



MWE

Ärztseminar für
Manuelle Medizin

Deutsche Gesellschaft
für Manuelle Medizin

MWE AKTUELL

Ausgabe 01 / 2023

SAVE THE DATE!
MWE Jahrestagung in Münster
29.09. - 30.09.2023

**Themen: Jahrestagung · Kongresse · Ärztliche Osteopathie ·
Kursjournal · MWE News · Rückblick**

Multidisziplinär · Wissenschaftlich · Effizient · www.manuelle-mwe.de



Prof. Dr. Hermann Locher, Quelle: Privat

Liebe Kolleginnen und Kollegen, liebe Freunde der MWE,

der viel zitierte Silberstreif am Horizont ist nach den schweren Corona-Jahren in bester Manier aufgeschieden und lässt uns neuen Optimismus, Kraft und Motivation verspüren. Mit Freude nehmen wir anhaltendes und steigendes Interesse an unseren Weiterbildungskursen Manuelle Medizin, an osteopathischer Fortbildung und an physiotherapeutischen Aktivitäten wahr. Natürlich muss dazu gesagt werden, dass nur intensivste Arbeit aller Verantwortlichen in der MWE ermöglicht hat, die schwere Zeit zu überbrücken, und so den Boden geschaffen hat für neue intensive Aktivitäten.

Herausragendes Ereignis in 2023 war der manualmedizinische Kongress in Leipzig im April, wo wir wieder alle drei DGMM Seminare und sowohl die Österreichischen und Schweizer Gruppierungen unter ein Dach bringen konnten und auch unter der Ko-Schirmherrschaft der ESSOMM (European Scientific Society of Manual Medicine) Vertreter der IAMMM (International Academy of Manual / Muskuloskeletal Medicine) nach langwährender Abstinenz wieder als Gäste begrüßen durften.

Die konsequente Umsetzung zweisprachiger Performance wurde noch nicht so umfangreich angenommen wie erhofft, bleibt aber jedenfalls wegweisend für weitere derartige Projekte. Zahlreiche Stimmen im Nachgang wünschen sich eine Neuauflage in zwei Jahren, wobei es dann nach unseren heutigen Erfahrungen noch praktischer und Hands-on-technischer zugehen wird.

Vorstand und Vollversammlung der MWE haben sich nach langer und ausführlicher Diskussion einschließlich der Herstellung von Pilotmedien gegen die Einführung von Blended Learning entschieden. D. h. die MWE vermittelt keine anrechnungsfähigen Inhalte zur ZWB auf elektronischem Wege. In dieser Haltung werden wir auch von zahlreichen Kursanten bestätigt, die unwidersprochen die praktisch-physische Manualität ganz in das Zentrum des gemeinsamen Anliegens rücken.

Wir haben wieder versucht, viele Ereignisse der vergangenen Monate journalistisch aufzuarbeiten und geben ein breites Bild unserer umfangreichen Aktivitäten. Besonders ans Herz legen möchten wir Ihnen die Abstracts der Beiträge in Leipzig und den Ausblick auf die Themen unserer Jahrestagung 2023 in Münster. Wieder einmal verlassen wir das Mutterhaus der MWE in Isny, um unseren geschätzten Kolleginnen und Kollegen aus dem Norden entgegenzukommen! Herzliche Einladung zum 29. und 30. September ins Mövenpick Hotel in Münster ergeht hiermit!

Einen Supersommer in Gesundheit und Lebensfreude wünscht im Namen des gesamten MWE Teams

Ihr Hermann Locher

Prof. Dr. med. Hermann Locher
1. Vorsitzender der MWE
Dr. Karl Sell Ärzteseminar e. V. / DGMM

MWE Jahrestagung 2023 in Münster

29.09. - 30.09.2023

Thema: Muskulatur und Faszien

Wissenschaftliche Leitung: Dr. Michaela Habring, Dr. Horst Moll, Prof. Dr. Hermann Locher

Kostenfreie Teilnahme
für unsere Mitglieder

CME-zertifiziert

Wissenschaftliches Programm

Samstag, 30. September

BLOCK 1

Vorsitz: K. Famler, F. Wagner

9:00 bis 10:30 Uhr

Begrüßung und Einführung in das Thema / H. Locher (10 Min.)

Muskel- und Faszien Sonographie – Die Sonoelastographie als Mehrwert für den Manualtherapeuten?!

V. Carrero (20+5 Min.)

Muskelläsion funktionell/strukturell im Leistungssport – neue Erkenntnisse durch Künstliche Intelligenz?

F. Hinterwimmer (20+5 Min.)

Die myofasziale ESWT zur Diagnostik und Therapie beim chronischen Low Back Pain – Studienergebnisse eines RCT

H. Müller-Ehrenberg (20+5 Min.)

BLOCK 2

Vorsitz: M. Habring, J. Lemke

11:00 bis 12:30 Uhr

Update neuro-muskuläre Dysbalancen – müssen wir uns von lieb gewonnenen Modellen verabschieden?

J. Freiwald (20+5 Min.)

Update Faszien in Sport und Medizin. Was ist neu – was hat Bestand?

J. Freiwald (30+5 Min.)

MWE App / S. Schemel (10+5 Min.)

Aktuelle politische Themen / H. Locher (10+5 Min.)

Kontakt & Informationen

Organisation

Simone Sohler / Dr. Michaela Habring /
Prof. Dr. Hermann Locher

MWE Zentrale

Riedstr. 5, 88316 Isny
Fon: 0 75 62 / 97 18-0, Fax: -22
E-Mail: sohler@manuelle-mwe.de
www.manuelle-mwe.de

Anmeldung zur Jahrestagung 2023
auf der MWE-Homepage möglich.
www.manuelle-mwe.de

Workshops (Parallelveranstaltungen)

Freitag, 29.09. und Samstag, 30.09.2023

Freitag, 29.09.

16:00 bis 17:30 Uhr

Impulsmanipulation und Mobilisierung Kopfgelenke

H. Moll, R. Hunter

Muskeldysbalance-Ansätze zur Diagnostik und Therapie aus der Sportosteopathie

R. Pesch, S. Giesswein

SIG Hands-On und kritisch beleuchtet

R. Klett, J. Lemke

Samstag, 30.09.

14:00 bis 15:30 Uhr

Impulsmanipulation und Mobilisierung untere HWS

P. Wittich, R. Seemann

Osteopathische Behandlung der Muskulatur an der oberen Extremität

J. Schäfer, P. Kramme

Muskulatur in der täglichen Praxis

M. Killisch, H. Schnell

Änderungen vorbehalten.

Mitgliederversammlungen

Samstag, 30. September

MWE-Mitgliederversammlung

16:00 Uhr Tagesordnung

TOP 1: Bericht des 1. Vorsitzenden

TOP 2: Bericht des Leiters der Sektion
Weiter- und Fortbildung

TOP 3: Bericht des Schatzmeisters

TOP 4: Bericht der Kassenprüfer

TOP 5: Entlastung des Vorstandes

TOP 6: Verschiedenes

DGMM-Mitgliederversammlung

17:30 Uhr

Tagungshotel:

Hotel Mövenpick
Kardinal-von-Galen-Ring 65, 48149 Münster
Telefon: +49 251 890 20
E-Mail: hotel.muenster@movenpick.com

Europäischer Kongress Manuelle Medizin

20.-22. April 2023 - Leipzig

European Congress of Manual Medicine



Funktionsstörungen und Schmerz – Hintergründe und hands-on

20. - 22.04.2023, Leipzig

Der gemeinsam von den drei deutschsprachigen Manualmedizin-Gesellschaften in Zusammenarbeit mit der European Scientific Society of Manual Medicine (ESSOMM) und der International Academy of Manual/Musculoskeletal Medicine (IAMMM) organisierte Kongress wurde erfolgreich mit über 200 Teilnehmern in Präsenz und 50 virtuell zugeschalteten Teilnehmern abgeschlossen. Die Einschätzungen durch die Teilnehmer ergibt ein durchweg positives Bild.

Nach der coronabedingten Pause bestand die Notwendigkeit nach einer Bestandsaufnahme der Entwicklung in den letzten Jahren und der Wunsch nach persönlichem Erfahrungsaustausch. Das große Klammerthema „Funktionsstörungen und Schmerz“ vereinigte die beiden

großen theoretischen und klinisch-praktischen Ansätze der Manuellen Medizin. Dabei verdeutlichen die präsentierten wissenschaftlichen Ergebnisse und Erkenntnisse, dass sich beide Ansätze immer mehr einander annähern. Dr. Bernard Terrier von der Schweizerischen Ärztesellschaft für Manuelle Medizin (SAMM) konnte in seiner Begrüßung diese Entwicklung beschreiben und konstatieren, dass Schmerz und Funktionsstörung nicht mehr voneinander getrennt gesehen werden können.

Erwähnt sei besonders der Beitrag von Prof. Karl Meßlinger vom Physiologischen Institut der Uni Erlangen zur klinischen Relevanz neuerer Ergebnisse aus der Schmerzforschung, oder auch die zahnärztlichen Aspekte zu den temporoman-

dibulären Dysfunktionen von Prof. Karsten Kamm aus dem Plenum „Manuelle Medizin im kranialen Feld/CMD“.

Eine Plenarsitzung wurde zum Thema „Die schmerzhafteste Funktionsstörung im klinischen Alltag“ gestaltet, eine weitere zum Themenkreis: „Manuelle Medizin – aktive Therapie, Patient Education und Motivation“.

Zusammenfassend kann eingeschätzt werden, dass der Kongress in Leipzig wichtige Beiträge zur wissenschaftlichen Manifestation der Manuellen Medizin geleistet hat. Allen Mitwirkenden am Erfolg des Kongresses sei hier nochmals herzlicher Dank ausgesprochen.

L. Beyer

The Nature of Segmental Dysfunction

University College London Hospitals NHS Trust, London, UK

Intro

Segmental dysfunction is a medical term used to describe physical changes within the musculoskeletal system that represent a combination of biomechanical, nociceptive and autonomic responses to pain or injury. This is particularly useful for pain along the spinal axis. Recognising the clinical features of segmental dysfunction can help manual medicine clinicians for both diagnostic and therapeutic purposes.

Discussion

The pathophysiological principles that underpin segmental dysfunction extend to a variety of processes, including peripheral and central sensitisation, local inflammation and neuroinflammation,

autonomic and segmental responses, as well as neurobiology and neuropsychology. This complexity reflects the multifactorial nature of musculoskeletal pain, and poses a significant diagnostic and therapeutic challenge.

However, the well-defined physical features of segmental dysfunction, with its triad of joint hypomobility, tissue changes and asymmetry, provide clinicians with a clear structure to navigate the clinical assessment and therapeutic plan. This makes segmental dysfunction a useful diagnostic and therapeutic tool in manual medicine, allowing clinicians to directly target the physical manifestations of musculoskeletal pain.

Conclusions

Segmental dysfunction is an important model that bridges the complex aetiology of musculoskeletal pain and its distilled clinical features. It is therefore a key instrument in the toolbox of manual medicine clinicians, as it facilitates clinical assessment and guides the manual medicine approach to treat musculoskeletal pain and restore normal function.

Nonetheless, the pathophysiological complexity of musculoskeletal pain should not be overlooked, and clinicians must maintain a holistic approach to provide good quality clinical care.

M. Bernardotto

Neue Erkenntnisse in der Schmerzforschung und ihre klinische Relevanz

Vortrag von Karl Meßlinger, DGMM, Leipzig 2023

Bei der Betrachtung neuer Erkenntnisse der Schmerzforschung sollte man unbedingt die bahnbrechenden Arbeiten der beiden Nobelpreisträger für Physiologie oder Medizin 2021, David Julius und Ardem Patapoutian erwähnen.

Obwohl deren Schlüsselarbeiten nicht mehr ganz so neu sind, so haben diese bis heute Generationen von Wissenschaftlern inspiriert, sich mit den Transduktionsmechanismen der Somatosensorik zu beschäftigen, welche insbesondere auch für die Nozizeption und Schmerzentsstehung von großer Bedeutung sind. Die Arbeitsgruppe um David Julius hat vor gut 25 Jahren zum ersten Mal einen Transduktionskanal (syn. Rezeptorkanal) für noxische Hitze (über 42°C) und chemische Reize, den sog. Capsaicinrezeptor oder TRPV1 (für transient receptor potential vanilloid type 1) analysiert, d.h. das Rezeptorprotein kloniert und in Zellsystemen exprimiert, um seine Eigenschaften zu untersuchen (Caterina et al. 1997).

Spektakulär war dabei, dass dieser Ionenkanal durch verschiedene Pflanzenextrakte aus der Vanilloid-Familie, zu dem auch das Capsaicin gehört, aber auch durch Säuren (Protonen) und Hitze reize aktivierbar ist und insofern schon das Prinzip der Polymodalität repräsentiert, welches für einen Großteil der afferenten nozizeptiven C-Fasern charakteristisch ist (Abb. 1). Damit war auch erklärbar, weshalb es bei einer Erwärmung des Gewebes zu Dauerschmerzen kommen kann, wenn die Temperatur im aktivierbaren Bereich für TRPV1 liegt, und weshalb Kühlung schmerzlindernd sein kann, eine der sicherlich ältesten therapeutischen Maßnahmen, deren Wirkungsweise bis dato unklar war.

Im Laufe der folgenden Jahre wurden weitere Transduktionskanäle aus der großen TRP-Familie (für transient receptor potential) entdeckt und charakterisiert, die interessanter Weise alle auch einen charakteristischen spezifischen

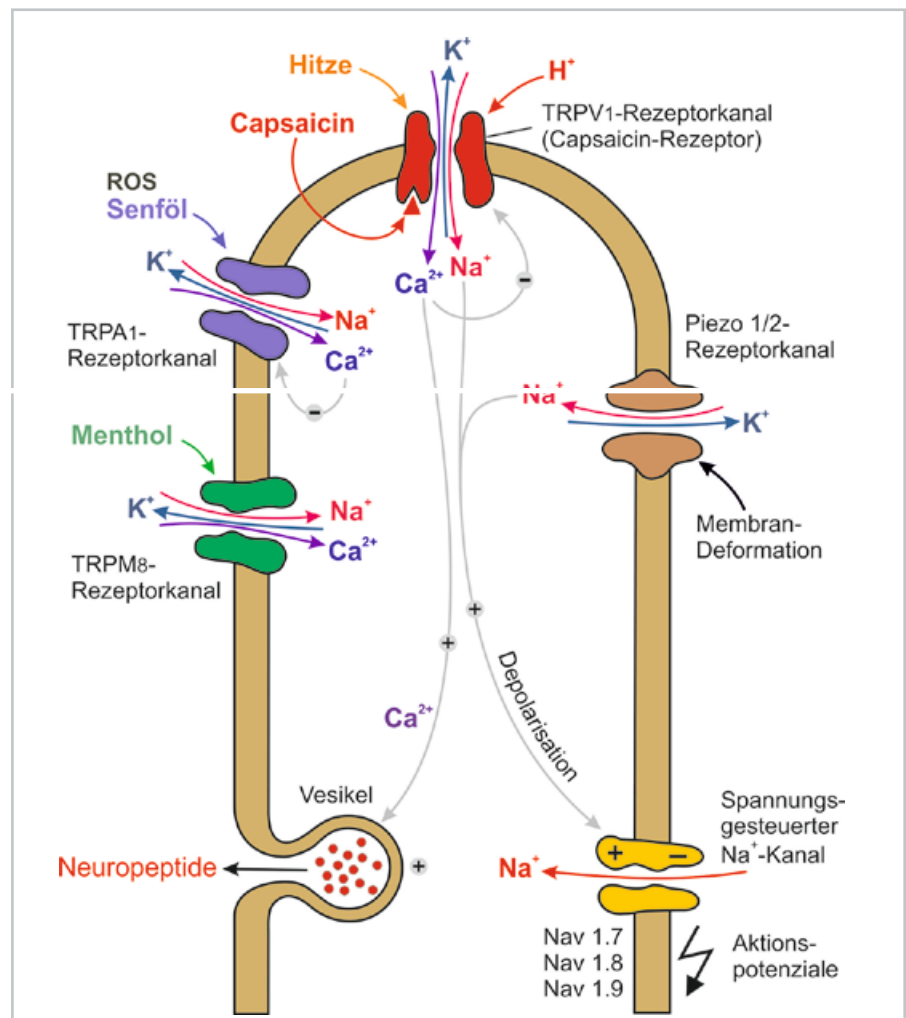


Abbildung 1: Schematische Darstellung einer nozizeptiven Nervenendigung mit den Transduktionskanälen TRPV1, TRPA1, TRPM8 und Piezo1/2. Bei Öffnung der Ionenkanäle durch Bindung bestimmter Substanzen oder Einwirkung von anderen noxischen Reizen wie Protonen oder Hitze (bei TRPV1) oder Kälte (bei TRPA1 und TRPM8) strömen Natriumionen in die Zelle, im Gegenzug verlassen Kaliumionen die Zelle. Es kommt zu einer Membrandepolarisation (sog. Rezeptorpotenzial), welches spannungsgesteuerte Natriumkanäle (Nav1.7-9) öffnet und zur Aktionspotenzial-Entstehung führt (plus-Symbol). Die TRP-Kanäle sind auch leitfähig für Calciumionen, die intrazelluläre Calciumerhöhung kann Neuropeptide freisetzen (plus-Symbol), kann aber auch die eigenen Kanäle desensibilisieren (minus-Symbol). Quelle: K. Meßlinger

Temperaturpräferenzbereich aufweisen, und die alle auch durch spezifische chemische Liganden geöffnet werden können (Mickle et al. 2015), (Abb. 2).

Zu diesen Liganden gehören wiederum Substanzen aus verschiedenen Pflanzen, aber auch endogene (im Körper gebildete) Stoffe wie bestimmte Metaboliten des Lipidstoffwechsels und reaktive Sauerstoffverbindungen (ROS, reactive oxygen species). Damit erscheint die Expression dieser Kanäle auch in tiefen Geweben, die ja nicht externen Reizen ausgesetzt sind,

als durchaus biologisch sinnvoll. Zudem sind einige der TRP-Rezeptorkanäle auch empfindlich für osmotischen Druck, und alle weisen neben der Leitfähigkeit für Natriumionen auch eine solche für Calciumionen auf. Zwei wichtige Vertreter der TRP-Rezeptoren sind der TRPA1-Rezeptorkanal (A steht für Ankyrin, intrazelluläre Rezeptorproteinsequenzen) und der TRPM8-Rezeptorkanal (M steht für Melastatin, einem Abschnitt im TRPM8-Molekül), die bevorzugt bei kälteren Temperaturen aktiviert werden und wahrscheinlich auch an der Entstehung des

Kälteschmerzes beteiligt sind (Abb. 1, 2). Bei der Charakterisierung letzterer Ionenkanaltypen war auch die Arbeitsgruppe um Ardem Patapoutian beteiligt. Berühmt geworden ist sie allerdings durch die Entdeckung der Piezo-Kanäle, von denen es zwei Typen (Piezo 1 und 2) gibt (Coste et al. 2010).

Lange Zeit wurde die Existenz von mechanisch empfindlichen Rezeptorkanälen (stretch-activated channels) gefordert, und seitdem Patapoutian seine erste oben zitierte bahnbrechende Arbeit über Piezo 1/2 publiziert hat, sind diese nach und nach in mehreren mechanorezeptiven Sensoren (Sinnesrezeptoren) gefunden worden, auch in niederschweligen korpuskulären Sensoren wie Merkel-Zell-Sensoren oder Pacini-Korpuskeln und in mechanisch empfindlichen Nozizeptoren (Abb. 1). Warum bei den Nozizeptoren die Schwellen für mechanische Reize im noxischen (schmerzhaften) Bereich liegen, ist indes noch unbekannt.

Die Aktivierung von Nozizeptoren (und anderen Sinnesrezeptoren) geschieht grundsätzlich dadurch, dass vor allem Natriumionen durch die geöffneten Kanäle in das Zellinnere strömen und dadurch das Membranpotenzial verkleinern, also ein sog. Rezeptor- oder Sensorpotential erzeugen, welches dann im zweiten Schritt spannungsgesteuerte Natriumkanäle (in Nozizeptoren Konduktionskanäle der Typen Nav1.7-9) aktiviert, solange es überschwellig für diese Kanäle ist (Abb. 1).

Die Aktionspotenziale werden dann entlang der afferenten Fasern mithilfe weiterer Konduktionskanäle über die Hinterwurzeln in das Hinterhorn des Rückenmarks den sekundären Neuronen zugeleitet. Je größer das Sensorpotential ist, desto höher fällt dabei die generierte Aktionspotenzialfrequenz aus, und desto stärker werden die sekundären Neurone erregt. Viele der Transduktionskanäle sind aber auch leitfähig für Calciumionen, und diese induzieren zwei wichtige

Vorgänge. Bei neuropeptidhaltigen Afferenzen lösen sie durch Exozytose von Vesikeln die periphere Freisetzung von Neuropeptiden (Substanz P, CGRP, Neukinin A) aus, welche dann eine neurogene Entzündung (arterielle Vasodilatation, Plasmaextravasation) auslösen können, auf die hier nicht näher eingegangen werden soll (Abb. 1).

