Funktionelle Medizin

Funktionelles Denken in der manuellen Medizin

Liebe Leserinnen, liebe Leser,

das Leitthema des diesjährigen Kongresses der DGMM, der als gemeinsamer Kongress der DGMM und der Deutschen Gesellschaft für Physikalische Medizin und Rehabilitation (DGPMR) durchgeführt wird, lautet: „Die Wirbelsäule in der funktionellen Medizin“. Die beiden Gesellschaften haben diesen Begriff mit Bedacht gewählt. Sie betrachten „funktionelle Medizin“ als das Verstehen, Vorbeugen und Behandeln komplexer chronifizierender Krankheitsbilder, die das Bewegungssystem betreffen. Funktionelle Medizin befasst sich mit dem ganzen Patienten, nicht nur mit den einzelnen Symptomen. Der Arzt sieht die Symptome im Zusammenhang mit den anamnestischen Daten, den Lebensbedingungen in Beruf und Freizeit sowie den Umweltfaktoren, die insgesamt langfristig die Gesundheit des Patienten beeinflussen und zu chronischen Beschwerden führen können.

Unter dem Aspekt der funktionellen Medizin sind auch die Beiträge in diesem Heft zu betrachten.

Schildt-Rudloff stellt die aktuellen Auffassungen zum sog. Janda-Konzept der Untersuchung und Behandlung von Muskulatur im Kontext der manuellen Medizin dar. Muskelfunktionstests, neurophysiologische Grundlagen von Verkettungen und die Untersuchung von Bewegungsmustern stehen im Mittelpunkt beim Auffinden neurophysiologischer Ansteuerungsstörungen, die als Ursache chronischer manualmedizinischer Symptomatik postuliert werden.

Auch Beyer widmet sich der Bedeutung der Untersuchung typischer Bewegungsabläufe und geht der Entstehung des Begriffs „motorisches Stereotyp“ nach. Abweichungen von den erwarteten Kriterien des untersuchten Bewegungsablaufs bzw. von der muskulären Dynamik gelten als Funktionsstörung bzw. Inkoordination.

Günther et al. ergänzen die beiden einflussreichen Beiträge, indem sie die präzise Ausführung der Untersuchung typischer Bewegungsabläufe des Alltags beschreiben.

Ohlendorf, deren Untersuchungsergebnisse zum Einfluss des kranio-mandibulären Systems auf Stand und Gehen hier schon wiederholt publiziert wurden, analysiert in einer Pilotstudie die Auswirkungen der dentalen Okklusionsposition auf das Laufverhalten. Bei Betrachtung der Daten der plantaren Druckverteilung sind im Bereich des Mittelfußes deskriptive Unterschiede erkennbar.

Windisch et al. untersuchten das morphologische Korrelat des von Dr. Karl Sell beschriebenen Irritationspunkts (Sell-Irritationspunkt S1). Dazu prüften 16 Untersucher das Hüftgelenk und die Lendenwirbelsäule von 228 Patienten. Anhand der klinischen Tests wurden vier Schmerzgeneratoren klassifiziert. Als eine Folgerung aus den Ergebnissen stellen die Autoren fest, dass der Sell-Irritationspunkt S1 keinen Rückschluss auf eine Dysfunktion des Sakroiliakalgelenks zulässt.

Erwähnt sei auch eine These zur historischen Bedeutung des Rückens vor 1945 unter manualmedizinischem Aspekt. Miltenberger schreibt: „Ansätze zur Betrachtung der Wirbelsäulenleiden als selbst-

ständige Krankheitsgruppe blieben jahrzehntelang außerhalb jeden Diskurses“.

Darüber hinaus wird ein typischer Fallbericht vorgestellt, wie er im Rahmen einer Zertifikatsprüfung „manuelle Therapie“ von Physiotherapeuten angefertigt wird. Die hier aufgeführten Arbeitsgänge und Überlegungen sollten in dieser Qualität Grundlage für die gute Zusammenarbeit zwischen Manualmediziner und Physiotherapeuten sein.

Physikalische Medizin und Rehabilitation: Schwerpunkte, Innovationen, Perspektiven

Aus Anlass des gemeinsamen Kongresses der DGPMR und DGMM stellen sich die beiden Fachgebiete gegenseitig in ihren Fachzeitschriften vor. Im Folgenden sind Auszüge eines Beitrags von Frau Dr. Schwarzkopf¹, Präsidentin der DGPMR, wiedergegeben, den sie anlässlich des letzten DGPMR-Kongresses publiziert hat.

