

Stellungnahme: Manuelle Medizin im Kindesalter

Manuelle Medizin im Kindesalter – DGMM-Konsens zu Symptomenkomplexen, Diagnostik und Therapie

Am 13. April 2013 fand auf Einladung der DGMM in Boppard ein Symposium zur Vorbereitung einer Stellungnahme über Kinderbehandlung „Manuelle Medizin im Kindesalter – Konsensbildung zu Entitäten, Diagnostik und Therapie statt, an dem 22 Ärzte und Wissenschaftler teilnahmen.

Im Ergebnis der eintägigen Beratung und Diskussion wurde die folgende Stellungnahme erarbeitet.

1. – Präambel: Beschreibung vorhandener Entitäten (Symptomenkomplexe)

Konsens zu existierenden primären und sekundären Funktionsstörungen im

- Säuglingsalter (Vertikalisierung/ 12. Mo.)
- Kleinkindalter (Markreife: Abschluss 4. Lj.)
- Vorschul-/Einschulalter (4.-6. Lj.)
- Schulkindalter
- Adoleszenz

Primäre Störungen

1. sensomotorische Störungen und darauf bezogene Verhaltensreaktionen aufgrund (vor Abschluss der Markreife entstandener) peripherer, reversibler Dysfunktionen der Wirbelsäule, des Schädels und der peripheren Gelenke ohne Kombination mit abgrenzbaren Krankheiten verschiedener Organsysteme (*).
2. muskuloskelettale Schmerzen aufgrund (nach Abschluss der Markreife entstandener) nozireaktiver reversibler Störungen der Motorik und der Koordination.

Sekundäre Störungen

3. Sensomotorische Störungen als Folge ZNS-/zerebraler Läsionen, Erkrankungen der Bewegungsorgane
4. sensomotorische Störungen aufgrund von Stoffwechselstörungen,
5. posttraumatische Zustände mit funktionell bedingten neurologischen Symptomen.

Die differentialdiagnostische Einordnung bezogen auf die vorgenannten Punkte ergibt sich aus dem Lebensalter des Kindes und/oder der entwicklungsbezogenen Symptomatik.

(AWMF-Level: S1) (s. Anlage 1)

2 – Assessment und Diagnostik

Ärztlich-manualmedizinische Untersuchungen werden bezogen auf die jeweiligen oben genannten Symptomenkomplexe (1-5).

1. Anamnese
2. Klinische Untersuchung (GCP, d.h. nach den Grundregeln des ärztlichen Handelns) allgemeinärztlich-pädiatrisch
 - a. orthopädisch
 - b. neurologisch
3. Manualmedizinisch-funktionelle Befunderhebung (Beispiele s. Anlagen 2a-e)
 - a. Orientierende Untersuchung global
 - b. Regionale Eingrenzung
 - c. Lokale, ggf. segmentale Identifikation
 - i. Mobilität
 - ii. Irritation/Gewebe-/Tonusveränderung
 - iii. Asymmetrie/nozireaktiv-asymmetrisches Bewegungsverhalten
4. Bildgebende Diagnostik
 - a. Welche Befunde rechtfertigen eine Röntgen-Diagnostik der HWS?
 - i. Nach den anamnestisch-klinischen Ergebnissen bei jedem Verdacht auf eine morphologische Veränderung.
 - ii. Darüber hinaus gab es betreffend die rechtfertigende Indikation zur Röntgendiagnostik keinen Konsens in der Expertenkommission.
 - b. Welche therapeutischen Verfahren erfordern ein Röntgenbild?
 - i. Grundsätzlich ergibt sich die Indikation zur Strahlendiagnostik an der HWS als Mittel der Diagnostik, und nicht auf Grund des geplanten Einsatzes einer Therapieform.
 - ii. Bestimmte, von einem kleineren Teil der Ärzte, die Kinder behandeln, angewandte Techniken setzen nach deren Vorstellung ein Röntgenbild voraus.
 - c. Die Indikation zur Röntgen-Diagnostik anderer Regionen außer der HWS ergibt sich aus der klinischen Diagnostik (s.o.) und ist nicht von der Planung manueller Techniken betroffen.
5. Ergänzende apparative Diagnostik
 - a. CT, MRT, Sonographie, Szintigraphie: keine MM-Indikation, nur GCP

- b. neurophysiologische Verfahren (EEG, SSEP, MEP, AEP, VEP): wie a
- c. laborchemische Verfahren: wie a
- 6. Konsens zum Verhalten bei „Red Flags“ (siehe Anhang 3, dort ausgelegt für Erwachsene): diese werden so behandelt, wie in der Leitlinie Kreuzschmerz, außerhalb der GCP ergeben sich keine besonderen MM-Konsequenzen
- 7. Konsens zu „Yellow Flags“: es handelt sich um Hinweise auf das Vorliegen psychosozialer Auffälligkeiten i.S. von schmerz- und verhaltensmodulierenden Faktoren. Diese veranlassen zu besonders kritischer Abwägung der Indikationsstellung manualtherapeutischer Interventionen.

(AWMF-Level: S1/S2)

3 – empfohlene Therapie

Konsensbildung zu Art und Umfang der notwendigen Aufklärung (neues Patientenrechtegesetz – s. Anlage 4)

- Verfahren
 - a. Einflussnahme mittels der Hände auf das Wahrnehmungs- und Regulations-System mit dem Ziel einer Symptomlinderung und der Reorganisation des sensomotorischen Systems (s. Präambel 1-5)
 - b. Verfahrens- und altersspezifische Risiken müssen entsprechend allgemeiner Regeln ärztlicher Aufklärung sowie den Maßgaben des Patientenrechtegesetzes entsprechend umfassend dargestellt werden:
 - i. Handgrifftechniken bei Kindern: bei sachgerechter Anwendung (u. a. ohne Rotations- oder Verriegelungstechnik) sind schwere Komplikationen nicht beschrieben
 - ii. Vorübergehende Symptomverschlechterungen können im Rahmen der Regulations-Reaktionen auftreten
 - c. Prognose-Aufklärung: Soweit das zu behandelnde Störungsbild eine prognostische Einschätzung der Wirksamkeit der geplanten Maßnahmen zulässt, ist auch darüber aufzuklären. Ansonsten muss auf die nicht Vorhersagbarkeit der individuellen Prognose hingewiesen werden.
 - d. Hinweise auf alternative diagnostische und therapeutische Verfahren sind erforderlich.

Konsensbildung zu den einzusetzenden Therapieverfahren/therapeutischen Techniken

- Unabhängig von der Behandlungstechnik der manuellen und osteopathischen Verfahren ist die segmentale Diagnostik Vorbedingung.
- Evidenz: zu den meisten in der Präambel dargestellten Symptomen ergeben die älteren und neuen Publikationen eine teilweise widersprüchliche Evidenz (s. Literatursammlungen Anlage 5). Weitere Studien und Beobachtungen sind erforderlich.
- Empfehlungsgrad: bei der überwiegenden Zahl der in der Präambel genannten Funktionsstörungen besteht die Option auf eine manuelle Behandlung (C).

AWMF-Level: S1/S2

Stand der Erarbeitung 13.04.2013, Boppard

(*): gemeint sind insbesondere organische und funktionelle Krankheiten des zentralen und peripheren Nervensystem, der Muskulatur, des Bindegewebes, der Organe des thorako-abdominellen-pelvinen Raumes, des Stoffwechsels u.a.