Die Calciumionen führen aber auch zu einer fortschreitenden Desensibilisierung einiger Rezeptorkanäle, vor allem TRPV1 und TRPA1 (Abb. 1). Wie man heute weiß, stehen auch diese Kanäle untereinander in einem komplizierten kooperativen Verhältnis, so dass z. B. TRPA1 vor allem dann aktiviert werden kann, wenn auch TRPV1 aktiv ist. Andererseits können verschiedene Substanzen aktivierend oder inaktivierend sein. Menthol aktiviert z.B. TRPA1, Kampfer TRPV1, Eukalyptusöl aktiviert TRPM8 und inaktiviert TRPA1, wobei die Aktivierung in der Regel von einer Desensibilisierung gefolgt wird, so dass im Endeffekt alle drei Pflanzenstoffe eher analgetisch wirken (Stinson et al. 2023). Eine starke Aktivierung von TRPV1 kann sogar von einer totalen Inaktivierung über lange Zeit, ja von einem Rückzug der TRPV1-Kanäle aus der Nozizeptormembran gefolgt sein, was man durch die Therapie mit Capsaicin-haltigen Pflastern zu erzielen versucht.

Seit Jahren besteht daher die Idee, dass man den inaktivierenden Effekt der TRPV1-Stimulation ausnutzen könnte, um eine generalisierte Analgesie zu erzielen. Warum hatte dies bisher keinen Erfolg? Es liegt daran, dass TRPV1 in fast allen Körperorganen wie den Viszera und sogar dem Zentralnervensystem vorkommen und an der Temperaturregulation des Körpers über den Hypothalamus beteiligt sind (Holzer 2008).

Die systemische Hemmung von TRPV1 führt daher zu Hyperthermie, wie übrigens die Hemmung von TRPM8 zu Hypothermie führt (Wang and Siemens 2015). Man hat dennoch nicht aufgegeben, diesen möglichen therapeutischen Weg zu beforschen. Mittlerweile weiß man,

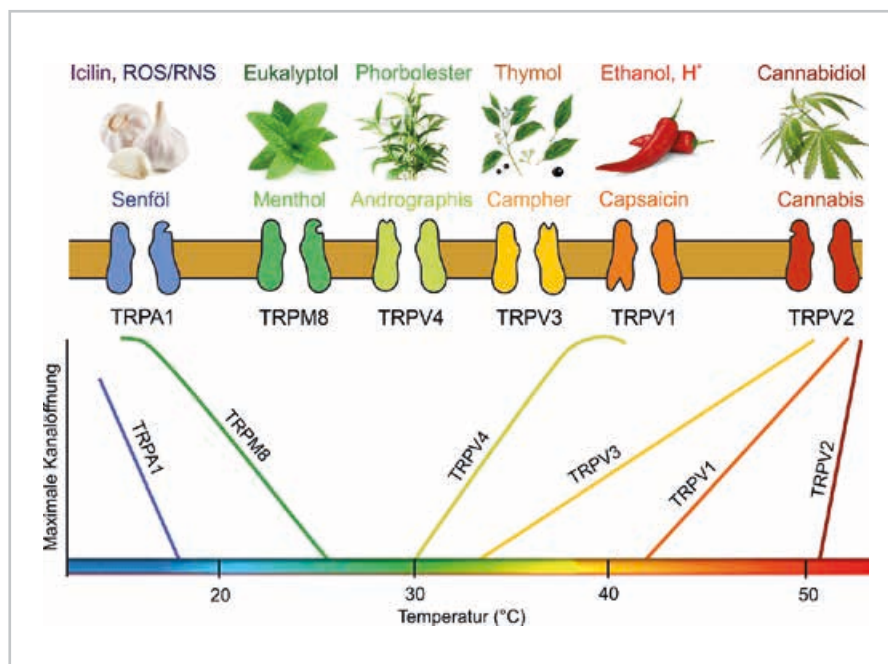


Abbildung 2: Schematische Darstellung der für Thermo- und Nozizeptoren wichtigsten TRP-Rezeptorkanäle auf einer Temperaturskala. Unten sind die Kennlinien der maximalen Kanalöffnung angegeben, die für jeden der TRP-Rezeptorkanäle in einem anderen Temperaturbereich liegen. TRPV1 ist dabei für noxische Hitze zuständig, TRPA1 für noxische Kälte. Darüber hinaus werden alle TRP-Kanäle durch bestimmte Pflanzenstoffe geöffnet, können aber auch von synthetischen Substanzen oder Stoffwechselprodukten aktiviert werden (oberste Reihe). ROS steht für reaktive Sauerstoffverbindungen, RNS für reaktive Stickstoffverbindungen (z. B. NO). Reproduktion nach Mickle et al. (2015).

Quelle: K. MeBlinger

dass der thermische Effekt weitgehend selektiv durch den Abschnitt des TRPV1-Moleküls vermittelt wird, der für die Protonen-Empfindlichkeit zuständig ist (Garami et al. 2010).

Man versucht nun, durch „Peptid-Engineering“ selektive Antagonisten gegen die wesentliche TRPV1-Proteinsequenz für Protonen zu erzeugen, so dass die Antagonisten keine thermischen Nebenwirkungen mehr haben.

Seit wenigen Jahren kennt man neben den C-Faser-Nozizeptoren (mit ihren Unterklassen für Juck- und Kitzelreize und den sympathischen postsynaptischen C-Fasern) eine weitere Klasse, die C-LTMR-Fasern (für C-low-threshold mechanoreceptive) oder einfach CT-Fasern (für C-touch), die vor allem in behaarter Haut vorkommen (McGlone et al. 2014). Sie vermitteln leichte mechanische Reize und zeigen ihr Aktivitätsmaximum dann, wenn man mit einem leichten Gegenstand und mit einer Geschwindigkeit von 1-10 cm/s über die Haut streicht, wie man durch periphere elektrophysiologische Ableitungen am Menschen (Mikroneurographie) ermitteln konnte (Liljencrantz and Olausson 2014), (Abb. 3).

Diese Reizkonstellation entspricht dem intuitiv praktizierten Streicheln, und im Gegensatz zu den Nozizeptoren löst die Aktivierung der CT-Fasern Wohlempfinden aus. Es scheint ähnliche Sinnesrezeptoren auch in tiefen Geweben zu geben, denn auch der (nicht-noxische) Druck mit einer Manschette z.B. am Unterschenkel, erzeugt eine ähnliche wohltuende Empfindung vor allem dann, wenn dieser pulsierend angewandt wird (Case et al. 2021). Interessant sind diese Entdeckungen auch für die Schmerztherapie, denn man hat gezeigt, dass die Aktivierung der CT-Fasern z.B. Hitzeschmerz etwas lindern kann (gemessen an den Schmerzschwellen); allerdings konnte der Effekt bei spezifischen chronischen Schmerzen wie bei der schmerzhaften Neuropathie dünner Nervenfasern bisher nicht nachgewiesen werden (Habig et al. 2017). Der Erklärungsmechanismus für dieses

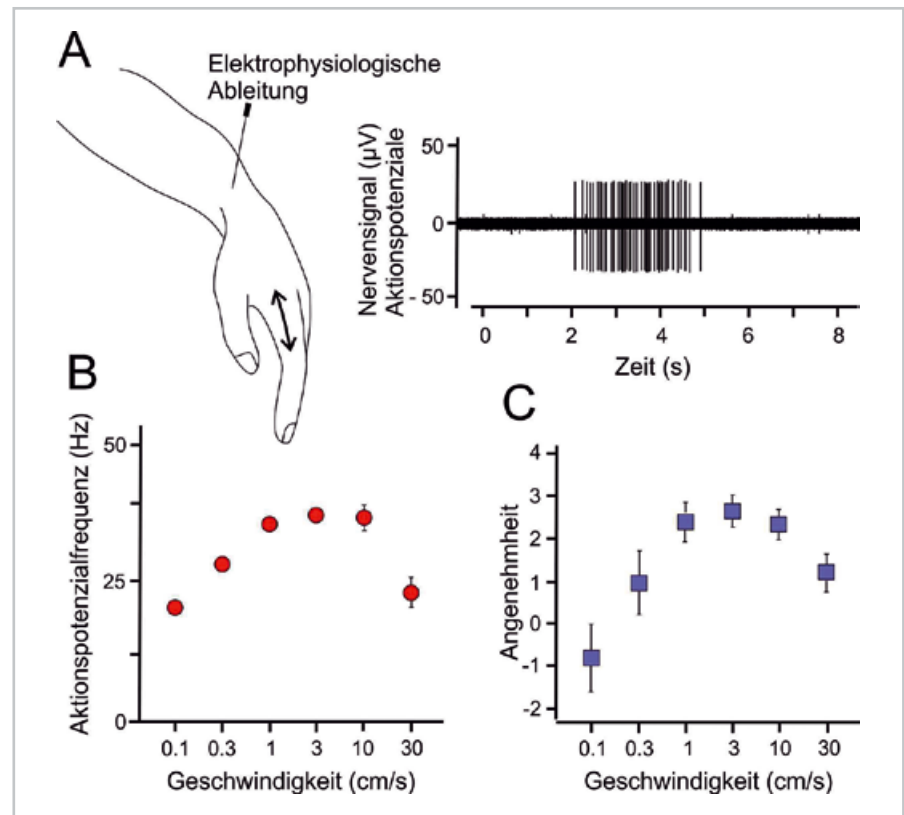


Abbildung 3. A.: Ableitung einer CT-Faser mittels Mikroneurographie unter Stimulation des rezeptiven Feldes durch Hin- und Herbewegen eines sanften Reizes (Doppelpfeil). Rechts daneben ist die Salve der abgeleiteten Aktionspotenziale dargestellt. B.: Aktionspotenzialfrequenz in Abhängigkeit von der Geschwindigkeit des Bestreichens. C.: Empfundene Angenehmheit des Streichelreizes in Abhängigkeit von der Geschwindigkeit. Die Antwort der CT-Faser und die Angenehmheit sind miteinander korreliert und optimal bei Geschwindigkeiten von 1-10 cm/s. Reproduktion nach Liljencrantz & Olausson (2014). Quelle: K. Meßlinger

CT-Faser-Phänomen liegt sicherlich im Rückenmark und könnte, im weiteren Sinne, etwas mit den hemmenden Effekten niederschwelliger Afferenzen auf die sekundären nozizeptiven Neurone zu tun haben, die vor langer Zeit unter dem Schlagwort „gate control theory“ in die Literatur eingegangen sind, wobei die damaligen neurofunktionellen Postulate allerdings längst widerlegt wurden. Eine aktuelle Hypothese besagt, dass durch lang dauernden nozizeptiven Input in das spinale Hinterhorn Sensibilisierungsvorgänge stattfinden, welche u.a. daraus bestehen, dass Astrozyten auswachsen und die synaptischen Kontakte von GABAergen hemmenden Interneuronen zu den sekundären nozizeptiven Neuronen behindern und ineffektiv werden lassen. Aktivierte CT-Fasern sollen dann über die Freisetzung von Chemokinen (TFAA4-Proteine) die Ausläufer der Astrozyten

zurückdrängen und die hemmende synaptische Aktivität wiederherstellen können (Kambrun et al. 2018).

Wie auch immer der zugrundeliegende Mechanismus aussieht, die CT-Faser-Entdeckung hat sicherlich größte Auswirkungen auf die Schmerztherapie vor allem für manualmedizinische Techniken, für deren Wirkungen nun weitere Erklärungsmöglichkeiten offenstehen und aufgrund dieser Erkenntnisse optimiert werden können. Nicht zuletzt gibt es auch neue bildgebende Untersuchungen, welche zeigen, dass bei CT-Stimulation vor allem Areale des limbischen Systems wie der insuläre Kortex mit verstärkter Aktivierung antworten, was die zentralen Effekte dieser als angenehm empfundenen Stimulation objektiviert (Case et al. 2021).

K. Meßlinger

Literatur

Case LK, Liljencrantz J, McCall MV, et al (2021) Pleasant Deep Pressure: Expanding the Social Touch Hypothesis. *Neuroscience* 464:3–11. <https://doi.org/10.1016/j.neuroscience.2020.07.050>

Caterina MJ, Schumacher MA, Tominaga M, et al (1997) The capsaicin receptor: a heat-activated ion channel in the pain pathway. *Nature* 389:816–824. <https://doi.org/10.1038/39807>

Coste B, Mathur J, Schmidt M, et al (2010) Piezo1 and Piezo2 are essential components of distinct mechanically activated cation channels. *Science* 330:55–60. <https://doi.org/10.1126/science.1193270>

Garami A, Shimansky YP, Pakai E, et al (2010) Contributions of different modes of TRPV1 activation to TRPV1 antagonist-induced hyperthermia. *J Neurosci Off J Soc Neurosci* 30:1435–1440. <https://doi.org/10.1523/JNEUROSCI.5150-09.2010>

Habig K, Schänzer A, Schirner W, et al (2017) Low threshold unmyelinated mechanosensitive afferents can modulate pain. *BMC Neurol* 17:184. <https://doi.org/10.1186/s12883-017-0963-6>

Holzer P (2008) The pharmacological challenge to tame the transient receptor potential vanilloid-1 (TRPV1) nociceptor. *Br J Pharmacol* 155:1145–1162. <https://doi.org/10.1038/bjp.2008.351>

Kambrun C, Roca-Lapirot O, Salio C, et al (2018) TFAA4 Reverses Mechanical Allodynia through Activation of GABAergic Transmission and Microglial Process Retraction. *Cell Rep* 22:2886–2897. <https://doi.org/10.1016/j.celrep.2018.02.068>

Liljencrantz J, Olausson H (2014) Tactile C fibers and their contributions to pleasant sensations and to tactile allodynia. *Front Behav Neurosci* 8:37. <https://doi.org/10.3389/fnbeh.2014.00037>

McGlone F, Wessberg J, Olausson H (2014) Discriminative and affective touch: sensing and feeling. *Neuron* 82:737–755. <https://doi.org/10.1016/j.neuron.2014.05.001>

Mickle AD, Shepherd AJ, Mohapatra DP (2015) Sensory TRP channels: the key transducers of nociception and pain. *Prog Mol Biol Transl Sci* 131:73–118. <https://doi.org/10.1016/bs.pmbts.2015.01.002>

Stinson RJ, Morice AH, Sadofsky LR (2023) Modulation of transient receptor potential (TRP) channels by plant derived substances used in over-the-counter cough and cold remedies. *Respir Res* 24:45. <https://doi.org/10.1186/s12931-023-02347-z>

Wang H, Siemens J (2015) TRP ion channels in thermosensation, thermoregulation and metabolism. *Temp Austin Tex* 2:178–187. <https://doi.org/10.1080/2328940.2015.1040604>

Sensorik, der psycho-motorische link

20.04. - 22.04.2023, Leipzig

Die Sensorik liefert dem Gehirn die Informationen für die „psycho-motorische Handlungsfähigkeit“. Im Prozess des Erlernens und des Erhaltens von Bewegungsfertigkeiten erfolgt durch das Gehirn die Aktivierung der Muskulatur und es wird dynamisch durch die epikritische und protopathische Sensibilität über die Ergebnisse rückinformiert.

Die Rückinformationen sind aber „nur“ die sensorspezifischen Aktionspotenzialsequenzen vom jeweiligen anatomischen Standort. Aus diesen generiert dann das Gehirn als kognitive Leistung die zeitlich-räumliche Körperwahrnehmung und gleicht die realen Ergebnisse mit den vorher antizipierten ab. Bewegung ist Kognition! In diesem ständigen Prozess wird das Gehirn für die Bewegungsfertigkeit

strukturiert und verbessert als Lernergebnis die Bewegungsqualität. Die „sensorische Kognition“, immer kombiniert mit dem muscle-brain cross talk, ist ein wesentlicher Faktor der Leistungsfähigkeit des Gehirns und dessen Erhaltung in der Lebensspanne.

Der direkte Link zwischen der Sensorik und der Psycho-Motorik, also dem Antrieb, Wahrnehmen, Denken und Handeln sowie den Emotionen, Kompetenzen und der Selbstwirksamkeit ist an diesen komplexen cerebralen Funktionen zu erkennen. Bewegung und somit die häufige gerichtete Verarbeitung von sensorischen Informationen ist somit Förderung und Erhaltung der kognitiven Fähigkeiten beim Gesunden und Psycho- und Schmerztherapie beim Patienten.

Chronischer Bewegungsmangel, ein Mangel an zu verarbeitenden sensorischen Informationen und defizitären cross talks zwischen den Geweben und Organen, führt zum Verlernen, dem Abbau aber zugleich auch dem Umbau der cerebralen Infrastruktur für Bewegungen.

Darin eingeschlossen sind systematische Veränderungen der benannten höchsten cerebralen Leistungen. Jede chronisch degenerative Erkrankung schließt unmittelbar die Beteiligung des Gehirns ein. Diese nachteiligen Entwicklungen begrenzen oder verhindern sogar die Fähigkeiten von Patienten, das nachhaltige therapeutische Training durchzuführen.

W. Laube

Patienten in Bewegung bringen – Auswirkungen von Bewegung auf die Psyche

Vortrag von Dipl.-Psych. Katharina Scheuermann, Sana Klinikum Lichtenberg

Dass es einen positiven Zusammenhang zwischen Bewegung und psychischer Gesundheit gibt, der auch empirisch immer mehr Beachtung findet, zeigt sich u.a. darin, dass Sport in den Behandlungsleitlinien für unipolare Depression (Bundesärztekammer u.a., 2022) sowie für Angststörungen (Bandelow, B. et al., 2021) ausdrücklich zur ergänzenden Behandlung empfohlen wird. Die Autoren beklagen zwar, dass die Studien aus methodischen Gründen oft schlecht vergleichbar sind und weitere empirische Forschung nötig ist, dennoch ist der Expertenkonsens bei der Empfehlung hoch. Auch legen Studien immer wieder einen positiven Zusammenhang zwischen Sport und kognitiver Leistungsfähigkeit nahe (z.B. Winter et al., 2007) oder so wie einen positiven Effekt auf die Stimmung (Bigelow et al., 2021).

Die Transiente Hypofrontalitätstheorie (THFT) (Dietrich, A., 2006) bietet hierbei ein Erklärungsmodell für den positiven Effekt von Bewegung auf Stimmung. Repetitive negative Gedanken wie Sorgen oder Grübeln gehen oftmals mit negativer Stimmung einher. Dem Organismus steht nur eine begrenzte Menge von Ressourcen zur Verfügung, die er zur Bewältigung verschiedener Aufgaben einsetzen kann. Steigt die motorische Anforderung, dann wird zugunsten motorischer Aufgaben (Sport) die Aktivität in Gehirnregionen reduziert, die hierfür nicht erforderlich sind – wie z.B. in frontalen Hirnregionen, die wiederum mit bewusstem Denken und Bewertungen in Verbindung gebracht werden. Hierdurch können repetitive negative Gedanken unterbrochen werden, wodurch es zu einer Verbesserung der Stimmung kommen kann. Sportliche Betätigung kann also ein wirkungsvoller „Grübelstopp“ sein.

Eine weitere Patientengruppe bei der Untersuchung von Zusammenhang zwischen Sport und psychischer Gesundheit stellen Patient*innen mit einer Traumafolgestörung dar. Hier gibt es erste Ansätze,

spezifische sportliche Interventionen einzusetzen, um das Therapieergebnis zu verbessern. Am Traum Center Boston wurde bspw. eine spezielle Form des Yoga entwickelt, das auf diese Patientengruppe zugeschnitten wurde. Es ist in seiner Ausführungsform so vereinfacht, dass es auch mit körperlicher Behinderung ausgeführt werden kann. Außerdem werden in der Anleitung Stillephasen und gezielte Entspannung vermieden, da diese von Menschen mit Traumafolgestörungen oft nicht toleriert werden. Auch wird den Formulierungen zur Anleitung Wert daraufgelegt, dass die Patient*innen stets selbst entscheiden, welche Teile sie ausführen möchten. So wird das Kontrollerleben gestärkt (West, J., 2016; Van der Kolk et al., 2014).

In einer Studie mit einer kleinen Stichprobe wurde Surfen als Intervention bei Posttraumatischer Belastungsstörung untersucht (Rogers et al., 2014). Auch wenn die Studie methodisch nicht stark ist, ist der Ansatz interessant. Ähnlich wie beim Yoga und anders als bspw. einem Ausdauertraining wie Joggen erfordert Surfen eine gute Körperwahrnehmung, welche im Zusammenhang von Dissoziationssymptomen im Rahmen von Traumafolgestörungen oft verringert ist. Durch die hohe Intensität kann sich das Surfen eher noch als das modifizierte Yoga zusätzlich die Effekte einer vorübergehend verringerten frontalen Aktivität zunutze machen und ist unter manchen Betroffenen möglicherweise auch eher akzeptiert als eine Yogaintervention. Insgesamt gibt es viele empirische Hinweise, dass es sich lohnt, sportliche Interventionen mit in Betracht zu ziehen, wenn es um die Behandlung psychischer Erkrankungen geht.

Bei allen bekannten Vorteilen fällt es Patient*innen oft schwer, Sport in den Alltag zu integrieren. Um Patient*innen also tatsächlich in Bewegung zu bringen, reicht das Informieren über die vielen möglichen Vorteile meist nicht aus. Um als Behandler*in eine sinnvolle

Intervention anzubringen, ist es wichtig zu erkennen, an welcher Stelle im motivationalen Prozess die Patient*innen Unterstützung benötigen. Hilfreich ist dabei die Unterscheidung zwischen Motivation als Handlungsdruck, der aus dem Zusammenwirken unterschiedlicher psychischer Bedürfnisse entsteht – Prozesse beziehen sich auf Zielsetzung in Abhängigkeit von deren Wünschbarkeit und Realisierbarkeit – und Volition als Willensbahnung – Prozesse beziehen sich auf die konkrete Realisierung von Zielen im Handeln (nach Heckhausen & Heckhausen (2006), p. 281.). Ist die Motivation noch unklar oder ambivalent, brauchen Patient*innen hier eine Klärung und weniger Handlungsempfehlungen. Kommen Patient*innen mit der Umsetzung von Empfehlungen nicht zurecht, brauchen sie Unterstützung in der Handlungsplanung, um die Willensbahnung zu ermöglichen.

