

## Erstes Planungstreffen der Protagonisten des Europäischen Kongresses für Manuelle Medizin

22. April 2022, Maritim-Hotel, Ulm

Am 22. April 2022 trafen sich im Maritim-Hotel in Ulm 15 Kolleginnen und Kollegen aus Deutschland, Österreich und der Schweiz, um den **Ersten Europäischen Kongress für Manuelle Medizin/ First European Congress of Manual Medicine** in Leipzig 2023 vorzubereiten.

In äußerst konstruktiver Stimmung mit seminarübergreifender Brückenbildung und internationaler Konsensfindung wurden die personellen Eckpositionen für den Kongress in Leipzig einschließlich eines Rohbaus des wissenschaftlichen Programms und der Workshops erstellt.

Es wurden die Vorgehensweisen für Werbung, Logistik, Simultanübersetzung und internationale Kooperation zugrunde gelegt. Die zentralen Aufgaben sind mit Namen belegt, und wir erwarten eine starke produktive Stimmung im Hinblick auf die Organisation und unser nächstes Treffen im Oktober 2022 in München.

Die Idee zu diesem Kongress war geboren in Padua auf der Jahrestagung der IAMM (International Academy of Manual/Musculoskeletal Medicine), wo sich eine Gruppe deutschsprachiger Manu-  
almediziner (Prof. Dr. Lothar Beyer, Jena/Dr. Niemie, Hamburg/Dr. Habring, Bad Ischl/Dr. Bernard Terrier, Zürich und Prof. Dr. Locher, München) unter dem Arbeitsbegriff „**Padua-Braintrust**“ zusammengeschmiedet hatten, was jetzt in der oben beschriebenen Veranstaltung einen sehr substantiellen Niederschlag fand.

Wir laden jetzt schon ein.

**H. Locher**

Manuelle Medizin 2022 · 60:174–185

<https://doi.org/10.1007/s00337-022-00896-w>

© The Author(s), under exclusive licence to Springer Medizin Verlag GmbH, ein Teil von Springer Nature 2022

**SAVE THE  
DATE!**

## Europäischer Kongress Manuelle Medizin

*European Congress of  
Manual Medicine*

**21. - 22. April 2023, Leipzig**

**Funktionsstörung und  
Schmerz – Hintergründe  
und Hands-On**

*Dysfunction and Pain –  
Background and Hands On*

**Kongresspräsident  
Prof. Dr. Hermann Locher  
(ESSOMM President)**

Ort: Leipzig Marriott Hotel (Germany)

**Ein Projekt der ESSOMM  
veranstaltet von DGMM | SAMM |  
ÖAMM | ÖÄGMM**

# „Manuelle Medizin-Osteopathie-Kinderorthopädie“

– Praxis braucht Wissenschaft braucht Praxis

**Gemeinsamer digitaler Kongress von ZiMMT, der Charité und IFK**

Wissenschaftliche Leitung: Dr. med. Caroline Schlüter; Dr. med. Dirk Luthin; Dr. med. Ulrich Göhmann

Vom 20. bis zum 27.03.2022 fand der neunte gemeinsame Kongress von Zirkel für manuelle Medizin und Entwicklungstherapie (ZiMMT), der Charité und dem IFK statt. Die diesjährige Veranstaltung stand unter dem Motto „Manuelle Medizin – Osteopathie – Kinderorthopädie. Praxis braucht Wissenschaft braucht Praxis“.

Insgesamt wurden 12 Workshops und Seminare aus den Themenkomplexen Kinderorthopädie, Manuelle Medizin, Osteopathie, Neurologie und Traumatherapie schon vor den Hauptkongressangeboten. Über 400 Kongressanmeldungen spiegelten das große Interesse der Teilnehmer wider.

Am 26.03.2022 begrüßte Dr. Göhmann stellvertretend für die wissenschaftliche Leitung und für Frau Dr. Reißhauer die zahlreichen Kongressteilnehmer nun zum zweiten Mal in digitaler Form und leitete zu den ersten Vorträgen über.

**Stellenwert der Manuellen Medizin in der Differentialdiagnostik: Was macht die Manuelle Medizin so wertvoll, Dr. Robby Sacher – Dortmund**

Dr. Robby Sacher weist im Eröffnungsvortrag des diesjährigen Kongresses auf die Bedeutung der Manuellen Medizin in allen klinischen Disziplinen hin. Sie ist wesentlicher differentialdiagnostischer Bestandteil für alle Befunde, die sich durch Anfassen und Fühlen erheben lassen. Und sie ist nach differentialdiagnostischen Überlegungen unter Berücksichtigung weiterer diagnostischer Möglichkeiten ebenso als Therapie manuell zugänglicher Befunde einzubeziehen. Beispielhaft für diagnostische Möglichkeiten nennt Dr. Sacher die manualmedizinischen Aspekte in der Neurologie anhand der Anregung und Hemmung am Motoneuron. Der Einfluss funktioneller Störungen von Schlüsselregionen der Wirbelsäule durch Afferenzen und Efferenzen ist nicht selten Ursache für Reflex- oder Tonusasymmetrien. Fallbeispiele aus dem klinischen Alltag zur Manuellen Medizinischen Differentialdiagnostik bei Kindern schließen den Eröffnungsvortrag ab.

**Spinale Säuglingssonografie, Maria Raeck – Eilenburg**

Frau Dr. Maria Raeck berichtet über die diagnostischen Möglichkeiten der Sonographie der Wirbelsäule bei Säuglingen. Diese sollte vor dem 12. Lebensmonat stattfinden, solange die Wirbelbögen nicht ossifiziert sind. Sowohl die technischen Voraussetzungen als auch die Möglichkeiten und Grenzen der Sonografie, nicht zuletzt lagerungsbedingt, werden eingehend dargestellt. So ist beispielsweise die sonografische Darstellung der Halswirbelsäule durch die

Notwendigkeit von Bauchlage und Inklination des Kopfes schwierig, die Darstellung von BWS und LWS gelingt hingegen leichter. Zu den Indikationen zählen u. a. lumbosakrale Marker und Hautdefekte aber auch Fehlbildungen der Füße, anorektale oder urogenitale Fehlbildungen und neurologische Auffälligkeiten an den unteren Extremitäten. Ein Sinus pilonidalis, eine Diastematomyelie, ein Tethered Cord und andere Pathologien werden abschließend in der klinischen und sonografischen Diagnostik demonstriert.

**Kindesmisshandlung – keinen Kinderschutz können wir uns nicht leisten, Dr. Swen Geerken – Uelzen**

Im Vortrag wurden zunächst die verschiedenen Traumata in diesem Themenkomplex klassifiziert. Nicht selten handelt es sich um Mischformen, die sich unerkannt wiederholen und gleichsam aufschaukeln. Insgesamt ist es immer ein komplexes Geschehen. Die Aufgabe, aber auch eben die Schwierigkeit des Untersuchers ist es, weder wegzuschauen noch überzureagieren. Gefragt ist Kompetenz und medizinisches Fachwissen. Immer sollten mehrere Einschätzungen und Meinungen eingeholt werden. Es gibt, gerade in Deutschland keine bzw. wenig statistische Erhebungen zu dem Problemfeld. So werden viele Fälle wahrscheinlich gar nicht statistisch erfasst. Es wurde über mehrere Betrachtungsmodelle die Trauma-Folgekosten quantifiziert. Bei entsprechender Hochrechnung erkennt man die Dimension, die im Bereich von bis zu 30 Mrd. Euro liegt. Dankenswerterweise gibt es inzwischen mit der AWMF eine S3-Leitlinie, sodass damit die Grundlage gelegt wurde, Stück für Stück zu einer gut gestützten Einschätzung zu kommen und zur Kooperation anzuregen. Sinnvolles Handeln in diesem Problemfeld ist nur mit Kooperationspartnern möglich.

**„Möglichkeiten und Grenzen der Diagnostik bei Kindesmisshandlung“, Prof. Dr. Anette S. Debertin – Hannover**

Zunächst wurde die Vielfältigkeit des Fachgebietes Rechtsmedizin und seiner interdisziplinären Bezüge dargestellt. In der klinischen Rechtsmedizin werden traumatisierte Patienten gesehen, untersucht und beurteilt. Auch Behandler suchen den Kontakt und werden entsprechend beraten. Diese kooperativen Ebenen münden im Netzwerk „ProBeweis“. Niederschwellige Angebote sollen dazu beitragen, dass alle Beteiligten sowohl Informationen einbringen, als auch erhalten können. In diesem Kontext gibt es forensische Kinderambulanzen. In Untersuchungen und Erhebungen hat sich Fregert einen Namen rund um die Aufklärung und Fortschritte im Kinderschutz gemacht. Er beklagt eine „große Unwissenheit“. Es werden die „hotspots“ gezeigt, die im Kitteltaschenformat bebildert Untersuchungshilfen aus den Leitlinien darstellen.