Historie des DGPMR-Kongresses und des Fachgebietes

Die Geschichte der heutigen wissenschaftlichen Gesellschaft für Physikalische Medizin mit Einschluss der Balneologie und Bioklimatologie und der Kongresse beginnt um

¹ Dr. med. Susanne R. Schwarzkopf, Klinik und Institut für Physikalische und Rehabilitative Medizin und Naturheilverfahren, Fachübergreifende Frührehabilitation, Klinikum Nürnberg Nord, Prof.-Ernst-Nathan-Str. 1, 90419 Nürnberg, susanne.schwarzkopf@klinikum-nuernberg.de.

Abb. 1 ▲ Grand Hotel de Rome (Aus [1]).

die vorletzte Jahrhundertwende in Berlin (▣ Abb. 1).

Am 14. Oktober 1878 wurde im Grand Hotel de Rome die „Balneologische Section in der Gesellschaft für Heilkunde in Berlin“ gegründet.

Als erster Vorsitzender der Gesellschaft wurde Sanitätsrat Dr. Georg Thilenius aus Bad Soden gewählt. Dr. Thilenius war seit 1874 Abgeordneter des Reichstags und verfügte somit über die notwendigen politischen Erfahrungen.

Die erste Zeitschrift „Veröffentlichungen der Gesellschaft für Heilkunde in Berlin“ erschien im Folgejahr 1879 in Berlin.

Der erste Kongress, damals „Versammlung“ genannt, fand vom 25. bis 26. Januar 1879 in Berlin statt. Schwerpunkt war die Balneologie mit praktischen und wissenschaftlichen Themen. Aber auch „wesentliche“ andere Themen wie z. B. „Aphoristisches über Carlsbad“ wurden angesprochen (▣ Abb. 2).

Die weiteren historischen Entwicklungen des heutigen Fachgebietes und der wissenschaftlichen Gesellschaft gehen insbesondere auf die Entwicklungen im ehemaligen Ostdeutschland vor der Wende zurück.

Der Facharzt für Physikalische und Rehabilitative Medizin (PRM) entwickelte sich aus der Facharztbezeichnung „Facharzt für Physiotherapie“ im ehemaligen Ostdeutschland. Die DGPMR entwickelte sich nach mehreren Umbenennungen über fast 100 Jahre aus der „Balneologischen Section in der Gesellschaft für Heilkunde in Berlin“.

Mit dem einschneidenden, historischen Ereignis in Deutschland, der „Wende“ 1989, hat Prof. Dr. med. Eberhard Conradi als Präsident der Gesellschaft für Physiothera-

pie der DDR von 1989 bis 1991 die entscheidenden Weichen für das „Aufeinanderzugehen“ und Zusammenwachsen von Ost und West gestellt und dies aktiv und mit sehr großem Engagement erreicht.

In dieser Zeit wurde Herr Prof. Eberhard Conradi der erste ostdeutsche Präsident der nun Vereinigten Deutschen Gesellschaft für Physikalische Medizin und Rehabilitation und hat damit das Fachgebiet nicht nur entscheidend geprägt, sondern auch „Geschichte in diesem Fachgebiet geschrieben“.

Der erste gemeinsame „ostwestdeutsche“ Kongress bzw. Kongress des vereinten Deutschlands fand dann 1990 in Heidelberg statt und der erste gemeinsame internationale Kongress im Rahmen des XI. Weltkongresses der International Federation of Physical Medicine and Rehabilitation (IFPMR) 1992 in Dresden.

Als erster ostdeutscher Präsident der DGPMR sah Prof. Eberhard Conradi primär die Etablierung der Physikalischen Medizin und Rehabilitation als eigenständiges Fachgebiet als vorrangig an. Bei der Neufassung der Weiterbildungsordnung – beschlossen auf dem Deutschen Ärztetag in Köln 1992 – ergab sich die Gelegenheit, den bisherigen „Facharzt für Physiotherapie“ im vereinten Deutschland unter der Bezeichnung Facharzt für „Physikalische und Rehabilitative Medizin“ zu etablieren und zu profilieren.

Als essenziell für die Weiterentwicklung des „jungen“ Fachgebiets war dann die Verankerung als Prüfungsfach in der neuen Approbationsordnung. Diese erfolgte 2002 im Rahmen eines Querschnittsgebiets „Rehabilitation – Physikalische Medizin – Naturheilverfahren“.

Ein weiterer wichtiger Schritt war den Aufbau fachärztlich geleiteter klinischer Abteilungen in Krankenhäusern mit dem Profil der Frührehabilitation von schwerstgeschädigten Patienten im Akutkrankenhaus nach dem Vorbild der Frührehabilitation in München-Bogenhausen unter der damaligen Leitung von Dr. med. Michael Gadomski zu etablieren.

Aktuelle Daten der PRM

Aktuell beläuft sich die Anzahl der Fachärzte auf 2325. Davon sind insgesamt 919 (40%) stationär und 661 (29%) ambulant tätig (▣ Abb. 3).