Ein hilfreiches Tool für Behandler*innen stellt das Motivational Interview dar (Miller & Rollnick, 2013). Hierbei handelt es sich um eine spezielle Form der Gesprächsführung, die zunächst besonders bei der Patientengruppe der Abhängigkeitserkrankungen angewandt wurde, sich jedoch auch in anderen Behandlungskontexten bewährt. Sie wird in zwei Phasen unterteilt. In der ersten Phase, dem change talk, wird die Ambivalenz der Patient*innen so weit gefördert, bis die Behandler*innen das Einverständnis seitens der Patient*innen für eine bestimmte Veränderung, z.B. das Etablieren von regelmäßigem Sport, bekommen. Erst wenn diese Einwilligung der Patient*innen erfolgt ist, wird mit der 2. Phase begonnen, dem konkreten Ausarbeiten von Zielen und Plänen sowie deren Operationalisierung.

Scheinbare Schwierigkeiten, Patient*innen zu „motivieren“, ergeben sich oft aus dem Umstand, dass aus Zeitmangel zu schnell in die Planungsphase gegangen wird, ohne dass die Patient*innen ihre Motive ausreichend klären konnten und ihr Einverständnis gegeben haben. Daraus

ergibt sich schnell ein eher belehrendes Verhältnis von Behandlerseite zu Patientenseite, das wiederum nicht selten zu einer Ablehnung der angestrebten Veränderung durch die Patient*innen führt. Selbst eine gut gemeinte und qualitativ hochwertige Intervention kann dann scheitern.

Wenn die motivationale Klärung erfolgt ist, spielen neben der Wissensvermittlung zur Trainingsplanung aus der Sportwissenschaft auch Aspekte wie die Zielformulierung eine wichtige Rolle. Selbst wenn Patient*innen sehr gut über Trainingsmethoden, Regeneration, genaue Übungsausführungen usw. informiert sind, ergibt sich hieraus nicht automatisch eine erfolgreiche Umsetzung.

Bei der Zielformulierung bietet z. B. die SMART-Formel eine gute Hilfestellung (Oertel, S. & Matura, S., 2017, p.66). Dabei sollen Ziele Spezifisch, Messbar, Akzeptiert, Realistisch und Terminierbar – SMART – sein. Sind Ziele ungenau formuliert, sind sie schwer zu erreichen. „Ich möchte fitter werden“ ist ein Ziel, bei dem nicht klar ist, worum es dabei im Detail gehen soll. Soll die Gestreckte ausgeweitet werden? Muskelmasse aufgebaut werden? Oder ist ein anderer Aspekt von Fitness gemeint? Häufig ergibt sich aus einer unspezifischen Formulierung auch eine schlechte Messbarkeit. Wenn gar nicht klar ist, was genau die gewünschte Zielvariable ist, kann sie auch nicht gemessen werden. Fortschritte können nicht verfolgt werden, wodurch es schwierig ist, einzuschätzen, ob die gewählten Methoden erfolgreich sind. Auch fehlen durch nicht messbaren Fortschritt mögliche Erfolgserlebnisse.

Die gesetzten Ziele sollten außerdem von der betroffenen Person akzeptiert sein. Es ist langfristig wenig wahrscheinlich, dass an von anderen übernommenen oder von anderen diktierten Zielen konsequent gearbeitet wird. Eine persönliche Verbundenheit zum gesetzten Ziel sollte klar formuliert sein. Ebenso ist eine realistische Zielsetzung für die langfristige Motivation wichtig. Bei zu leichten Zielen wird das Erreichen i. d. R. nicht als wertvoll

bewertet. Sind die Ziele zu schwierig ausgewählt, droht ein Aufgeben aus Frust. Im Kontext von Sport müssen hier auch mögliche Risiken wie Verletzungen oder Übertraining bedacht werden. Schließlich sollte ein Ziel zeitlich auch erreichbar sein, also einen Termin haben. Sonst kann es nie erfüllt werden. Menschen, die mehr Sport in ihren Alltag integrieren wollen, können auch davon profitieren, dass Gewohnheiten bei Ausführung einen Belohnungsmechanismus auslösen. Hierfür müssen die angestrebten Veränderungen regelmäßig ausgeführt werden (Gardner, B. et al., 2012).

Manchmal ist es im sportlichen Bereich nicht möglich, im ersten Schritt eine Veränderung zu etablieren, die sofort alle wichtigen Bereiche aus Sicht der Behandler*innen abdeckt, weil die Veränderung zu groß wäre und damit nicht lange genug aufrechterhalten werden kann, um zu einer Gewohnheit zu werden. In vielen Kontexten, in denen Verhaltensänderung das Ziel ist, wird daher ein kleinschrittiges Vorgehen angewandt (z. B. Shaping in der Verhaltenstherapie, tiny steps method nach BJ Fogs, Kaizen als methodisches Konzept aus Japan zur kontinuierlichen Verbesserung). Wenn beispielsweise ein Patient*In einwilligt, nach der Arbeit zu Hause einige Eigenübungen zu machen, aktuell aber gar keinen Sport treibt und außerdem angibt, sich nach der Arbeit stets erschöpft zu fühlen, so wird es ihm vielleicht nicht gelingen, drei Mal in der Woche für 15 Minuten Eigenübungen zu machen.

Es gilt dann zu überlegen, was er sich stattdessen vorstellen könnte. Ein erster Schritt könnte sein, nach der Arbeit mit Sportbekleidung zwei Minuten auf der Sportmatte zu liegen. Ist dies fest etabliert, ist der Schritt, täglich nach der Arbeit drei Minuten Stabilisierungsübungen auf der Matte zu machen, nicht mehr so groß. Ist nun dieser Schritt in ein stabiles Verhaltensmuster übergegangen, kann die Zeit stufenweise ausgedehnt werden, bis das angestrebte Ziel von 15 Minuten erreicht ist. Die Kleinschrittigkeit im Vorgehen und die regelmäßige Ausführung in kurzen Abständen ermöglichen das

langfristige Umsetzen von größeren Verhaltensänderungen.

Eine weitere Möglichkeit, Verhaltensveränderungen im Alltag zu etablieren, kann das Verbinden mit bereits etablierten, regelmäßigen Handlungen sein. Diesem Prinzip folgt z. B. die häufige Empfehlung, auf einem Bein Zähne zu putzen, um den Einbeinstand zu verbessern. Das Zähneputzen wird ohnehin täglich ausgeführt. Eine Übung wie der Einbeinstand kann durch die Verbindung mit dem Zähneputzen in den Alltag integriert und zur Gewohnheit werden. Manchmal ist dies auch eine Möglichkeit Patient*innen, die bereits sportlich aktiv sind, aber vielleicht aus medizinischer Sicht nicht ausgewogen trainieren, dazu zu bewegen, therapeutische Empfehlungen umzusetzen.

Manchmal können aus medizinischer Sicht nötige Übungen wie bspw. zur Stabilisierung oder Ansteuerung in ein Aufwärmen integriert werden, wodurch bei den Patient*innen nicht der Eindruck entsteht, „zusätzlich trainieren zu müssen“ und deswegen die Zeit für den „Lieblingssport“ kürzen zu müssen. Oft entsteht hierdurch auch eine Leistungsverbesserung in der „Lieblingssportart“ und somit eine zusätzliche Verstärkung der angestrebten Verhaltensänderung durch Belohnung.

Patient*innen können also an vielen Stellen bei der Umsetzung von sportlichen Vorhaben in ihrem Alltag unterstützt werden. Das Aufklären über die Vorteile von Sport reicht dabei oftmals nicht aus. Um eine erfolgreiche Intervention zur Verhaltensänderung durchzuführen, können Gesprächstechniken wie das Motivational Interview hilfreich sein. Auch ein grundlegendes Verständnis von motivationalen Prozessen sowie von Kriterien zur Zielformulierung und ein kleines Repertoire an Methoden zur Verhaltensänderungen bei Behandler*innen können helfen, langfristige Veränderungen im (Sport)Verhalten bei Patient*innen zu etablieren. Allerdings sind häufig mehrere Patient*innen-Kontakte nötig, um die unterschiedlichen Werkzeuge erfolgreich anwenden zu können.

K. Scheuermann

Literatur

Bandelow, B. et al. (2021). Deutsche S3 Leitlinie Behandlung von Angststörungen. Version 2

Bigelow et al. (2021). The Differential Impact of Acute Exercise and Mindfulness Meditation on Executive Function and Psycho-Emotional Well-Being in Children and Youth With ADHD. *Frontiers in Psychology* (Vol. 12)

Bundesärztekammer, Kassenärztliche Vereinigung, Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaft. Nationale Versorgungsleitlinie Unipolare Depression, Vers. 2022-1-2

Dietrich, A. (2006) Transient hypofrontality as a mechanism for the psychological

effects of exercise. *Psychiatry research*, 145 (1), 79-83

Gardner, B. et al. (2012). Making health habitual: the psychology of habit-formation and general practice. *British Journal of General Practice*; Dez. 2012, p. 664-665

Miller & Rollnick (2013). *Motivational interviewing: helping people change*. The Guildford Press

Oertel, V. & Matura, S. (2017). *Bewegung und Sport gegen Burnout, Depression und Ängste*. Springer.

Rogers, C. M., Mallinson, T., & Peppers, D. (2014). High-Intensity sports for post-traumatic stress disorder and depression: Feasibility study of ocean therapy with

veterans of Operation Enduring Freedom and Operation Iraqi Freedom. *American Journal of Occupational Therapy*, 68, 395-404.

West, J. et al. (2016). Trauma Sensitive Yoga as a Complementary Treatment for Posttraumatic Stress Disorder: A Qualitative Descriptive Analysis. *International Journal of Stress Management*.

Van der Kolk et al. (2013). Yoga as an Adjunctive Treatment for Posttraumatic Stress Disorder: A Randomized Controlled Trial. *J Clin Psychiatry* 2014; 75(00):e000-e000

Winter et al. (2007). High impact running improves learning. *Neurobiology of Learning and Memory*, 87 (4), 597-609

Craniomandibuläre Dysfunktion (CMD) – Manualmedizinische Zugänge

Nachdem bei der CMD in Deutschland in der Bevölkerung mit einer Therapiebedürftigkeit von mindestens 3% gerechnet wird und Mundöffnungsstörungen, Schmerzen in der Kaumuskulatur und in der Kiefergelenkskapsel eine auffällige Häufung aufweisen, stehen vordergründig die objektifizierbaren Kriterien der myogenen und arthrogenen Störungen im Mittelpunkt des diagnostischen Prozedere.

Darüber hinaus ergeben sich aus dem heutigen Stand der neurophysiologischen und neuroanatomischen Forschung Hinweise für Wechselbeziehungen mit verschiedenen Hirnnervenkernegebieten einer-

seits und dem Bewegungsorgan andererseits, die unter den Begriffen der „cervikovestibulären“ und der „cerviko-trigeminale Konvergenz“ zu subsumieren sind.

Als Manualtherapeuten sind wir auf der Suche nach den „Nozigenatoren“, die in der Lage sind, diese Wechselbeziehungen zu unterhalten.

Es wurden im ersten Teil des Vortrags diagnostische und therapeutische Zugangsmöglichkeiten der Manuellen Medizin zu den vorherrschenden Dysfunktionen auf arthrogener, occlusiogener und myogener Ebene aufgezeigt und wären im

zweiten Teil mit den maßgeblichen Tests zur Detektion der „absteigenden“ oder „aufsteigenden“ Wechselbeziehungen verlinkt worden. Der Hinweis auf die hervorragende Evidenz manualmedizinischer Ansätze beschließt den Vortrag, wobei sich auch hier im Gegensatz zur Meinung einiger Zahnärzte zeigt, dass zum Beispiel nach Kraus et al. die Kombination aus manueller Therapie und Schienenbehandlung mit 80%, der alleinigen Schienenbehandlung mit 45% Beschwerdefreiheit, überlegen war.

N. Dehoust

Erhöhung und Vereinheitlichung der Vergütung

Zusammenfassung Workshop Berufspolitik / Leistungsvergütung 20.04.2023, Dr. med. Norbert Braun

Im Einheitlichen-Bewertungs-Maßstab (EBM) sind die Leistungen mit den Nummern 30200 und 30201 festgesetzt mit einem festen Betrag von 5,52 und 8,16 €. Durch die Verteilungskommissionen der kassenärztlichen Vereinigungen werden die finanziellen Mittel den Budgets zu-

geschlagen. Dies hat zur Folge, dass es deutliche Vergütungsunterschiede sowohl zwischen den Fachgruppen inkl. Hausärzten als auch zwischen den Bundesländern gibt (ca. 1 bis 10 €). Die manualmedizinischen Untersuchungen und Behandlungen reduzieren Folgekosten wie

stationäre Krankenhausaufenthalte und apparative Diagnostik. Die aktuelle Vergütung wird dem erbrachten Nutzen derzeit nicht gerecht. Es wird gefordert, dass diese Vergütung vereinheitlicht und erhöht wird.

N. Braun

Psychologische Effekte bei der manualmedizinischen Behandlung

Vortrag von Stephanie Margarete Müller und Martin Grunwald,
20. - 22. April 2023, Leipzig

Die Behandlung von Patienten mittels manualmedizinischer Methoden stellt gegenüber anderen Behandlungsverfahren eine Besonderheit dar. Anders als bei den meisten Therapie- und Behandlungsformen ist in der Manuellen Medizin der körperliche Kontakt zum Patienten nicht vermeidbar. Im Gegenteil: er ist als Mittel zum Zweck gewollt und unumgänglich.

Diese explizite Besonderheit macht es erforderlich, die Effekte des körperlichen Kontakts nicht nur auf medizinischer, sondern auch auf psychologischer Ebene zu verstehen. Die psychologische Perspektive auf manualmedizinische Behandlungsformen resultiert aus der Einsicht, dass neben einer Reihe intendierter Behandlungseffekte auch psychologische Effekte sowohl beim Patienten als auch beim Behandler auftreten.

Die Stärke und Tragweite der psychologischen Effekte sollte von allen Akteuren innerhalb der Manuellen Medizin sowohl in der Praxis als auch in der Lehre reflektiert werden. Die Voraussetzung hierfür ist ein besseres Verständnis des maßgeblichen Vermittlersystems zwischen dem Behandler und dem Patienten: das Tastsinnessystem. Auch wenn die anderen Sinne – bei vollsinnigen oder sinnesbeeinträchtigten Menschen – einen wichtigen sensorischen Behandlungsbeitrag leisten, bleibt es dennoch dem Tastsinnessystem vorbehalten, physiologisch messbare und relevante biologische Veränderungen insbesondere auf der Patientenseite herbeizuführen, die mittels anderer Sinnessysteme nicht nachweisbar sind. Verantwortlich für diese Prozesse – die in ihrer Komplexität immer noch nicht vollständig aufgeklärt wurden – sind mindestens drei Faktoren:

- a) die hohe Anzahl tastsensibler Rezeptoren im gesamten Körper des Menschen,
- b) die hochgradige Sensitivität der Rezeptoren gegenüber mechanischen Reizen, sowie

c) die permanente neuronale Verarbeitung der tastsensiblen Rezeptorsignale in Hirnstrukturen in denen eine emotionale und kognitive Bewertung stattfindet.

Ubiquität der Mechanosensorik

Die Gesamtanzahl der im menschlichen Körper befindlichen und im weitesten Sinne tastsensiblen Rezeptoren kann mit ca. 300-900 Millionen angegeben werden (Grunwald 2017; Mueller & Grunwald, 2022). Damit ergibt sich eine Rezeptoranzahl pro Kubikzentimeter des menschlichen Körpers – je nach Körperregion – von mehreren Hundert. Verständlich wird diese Mengenangabe, wenn beachtet wird, dass sich tastsensible Rezeptoren unterschiedlichster Struktur und Funktion nicht nur in der Haut, sondern sowohl am Haarfollikel, in den Sehnen, Gelenken, in allen Bindegeweben und in der Muskulatur befinden. Die Verteilungsdichte dieser Rezeptoren ist im Bereich von Körperöffnungen besonders hoch. Hervorzuheben sind die große Anzahl tastsensibler Rezeptoren, die sich an jedem Haarfollikel befinden. Auf der menschlichen Haut befinden sich insgesamt ca. 5 Millionen Haare; die überwiegende Mehrzahl sind sogenannte Vellushaare. Jeder dieser Haarfollikel ist mit ca. 50 tastsensiblen Rezeptoren versehen, die leichteste Berührungen oder Verformungen des Haares registrieren (Grunwald, 2019; Mueller & Grunwald, 2022).

Generell gilt, dass nur wenige Mikrometer Gewebeveränderungen – durch äußerlich einwirkende Reize – genügen, damit eine Berührungswahrnehmung auf bewusster Ebene stattfindet. Vor diesem Hintergrund muss demnach der Behandler davon ausgehen, dass jede noch so kurze Körperberührung des Patienten auch von diesem als solche wahrgenommen und verarbeitet wird. Im Bereich der sozial vermittelten Körperinteraktionen gibt es keine Unbedeutsamkeit. Dies gilt insbesondere für die Patientenperspektive.

Viele Behandler innerhalb der Manuellen Medizin achten deshalb sorgsam auf jede im diagnostisch-manipulativen Prozess ausgeführte Körperberührung.

Berührung von Patienten: Notwendige Berührungen zur Gesundheitsversorgung

Die professionelle Achtsamkeit bezüglich ausgeführte Körperberührung ist deshalb von Bedeutung, da die medizinisch intendierten Handlungen des Behandlers in der Regel nur dem Behandler selbst bekannt sind, nicht aber dem Patienten. Körperinteraktionen die sich für den Behandler als Handlungsroutine gestalten sind für den Patienten in der Regel völlig überraschende und neuartige Körpersensationen, die sich sowohl hinsichtlich der Qualität als auch hinsichtlich der Intensität von körperlichen Alltagserfahrungen unterscheiden. Im Sinne einer proaktiven Perspektivübernahme sollte es den professionellen Akteuren innerhalb der Manuellen Medizin deshalb gelingen, nachzuvollziehen, welchen Grad an Besonderheit medizinisch intendierte Körperberührungen für den Patienten immer darstellen (Mueller, 2022).

Selbstsicheres Auftreten und routinierte Professionalität sind einerseits notwendiger Bestandteil der professionellen Körperinteraktion im Rahmen von Heilhandlungen. Diese Aspekte bieten aber auch das Risiko einer starken Hierarchisierung innerhalb der Behandlungssituation, die nicht zwingend den Heilerfolg beim Patienten begünstigen. Sind in körperbezogenen Alltagssituationen in der Regel die beteiligten Akteure vertraute Sozialpartner ohne Statusdifferenzen, verläuft innerhalb der klinischen Behandlung eine Statusgrenze zwischen Patient und Behandler – auch – weil der Behandler allein als Initiator körperbezogener Berührungen agieren darf. Es ist ein Wesensmerkmal der manualmedizinischen Behandlung, dass der Behandler den Patienten aktiv berührt und nicht umgekehrt. Die stress- und angstfreie

Akzeptanz dieser Verhältnisse sollte im besten Falle vom Patienten geleistet werden. Jeder Behandler ist jedoch gut beraten, wenn er diesen Prozess nicht als selbstverständliche Gegebenheit, sondern als wichtigen psychologischen Schritt des Patienten innerhalb des Behandlungssettings verstehen lernt. Für die neuronale Verarbeitung tastsensibler Rezeptorsignale die bei Körperberührungen in sozialen Kontexten entstehen ist ein großes kortikales Netzwerk verantwortlich. Im menschliche Gehirn, werden eintreffende Rezeptorsignale neuronal verwertet und in biochemische Prozesse umwandelt, die ganzkörperlich wirksam werden können.

Nach der thalamischen Passage gelangen die Rezeptorsignale der mechanisch, thermisch oder chemisch erregten Tastsinnesrezeptoren in den kontralateralen primären somatosensorischen Kortex (SI und SII) sowie an die Neurone des posterioren Parietalkortex. Über die thalamischen Kerne werden die Impulse zudem in die Insula, Amygdala und andere kortikale Regionen weitergeleitet. Insbesondere die Neurone der Insula werden als multisensorischer Knoten-

punkt betrachtet, in dem sensorische, emotionale, motivationale und kognitive Funktionen integriert werden. Mit dieser sehr verkürzt dargestellten Verarbeitungskette soll der neuronale Apparat verdeutlicht werden, der die Grundlage für Bewertungsprozesse darstellt die jeden (!) Tastsinnesreiz begleiten. Jeder Berührungsreiz, d.h., jede Rezeptorinformation des Tastsinnessystems wird auf neuronaler Ebene hinsichtlich ihrer Bedeutung für den Organismus überprüft und schließlich bewertet. Dieser Bewertungsprozess ist nicht entbehrlich, sondern lebensnotwendig, da physikalische „Verformungsreize“ der äußeren Grenzflächen des Körpers (z.B. Haut) potentiell die Möglichkeit besitzen, die materielle Struktur des Organismus, zum Beispiel durch Verletzungen, zu schädigen.