**Der funktionelle Schmerz – Differentialdiagnose und Therapie, Dr. Heiner Biedermann – Köln**

Das funktionelle Denken hat eine lange Tradition, hat sich jedoch im Arbeitsalltag häufig nicht richtig durchgesetzt. Der funktionelle Schmerz wird im Verbund behandelt. Erst sollte die Schmerzbeflussung im Vordergrund stehen, danach die Wiederherstellung

der Funktionalität. Die robuste manuelle Medizin setzt meist am Ursprung an, ist beliebig wiederholbar und zeigt einen raschen Effekt. Die subtile manuelle Medizin greift an Schlüsselregionen an, sollte sparsam angewendet werden, und Erfolge stellen sich häufig erst zeitversetzt ein, aber auch ursachenbezogener und nachhaltiger. Der relevante Ansatzpunkt ist häufig nicht da zu finden, wo sich die Hauptsymptomatik zeigt.

Schlüsselregionen sind das Becken als statische Basis, und der Kopfgelenksbereich als sensomotorisches Zentrum. Bei der Behandlung des funktionellen Schmerzes ist eine vertrauensvolle Zusammenarbeit wichtig. Der Behandler muss sich Zeit nehmen, sein Vorgehen gut erklären und über eine mögliche Erstverschlechterung aufklären. Die funktionelle Therapie kann über die Manipulation, über begleitende Lebensstiländerungen, über adjuvante Beeinflussung des Vegetativums und über die Ernährung eine Wirkung erzielen.

Moderation: Dr. Robby Sacher

### EMDR – nicht nur psychische Traumata wirksam integrieren, Katrin Boger – Aalen, Kinder- und Jugendpsychotherapeutin

EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) lässt sich mit Desensibilisierung und Verarbeitung durch Augenbewegung übersetzen und wird in der Psychotraumatheorie bei Kindern und Jugendlichen eingesetzt. Dabei werden traumatische Erlebnisse der Patienten erinnert und durch wiederholt applizierte rechts/links – Stimuli neu verarbeitet. Sensorische Reize sind vorrangig alternierende Augenbewegungen, aber auch akustische oder taktile Stimuli. Durch EMDR können Traumafolgen wie Vermeidungsverhalten oder Überkompensation überwunden werden.

### Das Glymphatische System als Clearance-Mechanismus für das ZNS, Prof. Dr. rer. nat. med. habil. Rainer Breul (D.O.h.c.) – München

Da das Lymphsystem das ZNS nicht miteinschließt, muss für das ZNS ein alternatives System existieren, um zelluläre Abfallstoffe zu entsorgen. Jahrzehntelange Diskussionen und Hypothesen wurden durch neue (2013!) Erkenntnisse der Grundlagenforschung in eine gänzlich neue Richtung gelenkt. Der ZNS – Clearance-Mechanismus basiert auf Funktionen der Bindegewebszellen (Glia) und des **lymphatischen** Systems. Die Entdeckung des glymphatischen Systems erlaubt neue Forschungsansätze für verschiedene neurodegenerative Erkrankungen.

### Aktualitätsdiagnostik in der Manuellen Medizin – ein alternativloses ärztliches Konzept, Dr. med. Marc Wuttke – Dortmund

Diagnostik ist seit jeher die Grundlage einer jeden Therapie. Das von Gutmann weiterentwickelte Konzept der „Aktualitätsdiagnostik“ basiert auf dem Bemühen, die Beschwerden von Patienten möglichst kausal zu behandeln.

Auf der Basis von Anamnese, klinischer Untersuchung und ggf. apparativer Diagnostik müssen aus einer gelegentlichen Vielzahl

von Befunden, die an einem Beschwerdebild mitwirken, diejenigen herausgefiltert werden, die Hauptfaktoren im Krankheitsgeschehen und zugleich einer Therapie zugänglich sind. Das Konzept wurde durch Fallbeispiele unterlegt.

### Im Fokus: Enuresis nocturna und funktionelle Harninkontinenz tagsüber im Kindesalter

#### Definition, Diagnostik und pädiatrische Therapieansätze, Dr. med. Isabel Ferger – Wolfenbüttel

Die Harninkontinenz im Kindesalter belasten Kinder und die Eltern gleichermaßen. Bis zum fünften Lebensjahr gilt ein intermittierendes Einnässen als physiologisch. Die Harninkontinenz kann sich aber auch bis zum Jugendalter fortsetzen. Frau Dr. Isabel Ferger definiert die verschiedenen Formen der Harninkontinenz. Sie unterscheidet die kontinuierliche Inkontinenz von der intermittierenden Harninkontinenz. Die intermittierende Form kann in die Enuresis nocturna und in die Harninkontinenz am Tag (z. B. bei überaktiver Blase, bei Miktionsaufschub oder bei einer dyskoordinierten Miktion) unterteilt werden. Komorbide psychische und psychosoziale Faktoren sind häufig bei der sekundären und der nicht monosymptomatischen Enuresis zu finden. Die Diagnostik reicht vom Anamnesebogen, Blasenstagebuch, körperlicher Untersuchung, der Sonografie, der Urinuntersuchung bis hin zu Spezialuntersuchungen wie der Uroflowmetrie und der Beckenboden-EMG. Als Therapie dienen Trinktraining, Toiletentraining und Förderung der Wahrnehmung. Bei der Enuresis nocturna wird häufig eine apparative Verhaltenstherapie angewendet, medikamentös stellt das Desmopressin eine weitere Therapiemöglichkeit dar. Die transkutane elektrische Neurostimulation hat bei der Dranginkontinenz einen hohen Stellenwert. Bei Therapieversagen besteht die Möglichkeit der ambulanten oder stationären Kontinenzschulung.

#### Manuelle Medizinische Aspekte, Dr. med Robby Sacher – Dortmund

In der Literatur werden zahlreiche Einzelfallbeispiele über regionale, überregionale und kombinierte Behandlungen der Wirbelsäule und des ISG aufgeführt. Die Erklärungsversuche laufen über die reflektorisch, nervale Ebene. Es existieren wenige Studien mit geringer bis mittlerer Evidenz. Drei Studien werden vorgestellt, die einen positiven Effekt der manuellen Medizin auf die Enuresis zeigen. Die Ursache der Enuresis ist noch unklar. Einige Hypothesen fußen darauf, dass die Harnblase ein Teil des propriozeptiven Systems ist. Diskutiert werden Störungen in der neuroanatomischen Steuerung, direkte Einflüsse einer Störung im Beckenbereich, psychosoziale Einflüsse und sensomotorische Dysfunktionen. In der Praxis sieht man bei einigen Kindern zügige Erfolge. Hier könnten jedoch auch Placeboeffekte eine Rolle spielen. Ob die Manuelle Medizin eine geeignete Therapie der Enuresis ist, muss derzeit jeder für sich beantworten. Hilfreich wären weitere Daten aus geeigneten Studien.

## Enuresis – die mögliche Rolle osteopathischer Behandlungen, Gert Groot Landeweer – Buchholz/Nordheide

Es existiert keine Evidenz der Wirksamkeit der Osteopathie bei Bestehen einer Harninkontinenz. Jedoch findet man viele positive Fallberichte mit verschiedenen osteopathischen Ansätzen. Die Osteopathie im viszeralen Bereich beeinflusst Mobilitätseinschränkungen, Mobilitätszunahme, Motilitätsabnahme und Motilitätszunahme. Diagnostisch können hier fasziale Spannungstests, Inhibitionstests, Mobilitätstests, Motilitätstests und Tugortests angewendet werden. Bei der Enuresis nocturna und bei der funktionellen Harninkontinenz tagsüber stehen verschiedene Behandlungsebenen zur Verfügung.

Die Behandlung bis zur Harnblase (myofaszialen Weichteilwände, viszerale Umgebung, ossäre Wände), in der Umgebung der Harnblase (Aufhängung, Gleitflächen und Motilität) und in der Harnblase (Turgor). Des Weiteren können Innervation und Zirkulation beeinflusst werden. Es müssen stets die individuellen Befunde für die osteopathische Behandlung berücksichtigt werden.

## Osteopathische Medizin und Manuelle Medizin – ähnliche Methoden? Oder die dramatischen Folgen begrifflicher Fehldeutungen, Christian Hartmann – Pähl

Herr Hartmann betonte in seinem Vortrag, dass die Entwicklung einer neuen medizinischen Strömung wie die der Osteopathie nicht nur aus sich selbst heraus geprägt wird, sondern auch vom gesamthistorischen Kontext abhängt. Das Selbstverständnis von Behandler und Patient sei seit dem Altertum patriarchalisch geprägt und folge einem kausalen Denkschema, das dem ursprünglichen osteopathischen Krankheits- und Gesundheitsverständnis vielleicht sogar entgegenstehen würde. Ob sich die Osteopathie im Laufe der Zeit der manuellen Medizin assimilierte oder dies nur durch die Verwendung gleicher Begriffe im althergebrachten Sinne so erscheint, hänge u. a. von regionalen Kofaktoren ab. Dies könne auch im internationalen Vergleich nicht verallgemeinert werden.