Teilnehmer/Unterzeichner:

Für die DGMM:

- Dr. med. Matthias Psczolla (Orthopäde, DGMM-Präsident, Boppard)
- Dr. med. Wolfgang von Heymann (Orthopäde und Chirurg, DGMM-Vizepräsident, Bremen)
- Prof. Dr. med. Lothar Beyer (Physiologe, DGMM-ÄMM-Geschäftsführer, Jena)
- Dr. med. Hermann Locher (Orthopäde, DGMM-MWE-Geschäftsführer und Wissenschaftlicher Koordinator, Tettngang)

Als Experten für MM bei Kindern:

1. Dr. med. Michael Ammermann (Orthopäde, Düsseldorf)
2. Dr. med. Freerk Barth (Allgemeinmediziner, Steinfurth)
3. Dr. med. Wilfrid Coenen (Orthopäde, Villingen-Schwenningen)
4. Dr. med. Bernhard Ewen (Allgemeinmediziner, Bad Kreuznach)
5. Dr. med. Ulrich Göhmann (Kinderorthopäde, Hannover)
6. Dr. med. Michaela Habring (Allgemeinmedizinerin, Bad Ischl (A))
7. Dr. med. Rainer Kamp (Orthopäde, Iserlohn)
8. Dr. med. Kirsti Knabe-Ulner (Orthopädin, Salzgitter)
9. Dr. med. Bodo Krockner (Allgemeinmediziner, Cottbus)
10. Dr. med. Volker Rings (Allgemeinmediziner, Meisenheim)
11. Dr. med. Martin Ruprecht (Orthopäde, Münster)
12. Dr. med. Robby Sacher (Allgemeinmediziner, Dortmund)
13. Dr. med. Irmgard Seifert (Orthopädin, Chemnitz)
14. Dr. med. Stefan Temme (Orthopäde, Berlin)
15. Dr. med. Marc Wuttke (HNO-Arzt, Dortmund)
16. Dr. med. Volker Zwingenberger (Orthopäde, Marienberg)

Sonstige Experten:

1. PD Dr. med. Rigobert Klett (Nuklearmediziner, Gießen)
2. Dipl. Sportwissenschaftler Sebastian Ullrich (Forschungsberatungsstelle Universität Jena)

Anlagen

Anlage 1

verschiedene Klassifikationen zur Evidenz und zu Empfehlungen:

Anlage 2a/1

Beispielhafte Empfehlung W. Coenen zur manuellen und neurologischen Diagnostik bei Säuglingen;

Anlage 2a/2

Vorgehen der ÄMM bei der Kinder-Untersuchung.

Anlage 2b

Klinische Differenzierung von Bewegungsstörungen im Säuglingsalter (als Beispiel von W. Coenen)

Anlage 2c

Literatur zu 2a/2b

Anlage 2 d/1

Manuelle und neuro-motorische Diagnostik bei Kindern mit sensorischer Dyskybernese (SMD) (als Beispiel von W. Coenen)

Anlage 2 d/2

Manuelle und neuro-motorische Diagnostik bei Kindern mit propriozeptiver muskuloskelettaler Koordinationsstörung (als Beispiel von R. Sacher et al.)

Anlage 2e

Diagnostik bei Kindern mit infantiler Zerebralparese (IZP) (als Beispiel von W. Coenen)

Anlage 3

„Red Flags“ am Beispiel der HWS:

Anlage 4

Zusammenfassungen aus dem aktuellen Patienten-Rechte-Gesetz (zusammengestellt: PD Dr. jur. Heike Delbanco, LÄK Bremen):

Anlage 5

Literatur zu den Grundlagen und zur Evidenzlage der MM bei Kindern:

A. Literaturliste der Experten, mit Konklusionen und z.T. Evidenzbewertungen durch FBS Jena:

- Alcantara J, Alcantara JD, Alcantara J (2011) The chiropractic care of infants with colic: a systematic review of the literature. *Explore (NY)* 7:168-74. „Chiropractic care is an alternative approach to the care of the child with colic. We encourage more research, both quantitative and qualitative, in this area of pediatric care.“
- Borusiak P, Biedermann H, Bosserhoff S, Opp J (2010) Lack of efficacy of manual therapy in children and adolescents with suspected cervicogenic headache: results of a prospective, randomized, placebo-controlled, and blinded trial. *Headache*. 50: 224-30. “We were not able to show an efficacy of cervical spine manipulation in 52 children and adolescents.“
- Brand PL, Engelbert RH, Helders PJ, Offringa M (2005) Systematic review of the effects of therapy in infants with the KISS-syndrome (kinetic imbalance due to suboccipital strain). *Ned Tijdschr Geneesk*. 149:703-7. “Given the absence of evidence of beneficial effects of spinal manipulation in infants and in view of its

potential risks, manual therapy, chiropractic and osteopathy should not be used in infants with the KISS-syndrome, except within the context of randomized double-blind controlled trials.“

- Bücher JK (2007) Einfluss eines erweiterten manualtherapeutischen Therapiekonzeptes auf den Krankheitsverlauf bei infantiler Cerebralparese. Dissertation, Universität Münster, 1-99. „Als Fazit dieser Studie (prospektiv, longitudinal, 92 Intervent., 17 Kontrollen, 9 Monate Beobachtung) muss die Empfehlung ausgesprochen werden, ICP-Patienten mit motorischer Bewegungseinschränkung einer erweiterten manualtherapeutischen Komplextherapie zuzuführen. Eine alleinige eindimensionale Therapie bei bewegungsgestörten ICP-Patienten ist nicht mehr zeitgemäß und wird unsererseits als obsolet betrachtet. Unser vorgestelltes erweitertes manualtherapeutisches Therapiekonzept hat ein statistisch sehr bzw. höchst signifikant gebessertes Outcome bzgl. der grobmotorischen Funktion erbracht. Insbesondere die schwer behinderten Kinder der GMFCS-Stufen III und IV profitierten überproportional.“
- Cuthbert C, Barras M (2009) Developmental delay syndromes: psychometric testing before and after chiropractic treatment of 157 children. *J Manip Physiol Ther* 32: 660-9. “This report suggests that a multimodal chiropractic method that assesses and treats motor dysfunction reduced symptoms and enhanced the cognitive performance in this group of children.“ **Evidenzgrad: III**
- Dobson D, Lucassen PL, Miller JJ, Vlieger AM, Prescott P, Lewith G (2012) Manipulative therapies for infantile colic. *The Cochrane Library*: DOI: 10.1002/14651858.CD004796.pub2. “Although five of the six trials suggested crying is reduced by treatment with manipulative therapies, there was no evidence of manipulative therapies improving infant colic when we only included studies where the parents did not know if their child had received the treatment or not. Further rigorous research is required where (a) infants are randomly allocated to receive either treatment or no treatment and (b) those assessing the treatment outcomes do not know whether or not the infant has received a manipulative therapy.“
- Duncan B, McDonough-Means S, Worden K, Schnyer R, Andrews J, Meaney FJ (2008) Effectiveness of osteopathy in the cranial field and myofascial release versus acupuncture as complementary treatment for children with spastic cerebral palsy: a pilot study. *J Am Osteopath Assoc* 108: 559-570. “Single-blind, randomized, wait-list controlled, 55 patients 1-12 y: A series of treatments using osteopathy in the cranial field, myofascial release, or both improved motor function in children with moderate to severe spastic cerebral palsy. These results can be used to guide future research into the effectiveness of OMT or acupuncture in treating children with spastic cerebral palsy.“
- Hondras MA, Linde K, Jones AP (2005) Manual therapy for asthma. *Cochrane Database Syst Rev*. 2005 Apr 18;(2):CD001002. “Currently, there is insufficient evidence to support or refute the use of manual therapy for patients with asthma.“
- Hughes S (2001) Is chiropractic an effective treatment in infantile colic? *Archives*, 382-4. “The evidence suggests that chiropractic has no benefit over placebo in the treatment of infantile colic. However, there is good evidence that taking a colicky infant to a chiropractor will result in fewer reported hours of colic by the parents.“
- Jäkel A, Hauenschild P (2011) Therapeutic Effects of Cranial Osteopathic Manipulative Medicine: A Systematic Review. *JAOMA* 111: 685-93. “The currently available evidence on the topic is heterogeneous. Because of the moderate methodological quality of the studies and scarcity of available data, further research into this area is needed.“
- Korczak D, Kister C, Krause-Girth C (2012) Effektivität und Effizienz von psychologischen, psychiatrischen, sozialmedizinischen und komplementärmedizinischen Interventionen bei Schreibabys (z. B. regulative Störung) in Schreibambulanzen. DIMDI-HTA Schriftenreihe, 1-96. „Es sind insgesamt 18 medizinische, eine ökonomische und drei ethische Studien berücksichtigt worden. Die Mehrzahl der Studien stammt aus den USA (fünf) und UK (fünf). Eine Studie ist aus Deutschland. Vier Studien befassen sich mit oralen Interventionen und zeigen, dass sowohl eine phytotherapeutische Mischung aus Fenchel, Kamille und Melisse, eine Fenchelsamenemulsion, hydrolisierte Kost sowie ein Verzicht auf Kuhmilchprodukte das Schreien der Kinder signifikant reduzieren. Zur Wirksamkeit chiropraktischer Interventionen liegen widersprüchliche Ergebnisse vor. Zwei Studien aus Schweden weisen die Wirksamkeit von minimaler Akupunktur nach. Neun psychotherapeutische bzw. auf das Verhalten bezogene therapeutische Studien weisen darauf hin, dass Entwicklungsberatung, psychotherapeutische Gespräche und Kommunikationsanleitungen zur Reduktion des exzessiven Schreiens und zur Stabilisierung der Eltern beitragen. Diese therapeutischen Interventionen erweisen sich dann als effektiv, wenn die Eltern eine persönliche Beratung oder Unterstützung erhalten.“
- Lessard S, Gagnon I, Trottier N (2011) Exploring the impact of osteopathic treatment on cranial asymmetries associated with nonsynostotic plagiocephaly in infants. *Complement Ther Clin Pract* 17:193-8. “These clinical findings support the

