



Gemeinsamer Kongress von ZiMMT und ÄMM - Berlin 08.-10.03.2108

„Manualmedizin - ein interdisziplinäres Konzept“

Martin Knüdel

Gemeinschaftspraxis Freistuhl 3
44137 Dortmund
post@manmed.info

Vom 08.-10. März 2018 fand der sechste gemeinsame Kongress von ZiMMT und ÄMM in Berlin statt. Die diesjährige Veranstaltung stand unter dem Motto „Manualmedizin – ein interdisziplinäres Konzept“. Am ersten Tag wurden zwölf Workshops und Seminare in den Räumlichkeiten der ÄMM angeboten. 500 Kursanmeldungen spiegelten das große Interesse der Teilnehmer wider.

Am 09.03.2018 begrüßte Dr. Wuttke die ca. 360 Kongressteilnehmer zum ersten Mal im großen Hörsaal des Henry-Ford-Baues der Freien Universität Berlin.

Zunächst wurden Dr. Schild-Rudloff und Dr. Bischoff durch Dr. Sacher und Dr. Linz für ihre langjährigen Dienste an der Manuellen Medizin geehrt.

Vorträge

Dr. Schnabel hielt den ersten Vortrag zum Thema „Wachstumsstörungen im Kindes- und Jugendalter, von der Physiologie zur Pathologie“.

Das Längenwachstum wird durch genetische und hormonelle Faktoren, sowie durch Umwelteinflüsse, die Ernährung und durch die Gesundheit eines Menschen beeinflusst. Die genetische Zielgröße kann ungefähr wie folgt berechnet werden: (Größe der Mutter + Größe des Vaters) : 2 + 6,5 cm für Jungen, -6,5 cm für Mädchen. Ab dem vierten Lebensjahr sollte die Armspannweite ungefähr der Körpergröße entsprechen. Beim Kleinwuchs muss man zwischen proportioniert und disproportioniert unterscheiden. Der proportionierte familiäre Kleinwuchs ist die häufigste Form. Zudem findet man endokrine Störungen wie die Hypothyreose, den Wachstumshormonmangel und organspezifische Erkrankungen wie die Rachitis, Mb. Crohn oder die Zöliakie. Ursachen für die disproportionierte Form des Kleinwuchses sind beispielsweise die Achondroplasie, die Hypochondroplasie und die spondylometaphysäre Dysplasie. Auch den Hochwuchs teilt man in proportioniert und disproportioniert ein. Häufigste Variante des proportionierten Hochwuchses ist die familiäre Form. Weitere Ursachen sind die Hyperthyreose, die Pubertas praecox oder der Adipositasgigantismus. Ein disproportionierter Hochwuchs liegt z.B. beim Marfansyndrom, bei der Homozystinurie oder beim Klinefeltersyndrom vor.

Prof. Dr. Frosch referierte über „frühe kindliche Schmerzverarbeitung und Regulation“.

Neugeborene lernen schon sehr früh, wie sie auf Schmerzen reagieren. Kortikale und subkortikale Mechanismen zur Schmerzwahrnehmung sind bereits beim Fötus entwickelt. Das nozizeptive System bildet sich ca. in der achten Woche. Nach der Geburt nimmt die Anzahl der Opioid-Rezeptoren vor allem im Hirnstamm zu. Das ist der Grund für die Dosierungsunterschiede im Vergleich zu Erwachsenen. Bei Neugeborenen ist nicht nur der Schmerzreiz an sich wichtig, sondern auch die absteigenden hemmenden Bahnen. Deswegen sollten vor allem bei Frühgeborenen Stressoren vermieden werden, die diese Hemmung beeinflussen. Pharmakologisch stehen zur Analgesie bei Frühgeborenen nur wenige Medikamente zur Verfügung, überwiegend sind das Opioide. Deswegen sollten nichtmedikamentöse Maßnahmen wie Körperkontakt, nichtnutritives Saugen, Stillen und Gabe von Zuckersstoffen ausgeschöpft werden. In Tiermodellen wurde nach Morphingabe ein vermindertes Hirnvolumen und ein schlechtes Lernverhalten beobachtet. Beim Menschen konnte jedoch bislang kein anhaltender negativer Effekt nach Morphingabe im Säuglingsalter nachgewiesen werden.