Exemplarisch wird diese Problematik an den Begriffen „pathophysiologisch“ und „somatische Dysfunktion“ dargestellt mit dem Ziel, den Zuhörer für einen historisch reflektierten Umgang mit Fachbegriffen zu sensibilisieren.

## Die Craniosacral Therapie in der primären Gesundheitsversorgung – Ergebnisse aus der klinischen Forschung, Dr. rer. medic. Heidemarie Haller – Essen

Die Craniosacrale Therapie wird international von erwachsenen wie pädiatrischen Patienten für Schmerzindikationen, psychische, neurologische und entwicklungsbedingte Störungen angewandt. Frau Haller stellt anhand ihrer wissenschaftlichen Arbeit dar, welche Evidenzen sich für die Effektivität und die zugrundeliegenden Wirkmechanismen der Craniosacralen Therapie finden lassen. Die Craniosacrale Therapie wirke in einem sehr breiten Beschwerdespektrum und sei hier im Outcome mit medikamentöser Therapie oder der speziellen Schmerztherapie vergleichbar. Es bedürfe aber zur Ausdifferenzierung noch weiterer Forschungsbemühungen.

## Wieso, weshalb, darum – was mach ich warum? Kinderorthopädie und Osteopathie in der Praxisklinik, Dr. med. Aurelia Taubner – Stuhr

Frau Taubner stellt in ihrem Vortrag die Hauptdiagnosen der kinderorthopädischen Behandlung in ihrem Praxisalltag in einer großen, breit aufgestellten orthopädischen Praxisklinik dar.

Top 9 der Diagnosen: Klumpfuß, Hüftdysplasie, Plagiocephalus, Innenrotationsgang, flexibler Knicksenkfuß, Apophysitis (calcanei), juveniler Hallux valgus, juvenile genu varum und valgum, idiopathische Skoliose.

Vor dem Hintergrund einer leitliniengerechten konservativen und operativen orthopädischen Behandlung geht Frau Taubner dann im Detail darauf ein, bei welchen Krankheitsbildern sie in ihrer Behandlungsstrategie eine osteopathische Mitbehandlung in Betracht ziehen oder davon Abstand nehmen würde. Ausdifferenziert wird weiter welche Gewichtung sie der osteopathischen Behandlung geben würde.

Sie betont aber, dass dies nicht allgemeingültig wäre, sondern immer eine individuelle Therapieentscheidung getroffen werden müsste.

## Juvenile MS: Symptome, Diagnostik, Differentialdiagnosen, PD Dr. med. univ. Karin Storm van's Gravesande – Freiburg

Die juvenile Multiple Sklerose (MS) ist eine seltene, jedoch wichtige erworbene neurologische Erkrankung des Kindesalters. In Deutschland wird jedes Jahr bei ca. 100 bis 200 Kindern die Diagnose einer juvenilen MS gestellt. Die juvenile MS zeigt viele Ähnlichkeiten zu der MS im Erwachsenenalter. Dennoch gibt es wesentliche Unterschiede, die die klinische Symptomatik und auch die Therapie betreffen. So zeigen pädiatrische Patienten eine höhere Entzündungsaktivität und eine höhere Schubrate in den ersten Erkrankungsjahren. Komorbiditäten, wie neurokognitive Einschränkungen, Fatigue und Depression können bereits im Frühstadium der Erkrankung auftreten. Der Zeitpunkt der Diagnosestellung und die adäquate medikamentöse Behandlung können die Langzeitprognose und die Lebensqualität dieser Kinder deutlich verbessern.

## Der klinische Fall: Atlasshift nach Trauma, Dr. med. Marc Wuttke – Dortmund

Die radiologische Untersuchung der oberen Zervikalregion ist ein wichtiger Bestandteil für die Diagnostik und Behandlungsplanung, insbesondere bei der „Hole-in-one-Technik“. Anhand einer Falldarstellung eines sechsjährigen Jungen stellt Dr. Marc Wuttke dar, dass die Relationsdiagnostik der hochzervikalen Region auf Basis des Röntgenbilds die Therapieplanung wesentlich beeinflussen und Auswirkungen auf die Wirksamkeit Manuelle Medizinischer Techniken haben kann, umso mehr, wenn sich – wie im vorliegenden Fall – die Atlaslateralität durch ein Sturztrauma geändert hat. Klinische Auffälligkeiten können z. B. Kopfschmerzen, Schwindel und Bewegungsstörungen der HWS sein.

### Die Rolle der Faszien im Umgang mit Narben und Adhäsionen, Dr. Robert Schleip – München

Herr Schleip stellt neue klinische und experimentelle Studien zur Faszienforschung hinsichtlich Beweglichkeitsrestriktion und Architekturveränderungen innerhalb der Verschiebeschicht intrafaszial am Beispiel der Thorakolumbalfaszie vor. Verletzungen und Beweglichkeitsreduktion führen additiv zu Verklebungen der Faszien-schichten. Je älter Adhäsionen im Gleitgewebe sind umso schwerer ist deren manualtherapeutische Lösung. Eine weitere klinische Studie an Gesunden zeigt eine deutliche Zunahme der Gleitfähigkeit beim Foam Rolling. Die Wichtigkeit sowohl der Fasern als auch gelartiger Grundsubstanz wird betont. Zur Hyaluronanumwandlung ist offensichtlich eine komprimierende Scherbewegung notwendig. So werden die Fasziazysten stimuliert, in denen die Hyaluronanproduktion stattfindet.

Eine weitere Studie zur Selbstbehandlung von Narben mittels Soft cups belegt, dass eine Wundheilung der Haut mittels einwachsender Faszienzellen und extrazellulärer mittels faszialer Matrix geschieht. Hier spielen die Fibroblasten und deren Zilienhärchen eine wichtige Rolle. Die Fibroblasten bilden MMP-1 als Weichmachersubstanz zum Kollagenabbau. Angewendet auf die Praxis bedeutet dies, dass es einer langsamen kontinuierlichen Schubbewegung bedarf, um manuell Adhäsionen bestmöglich anzugehen.

### Anwendung von Manualtherapie bei Säuglingen und Etablierung eines individualisierten Therapieregimes, Antje Lange – Berlin

Antje Lange stellt eine klinische Beobachtungsstudie aus ihrer Physiotherapiepraxis mit 100 Säuglingen < 4 Monaten vor, die Dysfunktionen an Schlüsselregionen aufwiesen. Die Kinder wurden zu drei zeitlich aufeinanderfolgenden Terminen untersucht und behandelt. Aufgefallen ist dabei, dass die Lagereaktionen im Verlauf teils pathologisch blieben, ohne dass noch Blockaden in Schlüsselregionen vorlagen. Die Studie zeigt, dass sich das untersuchte Therapieregime mittels weicher physiotherapeutischer Techniken als zielführend und effektiv erwies. Frau Lange betont die Wichtigkeit von Studien auch unter schwierigen Praxisbedingungen.

### Mythen und Fakten in der Kinderorthopädie – Dialogvortrag, Dr. Bastian Fregien/Dr. Fabian Goede – Langenhagen

Dialogvortrag zweier erfahrener Kinderorthopäden zu sich hartnäckig haltenden ‚Mythen‘ in der Kinderorthopädie. Einlagen z. B. drücken die Plantarfaszie nach oben, machen somit durch Entspannung des M. tibialis posterior den Fuß instabiler. Aktivierung und Kräftigung der Fußmuskulatur, vor allem des M. tibialis anterior durch z. B. Sprünge ist sinnvoller, als regelmäßige Greifübungen. Der M. tibialis anterior ist ein kräftiger Muskel der beim Laufen nicht nur den Fuß hebt, sondern beim Aufsetzen der Ferse den Fuß langsam absenkt.

Barfusslaufen auf monoton harten Untergründen ist problematisch. Es verstärkt unter Umständen Beschwerden. Die Apophysitis calcanei als Beispiel bedarf einer Weichteilbettung. Barfußschuhe

werden insgesamt kritisch gesehen, ebenso die Fersendämpfungen in Sport-/Fußballschuhen, die den Schwerpunkt des Fußes erhöhen.

Schmerzen bei Kindern im unteren Rücken sollen die Muskulatur abwechslungsreich trainieren. Eine Dehnung kann die Fehllage kurzfristig entlasten. Planks führen zu einer Aktivierung der ventralen Muskulatur, nicht der Rückenmuskulatur. Klimmzüge können als Trainingsmaßnahme sinnvoll sein.