hypothesis that osteopathic treatments contribute to the improvement of cranial asymmetries in infants younger than 6.5 months old presenting with NSOP characteristics."

- 13 Lohse-Busch H (2001) Schmerzhaftes Funktionsstörungen des muskuloskeletalen Systems bei Kindern. *Pädiatr. Prax.* 59: 579-609; keine Evidenz ermittelt.
- 14 Lohse-Busch H, Riedel M, Falland R, Sailer-Kramer B, Reime U, Kraemer M (2003) Manualmedizinisch-physiotherapeutische Komplexbehandlung bei Kindern mit infantiler Zerebralparese. *MM* 41: 279-87. „Keines der allenthalben anerkannten Therapieverfahren hat bisher die Förderung grobmotorischer Funktionen bewegungsgestörter Kinder nachweisen können. Bei einer werktätlich durchzuführenden Komplexbehandlung aus Physiotherapie und manueller Medizin kommt es zu einer synergetischen, evidenzbasiert zu messenden, nachhaltigen Wirksamkeit der Förderung grobmotorischer Fähigkeiten bewegungsgestörter Kinder mit ICP. Der Nachweis gelingt in einer prospektiven, randomisierten Follow-up-Untersuchung mit historischer Kontrollgruppe.“
- 15 Mills MV, Henley CE, Barnes LL, Carreiro JE, Degenhardt BF (2003) The use of osteopathic manipulative treatment as adjuvant therapy in children with recurrent acute otitis media. *Arch Pediatr Adolesc Med* 157:861-6. "The results of this study suggest a potential benefit of osteopathic manipulative treatment as adjuvant therapy in children with recurrent AOM; it may prevent or decrease surgical intervention or antibiotic overuse."
- 16 Monaco A, Cozzolino V, Cattaneo R, Cuttilli T, Spadaro A (2008) Osteopathic manipulative treatment (OMT) effects on mandibular kinetics: kinesiographic study. *Eur J Paed Dent* 9: 37-42. "The results of this study suggest that OMT can induce changes in the stomatognathic dynamics, offering a valid support in the clinical approach to TMD. Multifactorial genesis of chronic disorders is also confirmed." **Evidenzgrad Ib**
- 17 Pepino VC, Ribeiro JD, de Oliveira Ribeiro MA, de Noronha M, Mezzacappa MA, Schivinski CI (2013) Manual therapy for childhood respiratory disease: a systematic review. *J Manipulative Physiol Ther* 36: 57-65. "The use of manual techniques on children with respiratory diseases seems to be beneficial. Chiropractic, osteopathic medicine, and massage are the most common interventions. The lack of standardized procedures and limited variety of methods used evidenced the need for more studies on the subject."
- 18 Philippi H, Faldum A, Schleupen A, Pabst B, Jung T, Bergmann H, Bieber I, Kammerer C, Dijis P, Reitter B (2006) Infantile postural asymmetry and osteopathic treatment: a randomized therapeutic trial. *Dev Med Child Neurol* 48:5-9. "We conclude that osteopathic treatment in the first months of life improves the degree of asymmetry in infants with postural asymmetry." **Evidenzgrad Ib**
- 19 Romano M, Negrini S (2008) Manual therapy as a conservative treatment for adolescent idiopathic scoliosis: a systematic review. *Scoliosis* 2008, 3:2-6. "The lack of any kind of serious scientific data does not allow us to draw any conclusion on the efficacy of manual therapy as an efficacious technique for the treatment of Adolescent idiopathic scoliosis."
- 20 Rosenbaum PL, Walter SD, Hanna SE, Palisano RJ, Russell DJ, Raina P, Wood E, Bartlett DJ, Galuppi BE (2002) Prognosis for gross motor function in cerebral palsy: creation of motor development curves. *JAMA* 288:1357-63. "Evidence-based prognostication about gross motor progress in children with cerebral palsy is now possible, providing parents and clinicians with a means to plan interventions and to judge progress over time. Further work is needed to describe motor function of adolescents with cerebral palsy."
- 21 Sacher R, Michaelis R (2011) Dynamik und Funktionen angeborener Fremdreiflexe; 1. MORO- und Startle-Reflex. *pädiat. prax.* 77, 9-19; keine Evidenz ermittelt.
- 22 Sacher R, Michaelis R (2011) Dynamik und Funktionen angeborener Fremdreiflexe; 2. Saug- und GALANT-Reflex. *pädiat. prax.* 77, 207-214; keine Evidenz ermittelt.
- 23 Sacher R, Michaelis R (2011) Dynamik und Funktionen angeborener Fremdreiflexe; 3. Aspekte der Halte- und Stellsteuerung. *pädiat. prax.* 77, 371-382; keine Evidenz ermittelt.
- 24 Sacher R, Michaelis R (2012) Dynamik und Funktionen angeborener Fremdreiflexe: 4. Der Einfluss von propriozeptiven Informationen auf die Integration angeborener Fremdreiflexe am Beispiel der Halte- und Stellsteuerung. *pädiat. Prax.* 78; keine Evidenz ermittelt.
- 25 Sacher R (2012) Angeborene Fremdreiflexe – Haltung und Verhalten früh regulieren. Elsevier Verlag
- 26 Seifert I (1974) Kopfgelenksblockierungen bei Neugeborenen. FIMM-Kongressbericht vom 09.10.1974, Prag. Der Bericht erschien im gleichen Jahr im tschechischen Journal „Rehabilitácia“ in einem Supplement: 1053-57. „Die neue Untersuchungsmethode von Kubis scheint geeignet, Kopfgelenksblockierungen am Neugeborenen zu erkennen. Kopfgelenksblockierungen wurden in einer großen Anzahl bei Neugeborenen diagnostiziert. Der Einfluss der Kopfgelenksblockierungen auf das Entstehen von sog. Säuglingsskoliosen ist signifikant. Die manuelle Therapie kann eine Behandlungsmöglichkeit der Säuglingsskoliose sein und damit schwere Skoliosen verhindern.“

B. Literaturliste der in der „MM“ erschienenen Artikel zur manuellen Medizin bei Kindern, bei Therapiestudien mit Bewertungen der Evidenz durch die FBS Jena:

