Ohne entsprechende Maßnahmen spezialisierter Therapeuten sei eine CMD-Therapie nicht möglich. Sie erläuterte unter anderem die Bedeutung der Rotation oder Abseherung des Os temporale bei okklusalen Inkongruenzen. Der Bremer Orthopäde Dr. Wolfgang von Heymann, Präsident der internationalen Vereinigung für Manuelle Medizin (FIMM), schloss den Kreis mit aktuellen Darstellungen zur Neuroanatomie der HWS-

Region und lieferte so die heute anerkannte neurophysiologische Erklärung für die Zusammenhänge zwischen HWS Blockierungen und Bisslageabweichungen sowie Tinnitus und Schwindel. Er erläuterte die Rolle der Manuelle Medizin in der Diagnostik und während der Therapie einer CMD.

Im Bereich der korrekten Bisslageeinstellung nach erfolgreicher Schienentherapie spielt die Kieferorthopädie auch bei älteren Erwachsenen eine große Rolle, jedoch mit einer erhöhten Gefahr des KFO-Rezidivs. Der Kieler Kieferorthopäde Dr. Andreas Köneke beschrieb Möglichkeiten zur wirkungsvollen Rezidivprophylaxe: nach Molarenextrusion, zur Deckbissprophylaxe durch palatinale Aufbisse in der oberen Front und Wege durch knöchernen Verankerungen mit Mikroschrauben.

Die Zahnärztin Dr. Susanne Schwarting beschäftigt sich als Präsidentin der Deutschen Gesellschaft für Zahnärztliche Schlafmedizin (DGZS) mit Schnarchen und Schlafapnoe und plädierte dafür, Patienten vor Schienentherapie nach entsprechenden Anzeichen zu befragen. Ein Test im Schlaflabor verhindert eine Verschlimmerung. Zur Therapie leichter und mittelschwerer Schlafapnoe stellte sie ein Konzept mit Protrusionsschienen vor.

Bei Fragestellungen des Gelenkbefundes gebe die bildgebende Diagnostik mittels MRT heute eine sehr hohe Sicherheit. Insbesondere vom Bremer Radiologen Dr. S. Neumann vorgestellte neuere Untersuchungstechniken wie Mundöffnungsaufnahmen zur kinema-

tografischen Darstellung ermöglichen noch mehr Einblicke in die Funktionsweise des einzelnen Gelenks. DDS Douglas Toll zeigte dahingehend Fixierungsmöglichkeiten für Aufnahmen in der gewünschten Bisslage. Er stellte zudem seine Erfahrungen in der Behandlung mit Botulinum vor, das als begleitendes Therapeutikum zur Relaxation von nicht beherrschbaren übermäßigen Muskelkontraktionen eingesetzt werde.

### Schmerzen schnell und konsequent angehen

Schmerztherapeut Dr. Hubertus Kayser wies auf die Gefahr der irreversiblen Chronifizierung von Schmerz hin, die nur durch rechtzeitiges Eingreifen beherrschbar sei. Je größer bereits der Einfluss auf das persönliche Umfeld und soziale Kontakte, desto schlechter die Prognose der Schmerztherapie. In diesem Zusammenhang wurde von Dipl.-Psych. Christof Kohrs auf die Möglichkeiten in hypnotischer Trance und durch verschiedene Formen der Trance-Induktion verwiesen, auch für den täglichen Umgang mit Problempatienten. Eine gute Aktualisierung verschiedener Bereiche komprimiert.“, urteilte Zahnärztin Andrea Scharf aus Markranstädt bei Leipzig. Der Hamburger Physiotherapeut Ralf Schüler fand: „Im gesamten Norden gibt es keine Veranstaltung dieser Art und mit diesem Ambiente.“

Nach einer Presseinformation der Veranstalter adaptiert von **W. von Heymann**

### Ankündigung

#### Der Landesverband Baden-Württemberg lädt ein

Die Mitglieder des Landesverbandes Baden-Württemberg der DGMM sind herzlich zu unserem jährlichen Treffen eingeladen. In altbewährter Manier werden wir uns auch dieses Jahr zu einem attraktiven Vortragsprogramm am **09.02.2008 ab 9.00 Uhr in Stuttgart, Zentrum für ambulante Rehabilitation am Wilhelmsplatz 11** treffen. Wiederum haben sehr namhafte Referenten ihr Kommen angesagt und werden nicht nur zu einem gelungenen wissenschaftlichen Programm, sondern auch zu unserem geselligen Beisammensein und zum nicht wissenschaftlichen Austausch tatkräftig beitragen.