### Adoleszentenskoliose – was tun? Dr. Uta Janenz – Berlin

Ein Vortrag über ein nicht neues und immer aktuelles, kontrovers diskutiertes Problem in der Kinderorthopädie. Die Ätiologie und die korrekte Behandlung der Skoliose werden dargestellt, und es werden viele eindruckliche klinische Beispiele aus der Praxis gezeigt. Die Skoliose ist eine dreidimensionale Torsionsrotation der betroffenen Wirbelsäulenabschnitte, immer mit einer kompensatorischen Beckenverwringung. Unverändert ist die Wirbelsäulenganzaufnahme in 2 Ebenen Goldstandard.

Die Therapie wird weiterhin je nach Cobb-Winkel gewählt. Bei einem Winkel bis 20° wird eine Krankengymnastik nach Schroth empfohlen. Die Spiraldynamik stellt eine gute Alternativtherapie dar. Ab 15° kann über eine Versorgung mit Nachtkorsett nachgedacht werden. Ab Winkelmaßen zwischen 20–45° wird die Krankengymnastik und die Korsettversorgung empfohlen. Wichtig hier ist die gute Primärkorrektur. Bei Winkelmaßen > 45° stehen verschiedene Spondylodeseverfahren zur Verfügung.

Wir konnten auf ein tolles, abwechslungsreiches Kongressprogramm in Form von Workshops, Seminaren und Vorträgen zurückblicken. Trotz der ausschließlich digitalen Bühne bestand immer die Möglichkeit, Fragen zu stellen und sich nach den Vorträgen in der Speakers corner auszutauschen.

Dr. Göhmann kündigte den nächstjährigen Kongress an, der vom 05.03.2023 bis zum 11.03.2023 teils in digitaler Form, teils in Anwesenheit stattfinden wird.

### Martin Knüdel

#### Korrespondenzadresse

### Martin Knüdel

Gemeinschaftspraxis Freistuhl 3, 44137 Dortmund,  
Deutschland  
[post@manmed.info](mailto:post@manmed.info)

# Fortbildung des Landesverbandes Bayern der Deutschen Gesellschaft für Manuelle Medizin

MASTERKURS Manuelle Medizin 08./09.10.2022

**Thema: „Ellenbogen und Hand, Knie und Fuß, sowie Einführung in die Neuraltherapie“**

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

sehr herzlich lade ich Sie zu unserer Herbstfortbildung 2022 nach Prien am Chiemsee ein.

Zur Komplettierung der OE und Überleitung zur UE werden wir uns um die Behandlung von Ellenbogen und Hand, Knie und Fuß kümmern. Unser Kurs hat dann wirklich Hand und Fuß. Zusätzlich werden wir uns intensiv mit der Neuraltherapie, die wir jeden Tag brauchen, beschäftigen.

Wir freuen uns schon auf den Kurs und ein Wiedersehen.

Beste Grüße Ihr

**Dirk Polonius**

## Programm

### Samstag 08.10.2022

09.00–09.15 h	Begrüßung und organisatorische Hinweise
09.15–10.00 h	VT Dr. Wagner: Anatomie und Funktion Ellenbogen und Hand
10.00–10.30 h	Praktisches Üben Ellenbogen und Hand – Diagnostik
10.30–11.00 h	Pause
11.00–13.00 h	Praktisches Üben Ellenbogen und Hand Diagnostik und Therapie
13.00–15.00 h	Mittagspause
15.00–16.30 h	VT Dr. Polonius: Anatomie und Funktion Knie und Fuß, anschl. Üben
16.30–16.45 h	Pause
16.45–18.00 h	Praktisches Üben Knie und Fuß Diagnostik und Therapie

### Sonntag 09.10.2022

09.00–09.15 h	Fragen und Wiederholung vom Vortag
09.15–10.15 h	VT Dr. K. Polonius: Neuraltherapie
10.15–10.30 h	Praktisches Üben Neuraltherapie
10.30–11.00 h	Pause
11.00–13.00 h	Praktisches Üben Neuraltherapie

13.00–13.30 h **Abschlussdiskussion mit Themenfestlegung Frühjahr 2023**

Kurslehrer: Dr. Wagner, Dr. D. Polonius, Dr. K. Polonius

Ort: Prienamed Ärztehaus

Harrasser Str. 6

83209 Prien

Teilnehmer: Ärztinnen und Ärzte mit abgeschlossener Weiterbildung in „Chirotherapie“

**Reservierung** in der Reihenfolge der Anmeldung. Sie erhalten eine schriftliche Bestätigung per Mail. Bitte bei der Anmeldung Angabe der Adressdaten.

**Anmeldung** per Mail an: [DGMM-Bayern@gmx.de](mailto:DGMM-Bayern@gmx.de)

**Termin notieren:** Frühjahrsfortbildung am 04./05.03.2023

## S3-Leitlinie „chronischer Tinnitus – Empfehlung manualmedizinischer und physiotherapeutischer Therapie

Die Deutsche Gesellschaft für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Kopf- und Hals-Chirurgie e.V. veröffentlichte aktuell die S3-Leitlinie „Chronischer Tinnitus“ unter der AWMF-Register-Nr. 017/064.[1]

Unter Ursachen und Komorbiditäten wird auch aufgeführt:

„Die Tinnitusprävalenz ist bei Patientinnen/Patienten mit Schmerzen und Dysfunktionen der Kaumuskulatur, der Kiefergelenke und der Zähne deutlich höher als bei Patientinnen/Patienten ohne craniomandibuläre Dysfunktionen (CMD). Zwischen Tinnitus und CMD scheint eine bidirektionale Beziehung zu bestehen, so dass sie als jeweilige Komorbidität gewertet werden. Der mit CMD und/oder craniocervikalen Symptomen einhergehende Tinnitus wird auch als somatosensorischer Tinnitus bezeichnet und als Subtyp des subjektiven Tinnitus eingeordnet, da in der Regel ein normales Hörvermögen besteht, der Altersdurchschnitt der Patientinnen/Patienten niedriger liegt und Frauen überrepräsentiert sind.“ [2, 3]

Unter 4.1.9. wird eine evidenzbasierte Empfehlung zu Manualmedizinische und physiotherapeutische Therapie ausgesprochen.

„**Evidenzbasierte Empfehlung:** Eine manualmedizinische und physiotherapeutische Therapie sollte bei chronischem Tinnitus angeboten werden, wenn Modulationen des Tinnitus durch komorbide Veränderungen der HWS und des Kauapparates vorhanden sind.

Evidenzstärke: 1b (hoch),

Empfehlungsgrad: Empfehlung Klassifizierung der Konsensusstärke: Konsens (79 %).

Sind Tinnitusmodulationen im Rahmen der orientierenden Basisuntersuchung der HWS und des Kauapparates festgestellt sowie Befunde mittels weiterführender manual-medizinischer Untersu-

chung erhoben worden, die für eine Beteiligung der HWS, Kiefergelenksfunktion und muskulären Triggerpunkten/Dysbalancen sprechen, sollten manualmedizinische und physiotherapeutische Therapien zum Einsatz kommen.

Manualmedizinische und physiotherapeutische Therapien haben auf den Grad der Tinnitus schwere und Beschwerden im Bereich der HWS einen positiven Effekt.

Eine Kombination aus physiotherapeutischer und manueller Therapie neben Patientinnen/Patientenedukation verzeichnet positive Effekte bei Tinnituspatientinnen/patienten mit begleitender craniomandibulärer Dysfunktion. Eine Abstufung des Empfehlungsgrades erfolgt wegen geringer methodischer Strenge und Heterogenität der RCTs.

Eine jüngere systematische Übersichtsarbeit [4] listet u. a. 3 RCTs und verzeichnet positive Ergebnisse für die Anwendung physiotherapeutischer/manueller Techniken im HWS-Bereich, darunter zervikale Mobilisation, myofasziale Techniken und Osteopathie. Die methodische Qualität der inkludierten Studien ist allerdings gering. Die HWS-Therapie kann positive Effekte hinsichtlich des Tinnitus schweregrades verzeichnen und beinhaltet krankengymnastische Übungen sowie Triggerpunktbehandlung. Die methodische Qualität der eingefassten RCTs ist wiederum gering. Ergänzend kommt eine aktuelle RCT [5] mit  $n = 61$  zu dem Ergebnis, dass eine Kombination aus physiotherapeutischer und manueller Therapie (Übungen für craniocervikale und temporomandibuläre Gelenke sowie myofasziale Techniken) nebst Patientinnen/Patientenedukation einen signifikant besseren Outcome hinsichtlich Tinnitus schwere verzeichnet als Physiotherapie nebst Edukation allein.