- 1 Gutmann G (1963) Das zerviko-diencephale Syndrom mit synkopaler Tendenz und seine Behandlung. Die Wirbelsäule in Forschung und Praxis (Hrsg.: H. Jung-hanns), Stuttgart, Hippokrates, pp. 112-32
- 2 Gutmann G (1968) Das cervical-diencephal-statische Syndrom des Kleinkindes. *MM* 6:112-9
- 3 Lewit K (1976) Kopfgelenksblockierungen und chronische Tonsillitis. *MM* 14: 106-109
- 4 Mohr U (1977) Kopfgelenksblockierungen beim Kleinkind (zervikal-diencephal statisches Syndrom nach GUTMANN). *MM* 15: 45-47 (**Evidenzgrad: III**)
- 5 Buchmann J (1980) Motorische Entwicklung und Wirbelsäulenfunktionsstörungen. *MM* 18: 37-39 (**Evidenzgrad IV**)
- 6 Buchmann J (1983) Funktionelle Kopfgelenksstörungen bei Neugeborenen in Zusammenhang mit Lagereaktionsverhalten und Tonusasymmetrie. *MM* 21: 59-62
- 7 Gutmann G, Biedermann H (1983) Die Halswirbelsäule – Allgemeine funktionelle Pathologie und Klinische Syndrome. Stuttgart, G. Fischer, pp. 212-226
- 8 Gutmann G (1987) Das Atlas-Blockierungs-Syndrom des Säuglings und des Kleinkindes. *MM* 25: 5-10 (**Evidenzgrad III**)
- 9 Falkenau HA (1989) Sprachentwicklungsverzögerung durch Kopfgelenksblockierungen. *MM* 27: 8-10 (**Evidenzgrad III**)
- 10 Buchmann J, Bülow B, Pohlmann B (1992) Asymmetrien in der Kopfgelenkbe-weglichkeit von Kindern. *MM* 30:93-5
- 11 Coenen W (1992) Die Behandlung der sensomotorischen Dyskybernese bei Säuglingen und Kindern durch Atlas-therapie nach Arlen. *Orthop. Praxis* 28:386-92
- 12 Biedermann H (1993) Das KISS-Syndrom der Neugeborenen und Kleinkindern. *MM* 31: 97-107 (**Evidenzgrad IV**)
- 13 Lohse-Busch H, Seifert I (1994) Zur Arbeit von H. Biedermann: Das KISS-Syndrom der Neugeborenen und Kleinkinder. *MM* 32: 28-32
- 14 Lohse-Busch H (1994) Zwischenbilanz des Arbeitskreises Manuelle Medizin bei Kindern in der DGMM. *MM* 32: 193 – 6
- 15 Zak K (1995) Funktionelle Störungen der Wirbelsäule vom Säuglings-, Kleinkind-bis Kindesalter – osteopathische und manuelle Therapie. *MM* 33: 147-9 (**Evi-denzgrad IV**)
- 16 Biedermann H, Koch L (1996) Zur Differentialdiagnose des KISS-Syndroms. *MM* 34: 73-81
- 17 Coenen W (1996) Manualmedizinische Diagnostik und Therapie bei Säuglingen. *MM* 34: 108-113 (**Evidenzgrad IV**)
- 18 Seifert I (1996) Praktische Bemerkungen zu manuellen Behandlung der Schräg-lagedeformitäten der Säuglinge. *MM* 34: 114-115 (**Evidenzgrad IV**)
- 19 Baumann JU (1996) Wirkungsnachweis manualmedizinischer Behandlung bei Zerebralpareesen. *MM* 34: 127-133
- 20 Coenen W (1996) Die sensomotorische Integrationsstörung. *MM* 34: 141-5 (**Evi-denzgrad III**)
- 21 Knöpfli L (1997) Schiefhals, Schreihs und andere kinderärztliche Probleme. *MM* 35: 141-2 (**Evidenzgrad III**)
- 22 Hülse M, Neuhuber WL, Wolff HD (Hrsg.) (1998) Der kranio-zervikale Übergang. Berlin-Heidelberg-New York, Springer
- 23 Coenen W, Milbradt S (1998) Röntgenologische Stellungendiagnostik des atlanto-okzipitalen Übergangs beim Säugling. *MM* 36: 116-20
- 24 Coenen W (1998) Manualtherapeutische Grundsätze bei der Behandlung von Kindern mit sensomotorischen Störungen. *MM* 36: 155-7
- 25 Coenen W (2001) Besonderheiten der Manuellen Medizin bei Kindern. *MM* 39: 25-6 (**Evidenzgrad IV**)
- 26 Riedel M, Falland R, Sailer-Kramer B, Lohse-Busch H (2001) Komplexbehandlung mit Manueller Medizin und Physiotherapie bei zerebral Bewegungsgestörten Kindern. *MM* 39: 72-8
- 27 Coenen W (2001) Manuelle Medizin bei Kindern – eine entwicklungsneurologi-sche Indikation. *MM* 39: 195-201 (**Evidenzgrad IV**)
- 28 Kemlein W (2002) Die Tonusasymmetrie als Schmerzsyndrom. *MM* 40: 22-7
- 29 Lohse-Busch H (2002) Manuelle Medizin bei kindlichen muskuloskeletalen Schmerzen. *MM* 40: 32-40
- 30 Kemlein W (2002) Kindlicher Kopfschmerz. *MM* 40: 53-4
- 31 Lohse-Busch H, Riedel M (2002) Der unbekannte akute kindliche Schiefhals. *MM* 40: 212-9
- 32 Biedermann H, Sacher R (2002) Formvarianten des Atlas als Hinweis auf morpho-logische Abweichungen im Lenden-, Becken- und Hüftbereich. *MM* 40: 330-8
- 33 Coenen W (2002) Koordinations- und Konzentrationsstörung im Kindesalter. *MM* 40: 352-8 (**Evidenzgrad III**)

- 34 Sacher R (2003) Geburtstrauma und (Hals-) Wirbelsäule, Teil I und II. MM 41: 9-21
- 35 Henze S, Witzmann L, Thomas D, (2003) Interdisziplinäre Behandlungsansätze bei der sensomotorischen Integrationsstörung/Tonusasymmetrie. MM 41: 33-6 (**Evidenzgrad III**)
- 36 Seifert I, Sacher R, Riedel M (2003) Gemeinsame Überlegungen zur Manuellen Medizin bei Säuglingen. MM 41: 37-8
- 37 Sacher R (2003) Geburtstrauma und (Hals-) Wirbelsäule, Teil III. MM 41: 113-9 (**Evidenzgrad IV**)
- 38 Sacher R (2003) Bemerkungen zur radiologischen Befunderhebung bei Kindern mit sensomotorischen Störungen. MM 41: 205-7
- 39 Lohse-Busch H, Riedel M, Falland R, Sailer-Kramer B, Reime U, Kraemer M (2003) Manualmedizinisch-physiotherapeutische Komplexbehandlung bei Kindern mit infantiler Zerebralparese. MM 41: 279-87
- 40 Buchmann J, Hässler F (2004) Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätssyndrom (ADHS). MM 42: 195-202 (**Evidenzgrad IIa**)
- 41 Coenen W (2004) Neurologische und manuelle Standarduntersuchung bei Säuglingen mit Bewegungsstörungen. MM 42: 293-303
- 42 Karch D et al.; Lohse-Busch H; Sacher R; Biedermann H, (2005) Manualmedizinische Behandlung des KISS-Syndroms und Atlasterapie nach Arlen – mit 3 Kommentaren. MM 43: 100-5 (**Evidenzgrad IV**)
- 43 Sacher R, Jahn U (2005) Entwicklungsdynamische Veränderungen der hochzervikalen Übergangsregion. MM 43: 261-4
- 44 Ilieva S, Kellner MW (2005) Doppler-sonographische Untersuchung der A. vertebralis nach manualmedizinischer Behandlung funktioneller Störungen der Kopfgelenke. MM 43: 418-23
- 45 Ilieva S, Vassilieva L, Refisch A (2006) Kraniosakrales System und Funktionsstörungen der oberen HWS bei Säuglingen. MM 44: 212-6
- 46 Coenen W (2006) Gleichgewichtsstörung bei Kindern mit sensomotorischer Dyskybernese. MM 44: 413-8 (**Evidenzgrad IV**)
- 47 Wuttke M, (2008) Therapieresistente Kopfschiefhaltung bei Kindern Manuelle Medizin 2008; 46; 1; 27-9 (**Evidenzgrad III**)
- 48 Biedermann H (2008) Funktionelle Pathologie der Wirbelsäule und ihr Einfluss auf die sensomotorische Entwicklung. MM 46:17-22
- 49 Bein-Wierzbinski W, Scheunemann R, Sepke C (2008) Mögliche Zusammenhänge zwischen Kopfgelenkdysfunktionen und blickmotorischen Auffälligkeiten bei Grundschulkindern mit Schulschwierigkeiten. MM 46: 307-15 (**Evidenzgrad IIb**)
- 50 Sacher R (2009) Aspekte der Halte- und Stellsteuerung im Säuglingsalter. MM 47: 297-303
- 51 Coenen W (2010) Editorial: Manuelle Medizin bei Kindern – ein Sprössling mit Zukunft: MM 48: 81-2
- 52 Seifert I (2010) Schlüsselregionen beim Säugling. MM 48: 83-90
- 53 Martin S (2010) Der kongenitale muskuläre Schiefhals – Eine manualmedizinische Indikation? MM 48: 102-106 (**Evidenzgrad IV**)
- 54 Heymann W, Köneke A, Gorzny F (2010) Kraniomandibuläre Dysfunktion, assoziierte Heterophorie und auditive Verarbeitungs- und Wahrnehmungsstörungen – Differentialdiagnosen der Tonusasymmetrie und der sensomotorischen Dyskybernese. MM 48: 112-24
- 55 Bein-Wierzbinski W (2011) Das PÄPKi®-Konzept – Pädagogische Fördermethode für Kinder mit funktionellen Entwicklungsstörungen und deren Eltern. MM 49: 153-160
- 56 Coenen W (2011) Bewegungsstörung im Säuglingsalter. Klinische Differenzierung zentraler und peripherer Ursachen. (CME-Aufsatz) MM 49: 171-88
- 57 Sacher R, Seifert I, Martin S, Riedel M, Ruprecht M, Göhmann U, Alt B, Wuttke M, Barth F, Ammermann M, Temme S, Krockner B (2012) Empfehlungen zur manuellen Untersuchung und Behandlung von Säuglingen mit funktionellen Störungen der sensomotorischen Organisation und ohne Vorliegen systemischer Grunderkrankungen. MM 50: 80-1
- 58 Coenen W (2010) Manuelle Medizin bei Säuglingen und Kindern. Heidelberg, Springer, 216 pp.
- 59 Sacher R, Wuttke M, Bullinger HM (2012) Manualmedizin bei Säuglingen aus Sicht der Eltern. MM 50: 398-400
- 60 Bullinger HM, Sacher R, Wuttke M (2012) Die manualmedizinische Behandlung von Haltungs- und Bewegungsasymmetrien im Säuglingsalter. MM 50: 401-4