Das Thema des Folgebeitrages von Prof. Dr. Becker-Stoll lautete „Bindung, Stressregulation und Gehirnentwicklung bei Säuglingen“.

Man unterscheidet zwischen dem Bindungsverhaltenssystem und dem Explorationsverhaltenssystem.

Die meisten Säuglinge bauen vor allem in den ersten neun Monaten Bindungen gegenüber den Personen auf, die sie regelmäßig sehen. Diese Personen können später nicht ausgetauscht werden. Fremde Situationen und Angst aktivieren das Bindungsverhaltenssystem. Werden nun Bindungspersonen wahrgenommen, wird der Erregungszustand beendet.

Das Explorationsverhaltenssystem ist die Grundlage für die Erkundung der Umwelt, und kann nur bei gesättigtem Bindungsverhaltenssystem aktiviert werden. Die wichtigste Aufgabe der Eltern ist es, in der Beziehung die Bedürfnisse der Kinder zu erkennen, zu akzeptieren und emotional verfügbar zu sein. In den ersten zwei Lebensjahren verdichten sich die neuronalen Netzwerke des

Gehirns, sodass das Gewicht im weiteren Verlauf von 400 g auf 1000 g steigt. Der Umgang der Eltern mit dem Kind beeinflusst die Vernetzung von limbischem System, präfrontalem Cortex und Sinnes- und Bewegungszentren.

Der Vortrag von Dr. Friedemann Schulze behandelte die Thematik „Krankengymnastik im Säuglings- und Kleinkindalter – wieviel Schreien darf man tolerieren?“

Es gibt vier Phasen in der Entwicklung von Bindung. Die Vorbindungsphase (bis 6. Lebenswoche), die Phase der beginnenden Bindung (bis ca. 6. Lebensmonat), die Phase der gut erkennbaren Bindung (bis Ende des 2. Lebensjahres) und die Phase der Differenzierung und der Integration (ab dem 18. Lebensmonat). In diesen Phasen wird das Schreien des Säuglings als Kommunikationsmittel genutzt. Ängste, Wut, Erschöpfung oder Schuldzuweisungen können so geäußert werden. Das Schreien ist eine häufig beobachtete Verhaltensweise bei Intervention von außen, beispielsweise beim Verrichten alltäglicher Dinge und bei Fremdkontakten, insbesondere mit Therapeuten und Ärzten. Grundannahme bei der Vojtatherapie ist, dass jedes Individuum bei Geburt über angeborene Bewegungsoptionen verfügt, die jedoch noch nicht vollständig verfügbar sind. Diese Bewegungsoptionen sind triggerbar, und es kommt so zu einer nicht willkürlichen Steuerung der Körperlage. Es treten so koordinierte Schritt- und Greifbewegungen in Erscheinung. Die Abläufe sind immer wieder reproduzierbar. Das Vojtaturnen ist für den Säugling zunächst ein Fremderleben, hier ist das Schreien Ausdruck des Unbehagens. Je reifer ein Säugling ist, desto distanzierter wird das Schreien. Es sollte also zum einen eine sehr sorgfältige Indikationsstellung erfolgen, zum anderen sollten die Kompetenz der Mutter, sowie die familiären Gegebenheiten eingeschätzt werden. Begünstigend für die Therapie ist eine hohe Kompetenz des Therapeuten, ein enges Vertrauensverhältnis zwischen Mutter und Behandler sowie Klarheit über Weg und Ziel der Therapie.

Evidenzbasierte Untersuchungen zur Auswirkung des Schreiens sind wegen der Komplexität der Einflüsse schwierig.

Der fünfte Vortrag von Dr. Jansen thematisierte „die Vojta-Therapie und das Schreien – eine Gesamtbetrachtung aus psychologischer Sicht“.