Die situative Bewertung der Rezeptorsignale erfolgt dabei in der Regel ohne bewusste Kontrolle durch das wahrnehmende Subjekt. Vielmehr ist dieser – in Millisekunden ablaufende Prozess – ein evolutionsbiologisch determinierter Vorgang ohne bewusste Reflektion. Ob ein professionell ausgeführter Berührungsreiz – zum Beispiel in medizinischen Be-

handlungssituationen – als gefährlich oder ungefährlich durch das wahrnehmende Subjekt bewertet wird, hängt dabei von verschiedenen Faktoren ab (Mueller, 2022):

- dem situativen Kontext des Berührungsreizes (z.B. Praxisraum oder öffentlicher Raum),
- der persönlichen Beziehung zum sozialen Akteur (z.B. vertrauensvoll oder wenig Vertrauen),
- welcher Bereich des Körpers dem Berührungsreiz ausgesetzt ist (z.B. Intimbereich oder Rumpf),
- mit welcher Stärke und mit welcher Dauer der Berührungsreiz einwirkt (z.B. zärtlich oder schmerzhaft), und
- ob der Berührungsreiz erwartbar war (z.B. begründet und angekündigt wurde).

Im öffentlichen Raum und von fremden Menschen werden Berührungsreize – in der Regel – nur an den Händen und am Unterarm toleriert (Suvilehto et al., 2019; Abb. 1).

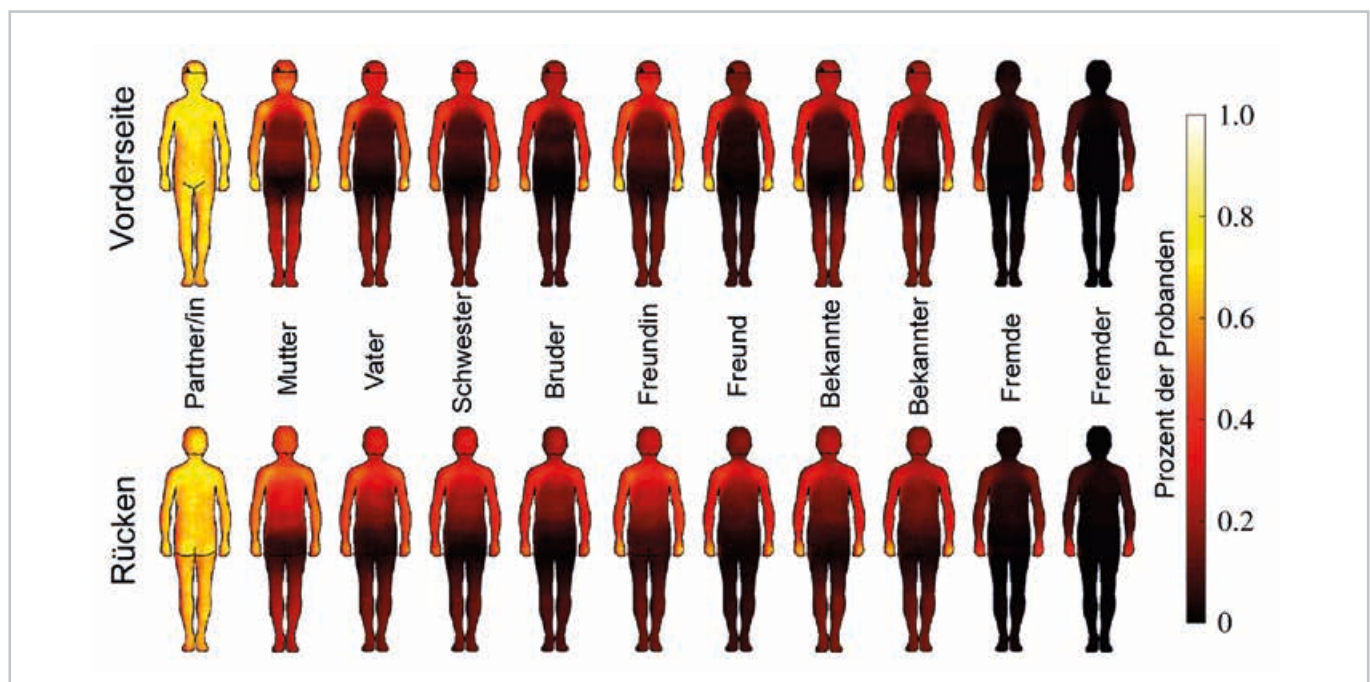


Abb. 1.: Soziale Berührungen durch Familie, Fremde und entfernte Bekannte. Ob und an welchen Körperbereichen sich Personen berühren lassen, hängt von der Situation und vom Vertrauensverhältnis zu der berührenden Person ab. Fremde und entfernte Bekannte dürfen in der Regel nur sehr begrenzte Körperbereiche berühren. Je heller die Farbe im Bild desto wahrscheinlicher werden Körperberührungen toleriert. Quelle: Aus Suvilehto et al., 2019; Übersetzung der Autoren

In medizinischen Kontexten ist die Bereitschaft dagegen höher, Körperberührungen von fremden Menschen auch an anderen als den genannten Körperbereichen zuzulassen. Wichtig ist hier zu betonen, dass eine erhöhte Bereitschaft trotzdem bedeutet, dass Körperberührungen in medizinischen Kontexten in der Regel von allen Menschen als etwas Besonderes erlebt werden. Was für den professionellen Behandler eine medizinisch intendierte und notwendige Körperberührung darstellt, muss sich für den Patienten nicht zwangsläufig in denselben Kontext einordnen. Um eine kognitive aber vor allem eine emotionale Basis zwischen Behandler und Patient zu entwickeln ist es mindestens von Vorteil, vor Beginn manualmedizinischer Handlungen am Körper, über die medizinisch intendierten und geplanten Körperberührungen aufzuklären. Der aufgeklärte Mensch wird stärker von den medizinischen Interventionen profitieren als jener, der sich hinreichend ahnungslos als Behandlungsobjekt empfindet. Zahlreiche Studien belegen, dass besonders bei medizinischen Handlungen die direkt am Körper des Patienten durchgeführt werden, die Behandlungseffekte positiver ausfallen, wenn vorab eine ausreichende Aufklärung über den vom Patienten zu erwartenden Handlungsablauf erfolgt (Mueller, 2022).

Wirksam werden natürlich hierbei nicht allein die kognitiven Effekte der Aufklärung, sondern die sozialen und zwischenmenschlichen Beziehungsaspekte verändern sich. Die Beziehung zum Patienten spielt eine einflussreiche – wenn auch schwer messbare – Rolle für den Heilungsprozess. Zuversicht, Prognosen und Hinweise eines Behandlers können die Erwartung eines Patienten zum Krankheitsverlauf maßgeblich beeinflussen und dadurch sowohl Nocebo- als auch Placeboeffekte und Selbstheilungskräfte auslösen. Sobald sich der Patient nicht als medizinisches Behandlungsobjekt, sondern als behandlungsbedürftiges soziales Wesen verstanden fühlt, können

sich auch biologische Prozesse beim Patienten besser entfalten. Die Bandbreite der biologischen und psychologischen Wirkungen von adäquaten Körperberührungen im Rahmen professioneller Heilhandlungen reichen von basalen Entspannungsreaktionen, Reduktion von Angst und Stress bis hin zu positiven Effekten auf das Immunsystem (Mueller & Grunwald, 2022).

Körperinteraktionen zwischen Behandler und Patient bewirken somit immer eine Vielzahl verschiedener biologischer Effekte und nur ein Teil davon ist auch vom Behandler intendiert. Wie und auf welche Weise die Körperstimulationen vom Patienten sowohl auf der biochemischen als auch auf der psychologischen Ebene verarbeitet werden ist nur zu einem geringen Teil durch den Behandler beeinflussbar. Begründetes und absichtsvolles medizinisches Handeln am Patienten bedeutet nicht, dass der Patient im Sinne eines Standardmodells auch entsprechend reagiert.

Das Spektrum der Reaktivität des Patienten kann dabei so unterschiedlich sein, dass es sich der gelehrten Erwartungsperspektive des Behandlers entzieht. Damit muss nicht zwangsläufig das Konzept der konkreten Heilhandlung hinterfragt werden, sondern gerade bei sogenannten paradoxen Patientenreaktionen sollte in Betracht gezogen werden, dass jede Form der Körperberührung sehr komplexe und individuell verschiedene Reaktionsprozesse auslösen kann.

So kann allein das Geschlecht des Behandlers einen relevanten Einfluss auf die Verarbeitungsprozesse des Patienten haben; positive oder negative Erwartungshaltungen des Patienten gegenüber der Behandlungsmethode oder gegenüber dem Behandler können ebenfalls die Bewertung der wahrnehmbaren Körperreize durch den Patienten beeinflussen. Das heißt, körperorientierte Heilhandlungen am Körper eines Patienten

im Rahmen der manualmedizinischen Behandlung unterliegen hochgradig den individuellen Verarbeitungs- und Bewertungsprozessen des Patienten.

Diese Tatsache ist sowohl Einschränkung als auch Potential der Manuellen Medizin in deren Zentrum nicht nur die individuellen Krankheitsaspekte, sondern auch die spezifischen Prozesse des Tastsinnesystems stehen sollten.

S. M. Müller / M. Grunwald

Literatur

Grunwald, M. (2017). *Homo hapticus: Warum wir ohne Tastsinn nicht leben können*. Droemer Knauer, München.

Grunwald, M. (2019). Haut als sensorisches System. *Der Schmerzpatient*, 2(02), 76-83. Doi: 10.1055/a-0823-0732

Mueller, S.M., Grunwald, M. (2022). Anatomische und physiologische Grundlagen. In: Mueller, Winkelmann, Grunwald (Hrsg.) *Lehrbuch Haptik – Grundlagen und Anwendung in Therapie, Pflege und Medizin*. Springer, Berlin, Heidelberg, S.49-90. Doi: 10.1007/978-3-662-64012-8_2

Mueller, S.M. (2022). Psychologische Aspekte von Berührung. In: Mueller, Winkelmann, Grunwald (Hrsg.) *Lehrbuch Haptik – Grundlagen und Anwendung in Therapie, Pflege und Medizin*. Springer, Berlin, Heidelberg, S.193-247. Doi: 10.1007/978-3-662-64012-8_2

Suvilehto, J. T., Nummenmaa, L., Harada, T., Dunbar, R. I. M., Hari, R., Turner, R., et al. (2019). Crosscultural similarity in relationship-specific social touching. *Proceedings. Biological Sciences*, 286(1901), 20190467. Doi: 10.1098/rspb.2019.0467.

Sind wir so präzise an der LWS, wie wir meinen?

Vortrag von Dr. med. Jan Marc Lemke, 21.04.2023, Leipzig

Fragestellung

In unseren Kursen des Dr. Karl-Sell-Ärztseminars Neutrauchburg (MWE) e.V. lehren wir unspezifische und spezifische Techniken zur Behandlung von segmentalen und somatischen Dysfunktionen an der Lendenwirbelsäule. Vor dem Hintergrund der Neuroanatomie und Neurophysiologie stellt sich die Frage, ob wir nur mit spezifischen Techniken, mit denen wir streng segmental arbeiten, die gewünschte Wirkung erzielen.

Methode

Zunächst erfolgte eine Analyse der von uns gelehrtenspezifischen manuellen Techniken an der Lendenwirbelsäule, die an einem Segment ansetzen. Danach wurde eine gezielte Recherche in PubMed durchgeführt, um das gesicherte Wissen der Neuroanatomie und Neurophysiologie im Bereich der Lendenwirbelsäule herauszuarbeiten. Suchbegriffe waren hierbei „polysegmental innervation of lumbar spine, lumbar dysfunction, posterior ramus of spinal nerve, medial branch of dorsal rami, intersegmental paraspinal reflex, dermatomal spread.“

Ergebnisse

Eine segmentale und somatische Dysfunktion im Bereich der Lendenwirbelsäule ermitteln wir mit der 3-Schritt-Diagnostik (MIP), d.h. Mobilitätsprüfung, Aufsuchen des muskulären Irritationspunktes im Bereich des M. multifidus und Provokationstest unter gehaltenem Irritationspunkt. Im Ergebnis wird hierbei die nozizeptiv freie Richtung (Links-/Rechtsrotation und Lordosierung/Kyphosierung) bestimmt, in die nachfolgend therapeutisch, z.B. mit Finger-Hakel-Zug-Technik (Abbildung 1) gearbeitet wird.

Bogduk konnte bereits im Jahr 1982 in einer Kadaverstudie zeigen, dass die dorsale lumbale paravertebrale Muskulatur vom dorsalen Ast des Spinalnerven innerviert wird. Dieser teilt sich auf Höhe LWK 1-4 in der Regel in drei Äste auf, wobei der mediale Ast den M. multifidus innerviert, der intermediale Ast den M. longissimus und der laterale Ast den M. iliocostalis. Auf Höhe LWK 5 liegt in der Regel eine Aufteilung in nur zwei Äste vor, hier fehlt meist der intermediale Ast. Darüber hinaus konnte er zeigen, dass es

durch einen „intermediate branch plexus“ eine polysegmentale Verschaltung in kraniokaudaler Richtung der intermedialen Äste gibt.

Saito erstellte in seiner Studie aus dem Jahr 2013 ein digitales 3D-Modell des dorsalen Astes des Spinalnerven. Einerseits konnte er die Aufteilung in drei Äste bestätigen (Abbildung 2), andererseits konnte er zur Darstellung bringen, dass die Enden der ein bis zwei Segmente darüberliegenden dorsalen Äste der Spinalnerven einen Hautbereich versorgen (Abbildung 3).

Dem Sherrington-1-Gesetz folgend wissen wir aus der Neurophysiologie, dass jedes Dermatome aus zwei bis drei benachbarten spinalen Segmenten innerviert wird. Hoheisel und Mense konnten in einer im Jahr 2015 publizierten Studie zeigen, dass eine chronische Entzündung der Fascia thoracolumbalis der Ratte auf Höhe LWK 5 zu einer Erregung der Hinterhornneurone auf Höhe Th13 bis L2 führte. Bei anhaltender Entzündung kam es zu einer zentralen Sensibilisierung und Ausbreitung nach kaudal bis L3. Die grundlegende neurophysiologische Wirkung unserer manuellen Techniken beruht darauf, dass wir über A-beta-Afferenzen GABAerge Interneurone im Hinterhorn des Rückenmarkes aktivieren und dadurch die Aktivität der WDR-Neurone hemmen. Damit kann eine Verbesserung der Harmonie von Afferenzen und Efferenzen primär auf Segmentebene erzielt werden und der „festgefahrene Schutzreflex“ der Dysfunktion beseitigt werden.



Abbildung 1.: Lehrmaterial Dr. Karl-Sell-Ärztseminar Neutrauchburg (MWE) e.V., mit freundlicher Genehmigung.

Schlussfolgerung

In Kenntnis der Neuroanatomie und Neuropsychologie im Bereich der Lendenwirbelsäule wird uns bewusst, dass wir nicht so präzise bzw. segmental arbeiten, wie wir denken. Auch wenn wir monosegmental arbeiten, erzielen wir polysegmentale Effekte. Wir sollten dennoch die höchstmögliche Präzision unserer manuellen Techniken anstreben, da durch Manipulation auf Segmentebene die stärkste GABAerge Inhibition zu erzielen ist.

J. Lemke

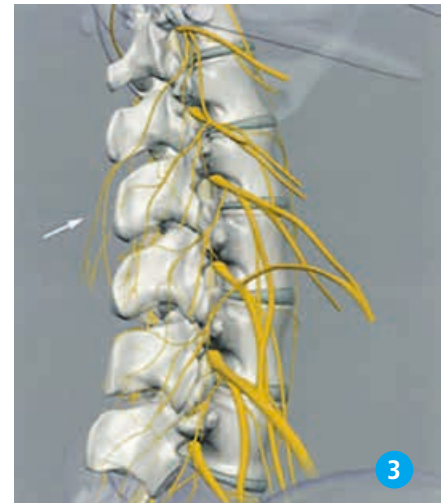
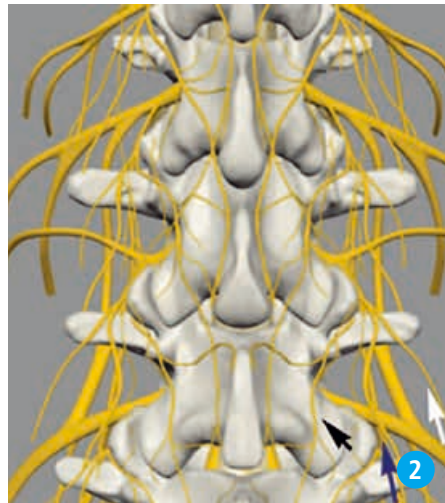


Abbildung 2 und 3: Saito T., Steinke H., Miyaki T., Nawa S., Umemoto K., Miyakawa K., Wakao N., Asamoto K., Nakano T. Analysis of the posterior ramus of the lumbar spinal nerve: the structure of the posterior ramus of the spinal nerve. Anesthesiology. 2013 Jan;118(1):88-94

Workshop „Dysfunktionen von LWS und Becken“

Leitung: Ilaria Bregolato und Jan Marc Lemke, 21.04.2023, Leipzig



Workshop Leipzig LWS und Becken, Quelle: J. M. Lemke

Am zweiten Kongresstag konnten wir 26 interessierte Teilnehmer aus ganz Europa zu o.g. Workshop begrüßen. Nach einer kurzen Einführung in die neuropsychologischen Grundlagen der Entstehung einer segmentalen und somatischen Dysfunktion und deren Behandlung mit Auszügen aus unserer Zeichenstunde demonstrieren wir zunächst die 3-Schritt-Diagnostik im Bereich des SIG.

Spannend war von Anfang an der Austausch mit Kollegen der anderen Schulen

für Manuelle Medizin in Deutschland, Österreich und der Schweiz, die zum Teil ähnlich vorgehen, jedoch häufig andere Begrifflichkeiten benutzen. Bei der Präsentation der segmentalen Mobilitätsprüfung im Stehen, in Rückenlage und in Bauchlage wurde von uns betont, dass nach aktueller Überzeugung und Studienlage Provokationstests wie der 4P-Test (Posterior Pelvic Pain Provocation Test) eine höhere Sensitivität und Spezifität aufweisen als die übrigen der Orientierung dienenden Tests, die zur Erreichung

derselben Aussagekraft mindestens dreifach kombiniert werden sollten.

Eine überschaubare Auswahl unserer therapeutischen Techniken wurde von uns dargestellt und anschließend von den Kursteilnehmern in Kleingruppen geübt.

Wichtig war uns auch das Aufzeigen von Tipps zur zeitökonomischen Kombination von Diagnostik und Therapie häufiger Befundkonstellationen bei SIG-Dysfunktionen aus unserer Erfahrung der täglichen Arbeit in der konservativ orthopädischen Praxis. Ergänzend haben wir die wichtigsten Elemente der Diagnostik und Therapie an der LWS demonstriert und auf die häufige Überlappung der Dysfunktionen von SIG und LWS hingewiesen.

Anschließend blieb ausreichend Zeit zum praktischen Üben. Insgesamt hat uns der Workshop mit durchweg motivierten und wissbegierigen Teilnehmern sehr viel Spaß gemacht und wir denken, dass dieses Format mit der Interaktion mehrerer Schulen für Manuelle Medizin auch in Zukunft auf großes Interesse stoßen wird.

J. Lemke

CMD – zahnärztliche Aspekte Temporomandibular disorders – dental aspects

Vortrag von Prof. Dr. med. dent. Karsten Kamm,
University for Digital Technologies in Medicine and Dentistry (DTMD)

Grundsätzliche Überlegungen

- Kauorgan ist kein autonomes System
- sondern eingebettet in einen kybernetischen Regelkreis
- anatomischen und physiologischen bzw. neurophysiologischen Zusammenhänge des Kiefergelenks mit den muskulären Strukturen.
- Jede Veränderung im Bereich der Kieferrelation wirkt sich auf den Bewegungsapparat sowie möglicherweise auf Organe aus.
- Das Kiefergelenk ist Endpunkt der Funktionskette.
- Das Kiefergelenk kann – im Gegensatz zu den anderen Gelenken des Körpers – seine Endposition nicht muskulär einstellen oder korrigieren.
- Vielmehr wird seine Positionierung durch die Okklusion bestimmt: maximale Interkuspitation.

Natürliche Kopfhaltung

- Der Körper ist immer bemüht, die Augen zur Orientierung im Raum parallel zum Boden zu haben und das Gleichgewicht sicherzustellen (Natural Head Position, NHP)
- Störungen in einem der Rotationsgelenke werden daher von allen anderen Drehzentren kompensiert,

- denn der Körper wird sich entsprechend den Augen ausrichten.

Ab- und Aufsteigende Ketten

- Bei einer aufsteigenden Rotationskette müssen Schultergürtel, Kopfgelenke und Kiefergelenke die Fehlfunktionen im unteren Bereich des Körpers kompensieren, z. B. Verletzungen im Bereich des Fußes.
- Bei der absteigenden Kette ist die Fehlfunktion im Bereich der Kopf- und Kiefergelenke (z. B. CMD) manifestiert.
- Zudem kann eine absteigende und zugleich eine aufsteigende Kette vorliegen.



Positionierungsschiene nach Prof. Kamm
Quelle: K. Kamm

Falsche Bisshöhe

- Bei einer zu hohen Bisshöhe können beispielsweise Knochenkompensationen auftreten.

- Eine reduzierte Bisshöhe führt aus skelettaler Sicht oft zur sogenannten Kopfvorhalte.
- Daraus resultiert eine beidseitig eingeschränkte Rotationsfähigkeit der Halswirbelsäule.
- Die Kopfvorhalte wirkt sich lokal aus, indem sich der Bereich der oberen Halswirbelsäule verengt.
- Im Bereich der unteren Halswirbelsäule führt die Kopfvorhalte zu einer verstärkten Kyphose (Buckel) mit starken Verspannungen.