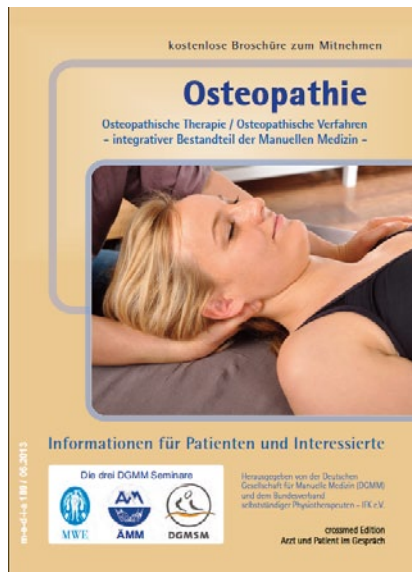
Alle Anlagen im Volltext unter www.dgmm.de

Neue Broschüre für Ihre Patienten

Nach der Patientenbroschüre „Manuelle Medizin“ nun auch Informationen zu osteopathischen Verfahren.

Osteopathie ... Patientenbibliothek

osteopathische Therapie/osteopathische Verfahren – Integrativer Bestandteil der Manuellen Medizin



In den letzten Jahren findet die so genannte osteopathische Behandlung ein stetig wachsendes Interesse. Was jedoch auffällt, ist die unterschiedliche Darstellung der Osteopathie. Mal wird Osteopathie als Alternative zur Schulmedizin bezeichnet, mal als Ergänzung, als Heilmethode oder als Lebensphilosophie. Unterschiedliche Begrifflichkeiten und ein breites Spektrum derer, die Osteopathie anbieten, tragen letztendlich zur Verwirrung bei.

Was genau wird als Osteopathie bezeichnet? Warum besteht derzeit noch keine einheitliche Formulierungsweise zur Osteopathie? An wen kann sich der Patient wenden? Wann ist die Anwendung osteopathischer Verfahren sinnvoll? Was sollte vor einer Anwendung beachtet werden und wo sind die Grenzen der Osteopathie?

Diese und viele weitere Fragen möchten wir mit dieser Broschüre beantworten und Ihnen damit einige Grundinformationen zu osteopathischen Verfahren vermitteln. Sie erhalten mit der Broschüre Kenntnisse über den Ursprung der Osteopathie, eben-

so über die Anwendungsbereiche, die Diagnostik und die osteopathischen Behandlungstechniken.

Mit der nun zur Verfügung stehenden Broschüre möchte die DGMM und der IFK (Berufsverband der selbständigen Physiotherapeuten) Basisinformationen zum Sachstand und zu den genannten Fragen vermitteln. Die 20seitige Broschüre beinhaltet auch eine Erläuterung der am häufigsten verwendeten Begriffe. Gleichzeitig wird die Manuelle Medizin als eine dem Menschen besonders zugewandte Medizin mit einer ganzheitlichen Betrachtungsweise präsentiert, die auch dem Arzt-Patienten-Gespräch einen hohen Stellenwert beimisst.

Die Inhalte der Broschüre sind untergliedert in:

- Geschichtliche Entwicklung
 - Manuelle Medizin, manuelle Therapie und osteopathische Verfahren
 - Das Bewegungssystem in Balance bringen
 - Körper als Einheit
 - Funktionsstörungen betreffen den Körper als Ganzes
 - Körperliche Einschränkungen beeinflussen Erkrankungen
 - Nervensystem als Schnittstelle
 - Stärkung der natürlichen Mechanismen
- Diagnostik
- Das Gespräch
- Körperliche Untersuchung
- Differentialdiagnostik
- Funktionsstörungen des Bewegungssystems
- Anwendungsbereiche
- Osteopathische Behandlungstechniken
 - Weichteiltechniken
 - Myofasziale Release Techniken
 - Muskel-Energie-Techniken

- Techniken zur Entlastung des lymphatischen Systems
- Techniken zur Beeinflussung der Bindegewebe von inneren Organen zwischen Rumpf und Becken (z.B. Leber, Magen etc.)
- Techniken im Bereich des Schädels und im Gesichtsbereich
- Anleitung zu Eigenübungen des Patienten
- In guten Händen
- Glossar
- Adressen / Internet / Literatur

Nutzen Sie die Broschüre, um Ihren Leistungsumfang als Arzt oder Physiotherapeut mit einer speziellen Weiter- und Fortbildung einer breiteren Öffentlichkeit zugänglich zu machen. Sie können die Broschüre in Ihrem Wartezimmer auslegen oder für Ihr direktes Gespräch mit Patienten einsetzen. Auch die Auslage bei Gesundheitsveranstaltungen oder an öffentlichen Plätzen wie im Gesundheitsamt, bei Selbsthilfekontaktstellen etc. in Ihrer Region kann sinnvoll sein.

Kostenfrei bestellen

Sie können die Broschüre kostenfrei (auch versandkostenfrei) über die www.patientenbibliothek.de im Internet eingeben. Unter Bestellen die Kategorien ansteuern, *Osteopathie* anklicken und die gewünschte Anzahl in dem dafür vorgesehenen Feld eintragen. Den Button *Bestellen* anklicken und im *Dateneingabefenster* Ihren Namen und Ihre Anschrift eintragen. Die Broschüren werden Ihnen schnellstmöglich übersandt.

Und so geht's: www.patientenbibliothek.de im Internet eingeben. Unter Bestellen die *Kategorien* ansteuern, *Osteopathie* anklicken und die gewünschte Anzahl in dem dafür vorgesehenen Feld eintragen. Den Button *Bestellen* anklicken und im *Dateneingabefenster* Ihren Namen und Ihre Anschrift eintragen. Die Broschüren werden Ihnen schnellstmöglich übersandt.

L. Beyer

Jenenser Erklärung 2013

Osteopathische Therapie in der Physiotherapie

1. Vorbemerkungen

a) Die DGMM sieht ihre Verantwortung und Aufgabe in der Sicherung der Qualität der Fortbildung von Ärzten und Physiotherapeuten in Manueller Medizin bzw. Manueller Therapie und osteopathischen Verfahren.