Bezogen auf Altersstufen sind die 50- bis 59-Jährigen mit 46% und die 40- bis 49-Jährigen mit 27% vertreten und stellen den Hauptanteil der ärztlichen Kolleginnen und Kollegen. Erstaunlich ist, dass die Anzahl der Fachärzte für PRM bei den unter 40-jährigen Kolleginnen und Kollegen sehr gering ist (▣ Abb. 4).

Umso positiver ist zu sehen, dass in den letzten Jahren jährlich ca. 80 Kolleginnen und Kollegen mit ihrer Facharztausbildung für PRM fertig wurden.

Internationale Etablierung

Seit vielen Jahren ist die DGPMR in der European Union of Medical Specialists (UEMS), Physical and Rehabilitation Medicine in der Sektion und im Board, in der European Society for Physical and Rehabilitation Medicine (ESPRM) und in der International Society of Physical and Rehabilitation Medicine (ISPRM) aktiv vertreten.

- Die wesentlichen Ziele sind z. B.
- der Ausbau des europaweit etablierten Zertifizierungssystems für die Weiterbildungsermächtigten,
 - die Erstellung eines europäischen Weiterbildungscurriculums,
 - die Durchführung von europaweiten Prüfungen für das europäische Facharztzertifikat,
 - die Implementierung internationaler Rehabilitationskonzepte,
 - die Definition des Fachgebietes und Beschreibung seiner Rolle im Gesundheitssystem.

Wir hoffen, auch unsere jüngeren Kolleginnen und Kollegen zukünftig für diese internationalen Tätigkeiten begeistern zu können und somit die Weiterentwicklung und zunehmende Etablierung der PRM zu gewährleisten.

Schwerpunkt Rehabilitation

In unserer Gesundheitsversorgung ist die PRM mit dem Bereich der Rehabilitation parallel zur Prävention, Kuration und Palliation eine der 4 tragenden Säulen (▣ Abb. 5).

Die Rehabilitation umfasst nach der Definition im Technical Report 668/1981 der Weltgesundheitsorganisation (WHO) „... den koordinierten Einsatz medizini-

Abb. 2 ▲ Vortragsthemen (Aus [1])

scher, sozialer, beruflicher, pädagogischer und technischer Maßnahmen sowie Einflussnahmen auf das physische und soziale Umfeld zur Funktionsverbesserung zum Erreichen einer größtmöglichen Eigenaktivität zur weitest gehenden Partizipation in allen Lebensbereichen, ...“

Basis sind die gesetzlichen Grundlagen des 2001 implementierten SGB IX zur „Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen“ und des SGB V zur „gesetzlichen Krankenversicherung“.

Im Fokus steht die Funktionsfähigkeit, die sich auch in der von der WHO implementierten Klassifikation der ICF, der International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) aus dem Jahr 2001, widerspiegelt – und komplementär zur internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (aktuell ICD-10) einzugruppieren ist.

Wird die Funktionsfähigkeit beeinträchtigt, kann sich eine Behinderung entwickeln und können gesundheitliche Probleme entstehen.

Zum Thema Behinderung wurde nun ein erster Weltbericht, der World Report on Disability, erstellt und 2011 von der WHO und der Weltbank veröffentlicht.

In diesem Bericht wird die Rehabilitation als eins von 6 als wichtig identifizierten Handlungsfeldern hervorgehoben. Der Begriff „Behinderung“ wird als eine sich kontinuierlich entwickelnde Interaktion zwischen

Abb. 3 ► Anzahl PRM-Ärztinnen und -Ärzte pro Tätigkeitsbereich. (Quelle: BÄK 2012)

Abb. 4 ► Verteilung der Altersgruppen der berufstätigen PRM-Ärztinnen und -Ärzte. (Quelle: BÄK 2012)

Abb. 5 ► Rehabilitation als „eine der tragenden Säulen“ der Gesundheitsversorgung

Menschen mit chronischer Erkrankung oder Gesundheitsstörung und einstellungs- und umweltbedingten Barrieren beschrieben.

Um allen Menschen eine gleichberechtigte und gleichwertige Teilhabe am gesellschaftlichen Leben zu ermöglichen, wird zum Abbau von Barrieren auf gesellschaftlicher, politischer, rechtlicher, wirtschaftlicher und technologischer Ebene aufgefordert.

Hervorzuheben ist, dass der World Report on Disability die Rehabilitation als eine der wesentlichen Interventionen zur Überwindung von Behinderung beschreibt. Die

Möglichkeit der Rehabilitation wird dabei auf die Ebene eines Menschenrechts gestellt.

Als klare Voraussetzung für eine adäquate Versorgung wird eine spezifische Weiterbildung in der Rehabilitation dargestellt. Des Weiteren wird die Implementierung der Rehabilitation in allen Versorgungssektoren einheitlich für alle Patientengruppen gefordert. Das bedeutet eine flächendeckende Versorgung mit Rehabilitationsdiensten in Akutkrankenhäusern mit Frührehabilitation, Anschlussrehabilitation und Langzeitversorgung.