Für die Vojta-Therapie sind zwei Besonderheiten aus der Psychologie von Bedeutung. Der sogenannte Greenspoon-Effekt beschreibt die Tatsache, dass unbewusste Signale die Ergebnisse einer Therapie beeinflussen können, eine kritische Einstellung der Eltern zum Beispiel könnten das Therapieergebnis negativ beeinflussen. Das Yorkes-Dodson Gesetz besagt, dass die optimale Lern- und Leistungsfähigkeit im mittleren Aktivierungsniveau liegt. Die Vojta-Therapie braucht ein sehr hohes Aktivierungsniveau. Erst zwischen dem 18. und 36. Lebensmonat ist das Kind in der Lage dieses ohne Schreien auszulösen. Sollte das besondere Vojta-Schreien nicht eintreten, könnte unter anderem ein ungünstiger Greenspoon-Effekt, eine Reizverarbeitungsstörung oder eine ungenügende manualtherapeutische Begleitung vorhanden sein.

Michael Ammermann stellte als Folgevortrag die „Spreewaldstudie“ vor, „eine Studie zur manualmedizinischen Einmalbehandlung von KiSS-Kindern“.

Die Spreewaldstudie ist eine randomisierte kontrollierte doppelblinde mono- und multizentrische Studie. Es müssen zunächst zur Auswertung Parameter bestimmt werden, die immer wiederkehrend gleich erfasst werden können, auch von unterschiedlichen Untersuchern (Kopffrotation, Seitneige

und Kopfaufrichtung, Spannungsdifferenz in der Hüftaußenrotation). So ist ein Score entwickelt worden, Höchstpunktzahl sind 17 Punkte. Aufnahmekriterien sind z. B. Alter, Score, reversible Störung des Bewegungssystems, Ausschluss einer systematischen Grunderkrankung oder Infektion. Beim Ersttermin werden nun alle Kinder untersucht, und falls sie für die Studie geeignet sind, randomisiert. Der eine Teil der Kinder wird behandelt und turnt ein vierwöchiges Hausübungsprogramm dreimal täglich. Der andere Teil turnt ebenfalls für vier Wochen das häusliche Übungsprogramm - jedoch ohne eine vorherige manualmedizinische Intervention. Nach vier bis sechs Wochen werden die Kinder wieder untersucht und der Score erneut erhoben. Eine Zwischenauswertung ergab, dass die positiven Therapieeffekte der Verumgruppe denen der Kontrollgruppe überlegen sind. Die manuelle Einmalbehandlung bei Säuglingen mit Kopfgelenksblockierung ist also wirksam.

Dr. Sacher referierte in seinem Vortrag „Propriozeptive und nozizeptive Dysfunktionen im Kindesalter“ über Begriffsbestimmungen und Definitionen.

Er blickt auf die Entwicklung der Manuellen Medizin in der Pädiatrie zurück. Funktionelle Kopfgelenksstörungen wurden in den 1960er bis 1980er Jahren als cervical diencephal statisches Syndrom des Säuglings (Gutmann), Schräglagesyndrom (Seifert), Atlasblockierungssyndrom (Gutmann) und als Asymmetrien Neugeborener, von Säuglingen oder Kindern (Buchmann/ Bülow) bezeichnet. Schließlich wurde dann das KISS-Syndrom (Kopfgelenk-induzierte Symmetrie-Störung) durch Heiner Biedermann definiert. Sacher weist darauf hin, dass bei Diskussionen neuer Definitionen mehr Toleranz herrschen und Fachgruppen einander zuhören sollten. In Arbeitsgruppen müssen Gemeinsamkeiten erörtert werden, und Ideen nicht verwaltet, sondern weiterentwickelt werden. Er stellt anschließend eine überarbeitete KiSS-Definition, mit Ätiologie, Pathogenese, Klinik, Differentialdiagnose und Behandlung vor.

Frau Hayn und Frau Schwarz-Dennier präsentierten ein „manualmedizinisches und sensomotorisches Konzept in der Klumpfußtherapie“.

Der Klumpfuß ist eine komplexe Fehlstellung des Fußes, bestehend aus einem pes varus, adductus, excavatus, supinatus und equinus. Zudem findet man Muskeldysbalancen und Sehnenverkürzungen. Das vorgestellte Verfahren ist eine Kombination aus der Klumpfußbehandlung nach Ponseti und nach Bonnet-Dimeglio. Zunächst erfolgen manuelle Redressionstechniken am Fuß gefolgt von Gipsbehandlungen.