Leitthema des Treffens werden die manualmedizinischen Behandlungsansätze bei Funktionsstörungen der Extremitäten und ihrer Gelenke sein. Abgerundet wird das wissenschaftliche Programm durch praktische Workshops, in welchen die Techniken eingeübt werden können.

Für die Veranstaltung sind 6 Pkt. bei der LÄK beantragt.

Alle Interessenten mögen sich melden bei: Dr. Matthias Riedel, Fax: 0761/616088

Die Gebühr von EUR 85 kann auf das Konto des LV überwiesen werden.

Deutsche Apotheker- und Ärztebank | Konto-Nr.: 0204641205 (mit Absender u. Adresse)  
BLZ: 680 906 22

Wir würden uns alle sehr über eine rege Teilnahme freuen!  
Ihr Matthias Riedel

R. Kayser, Berlin

## „Wir machen es ähnlich oder gleich...“ zweiter Gemeinschaftszyklus „Technikabgleich“ der DGMM-Seminare

Stand der Entwicklung



Vom 14.-16. September 2007 trafen sich erneut junge und gestandene Fachkräfte mit ihren Schulleitern der drei DGMM-Seminare zum gemeinsamen Technikabgleich. Bereits zum zweiten Male fand eine derartige Veranstaltung mit dem Ziel statt, die große Einheit der Idee mit einer zukünftigen Einheit der zu vermittelnden Inhalte zu versehen. Bereits der letzte Veranstaltungszyklus hat sehr zum ideellen Zusammenwachsen der Seminare beigetragen ohne deren Spezifika zu negieren. Diese Ziel sollte auch diesmal verfolgt werden. Zwei wesentliche Zielpunkte waren im Vorfeld verabredet worden:

- Prüfung der verwendeten Terminologie der Region im Hinblick auf die Kompetenzdarstellung unseres Vorgehens in Diagnostik und Therapie funktioneller Störungen
- Harmonisierung der Lehrinhalte Manuelle Therapie unter der kompetenter Führung der DGMM

Die diesjährige Auftaktveranstaltung fand im neuen Schulungszentrum der ÄMM in Leipzig und somit unter Federführung der ÄMM statt. Spezielles Thema der Veranstaltung waren die Untersuchung und Behandlung der Kopfgelenke. Sicher eine hochspannende Region, die ausreichend Diskussionsmöglichkeiten eröffnet. Nach in vertrauter Weise verbindlichen Begrüßungsworten und der Vorstellungsrunde durch die „Hausheerin“ Frau Dr. Gabriele Harke – Schulleiterin der ÄMM – eröffnete Herr Dr. Alfred Möhrle (Akademie Boppart) den wissenschaftlichen Teil mit einem Referat zu anatomischen Vorstellungen und zur Herange-

hensweise bei Untersuchung und Behandlung der Kopfgelenke bis C2/3. Frau Renate Streeck (Akademie Boppart) demonstrierte die erörterten Techniken. Anschließend wurde seminarübergreifend geübt. Zunächst widmeten wir uns den Untersuchungstechniken, bevor wir in die Behandlungsverfahren einstiegen. Ein wenig war es wie im Kurs – nur mit teilweise ungewohnter Rollenverteilung. In gleicher Weise schlossen sich Vorträge, Demonstrationen und Übungen zu Inhalten der ÄMM (Dr. Harke) und der MWE (Dr. Frey, Dr. Moll) an. Zu allen Zeiten auch dieser Veranstaltung war die Stimmung getragen von der großen Überzeugung zur Sache und im Wissen, hier eine hohe Kompetenz zu vertreten. Unterschiede im Detail wurden eher belebend und innovativ als konkurrierend empfunden.

Es liegt in der Natur der Sache, dass ein gemeinsamer Technikcatalog mit Kerntechniken und Alternativtechniken zur Region der Kopfgelenke nicht innerhalb von zwei Tagen erstellt werden kann. Vorstellbar erscheint ein solches Vorgehen jedoch. Konsensfähig wurden m. E. folgende Aussagen empfunden, auch wenn das eine oder andere vielleicht noch vertieft werden muss:

- Es gibt segmentale *Funktionsstörungen*, die *klinisch manifest* werden können
- Es existieren *Untersuchungstechniken*, segmentale Funktionsstörungen in Bezug auf ihre *Hypomobilität* diagnostizieren zu können
- Funktionsstörungen manifestieren sich über *Spannungserhöhungen*, die richtungs- und seitenlokalisiert sind

- Der Bezug auf das Segment erfolgt über die *segmentale Einstellung*
- Eine segmentale Funktionsstörung kann sich über *Irritationspunkte* eines zugehörigen Wirbels manifestieren
- *Neurophysiologisches Korrelat* der segmentalen Dysfunktion ist das *Endgefühl*
  - a. Dieses muss nicht am Ende der anatomisch möglichen Bewegung sein
  - b. Die muskuläre Komponente (Arthron) kann dieses Endgefühl ebenfalls vermitteln und die segmentale Dysfunktion anzeigen