Eine weitere „Barriere“ für eine adäquate Versorgung stellt die wissenschaftliche Perspektive mit dem Fehlen (internationaler) wissenschaftlicher Studien zur Wirksamkeit rehabilitativer Interventionen aktuell dar. Hier bedarf es zukünftig dringend entsprechender Forschungskapazitäten, da die vorhandenen sicherlich nicht ausreichend sind.

Zukünftige Entwicklungen

Verbunden mit der demographischen Entwicklung ist eine zunehmende Nachfrage von Gesundheits- und Versorgungsleistungen zum Erhalt der Funktionsfähigkeit und damit der Selbstständigkeit und Lebensqualität vor dem Hintergrund steigender Gesundheitskosten.

Hier wird v. a. der Bereich der muskuloskeletalen Erkrankungen und Verletzungen mit seinen massiven Auswirkungen auf Lebensqualität und Pflegebedürftigkeit in den nächsten Jahrzehnten an Bedeutung zunehmen.

Aber auch die Anzahl der z. B. internistischen Erkrankungen mit kardiologischen, pulmonologischen und onkologischen Diagnosen, der neurologischen und psychosomatischen Erkrankungen wird steigen.

Im Rahmen dieser demographischen Entwicklung ist besonders das Fachgebiet der PRM gefragt, neue Konzepte der Gesundheits- und Versorgungsleistung mit zu entwickeln, um die zukünftige medizinische Versorgung insbesondere der älteren Patienten auch unter ökonomischen Aspekten gewährleisten zu können.

Hierbei ist klar zu überlegen, welche medizinischen Leistungen zukünftig noch wie lange stationär angeboten und welche im teilstationären und ambulanten Bereich durchgeführt werden können.

Hier bieten sich z. B. „aufsuchende Konzepte“ vor Ort und „teilstationäre Schwerpunktprogramme“ in Wohnortnähe an, vielleicht auch bald App-basiert.

Ein weiteres Thema ist auch die Förderung betrieblicher Gesundheitsprävention, was vom Gesundheitsministerium geplant ist auszubauen.

Welche Innovationen bestimmen die Zukunft im Gesundheitswesen mit?

Hier sind v. a. zu nennen:

- die Medizintechnik,
- Transfer-Innovationen von Technologien und Verfahren aus dem industriellen Bereich in den Gesundheitssektor (mit z. B. Sensortechnologie) und
- Prozessinnovationen im Bereich von Vernetzungskonzepten.

Hierbei ist sicherlich der Aspekt der „ganzheitlichen bzw. umfassenden Perspektive“ der einzelnen Themen mit den jeweiligen Schnittstellen, beteiligten Fachgebieten und Gesundheitsberufen mit einzubeziehen.

Gerade auch deswegen wird zukünftig noch mehr die „umfassende und kompetente Patientenversorgung aus einer Hand“ eine wichtige Rolle hinsichtlich Qualitätssicherung, Kostenreduzierung bzw. Erlössteigerung, Benchmarking der Versorgungseinrichtungen, zunehmender Konkurrenzdruck der „Leistungsanbieter“ und damit Patientenbindung spielen.

Für die PRM ist bei diesen Entwicklungen sehr wichtig, dass die Kliniken und Abteilungen der PRM in Deutschland ausgebaut werden, insbesondere auch an den Universitäten.

Liebe Leserinnen, liebe Leser,

ich möchte Sie an dieser Stelle ganz herzlich zum gemeinsamen Kongress der DGMM und DGPMR nach Berlin einladen. Vom 25. bis 27. September 2014 spiegelt sich das Leitthema „Die Wirbelsäule in der funktionellen Medizin“ deutlich in den Sitzungsthemen und zahlreichen Workshops – von der manualmedizinischen Differenzialdiagnostik im Bereich der Halswirbelsäule über Verkettungssyndrome und psychosomatische Evaluation bis hin zu Faszienbehandlungstechniken – wider.

Auf ein Zusammentreffen in Berlin freut sich

Ihr

L. Beyer

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. L. Beyer
 Ärztehaus Mitte
 Westbahnhofstr. 2, 07745 Jena
 lobeyer@t-online.de

Einhaltung ethischer Richtlinien

Interessenkonflikt. L. Beyer gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Literatur

1. Schwarzkopf SR (2013) Physikalische und Rehabilitation Medizin: Schwerpunkte, Innovationen, Perspektiven. Phys Rehab Kur Med 23(01):9–15 (Editorial)
2. Magyarosy I, Senn E, Pratzel HG et al (1995) Physikalische Medizin, Balneologie, Klimatologie. Festschrift zum 100. Kongress 1995