Gegenstand der Manuellen Medizin einschließlich der osteopathischen Verfahren ist die Diagnostik, Differenzialdiagnostik und Therapie von Funktionsstörungen des Bewegungssystems. Hierunter werden funktionelle und reversible Störungen der muskuloskelettalen, neurofasziellen und ggf. viszeralen Strukturen des menschlichen Körpers verstanden.

Grundlage dieser Erklärung ist die Stellungnahme der Bundesärztekammer „Wissenschaftliche Bewertung osteopathischer Verfahren“ (Deutsches Ärzteblatt | Jg. 106 | Heft 46 | 13. November 2009).

Die Deutsche Gesellschaft für Manuelle Medizin (DGMM) unterstützt die Etablierung osteopathischer Verfahren als verordnungsfähige Heilmittel, die von Physiotherapeuten mit entsprechender Weiterbildung erbracht werden können. Wir bedauern die gegenwärtige Entwicklung, nach der die Behandlung mit osteopathischen Verfahren vorwiegend von einer Gruppe sich selbst so nennender „Osteopathen“ bzw. oftmals von Heilpraktikern erbracht werden. Wir streben die Verordnungsfähigkeit der osteopathischen Verfahren an, um o.g. Entwicklung durch eine Qualitätssicherung entgegenzutreten. Zudem wollen wir einen standardisierten Weiterbildungsgang schaffen und sowohl für die Patienten als auch für die entsprechend weitergebildeten Physiotherapeuten Rechtssicherheit schaffen.

Die Berufe, die osteopathische Verfahren anwenden, müssen im Sinne einer qualitätsgesicherten Patientenversorgung bundesweit koordiniert geregelt werden.

b) In Deutschland wenden neben Ärzten auch Heilpraktiker und Physiotherapeuten mit entsprechender Weiterbildung osteopathische Techniken an. Die Weiterbildung ist unterschiedlich umfangreich bzw. intensiv. Daneben gibt es seit ca. zehn Jahren eine steigende Zahl von Schulen, die Angehörige verschiedener medizinischer Fachberufe (vornehmlich Physiotherapeuten und Heilpraktiker, aber auch Ärzte) in einer berufsbegleitenden Ausbildung zum „Osteopathen“ ausbilden. (Stand Juli 2011: 76 Einrichtungen bieten Fort-/ Weiterbildungen in osteopathischen Verfahren mit 150 bis 1500 Stunden an.) Nach unserem Erachten ist die Ausbildung zum Masseur und medizinischen Bademeister jedoch nicht ausreichend, um darauf aufbauend eine osteopathische Tätigkeit auszuüben. Die in der hessischen WPO getroffenen Regelungen reichen im Übrigen nicht aus, um eine medizinische Primärversorgung durch „Osteopathen“ zu gewährleisten. Diese „WPO-Osteo“ geht lediglich davon aus, dass eine Person, die diese Weiterbildung erfolgreich abgeschlossen hat, die erlernten Tätigkeiten nach ärztlicher Verordnung durchführen darf. Sollte man hier einem eigenständigen Gesundheitsberuf den Weg ebnen wollen, so spricht sich die Deutsche Gesellschaft für Manuelle Medizin gegen eine solche Entwicklung aus. Die Zulassung zu ärztlichen und anderen Heilberufen unterliegt der Gesetzgebung des Bundes gem. Art. 74 Abs. 1 Nr. 19 Grundgesetz. Noch problematischer ist die sogenannte „Ausbildung“

von medizinischen Laien zu „Osteopathen“, welche einen Umfang von bis zu 4000 Stunden und mehr aufweisen kann. Diesen Bestrebungen ist vehement entgegenzuwirken.

Im Rahmen der aktuellen berufspolitischen Situation, auf Grund ihrer wissenschaftlichen Kompetenz und jahrzehntelangen Erfahrung in der Weiterbildung von mehreren tausend Ärzten in Manueller Medizin und Physiotherapeuten in Manueller Therapie erklärt sich die DGMM als Mitglied der AWMF für kompetent, fähig und zuständig für die Vertretung der osteopathischen Verfahren in der Gesundheitspolitik.

c) Wegen der nicht unproblematischen Abgrenzung zur heilkundlichen Tätigkeit wurde Physiotherapeuten in der Vergangenheit u. a. angeraten, eine Heilpraktikererlaubnis oder eine auf den Bereich der Physiotherapie beschränkte Heilpraktikererlaubnis zu erwerben. Diesbezüglich waren durch die Gerichte verschiedene Auffassungen vertreten worden (z. B. VGH Baden-Württemberg, Urteil vom 19. März 2009, Az.: 9 S 1413/08; OVG Rheinland-Pfalz, Urteil vom 21. November 2006, Az.: 6 A 10271/06). Nunmehr hat das Bundesverwaltungsgericht entschieden, dass ein Physiotherapeut eine auf das Gebiet der Physiotherapie begrenzte Heilpraktikererlaubnis erwerben kann, sich allerdings einer eingeschränkten Kenntnisüberprüfung unterziehen muss. Zur Begründung hat das Bundesverwaltungsgericht im Wesentlichen ausgeführt: Das Berufsbild des Physiotherapeuten sei derzeit ebenso wie andere Gesundheitsfachberufe auf eine Krankenbehandlung nach ärztlicher Verordnung ausgerichtet.

Die bewährte Kooperation von manualmedizinisch tätigen Ärzten und manualtherapeutisch tätigen Physiotherapeuten im System der Krankenversorgung kann unter gleichen Bedingungen um die osteopathischen Verfahren erweitert werden.

2. Begriff und Definition

2.1 Allgemeine Begriffsbestimmung

Begrifflichkeiten wie „Osteopathie“, „osteopathische Medizin“, „osteopathische Behandlung“ fehlt eine klare, weltweit akzeptierte Definition. Vielmehr werden sie von Land zu Land unterschiedlich gebraucht und reflektieren damit teilweise auch Differenzen in der Behandlung. Der aktuelle Entwurf der „WHO Guidelines on Basic Training and Safety in Osteopathy“ orientiert sich im Wesentlichen an dem Sonderfall USA und lässt sich deshalb nicht verallgemeinern, zumal es umstritten ist, inwieweit die „Osteopathie“ auf einem eigenständigen medizinphilosophischen Konzept beruht oder dieses zwingend voraussetzt.“

Osteopathische Verfahren sind Bestandteil und eine Erweiterung der Manuellen Medizin, welche sich mit ihren diagnostischen und therapeutischen Techniken und Herangehensweisen in viele Fachgebiete der heutigen kritisch-rationalen und evidenzbasierten Medizin integriert hat. Mit diesem Selbstverständnis sprechen wir nicht von eigenständiger „Osteopathie“ oder „Osteopathischer Medizin“; Begriffe wie „Philosophie der Osteopathie“, „Osteopathie als Philosophie, Kunst und Wissenschaft“ oder der besondere Krankheitsbegriff US-amerikanischer Osteopathen werden nicht benötigt; ein Berufsbild „Osteopath“ ist weder anzustreben noch notwendig. Ebenso wenig erforderlich ist ein „osteopathischer Arzt“.

2.2 Osteopathische Verfahren lassen sich ohne ein besonderes Menschenbild anwenden.

Bei den philosophischen Grundlagen der „Osteopathie“ bewegt man sich auf dem Gebiet der Weltanschauung, für die es keine Evidenz im naturwissenschaftlichen Sinne geben kann. Auf einer abstrakten Ebene sind aber einige dieser Annahmen (Bewegung, Fluss und Ganzheitlichkeit) durchaus mit unserem heutigen naturwissenschaftlich-medizinischen Denken kompatibel. So sind Aspekte wie Bewegung und Ganzheitlichkeit essenzieller Bestandteil verschiedener medizinischer Fachdisziplinen (z. B. Allgemeinmedizin, Physikalische und Rehabilitative Medizin, Rheumatologie). Die sogenannte Ganzheitlich-

keit ist nicht an eine bestimmte Methode (z. B. Osteopathie) gekoppelt, sondern Ausdruck therapeutischer Haltung gegenüber dem Patienten schlechthin, unabhängig von Fachrichtung oder Art der angewendeten Diagnostik und Therapie. Klinische Bilder als das Resultat komplexer adaptiver Systeme zu verstehen, ist ein naturwissenschaftlich in der Systemtheorie begründeter Ansatz, welcher nichts mit einer bestimmten Methode zu tun hat.