Korrelat unserer Therapie ist unverändert die Diagnose der hypomobilen, segmentalen Funktionsstörung. So notwendig der Begriff der Blockierung aus verschiedenen Gründen auch ist, so gelang doch die Trennung von rein mechanischen Vorstellungen. Bei der Abschlussdiskussion wurden noch einmal die konsensusfähigen Punkte zur Begrifflichkeit der Blockierung zusammengetragen. Demnach ist eine Blockierung in dem von uns verwendeten und genutzten Sinne:

- reversibel
- arthromuskulär (in Bezug auf Arthron bzw. Segment)
- hypomobil
- segmentalen Befunden zugeordnet.

In allen Seminaren der DGMM erfolgt:

- eine Untersuchung der hypomobilen Funktionsstörung als *Bewegungseinschränkung* mit fakultativen Zeichen (Nozizeption (Irritationspunkt, reflektorisch algetische Krankheitszeichen), neurophysiologisches Korrelat (Barriere)
- eine *Wertung der Befunde* mit differentialdiagnostischen Überlegungen (Bildgebung nötig?, Komplikationen zu erwarten?, Kontraindikationen zu manualtherapeutischem vorgehen vorhanden? Primäre oder sekundäre Funktionsstörung?)
- eine *diagnostische Probemobilisation* vor therapeutischer Einwirkung (ohne oder mit Impuls / Mobilisation oder Manipulation / low oder high velocity)
- eine *Nachuntersuchung* nach manualtherapeutischer Einwirkung. Das Ergebnis sollte die nicht mehr oder nicht mehr so ausgeprägt vorhandene Bewegungseinschränkung unter Beachtung und Berücksichtigung aller fakultativen Zeichen sein.

Der sehr belebenden Teilnahme von Vertreterinnen der Physiotherapie liegt die Idee zugrunde, dass auch für diese Berufsgruppe perspektivisch ein Inhaltskatalog der Ausbildung in manueller Therapie erarbeitet wer-

den sollte. Dies ist für die Abgrenzung gegenüber den immer zahlreicher werden Konkurrenzangeboten, vor allem aber zur Qualitätssicherung vor uns selbst, den Patienten und auch den Spitzenverbänden der Krankenkassen von zunehmender Bedeutung. Bei den nächsten Treffen wird hier weitere Arbeit zu leisten sein.

Die Idee eines Symposiums der DGMM zu „Manuelle Medizin und radiologische Verfahren an der HWS“ wurde konkretisiert und mit Fragen hinterlegt. Die Wertigkeit der radiologischen Verfahren wird für

den Manualmediziner immer von Belang sein. Ziel dieser Veranstaltung sollte eine ergebnisoffene Vereinbarung zur Nutzung radiologischer Verfahren im Rahmen der Diagnostik und Therapie von funktionellen Störungen sein.

Ich denke im Namen aller Teilnehmer der Veranstaltung zu sprechen, wenn ich die Tage in Leipzig als sehr gelungen bezeichne und sie in angenehmster Erinnerung behalte. Ich bin mir sicher, dass folgende Ereignisse in gleicher Atmosphäre stattfinden werden – der gemeinsamen Sache verpflicht-

et und dem Einzelnen inzwischen sehr verbunden.

**Priv. Doz. Dr. med. Ralph Kayser**

Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie - Rheumatologie, Spezielle Orthopädische Chirurgie, Manuelle Medizin, Physikalische Therapie  
Charité – Universitätsmedizin Berlin, Campus Benjamin Franklin, Klinik für Orthopädische-, Unfall- und Wiederherstellungschirurgie  
Hindenburgdamm 30, 12200 Berlin  
ralph.kayser@charite.de

K. Leistner, Zühlsdorf

## Manuelle Therapie innerhalb der physiotherapeutischen Ausbildung

Mit der Einführung der neuen Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Physiotherapeuten vom 6. Dezember 1994 wurde das Fach Manuelle Therapie fester Bestandteil der Ausbildung.

Die Ausbildung gliedert sich in einen theoretischen und praktischen Teil in der Schule, der 2900 Unterrichtseinheiten (=UE) umfasst und einen berufspraktischen Teil außerhalb der Schule (Kliniken, Rehabilitationseinrichtungen, Praxen), der 1600 Arbeitsstunden beinhaltet.

In der praktischen Ausbildung an der Schule stehen für die krankengymnastischen Behandlungstechniken 500 UE zur Verfügung. Darin enthalten ist die Manuelle Therapie.