PICO-Schema manualmedizinische und physiotherapeutische Therapie

P = Patienten/Population	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Patientinnen/Patienten mit Somatotinnitus</li> <li>- mit Beschwerden HWS und/oder Kauapparat</li> <li>- ohne Beschwerden HWS und/oder Kauapparat</li> </ul>
I = Intervention	<ul style="list-style-type: none"> <li>Behandlung mittels</li> <li>- Physiotherapie (PT)</li> <li>- Manualmedizinischer Therapie (MT)</li> <li>- Kombinationen aus PT und MT</li> </ul>
C = Comparison/Alternative zu	<ul style="list-style-type: none"> <li>zu Kontrollgruppe</li> <li>- (Warteliste/zeitversetzte Behandlung</li> <li>- Placebo (Schein-/Pseudotechniken)</li> <li>- Vergleichstherapie</li> </ul>
O = Outcome/Ergebnis	<ul style="list-style-type: none"> <li>Klinische Parameter</li> <li>- Tinnitusbelastung (THI, TFI, VAS)</li> <li>- Komorbiditäten (VAS, NBQ, CF-PDI, BDI-II)</li> <li>- Gesundheitszustand (SF-12)</li> </ul>

Die Leitlinie gibt 321 Literaturquellen an.

L. Beyer, Jena

## Literatur

1. Leitlinie chronischer Tinnitus. AWMF-Register-Nr. 017/064 [https://www.awmf.org/uploads/tx\\_szleitlinien/017-064l\\_S3\\_Chronischer\\_Tinnitus\\_2021-09\\_1.pdf#page59](https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/017-064l_S3_Chronischer_Tinnitus_2021-09_1.pdf#page59)
2. Park B et al (2014) Analysis of the prevalence of and risk actors for tinnitus in a young population. *Otol Neurotol* 35(7):1218–1222
3. Mottaghi A et al (2019) Is there a higher prevalence of tinnitus in patients with temporomandibular disorders? A systematic review and meta-analysis. *J Oral Rehabil* 46(1):76–86
4. Kinne L, Bays LC, Fahlen KL, Owens JS (2019) Somatic tinnitus and Manual Therapy: A Systematic Review. *OJOR Online Jour ORL*. <https://doi.org/10.33552/OJOR.2019.01.000510>
5. Delgado de la Serna P et al (2020) Effects of Cervico-Mandibular Manual Therapy in Patients with Temporomandibular Pain Disorders and Associated Somatic Tinnitus: A Randomized Clinical Trial. *Pain Med* 21(3):613–624

## „Ü45-Gesundheits-Check“ – Modellprojekt startet exklusiv in Münster

- Deutsche Rentenversicherung Westfalen (DRV Westfalen) und das Zentrum für ambulante Rehabilitation (ZaR) Münster mit gemeinsamem Projekt
- DRV Westfalen startet Modellprojekt in Münster für ganz Westfalen
- Im Fokus: Gesundheit und Berufsleben, Prävention und Rehabilitation

Die Deutsche Rentenversicherung (DRV) Westfalen und das Zentrum für ambulante Rehabilitation Münster (ZaR) starten zum Jahresbeginn in Münster gemeinsam ein regionales Modellprojekt zur Gesundheitsvorsorge: den Ü45-Gesundheits-Check. „Unser Ziel ist es, die Gesundheit und somit die Erwerbsfähigkeit von unseren Versicherten zu fördern und möglichst lange zu erhalten“, betont der Erste Direktor der DRV Westfalen, Thomas Keck. Gemeinsam mit dem Ärztlichen Direktor des ZaR Münster, Dr. med. Ingo Liebert, stellt er die Zielsetzung, Inhalte und konkrete Umsetzung des Modellprojekts vor, das zunächst nur für Versicherte der DRV Westfalen hier in Münster quasi als Erprobungslauf angeboten wird.

### Schwerpunkt „Gesundheit und Berufsleben“

Neben der Analyse des allgemeinen Gesundheitsstatus hat der Ü45-Gesundheits-Check drei Schwerpunkte: Zum einen wird untersucht, ob und wie stark die individuelle berufliche Belastung zu gesundheitlichen Problemen führen können; zum anderen, ob und wie andere gesundheitliche Beeinträchtigungen sich auf die Lebensqualität auswirken können. Die dritte Ebene weist von der Bestandsaufnahme nahtlos in die Zukunft: Sollten Gefährdungen oder gar bereits erste Beschwerden diagnostiziert werden, wird der Arzt dem Versicherten am Ende der Untersuchung ganz konkrete Maßnahmen empfehlen: „Das kann einerseits eine Präventionsleistung sein, bei der der Patient trainiert, wie er seinen Körper vor ge-

sundheitlichen Beeinträchtigungen schützen kann. Das kann aber auch eine Reha-Leistung sein, die wir dem Versicherten dann empfehlen“, erklärt Dr. Liebert und ergänzt: „Damit unterscheidet sich der Gesundheits-Check von der DRV Westfalen und dem ZaR Münster deutlich von den bisherigen Check-ups ab dem 35. Lebensjahr, die die gesetzlichen Krankenkassen anbieten. Der neue Ü45-Check hat den klaren Fokus auf Gesundheit und Beruf und seine möglichen Wechselwirkungen. Für die Untersuchung selbst müssen die Versicherten rund 2,5 Stunden Zeit mitbringen. Durchgeführt wird eine intensive körperliche Untersuchung – daneben aber auch eine sozial- und arbeitsmedizinische Bestandsaufnahme. Auch die Ermittlung psychischer und emotionaler Ressourcen fließt mit in die Untersuchung ein. Wichtig: Der Ü45-Gesundheits-Check ist für die Versicherten freiwillig und völlig kostenlos! „Es ist ein reines Angebot, keinerlei Verpflichtung für unsere Versicherten aus Münster“, hebt DRV-Direktor Thomas Keck hervor.

### Erfahrungen in Münster sammeln für ganz Westfalen

Die DRV Westfalen will zusammen mit dem hier ansässigen ZaR modellhaft zunächst ihren Versicherten in Münster diesen Gesundheits-Check anbieten. Aus den hier gewonnenen Erfahrungen soll dann sukzessive ein westfalenweites Angebot entwickelt werden. Dafür werden in Münster die Versicherten der DRV Westfalen in den entsprechenden Jahrgängen ab jetzt sukzessive angeschrieben und zum Ü45-Check im ZaR eingeladen. Neben dem besonderen Gesundheitsservice für die Versicherten soll das Modellprojekt auch für den Rentenversicherungsträger wichtige Erkenntnisse liefern, wie und in welchen Strukturen solch ein Angebot für ganz Westfalen ausgerollt werden kann. „Gerade die Kombination von Gesundheit, beruflichen Belastungsfaktoren und Reha- sowie Präventionskenntnissen verlangt nach besonderer Qualifikation, Erfahrung und organisatorischen Voraussetzungen bei den Partnern, wenn wir mit hohen Fallzahlen an Ü45-Checks in die Fläche gehen“, setzt Thomas Keck auf eine breite Datenbasis durch das Modellprojekt vor Ort in Münster.

### Ziel: Gesünder und länger im Erwerbsleben bleiben

„Die Verlängerung der Lebensarbeitszeit und die steigenden körperlichen sowie psychischen Anforderungen im Beruf lassen viele Menschen daran zweifeln, bis zum Rentenalter berufstätig sein zu können. Oftmals werden leichte Beschwerden ignoriert und zu spät angegangen. Gerade mit zunehmendem Alter steigt das Risiko chronischer Erkrankungen. Regelmäßige Untersuchungen können das Risiko solcher Erkrankungen minimieren und die Erwerbsfähigkeit aufrechterhalten – gerade wenn anschließend bedarfsgerechte Maßnahmen in Anspruch genommen werden“, erläutert Dr. Ingo Liebert. Das Konzept des ZaR Münster für das Modellprojekt der DRV Westfalen enthält diagnostische Anteile aus verschiedenen Bereichen der ambulanten Rehabilitation (Kardiologie, Neurologie, Onkologie, Orthopädie, Psychosomatik), Nachsorge, Heilmittel, Prävention und sozialmedizinische Begutachtung. Das von den Fachärzten geleitete interdisziplinäre Team steht auch bei der Durchführung des im ZaR angebotenen Ü45 Gesundheits-Check zur Seite.

Gesundheit der Versicherten zu fördern, die Arbeitskraft zu erhalten, ein möglichst langes und gesundes Erwerbsleben mit hoher Lebensqualität zu ermöglichen – das sind faktisch die Zielsetzungen, die der Gesetzgeber der gesetzlichen Rentenversicherung mit auf den Weg gegeben hat. „Im Flexirentengesetz wurde nicht nur der Übergang von Arbeitsleben in den Ruhestand flexibilisiert und das „Länger-Arbeiten“ attraktiver gestaltet. Der Gesetzgeber hat uns gleichermaßen die Möglichkeiten eingeräumt und den Auftrag erteilt, mehr für die Prävention unserer Versicherten tun zu können“, verdeutlicht Thomas Keck die gesetzlichen Hintergründe dieses Modellprojekts des hiesigen Rentenversicherungsträgers.