„Osteopathische Verfahren lassen sich anwenden, *ohne* das besondere Menschenbild der „Osteopathie“ US-amerikanischer Prägung und die damit kongruenten Funktionsvorstellungen zu übernehmen, wenn man sich dazu auf die Ergebnisse anatomischer und neurophysiologischer Grundlagenforschung bezieht. Zudem gibt es sowohl Gemeinsamkeiten als auch Unterschiede bzgl. befunderhebender Maßnahmen, welche in der Manuellen Medizin, in der „Osteopathie“ und in der Chiropraktik genutzt werden. Dabei fällt auf, dass immerhin etwas mehr als die Hälfte der wichtigsten manuellen Techniken in allen drei genannten Richtungen zur Standardprozedur gehören. International hat das Berufsbild des Osteopathen/der Osteopathin bereits in verschiedenen Ländern einen Primärpatientenzugang (unter bestimmten Voraussetzungen und Einschränkungen) erlangt. Nach geltendem deutschen Recht darf Osteopathie als Heilkunde nur von Ärzten oder Heilpraktikern selbstständig ausgeübt werden. Eine reglementierte Anerkennung der Osteopathie als eigenständiges Berufsbild existiert hierzulande nicht. Deshalb ist es möglich, auch mit fragwürdigen osteopathischen Qualifikationen lediglich durch eine bestandene Heilpraktikerprüfung zum Primärpatientenzugang legitimiert zu werden und über diesen Umweg selbstständig osteopathisch tätig sein zu können. Insofern sind weitere Regelungen notwendig.

2.3 Inhaltliche Abgrenzung

Ein wesentliches Anliegen ärztlicher manualmedizinisch-osteopathischer Diagnostik und Therapie ist ein integrierender Ansatz parietal-muskuloskelettaler, viszeraler und sog. kranialer/kraniosakraler Komponenten.

Ihren grundsätzlichen Zielstrukturen entsprechend wird die „Osteopathie“ typischerweise in drei Bereiche unterteilt:

- Parietale Komponente („parietale Osteopathie“) (Bindegewebe, Muskulatur)
- Viszerale Komponente („viszerale „Osteopathie“) (innere Organe und ihre bindegewebigen Aufhängungen)
- Kraniale Komponente („kraniosakrale Osteopathie“) (basierend auf der Annahme spezifischer inhärenter Rhythmen des menschlichen Organismus).

(US-amerikanische Osteopathen praktizieren fast ausschließlich Techniken des „parietalen Konzeptes“. Das „viszerale Konzept“ wird in den USA kaum gelehrt; dort ist auch die „kraniosakrale Komponente“ umstritten.)

„Die befunderhebenden und therapeutischen Techniken im Rahmen der „Osteopathie“ entsprechen der Erhebung und Analyse von Befund- und Symptomkonstellationen auf der Ebene der Körperfunktionen und -strukturen, wobei die palpatorische Befunderhebung im Vordergrund steht. Es handelt sich dabei um keine Krankheitsdiagnose.“

Die osteopathischen, spezifischen, manuellen Techniken gehen über die Vorgaben der Weiterbildung „Manuelle Therapie“ hinaus. Osteopathische Techniken beziehen sich auf die bindegewebigen, muskulären und gelenkigen Strukturen des Kopfes und Halses, des Rumpfes und der Extremitäten sowie die bindegewebigen und muskulären Aufhängungen sowie die autonome Steuerung der Organe des Thorax und des Abdomens (einschließlich des kleinen Beckens). Die Untersuchung beinhaltet palpatorische Fertigkeiten für die Erkennung der normalen und gestörten Beweglichkeit knöcherner, muskulärer und faszialer Systeme der Bewegungsorgane sowie von myofaszialen Spannungsveränderungen im kranialen und orofazialen Bereich, aufbauend auf den physiotherapeutischen und manualtherapeutischen Fertigkeiten.

Osteopathische Behandlungstechniken betreffen die Bewegungsorgane und andere in das pathologische Geschehen einbezogenen Gewebe:

- Weichteiltechniken
- Myofasziale Release-Techniken
- Muskel-Energie-Techniken

- Techniken zur Entlastung des lymphatischen Systems
- Techniken zur Beeinflussung der autonomen Steuerung der Thorax- und Abdominalorgane (sog. Viszera)
- Techniken im kranialen und orofazialen Bereich
- Anleitung zu Eigenübungen des Patienten

Stellung in der Heilkunde – Physiotherapeuten

Seit Jahren steigt die Zahl der Therapeuten, die osteopathische Techniken anbieten, rasant an. Zur Vermeidung eines bundesweiten Flickenteppichs mit unterschiedlichen Weiterbildungsanforderungen und ggf. unterschiedlichen Weiterbildungsbezeichnungen ist nicht zuletzt aus Gründen der besseren Transparenz und Qualität für Patienten eine bundesweit einheitliche Verfahrensregelung auf der Länderebene notwendig. Die notwendige Koordination kann etwa auf der Ebene des Berufsausschusses der Arbeitsgemeinschaft der obersten Landesbehörden oder der Gesundheitsministerkonferenz der Länder stattfinden. Gleichzeitig besteht eine erhebliche Rechtsunsicherheit und damit Regelungsbedarf. Bislang gibt es nur eine Verordnung einer Weiterbildungs- und Prüfungsordnung im Bereich der Osteopathie (WPO-Osteo) in Hessen.

4.1 Physiotherapeuten sind prädestiniert, osteopathisch tätig zu sein.

Osteopathische Verfahren sind „Hands-on“-Techniken, bei denen ein hochentwickeltes Berührungsempfinden erforderlich ist. Dies entspricht einer der Kernkompetenzen der Physiotherapeuten. Physiotherapeuten in Deutschland lernen bereits in ihrer Grundausbildung wichtige Inhalte, die zur Ausübung der Osteopathie befähigen, z. B. im Bereich der Anatomie, Physiologie, Biomechanik und Krankheitslehre sowie Techniken der Manuellen Therapie.

4.2 Es gibt keine Lücke in der Patientenversorgung, die einen eigenen neuen Beruf Osteopath in Deutschland rechtfertigt.

Im Ursprungsland der Osteopathie – den USA – gibt es kein Berufsbild Osteopath. Osteopathische Techniken werden dort vor allem von Ärzten – den D.O.s – und Physiotherapeuten angewandt. Ärzte und Physiotherapeuten mit entsprechender Weiterbildung können auch in Deutschland Untersuchung und Behandlung mit osteopathischen Techniken abdecken. Eine Hauptsäule der Osteopathie ist in den USA die Manuelle Medizin/Therapie. Schon heute nutzen deutsche Ärzte und Physiotherapeuten spezifische und umfassende Weiterbildungsangebote in diesem Bereich. Ein neuer Beruf ist daher nicht erforderlich und würde nur zu Abgrenzungsproblemen zu bestehenden Berufen führen sowie Unsicherheit bezüglich der Zuständigkeit bei Patienten erzeugen.

4.3 Es gibt einen Bedarf der Patienten für eine bessere Versorgung mit osteopathischer Therapie.

Die bisherigen Verfahren der Physiotherapie stoßen bei verschiedenen Krankheiten an ihre Grenzen. Durch die osteopathischen Verfahren profitieren viele Patienten mit funktionellen Störungen im Bewegungssystem. Deshalb steigt die Nachfrage. Der Nachfrage steht allerdings kein qualitätsgesichertes Angebot gegenüber. Wir haben daher ein gemeinsames Curriculum zur Absolvierung einer zeitgemäßen Weiterbildung von zumindest 700 Stunden konzipiert. Zudem ist im Gegensatz zu bisherigen Behandlungsangeboten für die „Osteopathie“ ein höherer Zeitfaktor pro Therapieeinheit erforderlich, da Wirkzusammenhänge umfassender betrachtet werden.