Die Ausbildungsinhalte sind laut Ausbildungs- und Prüfungsverordnung zeitlich und sachlich nicht den Ausbildungssemestern zugeordnet. Dadurch besitzen die Schulen einen Organisations- und Dispositionsrahmen u.a. für die Aufteilung des Faches Manuelle Therapie und dessen Stundenvolumen. Die Stundenzahl variiert an den Schulen zwischen 40 und 100 UE, der Ausbildungsbeginn zwischen 2. – 5. Semester. Um dem Stellenwert der Manuellen Therapie innerhalb der physiotherapeutischen Praxis gerecht zu werden, empfiehlt der ZVK in seinem Curriculum (2002) ein Minimum von 100 Unterrichtsstunden.

Der Unterricht gliedert sich in der Regel in die Funktionelle Anatomie v.a. der Extremitätengelenke und die manualtherapeutischen theoretischen und praktischen Grundlagen. Im Theorieteil werden die Grundlagen der Anatomie intensiviert und

die funktionellen Aspekte von Funktionsstörungen der Extremitätengelenke in Verbindung zum Arthron und ansatzweise Verkettungen vermittelt. Der praktische Teil beinhaltet die „Ana in vivo“ der Gelenke und die Erlernung der orientierenden, gezielten Untersuchung und der Behandlungstechniken. Da es sich um eine Grundlagenausbildung handelt, können nicht alle Techniken vermittelt werden. Für die Auswahl der Techniken hat sich das Curriculum der Ärztesvereinigung für Manuelle Medizin (Seminar der Deutschen Gesellschaft für MM – Ärzteseminar Berlin ÄMM e.V.) als hilfreich erwiesen. Diese Empfehlung wurde von Fachlehrern für die Weiterbildung „Manuelle Therapie“ der ÄMM erarbeitet, die gleichzeitig auch als Dozenten an den PT-Schulen tätig sind. Dadurch ist die Kompatibilität mit den späteren Kursinhalten der Weiterbildung gewährleistet.

Als positiv stellt sich heraus, wenn die Fachlehrer an den Schulen selbst eine komplette MT- Ausbildung absolviert haben. Dies ist bisher keine Voraussetzung, um das Fach Manuelle Therapie zu unterrichten. Außerdem ist es sinnvoll, wenn die Lehrkräfte einer Schule eine gleiche manualtherapeutische Ausbildung vorweisen können. Dadurch kann abgesichert werden, dass eine einheitliche Lehrmeinung besteht und die Schüler der PT in Fächern (PT in der Chirurgie/Orthopädie/Inneren Medizin/Neurologie) ihr Wissen anwenden können und ihre Fähigkeiten und Fertigkeiten festigen.

Die Schüler sind seitens der Schulausbildung vorbereitet, Störungen v.a. der Ex-

tremitätengelenke in Verbindung mit dem Arthron zu diagnostizieren und zu behandeln.

Die Umsetzung in der Praxis hängt u.a. von der Qualifizierung der Praxispartner und dem Engagement der Schüler ab. Eine unterschiedliche MT-Ausbildung der Praxispartner ist dabei nicht nachteilig, denn für die Schüler ist es wichtig, am Patienten die Manuelle Therapie anzuwenden. Es gibt (leider) noch immer Praxispartner, die über keine entsprechende Ausbildung verfügen und daher der Manuellen Therapie innerhalb der physiotherapeutischen Arbeit nicht den gewünschten und erforderlichen Stellenwert einräumen können. Dadurch werden die Schüler nicht manualtherapeutisch gefordert und gefördert. Dies führt u.U. zur Ablehnung der Manuellen Therapie und zur Demotivation der Schüler.

Für die MT-Lehrer an den PT-Schulen ist die Fortbildung unter dem Aspekt der Grundlagenausbildung notwendig. Die ÄMM bietet eine jährliche Fortbildung für die Lehrkräfte der PT-Schulen an.

Diese Treffen sind interessant, da neben dem Austausch über den MT-Unterricht, pädagogisch relevante Themen aufgegriffen und diskutiert werden und eine Weiterbildung zu manualtherapeutischen Themen stattfindet, die von der Schulleiterin der ÄMM gehalten wird.

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass die Ausbildung der Schüler an den Schulen und in der Praxis in entscheidendem Maße vom Engagement der Lehrkräfte, der Praxispartner und der Förderung der Schüler im Praktikum abhängt. Nur dadurch kann gewährleistet werden, dass die zukünftigen Physiotherapeuten die Manuelle Therapie als wesentlichen Bestandteil ihrer Arbeit erkennen und erleben.