Quelle: [www.deutsche-rentenversicherung.de/Westfalen/DE/Presse/Pressemitteilungen\\_neu/Ueber\\_45\\_Gesundheits\\_Check.html](http://www.deutsche-rentenversicherung.de/Westfalen/DE/Presse/Pressemitteilungen_neu/Ueber_45_Gesundheits_Check.html)

### Kommentar

Manualmediziner können sich angesprochen fühlen, hier mitzumachen. Die Problematik besteht natürlich nicht nur bei Ü45!

Analyse des allgemeinen Gesundheitszustandes:

- wie stark kann die individuelle berufliche Belastung zu gesundheitlichen Problemen führen;
- wirken sich andere gesundheitliche Beeinträchtigungen auf die Lebensqualität aus und wenn ja, wie;
- sollten Gefährdungen oder gar bereits erste Beschwerden diagnostiziert werden: Empfehlung konkreter Maßnahmen durch den Arzt am Ende der Untersuchung

Vielleicht sollte die DGMM einen eigenen Vorschlag in diese Richtung erarbeiten (praktikabel für die Hausarzt- und einige FA-Praxen, vorwiegend für die Manualmediziner darunter)?

Die Voraussetzungen sind vorhanden, relevante **funktionelle Tests und Test zu konditionellen Fähigkeiten** zusammenzustellen, die auch den zeitlichen Rahmen nicht sprengen. Die Kompetenz ist vorhanden, sowohl was die Beratung als auch was die Empfehlung zur nachfolgenden Prävention angeht.

L. Beyer, Jena

## „Wir haben in Mecklenburg-Vorpommern auf die transsektorale Versorgung gesetzt“

Seit nunmehr 20 Jahren ist Dr. Kay Niemier als Mediziner in der Schmerztherapie tätig. Nach einem Medizinstudium an der Humboldt Universität in Berlin, Weiterbildungen in den Bereichen Manuelle Medizin, Naturheilverfahren sowie Spezielle Schmerztherapie und Stationen in London, Sommerfeld, Hamm und Hamburg, ist der Schmerz-Experte vor vier Jahren als Chefarzt nach Mecklen-



© Sabine Oesterlin

▲ Chefarzt Dr. Kay Niemier

burg-Vorpommern gegangen und hat im dortigen Westmecklenburg Klinikum Helene von Bülow mit seinem Team eine regionale Versorgungslücke geschlossen. Frau Kompatzki (Pressebüro ANOA) sprach mit ihm über regionale Gegebenheiten, multimodale Therapiekonzepte nach ANOA (Arbeitsgemeinschaft nicht operativer orthopädischer manualmedizinischer Akutkliniken) und das besondere Angebot in Hagenow für Patientinnen und Patienten mit Schmerzen am Bewegungssystem.

*Herr Dr. Niemier, seit 2018 leiten Sie als Chefarzt am Westmecklenburg Klinikum Helene von Bülow das Schmerz- und Rückenzentrum. Was hat Sie dazu veranlasst, das Rückenzentrum Am Michel in Hamburg zu verlassen und nach Hagenow zu gehen?*

**Dr. Kay Niemier:** Die Gründe hierfür waren durchaus vielschichtig. Vor allem aber war zu diesem Zeitpunkt offenkundig, dass Mecklenburg-Vorpommern, was multimodale Therapiekonzepte betraf, deutlich unterversorgt war.

Dazu einige Zahlen: Dass die Anzahl der Patientinnen und Patienten, die unter Beschwerden am Bewegungssystem leiden, in den vergangenen Jahren kontinuierlich gestiegen ist, ist bekannt. Statistiken zufolge sprechen wir hier von gut zwei Millionen gesunden Lebensjahren, den so genannten disability adjusted life years, die der Gesamtbevölkerung in Deutschland aufgrund von Rückenschmerzen verloren gehen. Tragisch für jeden Einzelnen, der Tag für Tag mit zum Teil sehr starken Schmerzen konfrontiert ist, und tragisch für unser Gesundheitssystem und unsere Wirtschaft. Schließlich entstehen dabei – insbesondere durch Arbeitsunfähigkeiten und Produktionsausfälle – Gesamtkosten von etwa 4,5 Milliarden Euro, die wir als Gesellschaft stemmen müssen. In Mecklenburg-Vorpommern ist der Anteil der Patientinnen und Patienten, die unter Beschwerden am Bewegungssystem leiden, Studien zufolge besonders hoch: 730 Menschen pro 100.000 Einwohner sind dort davon betroffen. In Hamburg hingegen sind es statistisch betrachtet nur 560, in Berlin 610 von 100.000 Einwohnern, die unter Rückenschmerzen leiden. Gleichzeitig ist Mecklenburg-Vorpommern im Bereich der tatsächlich erfolgten multimodalen Schmerztherapien mit einem Anteil von lediglich sechs Prozent alles andere als gut aufgestellt: Nur das Saarland steht mit zwei Prozent noch schlechter da, der Bundesdurchschnitt liegt bei 12 %. Die Notwendigkeit im Bundesland Mecklenburg-Vorpommern mit einem hohen Anteil an Rückenschmerzpatienten wäre jedoch eigentlich eine andere gewesen. Der Geschäftsführer am Klinikum Helene von Bülow, Dr. Volker Schulz, hat diese Versorgungslücke in der Region damals erkannt, mit mir Gespräche dazu geführt und mich nach Hagenow geholt.

*Seitdem ist viel passiert und rund vier Jahre später nimmt das Westmecklenburg Klinikum Helene von Bülow im Bundesland Mecklenburg-Vorpommern bei der Behandlung von Schmerzen am Bewegungssystem eine Vorreiterrolle ein. Woran liegt das?*

**Niemier:** Wir haben klein angefangen, zunächst im November mit der Ambulanz, 2019 dann mit der stationären Versorgung und wiederum sechs Monate später mit unserer Tagesklinik. Dabei haben wir von Beginn an auf die transsektorale Versorgung gesetzt, womit wir uns eindeutig von anderen Kliniken unterscheiden. Denn grundsätzlich ist das deutsche Gesundheitssystem ja in Sektoren geteilt – ambulant, stationär und Reha – bei denen die Grenzen ausgesprochen starr sind und Patienten, wenn sie beispielsweise vom stationären Aufenthalt in die Reha wechseln möchten, häufig mit langen Wartezeiten zu rechnen haben. Diese Aufteilung nach Versorgungsgrenzen ist nach meiner Erfahrung ein zentrales Problem, schließlich wäre es doch viel sinnvoller, im Gesundheitswesen stattdessen nach medizinischen Inhalten zu strukturieren. In unserer Klinik haben wir dies erfolgreich umgesetzt und den ambulanten Bereich, die Tagesklinik sowie die stationäre Versorgung eng miteinander verbunden.

*Wie genau läuft das in der Praxis ab?*

**Niemier:** Der Patient bzw. die Patientin wird zunächst in unserer Ambulanz untersucht, bei dem einstündigen Assessment wird besprochen, was er bzw. sie hat, es werden Befunde betrachtet und entschieden, wie eine erfolgreiche Therapie aussehen kann. Dann bestehen verschiedene Möglichkeiten der Behandlung. a) Können wir ambulant einen Behandlungsversuch unternehmen. Sollte dieser nicht ausreichen, wird der Patient von einem multiprofessionellen Team untersucht und weitere Therapien, beispielsweise eine interdisziplinäre multimodale Schmerztherapie in der Tagesklinik oder stationär eingeleitet. Anschließend verfügen wir zudem auch über die Möglichkeit, den Patienten oder die Patientin ambulant weiterzubetreuen. Im Zuge dieser fortlaufenden Behandlung können wir dann beispielsweise kontrollieren, ob unsere Therapieverschlüsse umgesetzt wurden oder ob die weitere Unterstützung des Patienten notwendig ist. Ein großer Vorteil: Wir haben dann zugleich auch eine Qualitätskontrolle bis zu sechs Monate nach der Therapie und nicht nur am Entlassungstag. Abschließend gesagt: So wie wir arbeiten, wie bei uns die ambulante Versorgung, der stationäre Bereich und die Tagesklinik ineinandergreifen, das ist in Mecklenburg-Vorpommern einmalig.

*Aber es gibt doch entsprechende Angebote in der Region ...*

**Niemier:** Natürlich gibt es in Mecklenburg-Vorpommern in jedem Bereich entsprechende Angebote – zum Beispiel eine Schmerztagesklinik oder verschiedene ambulante Angebote – aber die Kombination mit dem Schwerpunkt Bewegungssystem, die wir für unsere Patienten vorhalten, die existiert in unserem Bundesland ansonsten nicht. Dabei ist diese Kombination optimal, um gerade in strukturschwachen Regionen mit weiten Fahrtwegen zum nächsten Arzt und schlechter Infrastruktur Bürgerinnen und Bürgern eine hochqualifizierte Versorgung zu ermöglichen. Rund 6000 Patientinnen und Patienten haben in den letzten Jahren das Schmerz- und Rückenzentrum besucht und von genau diesem Angebot profitiert.