Durch spezielle Grifftechniken werden Verklebungen gelöst, der Rückfuß derotiert und der Spitzfuß korrigiert. Bei gutem Ergebnis legt man später Tapeverbände nach Bonnet-Dimeglio an und lagert den Fuß in einer Gipsschale. Anfänglich wird die Schotch-Cast-Schiene 24 h getragen, später nur in der Nacht. Die Derotation des Rückfußes wird durch Tragen einer Nachtlagerungsorthese begünstigt. Die Kinder laufen mit den Tapes und den Orthesen, somit fördert man früh die Sensomotorik. Das Konzept ist so erfolgreich, da es individuell, ganzheitlich und veränderbar ist.

Das Thema des Vortrages von Dr. Matthiessen lautete: „Die Säuglingshüfte – Grundlagen der Entwicklung und ihre Konsequenzen für die Diagnostik und Therapie“.

Die Hüftgelenksdysplasie wird sonographisch nach Graf eingeteilt. Je nach Schweregrad wird dann die entsprechende Therapie eingeleitet. Durch die Möglichkeit der frühen Diagnostik ist die

Notwendigkeit der operativen Intervention um 75,9 % gesunken. Zwischen dem dritten und neunten Lebensmonat findet eine zunehmende Verknöcherung von Hüftpfanne und Femurkopf statt. Wichtig hierfür ist die richtige Stellung von Femurkopf zur Hüftpfanne. Bei einer Dysplasie verlagert sich das Druckmaximum nach lateral in den weichen Knorpel. Die Verknöcherung in diesem Bereich sistiert. Bei milden Verläufen reicht es aus den Säugling breit zu wickeln. Alternativ gibt es spezielle Lagerungskissen. Weitere konservative Möglichkeiten der Behandlung wären die Pavlik-Bandage, die Tübinger Beugeschiene oder bei schwereren Formen der Fettweisgips. Der Therapieerfolg ist also vom frühen Beginn und der Therapieart abhängig. Günstig ist hier die Scherspannungsentlastung durch Hüfteinstellung in Beugung über 90° und in Abduktion zwischen 30° und 45°.

Frau Kraushaar-Wispel hielt den Abschlussvortrag des ersten Tages über „Sinn und Unsinn von Physiotherapie bei Kleinkindern infolge von Compliance-Problemen“.

Säuglinge entwickeln sich über Symmetrie und Asymmetrie, von der Stabilität zur Mobilität, weiter.

Indikationen für Krankengymnastik im Säuglings- und Kleinkindalter sind reichlich vorhanden, z. B.: ICP, Hemiparesen, Skoliose, Hypotonien, Fußdeformitäten und viele mehr. Die Compliance der Eltern spielt in der Therapie eine wichtige Rolle. Diese kann man verbessern, indem Befunde erklärt, Pathologien aufgezeigt und Handlingfehler erörtert werden. Die Therapieart ist je nach Entwicklungsstand des Kindes auszuwählen, muss jedoch individuell angepasst sein. Ziele der Physiotherapie sind die Förderung der Reflexlokomotion, die Verbesserung der Wahrnehmung, die Schmerzlinderung und der Abbau von Pathologien.

Den zweiten Kongresstag eröffnete Dr. Marc Wuttke mit dem Thema „Funktionelle Anatomie der Kau-Kieferregion“.

Laut SHIP Studie haben 28% der Bevölkerung Probleme in der Kau-Kieferregion. Wir haben mit der dreidimensionalen Pendelbewegung eine besondere Gelenksituation im Kiefergelenk. Die Okklusion der Zähne (und somit der vorgegebene Endwiderstand) spielt für das Verständnis des Gelenkes ebenfalls eine wichtige Rolle. Multifaktorielle Einflüsse, in erster Linie auch psychische Faktoren, führen zu Belastungsspitzen oberhalb der physiologischen Kaukräfte. Durch die zervikotriginale und zerviko-vestibuläre Konvergenz im Afferenzmuster entstehen vielfältige Symptomkomplexe. Eine fachübergreifende Zusammenarbeit ist daher elementar in der Behandlung von Dekompensationsmustern der Kau-Kieferregion elementar.

Frau Dr. Bein-Wierzbinski referierte nun über die „Kieferdysfunktion bei Kindern mit KiSS und KiDD: Ursache einer entstehenden CMD?“.