**Kristina Leistner**  
Zühlsdorf



# Die FIMM nimmt Kurs auf Europa und die WHO

Bericht zur Jahreshauptversammlung der FIMM 2007

Unter dem Präsidium von Dr. Wolfgang von Heymann tagten die Delegierten der 30 nationalen Ärztegesellschaften für Manuelle Medizin am 15.09.2007 in Prag anlässlich ihrer 42. Jahreshauptversammlung. Einige Delegationen hatten sich entschuldigt und waren nicht vertreten. Trotzdem ergab sich eine sehr anregende Versammlung mit einigen wichtigen und nicht unbedingt erwarteten Beschlüssen.

## Harte Linie

Die Jahreshauptversammlung, eigentlich nicht als sehr entschlosskräftig bekannt, hat im zweiten Teil ihrer Sitzung diejenigen Mitglieder ausgeschlossen, die seit mehr als zwei Jahren notorisch im Zahlungsrückstand waren trotz wiederholter Aufforderung, ihre Schulden zu begleichen. Zwar schreiben die Satzungen der FIMM vor, dass bei mehr als zwei Jahren Zahlungsrückstand der Ausschluss durch die Versammlung debattiert werden muss, doch hat es bisher kaum Ausschlüsse gegeben. Überraschend waren aber diesmal praktisch alle Anwesenden für einen Ausschluss aller Mitglieder mit längeren Zahlungsrückständen. Dies geschah nicht ohne erhebliches Bedauern. Doch die Absicht,

der FIMM neuen Schwung zu geben und gleichzeitig Altlasten los zu werden, überwog diesmal deutlich. Dies bekamen auch jene Mitglieder zu spüren, die ihre Mitgliederbeiträge nicht zeitgerecht oder nur zum Teil bezahlt hatten. Sie mussten satzungsbedingt auf ihr Stimmrecht verzichten. Ausgeschlossen wurden Lettland, Litauen, Griechenland, Luxemburg und Portugal.

## Knappe finanzielle Basis

Dies geschah wohl auch im Licht der knappen finanziellen Basis der 49-jährigen Organisation. Einige Mitglieder kritisieren die FIMM für ihre aus ihrer Sicht ungenügende Finanzkontrolle. Andere sehen in ihr dank ihrem globalen Auftreten eine Dachorganisation, die supranationalen Anliegen am besten nachgehen kann. Im Moment aber bleibt die Finanzlage angespannt. Dank einer transparenten Rechnungslegung für 2006<sup>1</sup> und einem ausgeglichenen Finanzplan 2008 konnte der bisherige Mitgliederbeitrag beibehalten werden trotz vorgesehenen Mindereinnahmen im Vergleich zu den Vorjahren. Vorschläge zur transparenteren Dar-

<sup>1</sup> [http://www.fimm-online.com/pub/en/data/objects/fimm\\_news\\_2007\\_1.pdf](http://www.fimm-online.com/pub/en/data/objects/fimm_news_2007_1.pdf)

stellung der Ausgabenbereiche (fixe Ausgaben, projektbezogene bzw. variable Ausgaben) wurden von allen Mitgliedern getragen. Die finanzielle Zukunft der FIMM wird aber, und dies war die geschlossene Haltung aller Anwesenden, nur gesichert sein, falls die FIMM mit ihren Projekten nutzbringende Ergebnisse vorweisen kann.

## Das UEMS Projekt

Der neu beschlossene politische Ausschuss hat zwei Hauptprojekte vorgeschlagen, die beide ohne Gegenstimme verabschiedet wurden. Das eine betrifft eine mögliche Anbindung an die Union Européenne des Médecins Spécialistes (UEMS)<sup>2</sup>. Es gab in der Vergangenheit bereits verschiedene Anläufe, die Manuelle Medizin an die UEMS anzubinden. Zu beachten ist Art. 24 der Rules of Procedure of UEMS, der besagt, dass eine medizinische Disziplin nur Anerkennung gewinnen kann, wenn sie in einem Drittel der EU-Mitgliedländer als eigenständige Disziplin anerkannt ist und neben anderen Auflagen folgende Bedingungen erfüllt: Die Disziplin muss zielorientiert („effectively“) durch kompetente Spezialisten ausgeübt werden; die Anzahl dieser Spezialisten muss genügend gross sein, dass aus ihnen ein Gremium von Experten gebildet werden kann; die Disziplin muss an Institutionen ausgeübt werden, die über eine entsprechende Infrastruktur für Ausbildungslehrgänge verfügen und die von anerkannten Ausbildungsleitern geführt werden. Die UEMS setzt sich selber hohe Qualitätsziele. Sie betrachtet Regulierungen als einen wichtigen Teil der Qualitätssicherung. Sie hat dazu verschiedentlich publiziert<sup>3,4,5</sup>. Es ist klar, dass die UEMS Kriterien gesetzt hat, die für die Manuelle Medizin nicht einfach oder sogar unmöglich erreicht werden können. Es soll deshalb aus der Sicht des FIMM Vorstandes nicht eine Vollanerkennung als medizinische Disziplin, sondern entweder die Anerkennung als Subdisziplin (z. Bsp. der Physikalischen Medizin) oder eine andere Form der Anerkennung erreicht werden. Dabei soll der Beobachterstatus der DGMM bei der UEMS als möglicher Einstiegskanal berücksichtigt werden. Dazu hat die FIMM Jahreshauptversammlung eine vom Vorsitzenden des politischen