Schientherapie und das System Mensch

- Ziel ist die Dysfunktion (Endposition) zu beheben.
- funktionell vorbelasteten Patienten in eine stabile Situation zu führen,
- Um seine körperlichen Beschwerden zu beseitigen sowie seine volle Leistungsfähigkeit wiederherzustellen (Startposition)
- Es kann auch von der sogenannten Most Comfortable Position (MCP) gesprochen werden.

K. Kamm

Manipulation / Mobilisation der Kopfgelenke

Workshop: Dr. Horst Moll / Dr. Alexander Lechner, 20. - 22.04.2023, Leipzig

Der Workshop über Manipulation und Mobilisation der Kopfgelenke am 20. April 2023 im Rahmen des europäischen Kongresses Manuelle Medizin wurde geleitet von Herrn Dr. Horst Moll, Isny sowie Herrn Dr. Alexander Lechner, Wien.

Nach einer kurzen Darstellung theoretischer neurophysiologischer sowie anatomischer Grundlagen, Besprechung von Kontraindikationen sowie differenzialdiagnostische Erwägungen erfolgte der praktische Teil mit Demonstration und Üben der Techniken betreffend Mobilisa-

tion und Manipulation der Kopfgelenke. Dabei wurden die unterschiedlichen Techniken des Dr. Karl-Sell-Ärztseminars Isny sowie der ÖÄGMM den über 20 Teilnehmern erläutert und vermittelt.

H. Moll / A. Lechner

Manuelle Medizin im kranialen Feld / CMD – Neurophysiologische Grundlagen der Wirkmechanismen

Vortrag von Rigobert Klett, Institut für Manuelle Medizin an der DTMD-University, Wiltz, Luxemburg / Praxis für Manuelle und Osteopathische Medizin, Langgöns

Auf segmentaler Ebene werden nozizeptive Afferenzen, hemmende Afferenzen aus der Peripherie sowie aus dem ZNS absteigende hemmende Systeme am Wide Dynamic Range (WDR) Neuron zusammengeführt. Abhängig davon, ob die nozizeptiven Afferenzen oder die Hemmung überwiegen, wird der Schmerz nach zentral weitergeleitet oder nicht bewusst.

Die Manualmedizin kann somit über die Beseitigung einer Nozizeption oder über die Aktivierung der Hemmung einen therapeutischen Effekt erzielen. Im kranialen Feld entspricht dem WDR Neuron auf Rückenmarksebene die Region der Trigemuskern im Stammhirn, die die Afferenzen aus Kaumuskulatur, Augenregion, Gleichgewichtsorgan, Kopfgelenkregion sowie die absteigenden Bahnen als sogenannte trigeminale Konvergenz zusammenführt und auf die entsprechenden motorischen Efferenzen projiziert. Von der oberen HWS können Funktionsstörungen des kranialen Feldes dann über propriospinale und schließlich segmentale Projektionen über die Wirbelsäule bis in die Extremitäten weitergeleitet werden. Wodurch sich der mögliche weitreichende positive Effekt der Therapie einer Funktionsstörung im kranialen Feld auf den gesamten Körper herleiten lässt.

Das periphere hemmende System wird bisher primär den A-Faser-vermittelten propriozeptiven Afferenzen zugeordnet. Neu Erkenntnisse der letzten Jahre sprechen jedoch auch für ein C-Faser-vermitteltes hemmendes System, das von sogenannten C-taktilen (CT) Fasern gebildet wird. CT-Fasern finden sich mit hoher Dichte an der behaarten Haut und wohl auch mit geringer Dichte an der unbehaarten Haut. Die bisherigen Daten sprechen dafür, dass die Hemmung über CT-Fasern sowohl auf segmentaler als auch zentraler Ebene durch Projektion in die Inselregion und weiter in den präfrontalen Kortex sowie das limbische System hemmenden Einfluss besitzen.

Untersuchungen zur Aktivierung der Schmerz hemmenden Systeme durch manualmedizinische Behandlungstechniken sprechen dafür, dass Impulstechniken (HVLA) primär das C-Faser vermittelte System ansprechen und keine wesentliche Aktivierung der A-Faser vermittelten Hemmung bewirken. Mobilisation und Massage mit hohem Druck führen hingegen zu einer Aktivierung des A-Faser vermittelten Systems und haben keinen wesentlichen Effekt auf das C-Faser vermittelte System. Diese beiden Behandlungstechniken unterscheiden sich jedoch dadurch, dass Mobilisation primär zu einer Sympathikus Aktivierung

und Massage zu einer Vagus Aktivierung führt. Eine Untersuchung des Effektes von Techniken im Rahmen der klassischen osteopathischen Behandlung im kranialen Feld auf die Alpha-Wellen Amplitude im EEG konnten zeigen, dass sowohl eine spezifische als auch eine unspezifische Technik am Schädel zu einer signifikanten Zunahme der Amplitude führten. Am Sakrum waren die spezifische und unspezifische Technik ohne Effekt. Insofern ist das klassische osteopathische Erklärungsmodell neurophysiologisch nicht nachvollziehbar.

Insgesamt lässt sich somit der therapeutische Effekt der Manuellen Medizin im kranialen Feld auf dem Boden neurophysiologischer Erkenntnisse gut erklären. Die unterschiedliche Aktivierung der hemmenden Systeme durch die Behandlungstechniken ist auch die Basis für einen differentialtherapeutischen Einsatz gegeben.

R. Klett

Vom Befund zum spezifischen Training

Workshop: Dr. Hein Schnell, D.O. DAAO (München)
und Dr. Wiebke Becker-Hinrichs (Hamburg), 21.04.2023, Leipzig

Problemstellung

Viele häufige Beschwerdemuster und Befundkonstellationen in der Manuellen Medizin sind langfristig nur durch aktives Training und Mitarbeit von Patienten-seite aus zu beherrschen und aufzulösen.

Ziel des Workshops

Funktionelle Zusammenhänge erkennen lernen und auf Boden der individuellen manualmedizinischen Befundkonstellationen spezifische Trainingsansätze ableiten können – und das nicht nur für exemplarische Fälle sondern als konzeptionellen Ansatz, der grundsätzlich auf eine Vielzahl von Befundkonstellationen an unterschiedlichen Körperregionen anwendbar ist.

Prinzip

Detektion von fehlerhaft übermäßig angesteuerten und hypertonen bzw. „überaktiven“ Muskeln sowie deren häufig inhibierten Antagonisten. Es gelten die neurophysiologischen Zusammenhänge der Antagonistenhemmung [1] (Sherrington Gesetz Nr. 2). Hieraus kann folgende Konstellation abgeleitet werden (Abb.1):

Diagnostik

1. anatomische Orientierung Palpation des M. psoas (und M. iliacus) zur Detektion schmerzhafter Punkte und Beurteilung der Muskelspannung.

2. Inspektion und Palpation der Muskelaktivierungssequenz beim aktiven Heben des gestreckten Beins in Bauchlage. Hier kann relativ einfach eine deutlich verzögerte und abgeschwächte Kontraktion der Glutealgruppe detektiert werden.

Therapie

1. Detonisierung durch „positional release & reciprocal inhibition (PRRI)“ – Bei gehaltenem Druck auf dem schmerzhaften Muskelpunkt wird das zugehörige Gelenk passiv in die Position geführt, in welcher der Schmerz und der Tonus am Ort der Palpation maximal abnimmt (Prinzip analog Counterstrain n. Jones). Additiv wird dann vom Patienten gefordert, eine antagonistische Bewegung gegen Widerstand durchzuführen (Am Bsp. Psoas: Strecken in der Hüfte)

2. Instruktion zu Eigenübung mit Training der funktionellen antagonistischen Muskelgruppen mit dem Ziel ebenfalls über den reziproken Hemm-Mechanismus

den überaktiven Muskel zu detonisieren und zu deconditionieren. Darüberhinaus kommt es durch die Kräftigung der vormals dauerhaft inhibierten Muskulatur zum Re-Balancing der Kraftverhältnisse. (Am Bsp. Psoas: „Beckenlift“ / Schulterbrücke und Übungen für die isolierte Innenrotation gegen Widerstand mit Therabändern)

Fazit

Am Beispiel der Hüftbeugemuskulatur ergeben sich kettenreaktionsartige Veränderungen sowohl in aufsteigende (Haltung, gekreuzte Syndrome n. Janda) und absteigende (Knieschmerzen) Richtung. Das diagnostische und therapeutische Konzept auf Boden der Antagonistenhemmung ist auch anwendbar in anderen Regionen, im Workshop wurde ergänzend auch ein praxisorientiertes Vorgehen für die Nacken-Schulter-Region abgeleitet.

H. Schnell

Literatur

[1] R. Brandes et al. (Hrsg.), Physiologie des Menschen, Springer-Lehrbuch, Kapitel 45 Spinale Motorik S 583-596
https://doi.org/10.1007/978-3-662-56468-4_45

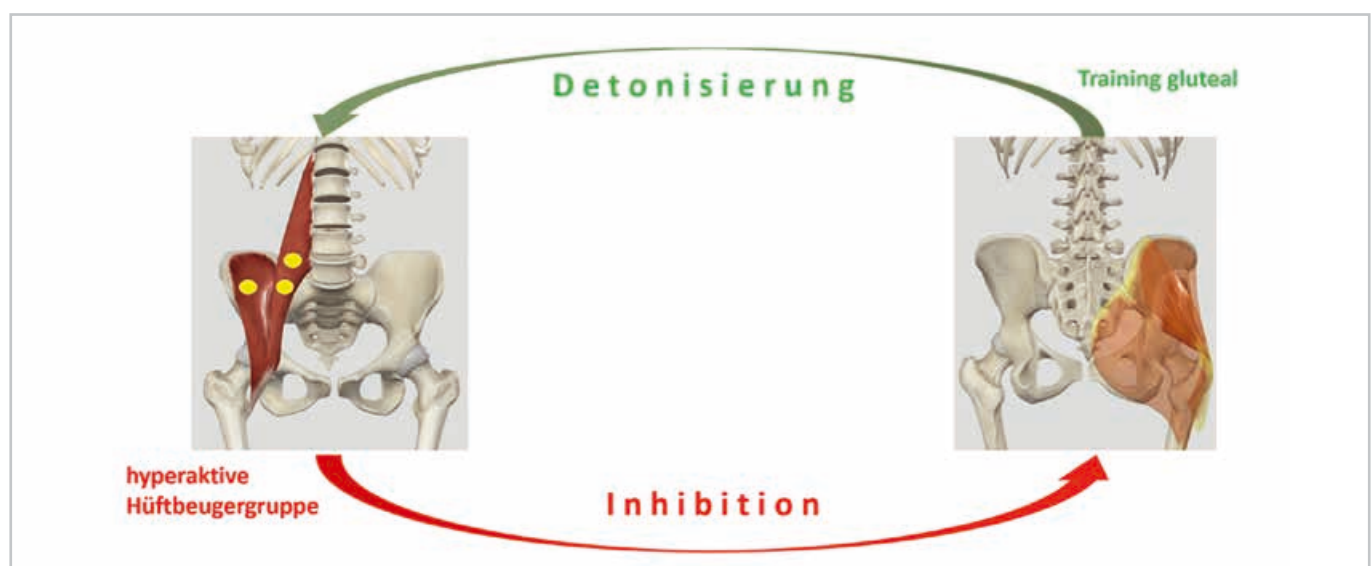


Abb. 1: Rot: die Hyperaktivität der Hüftbeuger inhibiert reflektorisch die antagonistische Hüftstreckerguppe. Grün: Durch regelmäßige Aktivierung im Sinne von forciertem Training der Hüftstreckerguppe kommt es reflektorisch zur Detonisierung der antagonistischen Hüftbeuger. Quelle: ©H. Schnell mit complete anatomy, Elsevier.

Die schmerzhafteste Funktionsstörung im klinischen Alltag – Dizziness und HWS – Was tun? – Effektive Diagnostik und Therapie an der oberen HWS

Vortrag von Florian M. - J. Wagner, April 2023, Leipzig

Die Diagnose der segmentalen und somatischen Dysfunktion der oberen Halswirbelsäule (C0-C3/4) als mögliche Ursache einer Gleichgewichtsstörung, als Teil im großen Kontext Schwindel, ist jedem Manualmediziner aus der klinischen Erfahrung präsent.

Die Akzeptanz dieses Pathomechanismus und der damit gegebenen manualmedizinisch therapeutischen Option in angrenzenden Fachgebieten hat noch „viel Luft nach oben“ und scheint seit der Jahrtausendwende im deutschsprachigen Raum festgefahren zu sein.

Das liegt zum einen an der nicht eindeutig und klaren begrifflichen Abgrenzung der manualmedizinisch behandelbaren zervikogenen Gleichgewichtsstörung von den verschiedenen anderen Schwindelarten und Bezeichnungen wie Vertigo, Dizziness, Drehschwindel, deren therapeutischer Ansatz dann auch klar nicht manualmedizinisch ist.

Zum anderen mangelt es noch an dem breiteren Verständnis der neurophysiologischen Grundlagen des Blockierungsgeschehens, basierend auf dem Modell des sich aufhängenden segmentalen Schutzreflexes mit verschiedenen weiteren Koaktivierungen wie der sympathischen Systemaktivierung oder auch zentralnervösen und affektiven Regulationsstörungen.

Eine Besonderheit der Neurophysiologie der oberen HWS ist der fließende Übergang der segmentalen Afferenzen C3 aufwärts zu den trigeminalen Afferenzen im Rahmen der zervikotrigeminalen Konvergenzreaktion, die als anatomisches Korrelat den Übergang des spinalen Hinterhorns mit seiner Aufteilung in Rexed Laminae in den Nucleus spinalis n. trigemini fast unverändert weiterführt.

Entsprechender segmentafferenter nozizeptiver Input aus den verschiedensten Geweben im „zervikotrigeminalen“ Be-

reich kann ein Blockierungsgeschehen der oberen HWS bedingen, das die Somotorik u. a. der kurzen Nackenmuskeln (M. rectus capitis minor et major, M. obliquus capitis superior et inferior) und damit die propriozeptive Leistung dieser speziellen Muskeln beeinträchtigt.

Das sich daraus ergebende klinische Bild kann ein Symptomkomplex aus Nacken-, Kopf-, Gesichtsschmerz sein, verbunden mit vegetativen (z.B. Übelkeit, Palpitationen), affektiven (z.B. Angst) und kognitiven Beschwerden (z.B. Konzentrationsstörung), sowie mit unspezifischen Störungen der assoziierten Sinne Sehen (z.B. Schleiersehen), Hören (z.B. Hallhören) und Gleichgewicht (zervikogene Gleichgewichtsstörung). Zusammengefasst wird dies als zervikozephal Syndrom (Barre-Lieou-Syndrom) (ICD 10 M53.0)

Die kurzen Nackenmuskeln dienen aufgrund ihrer hohen Muskelspindeldichte als Sensoren der Position des Kopfes auf der Halswirbelsäule, weniger als aktive lokomotorische Muskeln. Kerngebiete des vestibulären Systems werden über den Tractus spinovestibularis erreicht, der den propriozeptiven Input der kurzen Nackenmuskeln afferenziert.

Propriozeption der Haut und generell nozizeptive Afferenzen aus dem Bereich der oberen HWS werden Richtung Thalamus und sensorischen Cortex weitergeleitet und erreichen die Vestibulariskerne nicht.

Der muskuläre propriozeptive Input ist nur ein Teil der Afferenzen zu den vestibulären Kernen und ergänzt neben dem Vestibularorgan, dem (audio-)visuellen System und zerebellären Projektionen das afferente Spektrum des Gleichgewichtssinns.

Die weitere Verschaltung ist hochkomplex und erreicht unter anderem neben den Augenmuskeln (Nystagmus),

den temporo-parietalen Cortex (Lage-sinn), Kerngebiete der Formatio reticularis (vegetative Begleitreaktion, z.B. Übelkeit), das limbische System (affektive Begleitsymptome). Über absteigende Bahnen (Tractus vestibulospinalis, Fasciculus longitudinalis medialis) werden wiederum Efferenzen zu Muskeln (bis lumbosakral) geführt, die der Gleichgewichtsregulation dienen.

Kommt es nun aufgrund einer Dysfunktion der oberen HWS zu einem inadäquaten muskulären propriozeptiven Input im Vestibularkerngebiet, kann es im Rahmen der komplexen internukleären Verschaltungen und den verschiedenen Interaktionen mit den o.g. gekoppelten zentralnervösen Zentren zu einer Funktionsstörung des Gleichgewichtssystems kommen. Auch eine Störung der Okulomotorik (Nystagmus) lässt sich in diesem Modell erklären. Diese zervikogene Gleichgewichtsstörung drückt sich meist als Schwankschwindel, Stand oder Gangunsicherheit aus und wird häufig, auch im Rahmen spezieller klinischer Tests verstärkt bei einer Torsion des Körpers zum Kopf, d.h. einer Rumpfbewegung bei positionsstabil gehaltenem Kopf.

Klinische Tests wie der clinical cervical torsion test können bei der Diagnose helfen, sind aber in ihrer Umsetzung noch nicht ausreichend standardisiert.

So stützt sich die Diagnose der zervikogenen Gleichgewichtsstörung natürlich auf das Vorhandensein einer segmentalen Dysfunktion v. a. im Bereich der oberen HWS.

Das Grundprinzip, dass nicht das Symptom sondern die segmentale Dysfunktion manualmedizinisch behandelt wird, tritt hier klar in den Vordergrund. Die Lösung der Blockierung (der Dysfunktion) wird über den segmentalen, antinozizeptiven, A-beta Faser vermittelten, propriozeptiven Input erfolgen. Löst sich die segmentale Dysfunktion, wird auch die

sensomotorische Leistung des zuvor dysfunktionalen Muskels wiederhergestellt und der gestörte Regelkreis kann zu seiner „normalen“ Funktion zurückkehren. Davor bedarf es einer ausführlichen Anamnese, dem Ausschluss lebensbedrohlicher Differentialdiagnosen, sowie der vestibulären, zentralnervösen oder internistischen Ursachen. Beispielsweise ist ein gerichteter Drehschwindel in 95% ein klares (zentrales oder peripheres) vestibuläres Problem und Bedarf der fachgebietsbezogenen neurologischen oder HNO-ärztlichen Betreuung.

Die Untersuchung auf Blockierung an der oberen HWS sollte sich an den Algorithmus der MIP-Diagnostik halten. Entsprechende Kontraindikationen zum geplanten therapeutischen Verfahren sind zu beachten. In diesem speziellen Krankheitsbild empfiehlt sich ein maximal deeskalierender therapeutischer Ansatz.

Beginnend mit dem zeitlichen und räumlichen Setting, sollte die Kommunikation

den Bedürfnissen des Patienten angepasst sein, der sich in seinem komplexen Krankheitsbild ernstgenommen und verstanden fühlen soll. Meist haben Patienten eine gewisse Odyssee hinter sich und tragen neben den somatischen Beschwerden eine nicht zu verachtende psychische Belastung mit sich.

Erklärung des Krankheitsbildes und der diagnostischen wie therapeutischen Schritte sind empfehlenswert. Ebenso sollte bei den Grifftechniken auf weiche Techniken zurückgegriffen werden. Häufig wird die Bitte, „nicht am Kopf zu reißen“ geäußert. Klassische Grifftechniken, wie der Hand-Glissan (segmentale Traktionsmobilisation an der HWS) und das subokzipitale Release stellen sinnvolle Ansätze dar.

Sanfte neuromuskuläre Techniken wie Druckpunkt- und Positionierungstechniken, auch in Kombination mit Muskelenergietechniken (MET), bevorzugt der reziproken Inhibition, können ange-

wendet werden. Diese sind auf Grund ihrer nachvollziehbaren propriozeptiven Wirkungen sowie der hervorragenden therapeutischen Steuerung durch die stete haptische Rückmeldung mit dem zu behandelnden Gewebe und der direkten Kommunikation mit dem Patienten besonders hervorzuheben.

Mobilisierende Modifikationen manipulativer Techniken, z. B. der Hangtraktion nach Frederik für die oberen Kopfgelenke, zeigen sich wirksam.

Der Patient sollte seinen meist begleitenden muskulären Dysbalancen oder Haltungsproblemen angemessene, anfangs physiotherapeutisch angeleitete Beübungen regelmäßig durchführen. Eigenübungen zur Koordination von Blick und Kopf-Körperbewegung (visuell-motorisches Training) sind empfehlenswert und dem Patienten individuell angepasst zu vermitteln.

M. - J. Wagner

Kiefergelenk und Kopfschmerz

Zusammenfassung: Vortrag Prof. Rudolf Lackner

Die übliche Funktion der Kiefergelenke ist mit einer Erhöhung des Gelenksbinnendruckes verbunden.

Durch die funktionelle Veränderung der Mandibula in einen zweiarmigen Hebel wird eine Dekoaptation möglich, die eine Harmonisierung und Balanceerleichterung der verbundenen Strukturen wie Kiefergelenkscapsel, Hyoid und Larynx wirksam erkennbar ermöglicht und den Patienten als aktiv empfindenden Partner integriert.

Die Behandlung nur über die Zahnreihen, die immer in der Gelenksdrucksituation münden, wird sinnvoll durch die Reduk-

tion bis hin zur Aufhebung des Koaptationsdruckes verbessert. Die therapeutische Unterstützung durch den Patienten selbst mit seiner Empfindungsleistung ist ein weiteres Korrektiv.

Wesentliche Punkte

- 1) Umwandlung eines einarmigen Hebels in einen zweiarmigen Hebel
- 2) Aufhebung der Kieferschließmuskelleistung
- 3) Einbindung der Patientenleistung am peripheren Arm des nunmehr zweiarmigen Hebels in Schließrichtung.