Kinder mit unbehandelten Funktionsstörungen der Kopfgelenksregion entwickeln häufig eine kopfgelenksinduzierte Dysgnosie und Dyspraxie oder eine kompensatorische Entwicklungsstörung. Orofaciale Auffälligkeiten in der Säuglingsphase können bereits früh in Folge von posturalen Aufrichtungsdefiziten beobachtet werden. Aus Entwicklungsstörungen in der Vertikalisierung kann also eine frühe craniomandibuläre Dysfunktion resultieren. Zur Vermeidung von Kieferdysfunktionen bei Kindern ist also der präventive Ansatz entscheidend:

1. Jede Kopfgelenksdysfunktion ist so früh wie möglich zu behandeln.
2. Eine Förderung der frühkindlichen neuromotorischen Aufrichtung ist bei auffälligem Verlauf unabdingbar.

Der nun folgende Vortrag „CMD: Achtung schiefe Kinder?! - Manualtherapeutische Diagnostik und Therapieunterstützung für ZHK und KFO“ wurde von Dr. Polonius gehalten.

Infolge einer kieferorthopädischen Therapie können Seitenausbiegungen der Wirbelsäule auftreten. Wiederum gibt es Wirbelsäulenfehlhaltungen, die unter kieferorthopädischer Therapie erfolgreich gebessert werden. Polonius hat ein System entwickelt, mit dem man auf- und absteigende Ketten als Einflussfaktoren auf die CMD erfolgreich diagnostizieren und behandeln kann. Die Problematik von Behandlungen im Kieferapparat ist, dass dieser über keine reziproken Hemmmechanismen verfügt. Daher sind Feinjustierungen der Zentrik und Bisshöhe im Kontext mit Behandlungen von Funktionsstörungen der Wirbelsäule und des Bewegungsapparates besonders sorgfältig aufeinander abzustimmen.

Prof. Dr. Kopp referierte über „Kieferorthopädie und CMD: Craniomandibuläre Muskuloskeletale Medizin beim Klein- und Schulkind.“

Es ist wissenschaftlich belegt, dass die Inzidenz von Schmerzen und Dysfunktionen im Kau-Kiefer-Apparat bei Kindern und Jugendlichen in allen Altersgruppen steigt. Destruktionen und Fehlfunktionen im mastikatorischen System führen wiederum zu Zahnfehlbildungen und Zahnfehlstellungen im Wechselgebiss. Weniger die Diskusverlagerung, sondern das Kompressionsgelenk selbst ist der wichtigste pathogenetische Faktor bei der Entstehung einer CMD im Kindes- und Jugendalter. Zentrale Rolle bei der Behandlung spielt dabei die Lösung des Mittelgesichtes gefolgt vom „unwinding of the teeth“.

Dr. Spittank sprach über die „Kieferorthopädische Regulation und die Entwicklung von Haltungsauffälligkeiten im Kindesalter“.

Nach Darstellung verschiedener Faktoren und Begrifflichkeiten über Haltung und Aufrichtung kommt Spittank zur Auffassung, dass hochzervikale Behandlungen aufgrund der sensorischen und neurophysiologischen Effekte auf den Kau-Kiefer-Apparat eine sinnvolle Ergänzung zur kieferorthopädischen Behandlung darstellen. Er demonstriert eindrücklich die Auswirkungen verschiedener KFO-Systeme auf die Bewegungsfähigkeit der oberen Halswirbelsäule. Kieferorthopädische Maßnahmen sind keine monokausale Ursache für eine Adoleszentskoliose, sie können die Entstehung dieser unter Berücksichtigung anderer pathogener Faktoren begünstigen.

Frau Hayn berichtete über ihre Beobachtungen zum gleichzeitigen Auftreten von „Hüft dysplasie und Kopfgelenkstörungen“ bei Säuglingen.