<sup>2</sup> [www.uems.net](http://www.uems.net)

<sup>3</sup> [http://ec.europa.eu/health/ph\\_overview/co\\_operation/mobility/docs/health\\_services\\_co190.pdf](http://ec.europa.eu/health/ph_overview/co_operation/mobility/docs/health_services_co190.pdf)

<sup>4</sup> <http://www.ebac-cme.org/newsite/archives/Vol02/EACCME5.pdf>

<sup>5</sup> <http://admin.uems.net/uploadedfiles/458.pdf>

Name	Nationalität	E-Mail-Adresse
Reinhard Deinfelder, MD, Vorsitz	Deutschland	Reinhard.deinfelder@t-online.de
Lothar Beyer, MD Prof.	Deutschland	LoBeyer@t-online.de
Nadine Fouques-Weiss, MD	Deutschland	DrFouquesW@aol.com
Leili Lepik, MD	Estland	leilile@hotmail.com
Hans Tilscher, Univ. Prof.	Österreich	hans.tilscher@oss.at
Wolfgang von Heymann, MD	Deutschland	heymann@cosit.de

Name	Nationalität	E-Mail-Adresse
Bernard Terrier, MD, Vorsitz	Schweiz	b.terrier@bluewin.ch
Massimiliano Cossu, MD	Italien	massimiliano.cossu@fastwebnet.it
Peter Skew, MD	Großbritannien	peterskew@eggconnect.net
Victoria Sotos Borrás, MD	Spanien	victoria.sotos@usphospitales.com
Kazuyoshi Sumita, MD Prof.	Japan	junyoshida@mve.biglobe.ne.jp
Dmitri A. Teterin, MD	Russland	teterin@cmt-moscow.com
Vlasta Tosnerova, MD Prof.	Tschechien	tosnerova@fnhk.cz
James Watt, MD	Neu Seeland	jameswatt@clear.net.nz



Ausschusses vorgeschlagene Projektgruppe beauftragt, die Anbindung der Manuellen Medizin an die UEMS voranzutreiben und wenn möglich zu erreichen. Das Projekt soll bis 2010 abgeschlossen sein. Es wurde ein Algorithmus für die Berichterstattung beschlossen. Das Projekt wird vom FIMM Vorstand und der Versammlung überwacht. Die Kosten belaufen sich voraussichtlich auf EUR 6.000,- (2007-2010).

### Das WHO Projekt

Das Projekt verfolgt den Plan, ein umfassendes Konsensus-Dokument über die Manuelle Medizin zu erarbeiten, welches die FIMM der World Health Organisation (WHO) übergibt. Dieses Dokument soll die Basis für ein offizielles WHO Dokument über die Manuelle Medizin darstellen, welches dann im Namen der Weltgesundheitsorganisation publiziert werden soll. Dieses Dokument über die Manuelle Medizin soll Länder in ihren Bemühungen unterstützen, eine angemessene Ausbildung und die sichere und nutzbringende Anwendung der Manuellen Medizin als Teil ihrer Gesundheitssysteme zu entwickeln. Gleichzeitig positioniert es die Manuelle Medizin auf höchster Ebene als ein anerkannter Teil der Schulmedizin. Dazu werden Leitlinien („guidelines“) in Bezug auf die Weiter- und Fortbildung und die sichere Anwendung der Manuellen Medizin zu erarbeiten sein, die auch klare Aussagen zu Kontraindikationen enthalten. Andere Gruppierungen haben das bereits getan und wurden von der WHO anerkannt. Ein solches Dokument wird noch erhebliche Unterstützung von Seiten des Ausbildungsausschusses der FIMM benötigen. Insbesondere wird das Glossar über Begriffe in der Manuellen Medizin, welches von der entsprechenden Arbeitsgruppe in der Version 7.2 der Versammlung vorgestellt wurde, nochmals überarbeitet werden müssen. Eine vom Vorsitzenden des politischen Ausschusses vorgeschlagene Arbeitsgruppe wurde beauftragt, sich unverzüglich mit der Erstellung eines solchen Dokumentes zu befassen. Bis 2010 soll diese Arbeit abgeschlossen sein. Die Kosten des Projekt belaufen sich voraussichtlich auf EUR 15.000,- (2007-2010), die die Versammlung beschlossen hat. Erst danach wird der formelle Konsultierungsprozess der WHO („WHO Consultation“) beantragt werden können. Aufgrund bereits getätigter Abklärungen ist bekannt, dass die WHO für einen solchen Prozess rund EUR 75.000,- in Rechnung stellen wird. Wie dieser Betrag geüffnet werden kann ist noch offen. Die FIMM