Anatomie und Topographie der Mandibula lassen die Nähe zum Wirbelkörper nachvollziehen. Die Bezeichnung cranio-mandibuläre Dysfunktion oder Myarthropathie stehen im Zusammenhang mit "wide dynamic range neuron" und lassen die Vernetzungen und daraus resultierende Beschwerdegenerierung / Schmerzausstrahlung verstehen. Somit ist das Bestreben nach Reduktion des Gelenksbinnendruckes und damit die Reizreduktion nachvollziehbar.

R. Lackner

MWE auch auf dem VSOU-Kongress in Baden-Baden umfangreich präsent

Jahrestagung VSOU, 27.04 - 29.04.2023



Vereinigung
Süddeutscher Orthopäden
und Unfallchirurgen e.V.

Auch auf der Jahrestagung der Vereinigung Süddeutscher Orthopäden und Unfallchirurgen (VSOU e.V.) in Baden-Baden vom 27.04. bis 29.04.2023 waren MWE-Aktive wieder deutlich wahrnehmbar.

Eine Sitzung „Manuelle Medizin und Schmerztherapie: Sensibilisierung, Noziplastizität und Inflammation – praktisches Vorgehen im Alltag“ wurde von **Ricarda Johanna Seemann** und **Hein Schnell** geleitet.

Karl Meßlinger aus Erlangen brachte neue Erkenntnisse zu Nozizeption, Nozigenatoren, Noziereaktion und vor allem zum Stichwort noziplastischer Schmerz in die Diskussion. Der Begriff Noziplastizität ist erst seit einigen Jahren in der Schmerzdiagnostik eingeführt und beschreibt am Ende eine sich entwickelnde oder genuin vorhandene Autoaktivität von Nozizeption, die eigenständige Schmerzbilder erzeugen kann, die jenseits der polytopen Hyperalgesie und der Fibromyalgie einzuordnen sind.

Hermann Locher sprach per Aufzeichnung über periphere und zentrale Sensibilisierung und die daraus resultierenden Erkenntnisse im klinischen Alltag. Hier wurden neurophysiologische Details der Schmerzperzeption und Transduktion auf

Rückenmarksebene und ihre klinische Symptomatik dargestellt.

Ricarda Johanna Seemann aus Berlin trug mit mehreren, sehr spannend dargestellten Kasuistiken zum Thema Kreuzschmerz, primäre oder sekundäre Dysfunktion der LWS vor.

Zum Ende der Sitzung hatte Herr **Andreas Niemeier** aus Hamburg einen sehr spannenden Beitrag zu seronegativen unspezifischen Spondarthritis und ihre differentialdiagnostische Herausforderung. Besonders eindrucksvoll war, dass wegen technischer Defekte auf dem Stick ihm keine Slides zur Verfügung standen, er aber einen sehr lebendigen und eindrucksvollen Vortrag gestalten konnte.

In einer Sitzung „Wirbelsäule konservativ“ von der Deutschen Wirbelsäulengesellschaft unter Vorsitz von **Matthias Pumberger** und **Bernd Kladny** unter dem Stichwort „meet the expert“ brachte Herr **Timo Zippelius** aus Ulm wesentliche Aspekte der konservativen Therapie bei spezifischen Rückenschmerzen und Behandlungsalgorithmen.

Ricarda Johanna Seemann aus Berlin hatte das komplexe Thema „konservative Therapie nach Wirbelsäulen-OP's: Was

ist deutscher Standard und was bringt unseren Patienten wirklich etwas“. Es wurde hier aufgezeigt, dass wenig belastbare Daten über die verschiedenen Möglichkeiten der Nachbehandlung nach Wirbelsäulen-OP's existieren und dass auf diesem Felde sehr vieles noch auch der subjektiven Beurteilung überlassen ist.

Thilo Khakzad aus Berlin brachte einen Beitrag über muskuloskeletale Interaktionen – Hüftschmerz bei LWS-Syndrom: Praxisrelevante Tipps und Tricks. Hier wurde auf die vielfache Beobachtung eingegangen, dass Schmerzen aufgrund zentralnervöser Regulationsvorgänge, insbesondere der sogenannten neurogenen Neuroinflammation, durchaus an anderen Stellen wahrgenommen werden können als dort, wo ihre Nozigenatoren liegen. Es wurden sehr interessante Details zur Differentialdiagnostik dargestellt.

Frank Hassel aus Freiburg gab neue Ergebnisse zur Radiofrequenzdenervierung an der Wirbelsäule in die Diskussion unter der Frage: Wann und wo macht eine Behandlung Sinn? Auch hier wieder ausführliche Diskussion über Möglichkeiten und Sinn invasiver und mikroinvasiver Maßnahmen bei chronischen Wirbelsäulenschmerzen. Insgesamt sehr erfreuliche, informationsreiche Veranstaltungen im wissenschaftlichen Plenum.

Auch das Kurs- und Seminarprogramm war durch die MWE stark bereichert:

Horst Moll und **Christof von Neukirch** brachten Neues und Bewährtes in Diagnostik und Therapie im Hands-on-Workshop, der wieder zahlreich besucht wurde, wo Hands-on, technische Details ausgetauscht wurden und intensive Diskussionen über Indikation und Durchführung manualmedizinischer Maßnahmen stattgefunden haben. Der Fokus lag in der Lenden-Becken-Bein-Region.

Von **Hein Schnell** aus München wurde ein Specialist-Workshop, Pits and Pearls geleitet, der sich an eher erfahrene und versierte Manualmediziner richtete.



Frühling in Baden-Baden, Quelle: K. Meßlinger

Es wurden typische Fallstricke aus dem praktischen Alltag aufgezeigt und wenig bekannte, gleichwohl elegante manuelle Techniken erarbeitet. Die zahlreichen Teilnehmer und Teilnehmerinnen waren dankbar für die sehr praxisbezogenen Tipps und insbesondere die im Sinne von intensivem „Bedside Teaching“ vermittelten Techniken und technischen Details. Hein Schnell bot auch einen Workshop Manuelle Medizin – ein praktischer Einstieg, wobei vor allem Kolleginnen und Kollegen am Ende des Studiums und in der Weiterbildung angesprochen wurden. Es wurden manuelle Kompetenzen sowohl diagnostisch als auch therapeutisch vermittelt, so wie sie im Medizinstudium und in der Weiterbildung vergleichsweise wenig vermittelt werden. In diesem Workshop wurde im Rahmen eines interaktiven Vortrags zunächst Grundlagenwissen erarbeitet und die Indikationsstellung zur Manuellen Medizin beleuchtet. Im praktischen Teil wurden manuelle, diagnostische und therapeutische Techniken vermittelt und gelernt. Zahlreiche junge Kolleginnen und Kollegen waren fasziniert von den Möglichkeiten der Manuellen Medizin.

Michaela Habring, Ricarda Seemann und **Hein Schnell** leiteten den sehr stark frequentierten Workshop: Es muss nicht immer knacken – präzise Manuelle Medizin an der HWS. In diesem Workshop lag der Fokus auf dem nicht manipulativen, sprich eher weichen und dennoch hochwirksamen Techniken an der HWS. Es wurde vermittelt, wie wir schnell zu einer soliden manualmedizinischen Diagnose kommen und wie wir auch ohne Impulsmanipulation präzise und spezifisch therapieren können. Der Workshop wurde sowohl von Neueinsteigern als auch von „alten Hasen“ sehr gerne aufgenommen, weil er insbesondere einen risikofreien Approach für die HWS aufgezeigt hat.

Rigobert Klett aus Langgöns schloss den Kreis der MWE-Workshops mit einem Kurs über die craniomandibuläre Dysfunktion. Er hat die neurophysiologischen Grundlagen der CMD anatomisch und



Die Protagonisten der Sitzung: Manuelle Medizin und Schmerztherapie: Von links nach rechts: H. Schnell, K. Meßlinger, A. Niemeier, R. Seemann. Quelle: M. Habring

neurophysiologisch sowie schmerzmedizinisch eindrücklich herausgearbeitet. Das Krankheitsbild wurde aus manualmedizinischer Sicht beleuchtet mit entsprechenden interdisziplinären Seitenblicken in Kieferorthopädie und Zahnmedizin. Es wurden grundlegende diagnostische und therapeutische Ansätze vorgestellt und praktisch erarbeitet.

In exponierter Position vor dem Vortragsaal 1 an bekannter Stelle hatte die MWE wieder ihren Kongress-Stand, der wieder von unseren bezaubernden jungen Mitarbeiterinnen aus dem Zentralsekretariat repräsentiert und bedient wurde. Hier konnten zahlreiche Informationsgespräche stattfinden. Es bestand starkes Interesse an unserem Informationsmaterial und an den Kurskalendern. Neben Kaffee und Obst gab es auch Säfte und kleine Verkostigungen.

Insgesamt hat die MWE ein sehr lebendiges und wissenschaftlich spannendes Gesamtbild hinterlassen und wird auch auf den nächsten Kongressen, insbesondere beim DKOU in Berlin und VSOU-Kongress 2024 wieder präsent sein.

Aus meiner präsidialen Sicht ergeht herzlicher Dank an alle Protagonisten für die exzellente Vorbereitung und hochprofessionelle Darstellung dessen, was wir heute wissenschaftliche Manuelle Medizin in Klinik, Praxis und täglicher Anwendung nennen dürfen.

H. Locher



Charme, Anmut und exzellenter Sachverstand unserer Mitarbeiterinnen aus der Zentrale (Frau Susan von Falkowski und Frau Sibylle Mittmann) machten die Besuche interessierter Kolleginnen und Kollegen zu einem besonderen Erlebnis, kleine Stärkungen inbegriffen. Unsere physische Präsenz auf großen Kongressen unterstreicht die Bedeutung der manuellen Medizin in der orthopädisch-unfallchirurgischen Versorgungslandschaft. Quelle: M. Habring



Deutsch-Amerikanische
Akademie für Osteopathie
DAAO e.V.

Neues von der DAAO

Was in 2023 bisher geschah.



Unterrichtendentreffen 2023, Quelle: J. Hartig

Kursunterrichtenden-Treffen

Vom 03. bis 05. März 2023 fand das jährliche Treffen der Unterrichtenden der DAAO in Fulda statt. Vielen Dank an unser geschätztes Mitglied Dr. Holger Jahn für die Organisation!

Wie gewohnt stand das Treffen, welches in diesem Jahr erstmals im Format eines Kurses, also über 2,5 Tage, stattfand, im Zeichen des gegenseitigen Kennenlernens der Unterrichtenden, sowie deren Schulung zu Unterrichtsinhalten und der Didaktik in der Osteopathie.

Am Freitag stand eine Reflexion des Kursablaufes im Allgemeinen im Mittelpunkt: Der Ausbildungskoordinator Dr. Hans-Joachim Kirlum und die Vorsitzende

Dr. Petra Kramme stellten die Standards des Kursablaufes dar. Es entspann sich eine rege Diskussion über Vorstellungsrunden, Namensschilder und zeitliche Abläufe. Nachmittags stellte Dr. Stefan Giesswein die Haptikschulungen in den Einführungskursen vor. Durch eine Umfrage zu den haptischen Erfahrungen der Unterrichtenden und die Versprachlichung derselben verdeutlichte er die Wichtigkeit der praktischen Hands on Anleitung der Kursteilnehmenden.

Der zweite Tag war der Ausbildung in cranialer Osteopathie gewidmet. Unser Beiratsmitglied Dr. Leah Frank, DO stellte gemeinsam mit unserem stellvertretenden Vorsitzenden Frank Müller ihr Konzept für die inhaltliche Gestaltung der Craniale Osteopathie I und II-Kurse unseres Grund- und Aufbauprogramms vor.

Ihr Konzept traf auf breite Zustimmung, nur in Details gab es Diskussionsbedarf. Die künftigen Teilnehmenden unserer Kurse werden somit künftig von einer noch strukturierteren Ausbildung in cranialer Osteopathie profitieren können, die sie optimal auf die Cranio-Basiskurse im Postgraduiertenprogramm vorbereiten wird.

Neben diesen theoretischen Überlegungen ging es dann aber auch wieder um Praktisches: Frank Müller zeigte eine tolle Palpationsübung mit wassergefüllten Luftballons als Vorbereitung für craniale Osteopathie, aber auch Palpation in sonstigen osteopathischen Modi. Ergänzt beziehungsweise erweitert wurde diese Übung noch durch eine von Dr. Rosemarie Hofem vorgestellte Übung für zwei Partner mit einem aufgeblasenen Einweghandschuh zur Schulung der Palpation der verschiedenen Dysfunktionen der sphenobasilären Synchondrose.



Palpationstraining mit dem Luftballon, Quelle: J. Hartig

Auch am dritten Tag ging es mit Praxis der Palpation weiter: als Gruppenübung sollte nun bei einer Kurshälfte von der anderen Kurshälfte die Spannung des Pars descendens des M. trapezius palpiert und die Probanden dann in Reihenfolge der Intensität der Spannung aufgestellt werden. Die Übung wird ganz sicher ihren Weg in unsere künftigen Kurse finden, da sie nicht nur eine sehr gute Palpationsübung ist, sondern gleichzeitig auch das Gruppengefühl stärkt und die Atmosphäre auf angenehme Art und Weise auflockert.

Ein herzliches Danke an das DAAO-Sekretariat für die gute Organisation im Vorfeld und an die MWE für die Möglichkeit, die Unterrichtenden einmal jährlich fortbilden zu können!

Bericht von der Vorstandsklausur

Einmal jährlich trifft sich der Vorstand der DAAO für ein Wochenende zum intensiven Austausch Vis-à-vis. Bereichert wurde die diesjährige Klausurtagung vom 24. bis 26.02.2023 in Würzburg um eine gemeinsame Sitzung mit dem Vorstand der MWE, die den weiteren Willen zur Fortsetzung der erfolgreichen Kooperation beider Gesellschaften miteinander unterstreicht.

DAAO goes international

Traditionell auf internationalem – vor allem US-amerikanischem – Parkett unterwegs wird es für uns künftig noch internationaler. Mit einer kompletten-englischsprachigen Kursreihe vom Grundkurs bis zur osteopathischen Woche möchten wir insbesondere auch unseren ärztlichen Kolleginnen und Kollegen aus dem nicht-deutschsprachigen europäischen Ausland eine hochwertige osteopathische Ausbildung inspiriert vom

US-amerikanischen Standard anbieten. Die Kursreihe wird aufgrund der guten Erreichbarkeit am Kursort Frankfurt stattfinden. Wir werden künftig also drei Kursreihen verteilt über unsere deutschlandweiten Kursstandorte anbieten – eine im norddeutschen Raum (derzeit noch in Bad Iburg), eine in Süddeutschland (in Isny) und die neue, komplett englische Kursreihe in Frankfurt.

Einhergehend mit der Öffnung auch für Ärztinnen und Ärzte aus dem europäischen Ausland gestatten wir die Teilnahme an unserem Postgraduiertenprogramm voraussichtlich ab 2024 auch allen Ärztinnen und Ärzten, die eine osteopathische Ausbildung nach dem BAO-Standard abgeschlossen haben.

Ein Erwerb unserer Postgraduiertenzertifikate ist jedoch nach wie vor nur möglich mit einer EROP-zertifizierten Osteopathieausbildung.

Kurspreise und Mitgliedsbeitrag

Auch vor der DAAO macht die Inflation leider nicht halt. Da wir auch künftig eine Ausbildung durch internationale Dozentinnen und Dozenten auf höchstem Niveau gerade auch im Postgraduiertenbereich anbieten möchten und Wert auf attraktive und gut erreichbare Kursorte legen, werden künftig nicht mehr alle Kurse zum gleichen Preis angeboten werden können. Bei besonderes hohen Raum- oder Dozentenkosten muss auch der Kurspreis entsprechend angepasst werden.

Die allgemeine Kostensteigerung wird auch den Mitgliedsbeitrag der DAAO betreffen - der Vorstand der DAAO wird in der Mitgliederversammlung am 11. November 2023 in Dresden eine Erhöhung des Mitgliedsbeitrages vorschlagen, um die laufenden Kosten unseres Vereins, zum Beispiel für unser Personal, unsere

Räumlichkeiten und technische Infrastruktur, weiterhin decken zu können. Nähere Details hierzu werden im Vorfeld unserer Jahreshauptversammlung im November 2023 bekannt gegeben.

Vorschau auf den Kongress 2023

Unser Kongress vom 11.-12.11.2023 zum Thema Thorax nimmt Formen an. Als Veranstaltungsort haben wir wieder das Tagungszentrum der sächsischen Wirtschaft in Radebeul bei Dresden ausgewählt. Um dem vielfachen Wunsch, auch etwas Zeit für die Erkundung der wunderschönen Stadt Dresden zu haben, nachzukommen, wird das Kongressprogramm erstmalig auf zwei statt drei Tage verteilt. Der Kongress wird also am Samstagmorgen wie gewohnt mit Vorträgen im Plenum beginnen, im Nachmittagsbereich finden unter anderem die beliebten Workshops statt und die Veranstaltung schließt dann am Sonntag wieder mit einer Vortragsrunde im Plenum ab. Auch die Abendveranstaltung am Samstag wird im TSW stattfinden, sodass möglichst wenig Fahraufwand anfällt.

Um am Freitagabend trotzdem die Möglichkeit zum allseits beliebten persönlichen Austausch der Mitglieder zu bieten, werden wir eine geeignete Örtlichkeit suchen und bekannt geben, in der dann bei Interesse von jedem selbst reserviert werden kann.

Die Buchung für den Kongress wird voraussichtlich ab Anfang Juni, über die Kongresshomepage, möglich sein.

www.daa0-kongress.de

J. Hartig

Kooperation der GOSM - AOASM



Die GOSM Vorständler Dr. S. Giesswein, Dr. G. Kamjunke und Dr. R. Pesch mit Patrick F. Leary, DO (2.v.l.) anlässlich des gemeinsamen Kurses in Köln, *Quelle: S. Giesswein*



GOSM Vorstand Prof. Dr. T. Hilberg, Leiter des Lehrstuhls Sportmedizin der Bergischen Universität mit Jesse Shaw, DO bei Wuppertaler Kaiserwetter, *Quelle: S. Giesswein*

Mit Clinical Professor Patrick F. Leary, DO vom Lake Erie College of Osteopathic Medicine, Erie und Associate Professor Jesse Shaw, DO von der University of Western States, Portland konnten erstmals wieder zwei profilierte amerikanische Sportmediziner physisch im Rahmen der Sportosteopathieausbildung mitwirken.

In zwei Kursen der Zertifikatsreihe Sportosteopathie brachten sie ihre Erfahrung aus jahrelanger Betreuung US-amerikanischer Hochleistungssportler ein.

Patrick F. Leary, vormals Mannschaftsarzt an der University of Notre Dame, betreut z. Z. als leitender Mannschaftsarzt das NBA Farmteam der Erie Bay Hawks. Jesse Shaw ist Mannschaftsarzt der US-amerikanischen Wasserballnationalmannschaft.

Als Vertreter der American Academy of Osteopathic Sportsmedicine (AOASM) spiegelte der Besuch der amerikanischen Kollegen die intensive Kooperation zwischen der GOSM und der US-amerikani-

schen Vereinigung osteopathischer Sportmediziner und Sportmedizinerinnen wieder. Auch die anliegenden Kurse in Sportosteopathie werden wieder gemeinsam von Dozenten der GOSM und AOASM gestaltet.

S. Giesswein

DAAO-GOSM Summerschool 2023

24.08. - 27.08.2023 in Meran

Die diesjährige Summerschool der DAAO und GOSM findet vom 24.08. - 27.08.2023 in Meran/Südtirol statt.

„Der Fuß und das Sprunggelenk“ werden das Schwerpunktthema sein. In Vorträgen und Workshops sowie praktischen Übungseinheiten werden unterschiedliche Aspekte vorgestellt, diskutiert und geübt. Der Fokus wird auf intensiver „hands-on“ Erfahrung liegen.

Anatomische, sonografische und biomechanische Gesichtspunkte werden unter osteopathischer Perspektive beleuchtet.

Besonderheiten des kindlichen Fußes werden ebenso präsentiert wie das Thema Sportschuh / Sporteinlagen / orthopädische Schuhzurichtungen. Zur Einordnung von Verletzungsmustern werden anhand von Fallbeispielen theoretische Erkenntnisse in den therapeutischen Kontext gestellt.

Integraler Bestandteil einer jeder Summerschool sind optionale Aktivitäten der Sportpraxis wie Bergtouren unterschiedlicher Schwierigkeitsgrade. Daneben gibt es ausreichend Gelegenheiten bei gesellschaftlichen Abendveranstaltungen den interkollegialen Austausch zu pflegen.

Das gesamte Programm ist partner- und familienfreundlich gestaltet.

Anmeldungen können über die Webseite der GOSM (gosc.eu) erfolgen. Hier und auf der Webseite der DAAO ist auch ein detailliertes Summerschool-Programm abrufbar.