*Ergänzend hierzu ist Ihre Klinik ja auch Mitglied der ANOA, also der Arbeitsgemeinschaft nicht operativer orthopädischer manualmedizinischer Akutkliniken, und arbeitet nach dem ANOA-Konzept. Welchen Vorteil sehen Sie als Schmerzexperte darin?*

**Niemier:** Einen ganz entscheidenden Vorteil. Der ANOA geht es schließlich darum, auf Grundlage einer strukturierten multiprofessionellen Diagnostik für jeden Patienten ein individualisiertes Therapiekonzept mit verschiedenen Behandlungskombinationen zu erarbeiten und umzusetzen. Sämtliche multifaktoriellen Aspekte, die dazu beigetragen haben, dass ein einfaches Rückenproblem sich zu komplexen Beschwerden am Bewegungssystem entwickelt, werden dabei berücksichtigt. Also zum Beispiel funktionelle Probleme wie Störungen in der Muskulatur, psychosoziale Probleme wie Depressionen und Angst oder Veränderungen der Schmerzmodulation, die sich bei chronischen Schmerzen oftmals entwickeln und im Zuge einer Behandlung daher unbedingt mitbetrachtet werden müssen. In der Folge erhält der Patient unter Einbeziehung all dieser Faktoren eine ANOA-Behandlung, die auf ihn zugeschnitten und somit nachhaltig wirksam ist.

*Das klingt nach einem ausgesprochen effizienten Behandlungskonzept.*

**Niemier:** Richtig. Doch leider ist diese interdisziplinäre multimodale Diagnostik bei der Rückenschmerzbehandlung, trotz sehr erfolgversprechenden Ergebnissen und der nachhaltigen Verbesserung der Funktionsfähigkeit und der Lebensqualität vieler Patienten, noch nicht weit genug verbreitet. Im Gegenteil: Die Wahl der Diagnostik- und Therapiemethoden wird in der Regel noch immer von der Fachrichtung und der Präferenz des jeweiligen Arztes oder Therapeuten bestimmt. Beim Neurochirurgen erhält der Patient demnach eine Injektion, eine MRT oder eine Operation, beim Schmerztherapeuten möglicherweise ein Opiat, beim Facharzt für Psychosomatik vielleicht ein Gespräch und beim Neurologen die Diagnostik. – Vollkommen unterschiedliche Behandlungen. Dabei sollte es doch für uns Ärzte im Kern darum gehen, Befunde zu erheben, diese zu bewerten und dann eine individualisierte Therapie zu erstellen. Mein Wunsch wäre es daher, für alle Patientinnen und Patienten mit Erkrankungen des Bewegungssystems flächendeckend in der gesamten Bundesrepublik und mit leichten regionalen Anpassungen von Bundesland zu Bundesland eine transsektorale Versorgung mit ambulanter multiprofessioneller Diagnostik und Therapie etablieren zu können.

*Da ist mit dem ANOA-Verbund, deren 32 Mitgliedskliniken Patienten mit komplexen Erkrankungen am Bewegungssystem in interdisziplinären Teams und nach einem ganzheitlichen Behandlungsansatz behandeln, ja schon ein guter erster Schritt getan ...*

**Niemier:** Was die interdisziplinäre Diagnostik betrifft, so sind die ANOA-Kliniken in der Tat schon sehr gut aufgestellt, keine Frage. Umso mehr freut es mich, dass in jüngster Zeit bei uns im Verbund auch über eine Erweiterung des Konzeptes in Form von tagesstationärer multimodaler Behandlung nachgedacht wird. In unserer Klinik waren wir bereits früh der Auffassung, dass nicht alles stationär erfolgen muss, haben daher die teilstationäre Behandlung von Anfang an in unser Behandlungskonzept mit aufgenommen

und damit gute und nachhaltige Ergebnisse erzielt. Andere ANOA-Kliniken – in Hamm und Sommerfeld beispielsweise – haben sehr ähnliche Erfahrungen gemacht. Auf der letzten Präsidiumssitzung der ANOA wurde aufgrund aktueller Erfordernisse nun beschlossen, in einer gemeinsamen Arbeitsgruppe ein tagesklinisches teilstationäres Therapieprogramm mit einem entsprechenden Konzeptentwurf zu erarbeiten. Ziel soll natürlich auch sein, ähnlich wie bei der stationären Behandlung, eine tagesklinische Abrechnungsmöglichkeit zu schaffen. Im Fokus all dieser Überlegungen wird aber vor allem eines stehen: der Patient mit seinen Bedürfnissen.

*Ich danke Ihnen für das Gespräch!*

## Buchbesprechung

# Schmerztherapie ohne Medikamente. Leitfaden zur endogenen Schmerzhemmung für Ärzte und Therapeuten

Wolfgang Laube

2022 Springer e-book: ISBN: 978-3-662-63846-0;

softcover: ISBN: 978-3-662-63845-3;

429 Seiten; zahlreiche Abb., Tab. und Lit., Stichwortverzeichnis



Der Autor ist uns bereits von seinen anderen Büchern zum sensorimotorischen System und zu „Sensomotorik und Schmerz“ bekannt. Auch in dem neuen vorliegenden Werk kombiniert er sein theoretisches Wissen und seine Erfahrung als Physiologe und Sportmediziner mit den klinischen praktischen Erkenntnissen und Bedürfnissen aus Sicht des Orthopäden und Manualmediziners.

Im Geleitwort heißt es: „Seit Jahrzehnten reden viele von der so genannten ganzheitlichen Medizin. In diesem Buch werden aus Sicht des orthopädischen Praktikers die unverzichtbaren physiologischen Bausteine und Prozesse benannt, die diese Betrachtungsweise einer **funktionellen Medizin** umsetzbar machen“ (U. Froberg).

Das Buch gliedert sich in 4 Teile:

- Chronische Erkrankungen und Schmerzen
- Physiologische Grundlagen der Schmerzhemmung und Diagnostik
- Die therapeutischen Bausteine der „regulatorischen“ Schmerztherapie und ihre Wirkungen
- Einführung in die Praxis der „regulatorischen“ Schmerztherapie bei chronischen Schmerzsyndromen verschiedener Ursachen

Bereits der Beginn wird mit der Feststellung: „primär chronisch degenerative Erkrankungen: ein Lifestyle-Produkt“ auf die durchaus beeinflussbaren Risiko- und Verstärkungsfaktoren für chronisch degenerativ bedingte Erkrankungen und die daraus entwickelten Schmerzsyndrome hingewiesen. Hier beginnt der rote Faden des Buches, die Kausalkette: chronische physische Inaktivität – Dekonditionierung mit Verlust der Strukturpflege – Adipokine überwiegen die Myokine – low grade inflammation – disease of physical inactivity mit peripherer und zentraler Schmerzsensibilisierung.

Der zweite Teil widmet sich der Schmerzempfindlichkeit und endogenen Schmerzhemmkapazität sowie ihrer Diagnostik. Für die Schmerzhemmung steht physiologisch die konditionierte Schmerzmodulation als Zwischenglied zwischen Nozizeption (peripher) und Schmerzwahrnehmung (zentral). Auf ihre Bedeutung bei unterschiedlichen Beschwerden und Schmerzen wird ausführlich mit abschließender Betonung der „exercise induced hypoalgesia“ als Integration sensomotorischer Beanspruchung in die Schmerzhemmungsmechanismen und damit in die nicht pharmakologische Schmerztherapie eingegangen. Die Bedeutung dieser physiologischen Grundlagen und die komplexen Wirkungen der therapeutischen Maßnahmen mit ihren passiven Bausteinen, zu denen auch Mobilisation und Weichteiltechniken gehören, und den aktiven Bausteinen zur langfristigen anti-nozizeptiven peripheren und zentralen Reorganisation als regulative Schmerzbehandlung werden für die Prävention, Kuration und für die Rehabilitation beschrieben. Komponenten der multidisziplinären Schmerztherapie und die Hauptrisikofaktoren für eine Chronifizierung sind in ihrem Zusammenwirken auf den einzelnen Funktionsebenen des inneren Milieus, der konditionellen Voraussetzungen und der zentralnervalen Kontroll- und Koordinationsebene werden ausführlich anhand vieler experimenteller und klinischer Ergebnisse (mit Quellenangabe) belegt, mit anschaulichen Tabellen übersichtlich gegliedert und detailliert beschrieben.