Jahreshauptversammlung wird in Zukunft noch einmal darüber beraten müssen. Auch für dieses Projekt wurde ein exakter Algorithmus für die Berichterstattung beschlossen. Es wird vom FIMM Vorstand und der Versammlung überwacht.

### Glossar

Mit Befriedigung hat die Versammlung eine wesentliche Weiterentwicklung des dreisprachigen Glossars in Manueller Medizin zur Kenntnis genommen (Version 7.2). Ein noch nicht ganz vollständiger Vorabdruck wurde vorgelegt, nachdem der Ausbildungsausschuss in Zusammenarbeit mit dem zuständigen Unterausschuss unter der Leitung von Dr. G. G. Rasmussen und Dr. M. A. Kuchera zwei Tage daran arbeitete. Die Vernehmlassung wird über die FIMM Webseite erfolgen, nachdem die finale Version aufgeschaltet sein wird. Alle Mitgliedsgesellschaften werden angeschrieben und aufgefordert werden, ihre Ergänzungen einzubringen. Vorgesehen ist ein jährliches Update im Sinne einer kontinuierlichen Entwicklung.

### Positionspapier zur Osteopathischen Medizin

Die FIMM hat in einem ausführlichen Positionspapier ihr Verhältnis zur Osteopathischen Medizin offiziell geklärt<sup>1</sup>. Das vom Vorstand präsentierte Papier wurde von der Versammlung genehmigt. Über 30 Jahre hat die FIMM die amerikanischen osteopathischen Ärzte als

gleich und berechtigt zur organisatorischen Zusammenarbeit angesehen und immer wieder in die politische, ausbildungsbezogene und wissenschaftliche Arbeit der FIMM mit einbezogen. Es wurde aber festgestellt, dass immer noch erhebliche Missverständnisse über die Unterschiede zwischen den osteopathischen Ärzten der USA und anderen Osteopathen bestehen. Auch ist zu beobachten, dass einige europäische Mitgliedsgesellschaften der FIMM sehr aktiv an der Schaffung eines eigenen Berufsbildes eines osteopathischen Arztes arbeiten. In der Zusammenfassung von 30 Jahren FIMM-Geschichte und -Politik für neu ankommende Vertreter, die sich mit der Politik der FIMM in dieser Hinsicht befassen wollen, dient dieses erste Positionspapier der FIMM zur umfassenden Information. Zukünftig sollen dieses und andere Positionspapiere regelmäßig überprüft und aktualisiert werden.

### Ausbildungsausschuss unter neuer Führung

Nach 10-jähriger Tätigkeit hat der Vorsitzende des Ausbildungsausschusses, Dr. Glen Gorm Rasmussen sein Amt niedergelegt. Während seiner Amtszeit wurde die erste Fassung des FIMM Ausbildungskurrikulums erarbeitet und 2001 publiziert. 2005 folgte die zweite Fassung<sup>2</sup>. Das FIMM Glossar wurde weiterentwickelt. Zum Nachfolger wurde einstimmig Dr. Marie-José Teyssandier (Frankreich) gewählt.

### Bernard Terrier

<sup>1</sup> [http://www.fimm-online.com/pub/en/data/objects/fimm\\_news\\_2007\\_2.pdf](http://www.fimm-online.com/pub/en/data/objects/fimm_news_2007_2.pdf)

<sup>2</sup> [http://www.fimm-online.com/pub/en/data/objects/curriculum\\_manual\\_2nd\\_edition.pdf](http://www.fimm-online.com/pub/en/data/objects/curriculum_manual_2nd_edition.pdf)

### Neue internationale Zeitschrift

Ab 2008 wird in Kooperation mit der FIMM die Zeitschrift **“International Musculoskeletal Medicine“** erscheinen, die sich vordergründig der Manuellen Medizin widmen wird. Mehr Informationen finden Sie unter [www.maney.co.uk/press](http://www.maney.co.uk/press)

K. Neumer, Jena

## Forschungsberatungsstelle – Aktuelles

„Manualtherapie insbesondere in Kombination mit anderen Therapieansätzen wirksam“

Im Sommer 2006 gründete die DGMM eine Forschungsberatungsstelle (FBS) für Manuelle Medizin. Oberstes Ziel dieser Einrichtung ist die Intensivierung und Unterstützung des Forschungsengagements von Manualmediziner\*innen (niedergelassen oder klinisch tätig) sowie Physiotherapeuten mit Zusatzausbildung Manuelle Therapie.