S. Giesswein

Nähere Informationen zur Summerschool sind abrufbar unter:
www.daaio.info und www.gosc.eu



Panoramablick auf Meran in Südtirol., Quelle: unsplash.com, Andrea Pasquali

Kursüberblick der DAAO 2023

Kurse Grundprogramm Osteopathie 2023 „Zertifikat Osteopathische Medizin“

Einführungskurs

08.09. – 10.09.2023 Bad Iburg (D)

Counterstrain-I-Kurs

15.09. – 17.09.2023 Isny (D)

BLT/Lymphatische und ligamentäre Gelenktechniken (LAS)

21.09. – 23.09.2023 Frankfurt (D)

05.10. – 07.10.2023 Isny (E)

Integrationskurs

24.09. – 26.09.2023 Frankfurt (D)

08.10. – 10.10.2023 Isny (E)

Muskel-Energie-Kurs

13.10. – 15.10.2023 Isny (D)

MFR/Lymphatics-Kurs

20.10. – 22.10.2023 Frankfurt (D)

Viszeral-I-Kurs

01.12. – 03.12.2023 Frankfurt (D)

Kurse Aufbauprogramm Osteopathie 2023 für das „Diplom Osteopathische Medizin“

Still-FPR-Techniken

26.10. – 28.10.2023 Isny (E)

HVLA-Technik-Kurs

29.10. – 31.10.2023 Isny (E)

Viszeral-II-Kurs

02.11. – 04.11.2023 Bad Iburg (D)

Cranio-II-Kurs

05.11. – 07.11.2023 Bad Iburg (E)

Osteopathische Woche

22.11. – 26.11.2023 Bad Iburg (D)

06.12. – 10.12.2023 Münster (D)

DAAO-Mitgliederfragen

DAAO-Sekretariat
Oberharprechts 11
88260 Argenbühl

Tel. 07566 - 90 75 274

Mo., Mi., Fr. 9:00 – 12:00 Uhr

E-Mail: kontakt@daao.info

www.daao.info

**Alle Kurse unter:
www.daao.info**



DAAO-KONGRESS „Osteopathische Zugänge zum Thorax“

11. bis 12.11.2023 in Dresden

Über die Homepage www.daao-kongress.info
bleiben Sie immer auf dem Laufenden.

Kurse Postgraduate-Programm Osteopathie 2023

CMD II

22.09. – 24.09.2023

Neudrossenfeld (D)

Kursleiterin: Dr. med. Petra Kramme
Kursleiter: Dr. med. Gert Kamjunke

Osteopathic Treatment of different
types of Scoliosis in Adolescents
and Adults

28.09. – 30.09.2023 Frankfurt (E)

Kursleiterin: Lilia Gorodinsky

Osteopathische Medizin am Tho-
rax – Review aller Techniken sowie
Behandlung bei Post-COVID

07.11. – 09.11.2023 Dresden (D/E)

Kursleiter: Prof. Donald Allison

Polyvagal Therapy

08.12. – 10.12.2023 München (E)

Kl.: Prof. Michael L. Kuchera, D.O. FAAO

Kursreihe Cranio-Zertifikat

TMJ and Posture – 3 osteopathic
treatment approaches

01.10. – 03.10.2023 Frankfurt (D)

Kursleiter: Lilia Gorodinsky, D.O.

Cranio-Basiskurs I

30.11. – 02.12.2023 München (E)

Kl.: Prof. Michael L. Kuchera, D.O. FAAO

Cranio-Basiskurs II

03.12. – 05.12.2023 München (E)

Kl.: Prof. Michael L. Kuchera, D.O. FAAO

Gut zu wissen!

Postgraduatekurse:

Finden in Deutsch (D) bzw. Englisch
(E) z.T. mit Übersetzungshilfe statt.

Bitte beachten:

Ab 2021 ist der Kurs HVLA im
Aufbauprogramm Pflicht!

**Unsere Kurse sind mit Fort-
bildungspunkten der Landes-
ärztekammern zertifiziert.**

Kursbuchungen, weitere
Kurstermine oder Infos
über Kursänderungen unter:
www.manuelle-mwe.de

MWE-Sekretariat
Riedstr. 5
88316 Isny-Neutrauchburg
Tel.: 07562 – 97 18-0
E-Mail: info@manuelle-mwe.de

Sonderkurs Viszerale Osteopathie in der Sportmedizin

Vom 29.09. - 01.10.2023 findet in Köln ein Kurs zur viszerale Osteopathie in der Sportmedizin statt. Neben allgemeinen Aspekten werden als Schwerpunkt manipulative Diagnostik und Behandlung von Nerven und Gefäßen Inhalt sein.

Kursleiter ist Dr. Stanley Frank, Augsburg.

Infos und Anmeldung über: gosm.eu

S. Giesswein



Sonnenuntergang in Köln., Quelle: istockphoto.com, ©jotily

Grundkurse / Weiterbildung Manuelle Medizin

Modul 1	Grundkurs	30 UE
01.09. – 03.09.2023	Bochum	
08.09. – 10.09.2023	Gießen/Grünberg	
15.09. – 17.09.2023	Dobel	
15.09. – 17.09.2023	Dresden	
16.09. – 18.09.2023	Isny	
04.11. – 06.11.2023	Eckernförde	
10.11. – 12.11.2023	Hannover	
24.11. – 26.11.2023	Neuss	
25.11. – 27.11.2023	Isny	
01.12. – 03.12.2023	Berlin	

Modul 2	Grundkurs	30 UE
08.09. – 10.09.2023	Buchum	
19.09. – 21.09.2023	Isny	
22.09. – 24.09.2023	Dobel	
22.09. – 24.09.2023	Dresden	
06.10. – 08.10.2023	Gießen/Grünberg	
07.11. – 09.11.2023	Eckernförde	
13.11. – 15.11.2023	Hannover	
27.11. – 29.11.2023	Neuss	
28.11. – 30.11.2023	Isny	
08.12. – 10.12.2023	Berlin	

Modul 3	Grundkurs	30 UE
04.08. – 06.08.2023	Erlangen	
11.08. – 13.08.2023	Neuss	
08.09. – 10.09.2023	Eckernförde	
09.09. – 11.09.2023	Isny	
15.09. – 17.09.2023	Bad Iburg	
06.10. – 08.10.2023	Hamburg	
01.11. – 03.11.2023	Isny	
03.11. – 05.11.2023	Gießen/Grünberg	
10.11. – 12.11.2023	Berlin	

Modul 4	Grundkurs	30 UE
18.08. – 20.08.2023	Neuss	
11.09. – 13.09.2023	Eckernförde	
12.09. – 14.09.2023	Isny	
22.09. – 24.09.2023	Bad Iburg	
13.10. – 15.10.2023	Hamburg	
03.11. – 05.11.2023	Erlangen	
04.11. – 06.11.2023	Isny	
17.11. – 19.11.2023	Berlin	
01.12. – 03.12.2023	Gießen/Grünberg	

Aufbaukurse / Weiterbildung Manuelle Medizin

Modul 5	Aufbaukurs	50 UE
04.08. – 06.08.2023	Ulm Teil 1	
12.08. – 13.08.2023	Ulm Teil 2	
16.09. – 20.09.2023	Eckernförde	
06.10. – 08.10.2023	Berlin Teil 1	
13.10. – 14.10.2023	Berlin Teil 2	
06.10. – 08.10.2023	Dobel bei Karlsruhe Teil 1	
14.10. – 15.10.2023	Dobel bei Karlsruhe Teil 2	
10.11. – 12.11.2023	Hamburg Teil 1	
25.11. – 26.11.2023	Hamburg Teil 2	
10.11. – 12.11.2023	Neuss Teil 1	
18.11. – 19.11.2023	Neuss Teil 2	
11.11. – 15.11.2023	Isny	

Modul 6	Aufbaukurs	50 UE
26.08. – 30.08.2023	Isny	
30.08. – 03.09.2023	Berlin	
01.09. – 05.09.2023	Hannover	
08.09. – 10.09.2023	Neuss Teil 1	
16.09. – 17.09.2023	Neuss Teil 2	
13.10. – 15.10.2023	München Teil 1	
21.10. – 22.10.2023	München Teil 2	
08.11. – 12.11.2023	Dobel bei Karlsruhe	
17.11. – 19.11.2023	Ulm Teil 1	
25.11. – 26.11.2023	Ulm Teil 2	
18.11. – 22.11.2023	Eckernförde	

Hinweis zur neuen Weiterbildungsordnung

Die Musterweiterbildungsordnung der BÄK schreibt 320 Std. vor. Einen Grundkurs mit 120 Stunden (4 Module zu je 30 UE) und einen Aufbaukurs mit 200 UE (Module V-VIII zu je 50 UE). Der Grundkurs beginnt mit Modul I (MWE), der Aufbaukurs mit Modul V, den Abschluss bildet Modul VIII. Die GK-Module II-IV können beliebig absolviert werden, das Einhalten der Reihenfolge ist jedoch sinnvoll. Ebenfalls können die AK-Module VI und VII getauscht werden. Vor Beginn der Aufbaukurse (Module V-VIII) ist eine Lernerfolgskontrolle vorgesehen. Übergangsregelungen bei bereits begonnener Weiterbildung erfragen Sie bitte bei Ihrer zuständigen ÄK.

Aufbaukurse / Weiterbildung Manuelle Medizin

Modul 7	Aufbaukurs	50 UE
26.08. – 30.08.2023	Eckernförde	
13.09. – 17.09.2023	Berlin	
07.10. – 11.10.2023	Isny	
13.10. – 15.10.2023	Neuss Teil 1	
21.10. – 22.10.2023	Neuss Teil 2	
15.11. – 19.11.2023	Dobel bei Karlsruhe	
08.12. – 10.12.2023	München Teil 1	
16.12. – 17.12.2023	München Teil 2	

Modul 8	Aufbaukurs (50 UE) / Aufbaukurs IV (60 UE)
26.08. – 30.08.2023	(01.09.) Dobel bei Karlsruhe
09.09. – 14.09.2023	(15.09.) Isny
07.10. – 12.10.2023	(13.10.) Eckernförde
27.10. – 29.10.2023	Hamburg Teil 1
03.11. – 05.11.2023	Hamburg Teil 2
18.11. – 23.11.2023	(24.11.) Isny
02.12. – 07.12.2023	(08.12.) Neuss

Bitte beachten! An alle Teilnehmer/-innen des Moduls 8/AK IV

Vielen Dank, dass Sie sich zum Abschluss Ihrer Weiterbildung Manuelle Medizin bei unserem Seminar für das Modul 8 nach neuer WBO anmelden wollen. Ab 2021 haben wir unsere Weiterbildung Manuelle Medizin nach den Vorgaben der neuen WBO, die in den meisten Bundesländern in Kraft getreten ist, geplant. Das Modul 8 beinhaltet 50 Unterrichtseinheiten, der ehemalige Aufbaukurs IV jedoch 60. Wenn Sie Ihre Weiterbildung nach der alten Weiterbildungsordnung begonnen haben, könnten Ihnen also bei Belegung des Moduls 8 eventuell 10 Unterrichtseinheiten fehlen. Wir haben deshalb bei den Ärztekammern nach bereits erfolgter telefonischer Absprache eine Erweiterung des Moduls 8 um 10 UE (also um einen Tag) und somit die Anerkennung als AK IV nach alter WBO beantragt.

Die Damen im Sekretariat werden Ihnen bei der Buchung des entsprechenden Abschlusskurses behilflich sein. Bei Fragen wenden Sie sich bitte an das Sekretariat.

Sonderkurse für Ärzte

Kiefergelenk
11.11.2023 Isny
Kinesio-Sport-Taping
18.11. – 19.11.2023 Erlangen
02.12. – 03.12.2023 Isny

Refresherkurse für Ärzte

Tagesrefresher	8 UE
04.11.2023 Dobel	LBB
04.11.2023 Neuss	HWS
18.11.2023 Ascheffel	Manualmed. Algorithmus bei Verkettungssyndromen
Wochenendrefresher	16 UE
14.10. – 15.10.2023 Isny	LBB
14.10. – 15.10.2023 Hannover	HWS / BWS

• Kommunikation über E-Mail

Wir möchten die Kommunikation mit unseren Mitgliedern soweit möglich per E-Mail abwickeln. Bitte teilen Sie uns Ihre E-Mailadresse mit: info@manuelle-mwe.de

• Kurskalender 2023

Unsere Kurstermine finden Sie auch auf der MWE-Homepage und als Download unter: www.manuelle-mwe.de

Wir haben uns entschlossen für 2023 auf eine Druckversion zu verzichten.



Fragen und Hinweise

MWE Zentrale
Telefon: 07 56 2 / 97 18 -0

Montag bis Donnerstag 09:00 - 16:00 Uhr
Freitag 09:00 - 15:00 Uhr

Unser umfangreiches Kursangebot
www.manuelle-mwe.de

Buchvorstellung: „Sportmedizin – Fragen und Antworten“

Autoren: Christoph Raschka und Björn Kliem, Springer Verlag Berlin

Sportmedizin ist ohne Kenntnisse und Fertigkeiten der Manuellen Medizin nicht vorstellbar. Viele Sportmediziner sind daher auch Manualmediziner – und natürlich auch umgekehrt.

Für alle diejenigen, die noch in der Weiterbildung zum Sportmediziner sind oder sich einfach für die Sportmedizin interessieren, erscheint nun im Juli 2023 das Buch „Sportmedizin – Fragen und Antworten“ von Prof. Dr. mult. Christoph Raschka und Dr. med. Björn Kliem, M.A. im Springer-Verlag.

Über 1000 Fragen mit offenen und teilweise sehr ausführlichen Antworten bringen Sie auf den aktuellen Stand von Themen der Sportmedizin, wie z. B. Energiebereitstellung, Leistungsdiagnostik, Sportkardiologie, Sportorthopädie, Rehabilitation, Sporternährung, Höhenphysiologie, Tauchmedizin und vielem mehr.

Mit diesem Buch können Sie sich systematisch und selbstständig auf die mündliche Abschlussprüfung vorbereiten. Die Fragen orientieren sich am Weiterbildungsinhalt der Zusatz-Weiterbildung Sportmedizin (WBO 2020). Die Fragen und Antworten wurden so formuliert, wie sie in einer mündlichen Prüfung vorkommen können bzw. sollten. So erhalten Sie Sicherheit u. a. bezüglich der Grundlagen der Sportmedizin, der Sportmedizin bei Erkrankungen und bezüglich der praktischen sportärztlichen Tätigkeit in der Praxis oder am Spielfeldrand.

Die Herausgeber, Prof. Dr. mult. Christoph Raschka, Facharzt für Innere Medizin und Allgemeinmedizin und Dr. med. Björn Kliem, M.A., Facharzt für Physikalische Medizin und Rehabilitation, sind beide langjährig erfahrene Sportmediziner mit zahlreichen Zusatzqualifikationen in Notfallmedizin, Manueller Medizin, Ernährungsmedizin, Berg- und Höhenmedizin, Tauchmedizin, usw.



Christoph Raschka, niedergelassen in eigener Praxis, die zudem zertifizierte Untersuchungsstelle des LSB Hessen ist, ist apl. Professor am Institut für Sportwissenschaft an der Universität Würzburg, mehrfacher Buchautor und Vizepräsident des Sportärzteverbandes Hessen e. V.

Björn Kliem, Chefarzt des Städtischen Kurbetriebes Bad Wurzach, einer Rehabilitations-Klinik für Orthopädie und orthopädische Rheumatologie und einer der Ärzte der Sportklinik Ravensburg, ist Mitglied der MWE. Als Trainingswissenschaftler und (Sport-)Psychologe ist er zudem langjährig erfahrener Fußballtrainer und Vereinsarzt im Amateur- und Profi-Fußball, aktuell Mannschaftsarzt u. a. der Profis der Ravensburg Towerstars (DEL2) und Ravensburg Razorbacks (GFL Süd).

B. Kliem

Erscheinungsdatum
28. Juli 2023

Sprache: deutsch
1. Auflage 2023

ISBN: 978-3662644454

Abbildungen: 400 S.,
53 Abbildungen,
50 Abbildungen in Farbe.

Verlag / Hersteller
Springer-Verlag GmbH

Save the date: ESSOMM Winter Conference 2023 vom 11. - 14. Dezember in Lech



Lech im Schnee, Quelle: H. Locher

In vorweihnachtlicher Abgeschiedenheit mit optimalen Wintersportbedingungen und Sonnenschein entsteht der Umraum für spannende Interaktionen zwischen Grundlagenforschern und Manualmedizinerinnen in Theorie und Praxis.

Der Ort der ESSOMM Winterkonferenz: Das familiengeführte Hotel Formarin mitten im Skigebiet in Lech an der Piste. Erstklassige Küche, herausragende Weine, gemütliches Ambiente und eine ungeheuer freundliche und professionelle Gastgeberfamilie machen jeden Tag am Berg zu einem unvergesslichen Erlebnis.



Hotel Formarin bei Nacht, Quelle: J. Bischof

In diesem Ambiente wird auch die wissenschaftliche Arbeit zu einem hervorragenden Ereignis der fachlichen Bereicherung und des interdisziplinären, internationalen Austausches.

Ihr Prof. Dr. Hermann Locher,
Präsident der European Scientific Society
of Manual Medicine (ESSOMM)

**Nähere Informationen erhalten Sie
in der MWE Zentrale.**

Anzeige



Schwerpunktpraxis
Manuelle Medizin
in Franken

**Sie sind Facharzt/Assistenzarzt* für Orthopädie und möchten sich
manualtherapeutisch betätigen und weiterentwickeln?**

**6 Monate Weiterbildungsermächtigung*

Unser Competence Center bietet auf privatärztlicher Basis ein breites Spektrum an konservativer Diagnostik und Therapie mit integriertem DIERS Bewegungslabor, spiroergometrischer Leistungsdiagnostik (Laufband/Rad), medizinischer Trainingstherapie (MTT nach FPZ) und angeschlossener Physiotherapieabteilung inklusive KGG.

Weitere Informationen auf www.ccdrk.de

Wir bieten Ihnen eine Mitarbeit in Teilzeit oder Vollzeit bis hin zum Einstig als Partner.

Bei Interesse richten Sie Ihre Anfrage bitte an: dr.kreutz@ccdrk.de

Der Lehrerkurs im Norden der Republik war ein voller Erfolg!

Erstmals im hohen Norden trafen sich vom 2. bis 4. Juni 2023 über 30 LehrerInnen und AssistentInnen in Hamburg-Altona zum (Jung-)Lehrerkurs.

Dass Hamburg-Altona zwar nicht mehr dänisch ist, aber dennoch nicht «all-to-nah*», stellten sicherlich einige der aus dem Süden angereisten KollegInnen fest... zumindest geographisch. Bezüglich verständnisvoller kollegialer Zusammenarbeit wurde ein sehr naher und wertschätzender Kurs erarbeitet, und so fiel die Rückmeldungsrunde auch durchweg positiv und konstruktiv aus. Und auch das Hamburger Wetter – nicht selbstverständlich – zeigte sich durchgehend von seiner sonnigsten Seite.

Am Freitagmittag erfolgte eine herzliche Begrüßung durch die Leiter der Weiter- und Fortbildung Dr. Horst Moll und Dr. Florian Wagner, der MWE Geschäfts- und Schriftführerin Dr. Michaela Habring, sowie der neuen Assistentensprecherin Dr. Karin Famler und dazu noch stellvertretend aus dem MWE-Sekretariat in Isny Simone Sohler und Marlene Rädler.

Simone Sohler und Marlene Rädler berichteten über ihre Arbeit und stellten auch nochmal die Zuständigkeiten im MWE-Sekretariat vor, die auf der Internetseite auch jederzeit auf einen schnellen Blick nachzusehen sind. Sie bedankten sich nochmal herzlich für jede schnelle Rückmeldung auf Email-Anfragen, dieses vereinfache die Arbeit ungemein und spare viel Zeit. Auch Karin Famler stellte sich – erstmals persönlich – als Assistentensprecherin vor, – nach einem bereits schriftlich erfolgten Anschreiben, und steht gerne niedrigschwellig bei Rückfragen der jüngeren Lehrkräfte zur Verfügung.

Zunächst wurden dann – wie auch schon im letzten Lehrerkurs im September in Isny, die Veränderungen in den Modulen durch die Umsetzung der neuen Weiterbildungsordnung vorgestellt. Neben der obligatorischen schriftlichen Prüfung zu Beginn von Modul 5, sind nun auch die mittlerweile umfassend vorliegenden Röntgen, CT- und MRT-Bilder zur Diagnostik und die Fallbeispiele in die Kurse zu integrieren.

Die Themen CMD, Viszerale und Kinder haben einen neuen Stellenwert bekommen, wie auch schon ausführlich im letzten Lehrerkurs thematisiert wurde. Auch organisatorische Fragen im Übergang vom Assistenten zur Aufnahme von zunehmender Lehrertätigkeit wurden besprochen. Das Handout zum „strukturierten Ausbildungsgang zum Lehrer/Dozenten in Manueller Medizin in der MWE“ enthält alle Informationen zur Voraussetzung, zum Durchlaufen und erfolgreichen Abschließen der Lehrer-Ausbildung. Die möglichst jährliche Teilnahme an den Lehrerkursen ist auch ein wichtiger Teil hiervon. Um den jeweiligen Anreisewand fair zu gestalten, bemüht sich die MWE um wechselnde Kursorte, was sehr positiv aufgenommen wurde.

Da die Module von den Kursanten auch häufig an verschiedenen Standorten kombiniert werden, wurde nochmal die Wichtigkeit der einheitlichen Vermittlung der Lehrinhalte betont. Dieses sei nicht nur sinnvoll, um allen Kollegen die Arbeit bei der Durchführung ihrer Module zu erleichtern, sondern auch, um die Zufriedenheit der Teilnehmer zu erhöhen. Bei einer einheitlichen Vorwissen-Basis durch die vorherigen Module bliebe auch in den darauf aufbauenden Kursen die angemessene Zeit, um die neuen Modulinhalte zu vermitteln und zu wiederholen.