2. September 2013

Dr. med. Matthias Psczolla
Präsident DGMM

Dr. med. Wolfgang von Heymann
Dr. med. Alfred Möhrle
Prof. Dr. med. Johannes Buchmann
Vizepräsidenten

Fortbildung des Landesverbandes Bayern der Deutschen Gesellschaft für Manuelle Medizin

Refresherkurs vom 9. bis 10. November 2013 in Prien –
„Manuelle Medizin des Becken, der LWS und des TLÜ als weiterführende
aufsteigende Ketten. Borreliose was nun?“

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

sehr herzlich lade ich Sie zu unserer Herbstfortbildung 2013 nach Prien am Chiemsee ein, bei der wir unseren neuen Landesverbandsvorsitzenden wählen müssen. Wahlvorschläge bitte an die u.a. Adresse.

Die aufsteigenden Ketten machen uns immer wieder Probleme und wir werden uns dieses mal besonders mit den Beziehungen zum Becken, LWS und TLÜ auseinandersetzen.

Zusätzlich, wie versprochen, das Thema Borreliose, ein Chamäleon das uns immer große Probleme bereitet und oft chronifiziert.

Beste Grüße Ihr Dirk Polonius

Programm

Samstag, 9. November 2013

- 9.00– 9.15 Uhr** Begrüßung und organisatorische Hinweise
9.15–10.00 Uhr Einführung der Ketten von Becken, LWS und TLÜ
10.00–10.30 Uhr praktisches Üben Beckenfehler
10.30–11.00 Uhr **Pause**
11.00–13.00 Uhr praktisches Üben Beckenfehler
13.00–15.00 Uhr **Pause**
15.00–16.30 Uhr praktisches Üben Beckenboden
16.45–17.30 Uhr **Pause**
17.30–18.00 Uhr VT Polonius: Borreliose, was nun? – Anschließend erfolgt die Wahl des neuen Landesverbandsvorsitzenden der DGMM-Bayern!

Sonntag, 18. November

- 9.00– 9.15 Uhr** Praktisches Üben LWS und TLÜ
9.15–10.30 Uhr Manuelle Diagnostik und Therapie bei Burn out, was ist wichtig?
10.30–11.00 Uhr **Pause**
11.00–13.00 Uhr Praktisches Üben TLP – Praktisches Üben TLP
Abschlussdiskussion mit Themenfestlegung Frühjahr 2014.

Kurslehrer

Prof. Gumbiller, Dr. Polonius

Ort

Ärztehaus „Prienamed“,
Harrasserstr. 6, 83209 Prien
Tel. 08051-96550

Teilnehmer

Ärztinnen und Ärzte mit
abgeschlossener Weiterbildung
in „Chirotherapie“

Gebühren

250,- € für Mitglieder DGMM/ÖÄMM
300,- € für Nichtmitglieder
Konto: Dr. Dirk Polonius
Konto-Nr. o 206 522 629
Apo-Bank BLZ 300 606 01

Reservierung

Reservierung in der Reihenfolge der
Anmeldung. Sie erhalten eine schriftliche
Bestätigung (evtl. per Mail).
Es ist auch eine Anmeldung per E-Mail
möglich. Bitte senden Sie Ihre Mail an:
DGMM-Bayern@gmx.de.

Anmeldung zur Fortbildung Manuelle Medizin 9. und 10. November 2013 in Prien

Name, Vorname

Anschrift

Telefon

Fax

Ich überweise den Betrag.

Ich sende einen Scheck an oben genannte Adresse.

Unterschrift:

Anmeldeformular bitte ausgefüllt senden an:

Dr. med. Dirk Ch. Polonius, Harrasserstraße 6, 83209 Prien am Chiemsee · Tel. 08051/9655-0 · oder per Fax an 08051/9655-110

**119. Jahreskongress der Deutschen Gesellschaft
für Physikalische Medizin und Rehabilitation
Kongress der Deutschen Gesellschaft für
Manuelle Medizin**

Berlin, 25. - 27. September 2014



**Die Wirbelsäule
in der
Funktionellen
Medizin**



DGMM
Deutsche Gesellschaft
für Manuelle Medizin e.V.



Craniomandibuläre Dysfunktion fachübergreifend diagnostizieren und therapieren

Kathrin Schuldt

Schwindel, Tinnitus, Gesichts-, Ohren- oder Rückenschmerzen unklarer Herkunft, Zähneknirschen oder -pressen – die Symptome einer Craniomandibulären Dysfunktion (CMD) können vielfältig sein, was die Diagnosestellung oft erschwert. „Deshalb muss in vielen Fällen fachübergreifend diagnostiziert und später auch therapiert werden.“, bekräftigt der Bremer CMD-Spezialist Dr. Christian Köneke (Abb. 1). „Morphologische Erkrankungen müssen dabei immer erst ausgeschlossen werden, bevor man mit der Funktions- und Strukturanalyse beginnen kann. Denn auch eine Borreliose oder ein Tumor können beispielsweise CMD-ähnliche Beschwerden hervorrufen.“ Wie man eine CMD sicher erkennt und therapiert, erfahren interessierte Ärzte, Zahnärzte und Physiotherapeuten während des 13. (Nord)Deutschen CMD-Curriculums, das am 9. November auf Sylt beginnen wird. Dr. Christian Köneke als wissenschaftlicher Leiter lädt in diesem Jahr wieder in das A-ROSA Spa-Resort nach List ein, das mit seinem stilvollen und naturnahen Ambiente erfahrungsgemäß optimale Voraussetzungen bietet, um die CMD-Diagnostik und CMD-Therapie zu erlernen oder bereits Gelerntes zu aktualisieren und zu vertiefen.

CMD sicher erkennen und therapieren

Der erste 5-Tages-Block der interdisziplinären Weiterbildung findet vom 9.-13. November 2013 statt und beschäftigt sich ausschließlich mit der Diagnostik der CMD. Es werden alle dazu notwendigen Techniken vermittelt und ausgiebig geübt. Kernzeit des Kurses ist täglich von 8 bis 15 Uhr. Im Anschluss stehen die Referenten allen Teilnehmern für weitere freie Übungen zur Verfügung. Wen nach 15 Uhr Strand oder Spa locken, kann dem



Abb. 1: Dr. Christian Köneke (mit freundl. Genehmigung von Dr. D. Jaeschke)

selbstverständlich gerne nachgehen. Ziel sei es, so Köneke, dass jeder Teilnehmer nach dem Kurs alle Handgriffe sicher beherrsche, die zur Diagnostik notwendig sind. Darüber hinaus sind Spaß am Lernen und eine freundschaftliche kollegiale Atmosphäre dem Veranstalter sehr wichtig.

Der zweite 5-Tages-Block vom 15.-19. Februar 2014 widmet sich der CMD-Therapie. Hier sollen alle Teilnehmer die Fähigkeit entwickeln, aus der gewonnenen Diagnose auch eine sinnvolle Therapie abzuleiten. Neben der Besprechung von Therapieansätzen mit speziellen Zahnschienen, die auch für Orthopäden und andere Ärzte verständlich erklärt werden, nehmen fachübergreifende Behandlungskonzepte, einschließlich Schmerztherapie, einen Großteil des Kurses ein und werden ausführlich besprochen.

Ende 2014 wird es für alle interessierten Teilnehmer die Möglichkeit der Zertifizierungsprüfung („Zertifizierter CMD-Therapeut (NCC)“) geben. Die Zertifizierung kann als Wissensnachweis für die Erlangung des Tätigkeitsschwerpunktes

„CMD-Diagnostik und -Therapie“ verwendet werden.

Das 14. (Nord)Deutsche Curriculum wird nach einer kleinen Pause dann erst im Jahr 2015 wieder starten. Es lohnt also, sich noch in diesem Jahr zum 13. (Nord) Deutschen CMD-Curriculum anzumelden und Aktuelles zum Thema CMD-Diagnostik und -therapie zu erfahren.

Block I (CMD-Diagnostik): 09.–13.11.2013

Block II (CMD-Therapie): 15.–19.2.2014

Zertifizierungsprüfung: 22.–23.11.2014

Informationen und Anmeldung für 2013 und 2015:

Telefon: 0451-479950

Telefax: 0451-4799515

www.cmd-therapie.de

Korrespondenzanschrift:

Kathrin Schuldt

Bernstorffstr. 157

22767 Hamburg

ganzauge@hotmail.com