Neben der Beratungstätigkeit nimmt die FBS eigene Projekte im Dienste der Manuellen Medizin wahr. An dieser Stelle soll gelegentlich von aktuellen Projekten und Beratungen berichtet werden.

Im 1. Halbjahr 2007 hat die FBS im Auftrag der DGMM eine Recherche zu dem allgemeinen Thema „Manualmedizinische Therapie bei Rückenschmerzen“ durchgeführt, um wissenschaftliche Belege aufzuzeigen, die bei Verhandlungen mit den Kostenträgern zur Vergütung manualmedizinischer Leistungen vorgelegt wurden. In der Recherche wurden insbesondere die elektronischen Datenbanken der Cochrane Library sowie Pubmed (MEDLINE) berücksichtigt. Eine Suche per Hand wurde nicht absolviert. Zusammengestellt werden sollten Literaturstellen der Jahre 2003 bis heute. Zum Zeitpunkt der Recherche im Juli 2007 ergab sich bei-

spielsweise, dass die Cochrane Back Group bereits 54 Cochrane Reviews zum Thema erstellt hat. 31 davon lassen sich unter der Kategorie „Non-specific low back pain“ subsumieren und von diesen wiederum scheinen 6 Reviews explizit oder zumindest als Referenztherapie auf die Manuelle Therapie einzugehen. Es deutet sich anhand dieser Reviews an, dass Manualtherapie insbesondere in Kombination mit anderen Therapieansätzen wirksam wird. Mehr dazu finden Sie auf den Internetseiten der Cochrane Back Review Group<sup>1</sup>.

Was die Beratungstätigkeit betrifft, so sei darauf hingewiesen, dass es sich hierbei um modulierende und gegebenenfalls korrigierende Unterstützung der Forscher handelt. Die FBS versteht sich nicht als Dienstleister, sondern als Berater im theoretisch-methodischen Bereich. Aktuell befindet sich unter anderem ein Projekt in der Planungsphase, welches die Wirksamkeit manueller Therapie im Rahmen einer stationären Rehabilitation bei Hüft-TEP-Patienten untersuchen will und hier beispielhaft erwähnt werden soll. Die in einer Rehabilitationsklinik täti-

<sup>1</sup> <http://www.cochrane.iwh.on.ca/>

ge Studienleiterin brachte die Idee sowie eine Vorstellung über die Umsetzung ihres Vorhabens ein. Gemeinsam mit der FBS wurde ein methodisch fehlerfreies Konzept entwickelt. Wichtig ist diesbezüglich eine vergleichsweise engmaschige Kommunikation: Nur im regelmäßigen Austausch gelingt es, inhaltliche und methodische Ansprüche zu vereinen. Die FBS beteiligte sich im genannten Fall regulierend an der Planung der Studie; diese Vorbereitungsphase ist inzwischen nahezu abgeschlossen. Dabei reichte die unterstützende Tätigkeit von Planungssteuerung über Tipps zur Erstellung einer Patienteninformation (unter Einhaltung erforderlicher ethischer Kriterien), Hilfestellung bei der Fallzahlplanung bis hin zur Informationsvermittlung bzgl. Methoden der Randomisation bzw. der praktischen Umsetzung dieser. Gemeinsam ist die Planung innerhalb eines halben Jahres derart gedingen, dass die Studienleiterin aktuell bereits ein ausführliches Protokoll zur Einreichung bei der Ethikkommission (im Rahmen einer Promotion) verfasst. Dem einen oder anderen mag der Zeitrahmen recht lang erscheinen. Doch je mehr Aufmerksamkeit der Planung gewidmet wird, desto sicherer werden Datenfriedhöfe verhindert und desto wahrscheinlicher werden relevante Fragestellungen tatsächlich in der Fachwelt Beachtung finden.

Weitere Informationen zur FBS sowie Kontaktdaten finden Sie über einen Link auf den Internetseiten der DGMM ([www.dgmm.de](http://www.dgmm.de)).

### Wichtiger Termin für alle DGMM-Mitglieder



#### DGMM Kongress 2008

##### Aller im Griff – Muskulatur und Bindegewebe

Datum	12.–14. September 2008
Ort	Potsdam Seminaris Seehotel
Programm	Plenarvorträge, Freie Vorträge, Posterpräsentation, Rechtssymposium, Kindersymposium, Kliniksymposium, Workshops