Am Samstag stellten Florian Wagner und Horst Moll einige ausgewählte Filme der nunmehr über 100 Lehrvideos vor, die beide mit der nennenswerten Unterstützung von Prof. Dr. Hermann Locher und – als geduldigem Patientenmodell – der Tochter von Horst Moll – gedreht haben. Diese wurden hands-on an den Liegen vorgeführt und nachvollzogen. Wie immer in einer lebhaften Gruppe ergaben sich dabei konstruktive Diskussionen, die letztendlich immer wieder dahin führten, daß es natürlich verschiedene Wege nach Rom gibt, es für den Kursanten aber einfacher ist, erstmal nur einen Weg zu lernen. Der Modus zur Verteilung der



Auch beim gemeinsamen Essen und Trinken findet umfangreiche interdisziplinäre Kommunikation statt.

Quelle: Lydia Piepenbrink

Videos und die Adressatengruppen stehen noch nicht ganz fest, es erfolgen zeitnah weitere Informationen.

Über den Samstag und Sonntag verteilt hielt Florian Wagner außerdem noch eine „XL-Variante“ der Neurophysiologischen Zeichenstunde, ursprünglich initiiert von Hermann Locher und Wolfgang von Heymann(t) mit umfassenden Erläuterungen zu der Präsentation der einzelnen Folien, didaktischen Tipps und Hinweisen und interessanten Exkursen zu historischen Entwicklungen und neueren Forschungsergebnissen. Auch aktuelle Auszüge vom Europäischen Kongress Manuelle Medizin diesen Jahres in Leipzig fanden Platz in seinem Vortrag.

Nicht zu vergessen sind neben dem inhaltlichen aber auch die Zeit zum Kennenlernen, Wiedersehen und untereinander Austauschen in den Kaffeepausen (sehr liebevoll und vielseitig vom Hotel gestaltet) und an den Abenden... schon der Freitag schloß mit einem ersten sehr geselligen gemeinsamen Abendessen im Tagungshotel.

Am späten Samstagnachmittag fuhren alle Teilnehmer gemeinsam mit der S-Bahn zum Hotel und Restaurant East, um dort ein wunderbares Essen in den Gewölben der ehemaligen Eisengießerei zu genießen. Auf den Punkt genau erreichte man danach eine sehr unterhaltsame Olivia-Jones-Revue auf der Reeperbahn, die mit einigen Details sicher noch in den Köpfen der



Der „Michel“ in Hamburg, Quelle: Lydia Piepenbrink

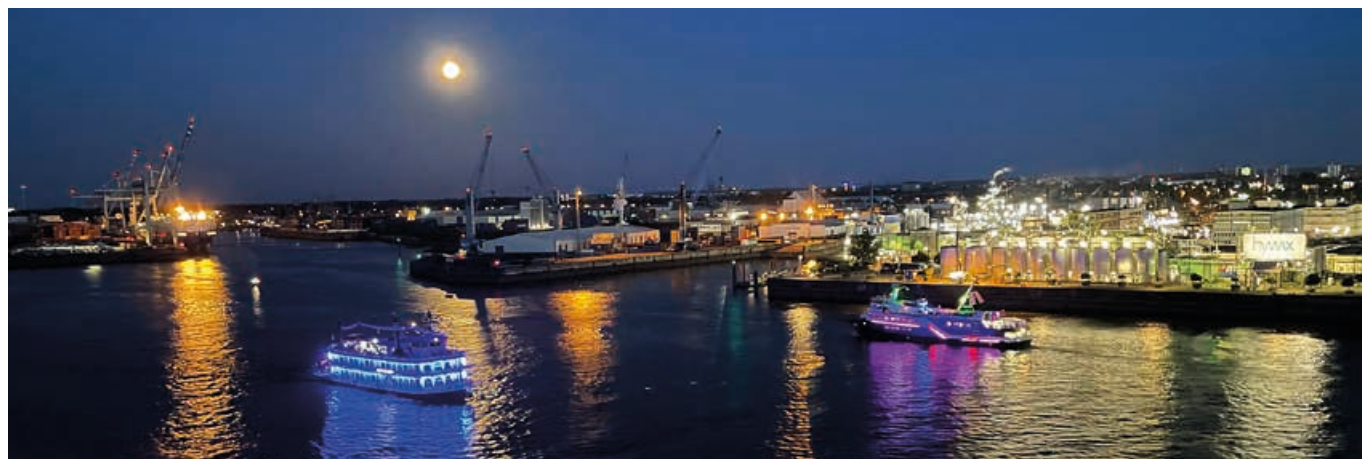
Teilnehmer verankert bleiben wird und vermutlich noch auf künftigen Treffen zu lustigen Erinnerungsszenen führen wird... Da ein Besuch in Hamburg ohne Hafen nicht stattgefunden hat, ging es danach noch in den Beachclub Strandpauli, wo bei einem Drink mit Blick auf die Elbe der Tag zu Ende ging.

Am Sonntag Morgen traf man sich in altbekannter Frische, um die Zeit noch für weitere Praxisbeispiele einiger Techniken und der Besprechung derer Fallstricke, sowie der weiteren Exkursion durch die Inhalte der neurophysiologischen Zeichenstunde zu nutzen.

Repräsentativ für dieses Kurstreffen, das sich persönliche Kommunikation und Dialoge auf die Fahnen geschrieben hatte, wurde ein angemessenes Zeitfenster für das sehr positive Feedback und die Besprechung des Kurses eingeräumt, in der die TeilnehmerInnen konstruktiv und wertschätzend Résumé hielten. Wir danken für die liebevolle Organisation und die schönen inhaltsreichen Tage und freuen uns auf das nächste Treffen!

(*Anekdoten berichten, daß den Hamburger Ratsherren die damals noch dänische Gastwirtkonkurrenz «all-to-na» war).

W. Becker-Hinrichs



Der Hamburger Hafen bei Nacht, Quelle: Lydia Piepenbrink

24. Kompetenzerhaltungskurs in Reschen

04.02. - 10.02.23 im Seehotel Reschen



Teilnehmer des 24. internationalen Kompetenzerhaltungskurses in Reschen mit der Hoteliersfamilie Strobl-Folie (rechts im Bild), Quelle: H. Moll

Vom 04.02. – 10.02.23 trafen sich 28 Kolleginnen und Kollegen aus Deutschland, Österreich und der Schweiz bereits zum 24. Mal zum jährlichen Kompetenzerhaltungskurs in Reschen.

Neben vielen „alten Hasen“ konnten die Kursleiter Horst Moll und Thomas Lepple auch etliche Neulinge begrüßen. In den Sitzungen, die vormittags und am späten Nachmittag stattfanden, wurden bekannte und auch neue manualmedizinische Griff-techniken intensiv demonstriert, geübt und lebhaft diskutiert.

Hervorzuheben ist die stets gute Stimmung mit regem Austausch sowohl im

Kurs als auch in den gemeinsamen Zeiten in Pausen oder in der Freizeit.

In den Mittagspausen blieb bei strahlendem Sonnenschein ausreichend Zeit für Unternehmungen auf der Piste und in der Loipe sowie für ausgedehnte Spaziergänge rund um oder auf dem fast leeren Reschensee.

Für das leibliche Wohl sorgten in bewährter Manier die Familien Strobl und Folie vom Seehotel. Bereits am letzten Kurstag trugen sich die ersten Kolleginnen und Kollegen in die Anmelde-Liste für das nächste Jahr ein.

H. Moll



25-jähriges
Jubiläum

**Nächster
Winterrefresherkurs
02. – 08.03.2024
Reschen**

Anmeldung über das
MWE-Sekretariat.

Tages- und Wochenendrefresher für MWE-Mitglieder ohne Teilnahmegebühr

Seit Januar 2022 bietet die MWE für Mitglieder die Tages- und 2-Tagesrefresher-Kurse kostenfrei an. Dieser Service ist als Dank für treue Mitglieder und zur Vertiefung manualmedizinischer Kenntnisse gedacht. Die Anmeldung erfolgt wie bisher über das MWE-Sekretariat.

Learning by doing – Manuelle Medizin im Studium

Ein Erfahrungsbericht von cand. med. Christian Mudrack aus dem Wahlfachkurs „Manuelle Medizin / Chirotherapie / Osteopathie“ an der Universität Heidelberg

Würde man fragen, welche Inhalte im Medizinstudium vermittelt werden, würden wohl den meisten Studierenden Innere Medizin und Chirurgie als erstes in den Sinn kommen. Naturheilverfahren als an der Uni Heidelberg zweiwöchiger Veranstaltungsblock landet vermutlich selten auf der Liste der genannten Themen. In diesen zwei Wochen des Grundstudiums versteckt sich auch die Manuelle Medizin. Man merkt schon: sehr viel Zeit wird diesem Bereich der Medizin im Curriculum nicht eingeräumt, was eigentlich sehr schade ist. Darum möchte ich in diesem Rahmen die Gelegenheit nutzen, anhand meiner Erfahrungen zu zeigen, welche Möglichkeiten und welchen Nutzen vertiefende Kurse im Bereich Manuelle Medizin haben können.

Viele Studierende wünschen sich weniger Theorie und mehr praktische Inhalte, vor allem solche, die nach dem Studium relativ schnell effektiv genutzt werden können. Nun ist es natürlich nicht so, dass direkt nach dem Studium Manuelle Medizin praktiziert werden darf, dennoch bietet eine Vertiefung der Thematik die Möglichkeit, Studierende dafür zu begeistern und bei ihrem Wunsch nach mehr praktischem Üben abzuholen.

Vermutlich hatte Herr Dr. Kühn ähnliche Intentionen, als unter seiner Leitung der Wahlfachkurs „Manuelle Medizin / Chirotherapie / Osteopathie“ – im Rahmen verschiedener Wahlfachtracks entstand. Ich war als Medizinstudent im 8. Semester dabei.

12 Teilnehmende fanden sich im Sommersemester 2023 für den Kurs, der aktuell vier Termine umfasst: zwei Donnerstagnachmittage und zwei Samstage. Die Nachmittagseinheiten waren dabei in erster Linie für theoretische Inhalte der Manuellen Medizin reserviert, auf-

gelockert durch kurze praktische Übungen. Mir wurde dabei wieder vor Augen geführt, dass bei Anatomie, aber vor allem den neurophysiologischen Grundlagen, die man früher zum Physikum gelernt hat, einige Lücken entstanden sind – auch ein Grund, warum eine Wiederholung der Grundlagen im Kurs allen Teilnehmenden hilft.

Für die Samstage war von morgens bis nachmittags praktisches Üben angesagt. Das bedeutete in diesem Fall um 8:45 Uhr im schönen Odenwald angekommen zu sein. Dort begrüßte uns Dr. Kühn in seiner Praxis mit Frühstück und Kaffee, sodass zunächst die Gruppe ins Gespräch kam und dann motiviert in den Tag starten konnte. Wir widmeten uns also jeweils einen Vor- bzw. Nachmittag dem SIG sowie der LWS, BWS und HWS. Zunächst wurden in der Gruppe die jeweiligen Untersuchungs- bzw. Behandlungstechniken erklärt und vorgeführt. Anschließend boten uns die Praxisräumlichkeiten die Möglichkeit, das Gezeigte in Zweiergruppen zu üben. Bei der angenehmen Gruppenatmosphäre und genug Techniken, die es auszuprobieren galt, verging die Zeit wie im Flug, trotzdem durfte natürlich eine Mittagspause nicht fehlen. Zu diesem Zeitpunkt auf dem Campus hätte sich die Gruppe vermutlich in Kleingruppen verstreut, stattdessen nutzten wir aber die Pause gemeinsam, um die lokale Küche etwas besser kennenzulernen. So lernten wir nicht nur medizinisch Relevantes, sondern auch wie man Kochkäse richtig zu genießen hat.

Trotz lediglich vier gemeinsamen Terminen entstand so ein gewisser Gruppenzusammenhalt, der in Verbindung mit dem Tapetenwechsel die Lernatmosphäre sehr angenehm gestaltet hat. Für meinen Geschmack konnte der Kurs somit vor allem im Bereich Effizienz punkten:

Mein persönlicher Lernzuwachs war verglichen zu anderen Seminarreihen überdurchschnittlich groß.

Learning by doing, am besten noch den Effekt selbst am eigenen Körper erfahren zu können: Das kommt, obwohl diese Erfahrungen so wichtig sind, im Studium trotz vielfachen Bemühungen noch etwas zu kurz – und deshalb sind derartige Kurse eine wertvolle Erweiterung des Grundstudiums und eine positive Erfahrung für die Teilnehmenden. Sicherlich wird der Großteil der Teilnehmer:innen später nicht im Bereich der Manuellen Medizin tätig sein, trotzdem hilft jede Erfahrung, die man während des Werdegangs macht, später mit bestem Wissen und Gewissen Patient:innen zu behandeln.

Und mit wechsellhythmischer Tiefenmassage und Handglisson konnte ich in der WG schon sehr gut punkten.

Anmerkungen des Dozenten

Dr. Wolfgang Kühn:

Nach 3 Jahren Videoseminaren haben die Studierenden die Möglichkeit der Manualmedizinischen Diagnostik und Therapie am lebenden Objekt euphorisch ausgeübt. Ebenso begierig wurden Informationen über Berufsbiographie, Praxistätigkeit, Zufriedenheit mit dem Beruf regelrecht aufgesaugt. Im Setting der kleinen Seminargruppe gelang hierbei ein hoch effektives Lernen und eine Begeisterung für Manuelle Medizin bei unserem Nachwuchs. Ein studentisches Kompendium zum Kursinhalt ist aus Hausarbeiten der Teilnehmer entstanden, was sich sehen lassen kann. Die Universität Heidelberg gibt unserem Fach eine gute Gelegenheit, in die Lehre integriert zu werden.

C. Mudrack

Anmerkungen eines HNO-ärztlichen Manualmediziners zum Thema Globusgefühl

Zusammenfassung des Vortrags „Funktionelle Störungen in der HNO“,
MWE Jahrestagung 01. Oktober 2022



„Globusgefühl“, Quelle: stock.adobe.com, © Firn

Wohl kaum ein Symptomenkomplex hat im Laufe der Jahrzehnte einen größeren Panoramawandel erfahren wie das Globusgefühl. Das beginnt schon mit der Terminologie.

Im Handbuch der HNO-Heilkunde von 1978 wird das Globusgefühl als globus hystericus bezeichnet: Zitat „betroffen sind meistens Frauen in der Menopause, vor allem bei psychischen Belastungen. Es besteht oft eine Karzinophobie. Die Bezeichnung globus hystericus sollte man fallen lassen.“ [1]

In diesem Artikel ist der erste Hinweis auf einen Magensaftreflux zu finden, ebenso wird auf Halswirbelsäulenveränderungen hingewiesen, die eine pharyngeale Parästhesie verursachen könnten. Der Phoniater Gerhard Böhme (München) aus dem Jahre 1997 schlägt tabellarisch eine lokale Ausschlussdiagnostik vor z.B. natürlich maligne Tumoren, aber auch gutartige Tumoren wie Zungengrundstruma usw. Hier wird der Symptomenkomplex Globus pharyngis genannt, ohne Beeinträchtigung des Schluckaktes aber eben mit lokalisierten Missempfindungen im Bereich der vorderen Halsregion.

Dieser Symptomenkomplex trete gehäuft auf im Zusammenhang mit funktionellen und organischen Dysphonien, ebenso könnte dies ein Hinweis auf einen gastro-ösophagealen Reflux sein. Neuralgien des Laryngeus superior und Glossopharyngeus werden erwähnt, sowie ausdrücklich ein akutes oder chronisches Cervikalsyndrom. [2]

Hülse (2005) prägt den Ausdruck vertebrale Dysphonie. Unter dem Stichwort Globus wird ausgeführt, dass der Komplex der Missempfindungen im Halsgebiet vor allem nach Stimmbelastung ein obligates Symptom jeder hyperfunktionellen Dysphonie sei. Hülse fügt hinzu, dieses Globusgefühl sei bei der vertebrale Dysphonie besonders ausgeprägt. Gleichzeitig sei auch der Würgereflex bei diesen Patienten besonders ausgeprägt (das Oberflächenanästhetikum Xylocain nutze in solchen Fällen nichts, da es eben keine Schleimhauthyperreagibilität betreffe, sondern die Hyperreagibilität vor allem durch die Hypopharynx- und extralaryngeale Kehlkopfmuskulatur verursacht würde). Hier ist der Therapieversuch die Manualtherapie der Kopf- und Halsgelenke. Ein interessanter Gedanke. [3]

Das Lehrbuch der HNO-Heilkunde von Strutz&Mann, 2. Auflage von 2010, spricht unter dem Stichwort Ätiologie ebenfalls von Refluxerkrankungen, Allergien, Stimmstörungen, mechanischen Irritationen, nur nebenbefundlich von einem „ungünstigen muskulären Tonus der cervicalen und pharyngealen Muskulatur“. Hingewiesen wird auf die Koordinationsstörung von Pharynx-Larynx- und Ösophagusmuskulatur bis hin zu Spasmen und unter Umständen sogar als Frühsymptom eines M. Parkinson. Endokrine Störungen und psychogene Störungen runden die ätiologischen Kombinationsmöglichkeiten ab. [4]

Fazit

Seit meiner eigenen Berufstätigkeit (Staatsexamen 1985) verfolge ich, teilweise mit Amüsement, die Auseinandersetzungen um die funktionellen Störungen in der Hals-Nasen-Ohrenheilkunde.

Zweifelloso gibt es einen neurophysiologisch noch unerklärten Rest. Die Manualmediziner wissen das und handeln nach dem Motto: lege artis ausgeführte Handgrifftherapie ist nicht nur einen Versuch wert, sondern kann nichts schaden. Erstaunliche Heilerfolge sind der Lohn. Wahrscheinlich ist mein Fachgebiet HNO-Heilkunde zu klein für eine Grundlagenforschung in diesem Segment, außerdem sind die meisten Ordinarien operativ ausgerichtet oder onkologisch (pharmazeutisch industrieller Komplex). Also wenig Ansatz einer funktionellen Deutung.

Hier haben wir Manualtherapeuten noch dicke Bretter zu bohren. In dem sehr lesenswerten Artikel von Hülse werden detaillierte Vorstellungen über die Pathophysiologie im arthroneuromuskulären Regelkreis geäußert.

Hier lässt aus meiner Sicht das WDR grüßen. Besonders hingewiesen wird auf die besondere Stellung der Kopf- und Halsgelenke und den Zusammenhang mit einer craniomandibulären Dysfunktion, Dinge die ich aus

meiner täglichen Erfahrung vollständig bejahen kann.

In neuerer Zeit ist auch seitens der Phoniater als kostengünstiges und effektives Therapiemittel die kreisende Kehlkopfmobilisation empfohlen. Die Systematik ist schnell erzählt, und ich bringe das meinen Patienten wirklich bei, zuvor habe ich ihnen demonstriert, wie sich durch verschiedene Spannungsänderungen der präalaryngealen Muskulatur die Tonalität der Stimme verändern lässt. Das kann jeder mal probieren, indem er einen „guten Morgen“ sagt mit Druck auf den Kehlkopf oder mit Veränderung nach rechts oder nach links usw.

Neben dieser zweifellos wirksamen Selbstbehandlung ist auffällig, dass immer mehr Stimmtherapeuten ihren Patienten manualmedizinische und/oder osteopathische Behandlungen empfehlen, die dann in aller Regel erfolgreich sind.

Ich bin gespannt, was in 10 Jahren in den einschlägigen Lehrwerken über die Systematik Globusgefühl zu lesen sein wird.

Michael Drockur
Facharzt für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde,
Stimm- und Sprachstörungen,
Chirotherapie; DAAO
Friedensstraße 11
54550 Daun

Literatur

- [1] K. Ungerecht in Berendes-Link-Zöllner: HNO-Heilkunde in Praxis und Klinik Thieme Verlag, 2. Auflage, 1978 Bd. 3 S. 15.39 f
- [2] Gerard Böhme: Sprach-Sprech-Stimm- und Schluckstörungen, G. Fischer-Verlag, 3. Auflage, 1997, S. 133 f
- [3] Manfred Hülse in Hülse-Neuhuber-Wolff (Hrsg.), Die obere Halswirbelsäule Pathophysiologie und Klinik Springer-Verlag 2005, S. 139 f
- [4] J. Strutz/W.Mann (Hrsg.): Praxis der HNO-Heilkunde, Kopf- und Halschirurgie Thieme-Verlag, 2. Auflage, 2010, S. 509 f

Praxisabgabe!

Privatpraxis Orthopädie in Weststadtlage Osnabrück

**GROSSER PATIENTENSTAMM
TÄTIGKEITSSCHWERPUNKT
MANUELLE THERAPIE**

Telefon: 0541 - 409 649 6

Anzeige

Impressum

Redaktionsteam

Dr. Michaela Habring,
Prof. Dr. Hermann Locher
MWE Zentrale, Riedstr. 5,
88316 Isny-Neutrauchburg

Herausgeber

Dr. Karl Sell-Ärztseminar Neutrauchburg (MWE) e.V.

Quellangaben

Titelbild: MWE;

Redaktionelle Bearbeitung

NUSSBAUM Marketing & Kommunikation
Fon: (030) 330 07 25-0
www.nussbaum-berlin.de



MWE

Ärztseminar für
Manuelle Medizin | Multidisziplinär
Wissenschaftlich
Effizient

Deutsche Gesellschaft für Manuelle Medizin

Dr. Karl Sell-Ärztseminar Neutrauchburg (MWE) e.V.

Riedstr. 5, 88316 Isny-Neutrauchburg

Telefon: 0 75 62 / 97 18 - 0 | Fax: 0 75 62 / 97 18 - 22

E-Mail: info@manuelle-mwe.de

www.manuelle-mwe.de