Bei der Behandlung der Hüft dysplasie gibt es Goldstandard-Verfahren, die deutschlandweit angewendet werden. Interessant ist jedoch, dass auffällig viele Kinder (rund 50%) bei der

retrospektiven Untersuchung des eigenen Patientenguts neben der Hüftdysplasie auch hochzervikale Störungen der kontralateralen Seite aufwiesen. Die hüftgesunden Säuglinge zeigten um den Zeitpunkt der U3 nur zu 12% Kopfgelenksstörungen. Es konnten Verbesserungen der Hüftreifung nach manualtherapeutischer Beseitigung der Kopfgelenksdysfunktion beobachtet werden. Trotz fehlender Validität ihrer Untersuchungen sollte der Zusammenhang von Reifeverzögerungen der Hüfte und hochzervikalen Störungen weiter verfolgt werden.

Den nun folgenden Vortrag hielt Prof. Dr. Meier-Gräwe. Thema war „Bildungsinvestitionen - zwischen Sparen und Rendite“.

Entsprechend der OECD Studie „Dare to share“ ist eine faire Arbeitsteilung in deutschen Familien noch nicht in Sicht. Dementsprechend besteht ein geistiger Modernisierungsrückstand in Bezug auf die Retraditionalisierung von Geschlechteraufgaben in Familie und Beruf. Der Übergang von Partner- auf Elternschaft kreiert neue Herausforderungen. Bei Problemen mangelt es aber aufgrund ökonomischer Zwänge zunehmend an staatlichen Kinder- und Jugendförderungsangeboten. Mit einer beeindruckenden Effizienzanalyse begleitend zu ihrem Projekt „guter Start ins Kinderleben“ zeigte Meier-Gräwe, dass eine frühe Investition in das Humankapital seitens staatlicher Angebote eine gute Rendite verspricht. Anhand von Modellierungen von Lebenslaufszenerarien wurde deutlich, dass je früher der Einsatz von Hilfen stattfindet, sich dieser zum einen besser für die Kinder und zum anderen ökonomischer für den Staat rechnet.

Dr. Rothermel und Dr. Wilke fassten die „Diagnostik und konservative Therapiemöglichkeiten der idiopathischen Skoliose im Kindes- und Jugendalter“ zusammen.

Die Ursachen für die idiopathische Skoliose im Kindes- und Jugendalter sind multifaktoriell, wachstumsgetriggert und bis heute im Einzelnen ungeklärt. Verschiedene Wachstumseinflüsse und eine Dysbalance zwischen der dorsalen und der ventralen Wirbelsäule werden diskutiert. Der Krümmungswinkel fordert in Abhängigkeit vom Skeletalter verschiedene therapeutische Algorithmen, wobei ab einem COBB Winkel von 20° die Korsetttherapie unumgänglich wird. Frau Rothermel beschrieb bei der Skoliose Spannungsphänomene im myofascialen System, die sich in den Funktionsketten auf die knöchernen Anteile der Wirbelsäule auswirken. Hier wurde auf einen interessanten Therapieansatz in Form eines speziellen Krafttrainings mit Kräftigung der geschwächten und Dehnung der verkürzten myofaszialen Anteile verwiesen. Wir dürfen gespannt bleiben...

Herr Dominiczak hielt den Abschlussvortrag „Blickdiagnostik des okulomotorischen Systems“.

Nach der festen Überzeugung „besser sehen – besser lernen“ schildert Dominiczak die Auswirkungen von Sehdefiziten auf den Bildungsfortschritt von Kindern und beschreibt diese als Selektionsmerkmal der individuellen Potentialausschöpfung. Dabei sind Auswirkungen von Sehdefiziten, wie Bildlagedeher, das Schielen und die Überkreuzungsdominanz bereits durch den Laien erkennbar. Eine Korrektur durch entsprechende Brillen und Prismen ist hierbei notwendig und zeigt schnelle, eindrucksvolle Lernerfolge. Der Appell geht hierbei nicht nur an die Therapeuten, sondern auch an alle Mitarbeiter des Bildungswesens, den Kindern durch die

Erkennung und Behandlung von Sehdefiziten das Lernen zu erleichtern und damit die Bildungslandschaft beeinflussen zu können.

Zum Ende des Tages verwies Sacher auf das Thema des nächstjährigen ZIMMT/ÄMM-Kongresses, der vom 21.03-23.03.2019 in Berlin stattfinden wird.

Es lautet „Manuelle Medizin und Bindung“, und wir dürfen uns auf interessante und spannende Workshops und Vorträge freuen.

Martin Knüdel