Die in den ersten drei Teilen dargelegten neuen wissenschaftlichen und praktischen Erkenntnisse zu Nozizeption und Schmerzwahrnehmung führen logischerweise zu neuen Denkansätzen und praktischen Vorgehensweisen in der Diagnostik und Therapie bei Schmerzen und Funktionsstörungen am muskuloskelettalen System. Dies bezieht sich sowohl auf die Anamnese und manuelle Befundaufnahme nach dem Motto „man sucht, sieht, findet, erkennt und bewertet nur das, worüber man Wissen und praktische Erfahrungen erworben hat“ wie auch für die einzelnen schmerzrelevanten hands-on Behandlungstechniken im Rahmen einer Therapiekette mit inklusivem Gesundheitstraining

„Die heute leider oft so oberflächlich gewordene symptom- und nicht mehr ursachenorientierte praktische Medizin bekommt

mit diesem Buch ein Handwerkszeug, jeden Patienten wieder als ‚lohnende‘ Herausforderung anzusehen und detektivisch kausale Zusammenhänge zu identifizieren und diese physiologischen/pathophysiologischen Erkenntnisse therapeutisch zu nutzen!“ U.Frohberger.

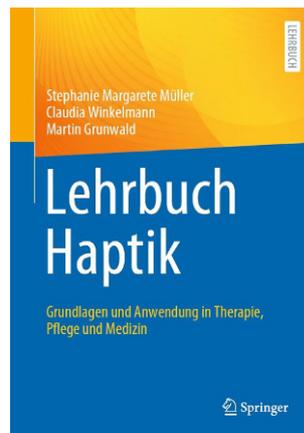
L. Beyer, Jena

## Buchbesprechung

# Lehrbuch Haptik. Grundlagen und Anwendung in Therapie, Pflege und Medizin

Müller S. M., Winkelmann C., Grunwald M.  
 Springer 2022 ISBN 978-3-662-64011-1; ISBN  
 978-3-662-64012-8 (eBook); <https://doi.org/10.1007/978-3-662-64012-8>

330 Seiten, Abbildungen, Tabellen, Glossar, Stichwortverzeichnis



Aktives „Begreifen“ und „berührt sein“ begleitet unser Leben, unser gesamtes Werden und Entwickeln. Berührung hat nicht nur als aktive Sinneswahrnehmung sondern auch in unseren psychischen und sozialen Beziehungen einen wichtigen Platz.

Auch in der Industrie spielt haptische Wahrnehmung in Anbetracht der Vielfalt neuer Materialien und Oberflächen zunehmend eine Rolle bei der Gestaltung von Form und Oberflächen täglich genutzter Gegenstände.

flächen täglich genutzter Gegenstände.

Aus diesen Bedürfnissen und den in den letzten Jahrzehnten gewachsenen neuen Erkenntnissen sowie eigenen Forschungsergebnissen zur Physiologie und Psychologie der Haptik, – Haptik als Fachbezeichnung des interdisziplinären Wissenschaftsgebiet, das sich mit der Erforschung des Tastsinnessystems (haptischen Systems) des Menschen befasst –, leiteten die Autoren die Notwendigkeit für ein umfangreiches „Lehrbuch Haptik“ ab.

Das einleitende Kapitel „Wahrnehmungsdimensionen des haptischen Systems“ befasst sich mit den Wahrnehmungsprozessen der drei einzelnen oder kombinierten exterozeptiven, propriozeptiven und interozeptiven Prozessen, einschließlich der Schmerz- und Temperaturwahrnehmung, Diese beeinflussen sich gegenseitig und sind mit den psychologischen Prozessen (z. B. Bewertungen,

Erwartungen, Emotionen) verknüpft. Daraus ergibt sich letztlich unser Körperschema und unser Körperbild (Unterschiede und Zusammenhänge werden erläutert). Besonders eingegangen wird auf die Störungen des Körperschemas (körperdismorphe Störungen, body integrity identity disorder) für die bisher diese Zusammenhänge wenig Beachtung fanden.

Das Kapitel „Anatomische und physiologische Grundlagen“ widmet sich den Rezeptoren (Sensoren) und der neuronalen Reizverarbeitung, wobei hier auf die Bedeutung des Bindegewebes, des endokrinen und Immunsystems eingegangen wird.

Anschließend werden Störungen der Tastsinneswahrnehmung im Zusammenhang mit Wahrnehmungsschwellen beschrieben, beginnend mit der Entwicklung der Haptik in utero und neonatal, fortgesetzt mit den ersten Lebensjahren, in der Kindheit und Jugend sowie im weiteren Altersgang. Störungen sind gegliedert in Läsionen und Degeneration sowie bei psychiatrischen Erkrankungen. Das Beispiel Anorexia nervosa wird anhand eigener Ergebnisse speziell beschrieben.

Nach dieser ausführlichen Beschreibung der Sinnes- und Wahrnehmungsfunktionen der Haptik kommen fünf Kapitel, die sich mit der Umsetzung der theoretischen Erkenntnisse in die Praxis der Tastspezialisten (Manualmediziner, Physiotherapeuten, Hebammen), die sich mit den Einflüssen der Berührung auf die körperliche und geistige Entwicklung auseinandersetzen, beschäftigen. Zwischen diesen beiden großen Teilen des Lehrbuches steht das Kapitel „Testung, Trainierbarkeit und Rehabilitation“. Sinneswahrnehmungen sind Fähigkeiten, Fähigkeiten können trainiert werden. Von Bedeutung für die Beurteilung haptischer Eindrücke erscheint die Frage nach der Trainierbarkeit der manuellen Wahrnehmungsschwelle für bestimmte Berufsgruppen und Freizeitbeschäftigungen in Rehabilitation und bei Entwicklungsstörungen sowie bei den oben genannten Störungen von Körperschema und Körperbild. Dieses umfangreiche Kapitel beginnt mit Trainingserfolgen bei Gesunden, bei Schlaganfallpatienten und Alterserkrankungen und stellt anschließend die Palette der Test- und Trainingsverfahren vor. Einen besonderen Abschnitt bildet ein Propädeutikum zur aktiven Tastsinnesleistung im Rahmen der Aus- und Weiterbildung, z. B. für Physiotherapeutinnen, Hebammen, Ergotherapeutinnen u. a.

Das Kapitel „Psychologische Aspekte der Berührung“ beinhaltet ethische Aspekte und verweist darauf, dass diagnostische, therapeutische und pflegerische Berührungen erforderliche Voraussetzung für ein Gelingen der Behandlung sind. Kulturelle und religiöse Unterschiede, Erwartungs- und Geschlechtseffekte, Emotionen und Intentionen spielen bei allen Aspekten einer Berührung eine entscheidende Rolle. Insgesamt wird das breite Feld der Behandler-Patientenbeziehung, der nonverbalen Kommunikation analysiert und Tipps für Praxis und Lehre gegeben. Erwähnt sei auch der interessante Exkurs zum „Embodiement“ einem sozial- und kognitionspsychologischen Forschungsfeld, das untersucht, wie der Körper das Denken, Sprechen und Fühlen beeinflusst und von diesem beeinflusst wird. Gerade dieses Kapitel enthält so viele praxisrelevante Aspekte, dass diese hier nicht alle aufgezählt werden können, wie z. B. Körperhaltung, soziale Isolation, emotionale Berührung, soziale Robotik uvm.

Effekte von Berührung und manueller Techniken sollen im Schwangerschaftsverlauf die Hauptrisikofaktoren (psychosozialer

Stress, Angst und Depressionen) während einer Schwangerschaft positiv beeinflussen. Dieser Problematik ist ebenfalls ein ganzes Kapitel gewidmet. Die wachsende Anzahl der Frühgeburten in der modernen Gesellschaft und die damit verbundene Fürsorge um die Entwicklung dieser Frühgeborenen ist Gegenstand der Bedeutung nachgeburtlichen Körperkontaktes. Ein biologisches Wirkungsmodell des Körperkontakts bei Frühgeborenen wird vorgestellt.

Das abschließende Kapitel „Berührung ein Lebensmittel: Einfluss auf die körperliche und geistige Gesundheit“ fasst gewissermaßen noch einmal die ubiquitäre Bedeutung, die Effekte und lebenslange Beachtung von Berührung und Berührtsein zusammen, wobei Berührungsinterventionen bei verschiedenen Erkrankungen einen großen Raum haben.

Das Lehrbuch ist umfangreich und aussagekräftig bebildert. Es gibt ein Glossar und ein Stichwortverzeichnis und keinen Mangel an relevanten Quellnachweisen. Es ist zudem außerordentlich gut gegliedert, die einzelnen Kapitel können auch einzeln in beliebiger Reihenfolge verständlich gelesen werden, der Inhalt ist trotz des hohen wissenschaftlichen Gehalts gut verständlich.

Zur Thematik „Haptik“ gibt es kein anderes Buch, welches das vorliegende (Lehr-)Buch ersetzen könnte. Ohne zu übertreiben kann der Rezensent das Buch allen Studierenden und Beschäftigten in den Natur- und Lebenswissenschaften (Medizin und Trainingswissenschaft gehören dazu) empfehlen. Diese wiederum sollten es ihren Patienten zur Betreuung Anvertrauten empfehlen.

Da „haptische Eindrücke“ den Wert von Gebrauchsgegenständen beeinflussen, kann das Buch auch für Entwickler und Designer von Interesse sein.

**L. Beyer, Jena**