

Orthopädische Praxis



www.vsou.de

47. Jahrgang

Zeitschrift für Orthopädie, Orthopädische Chirurgie und Unfallchirurgie

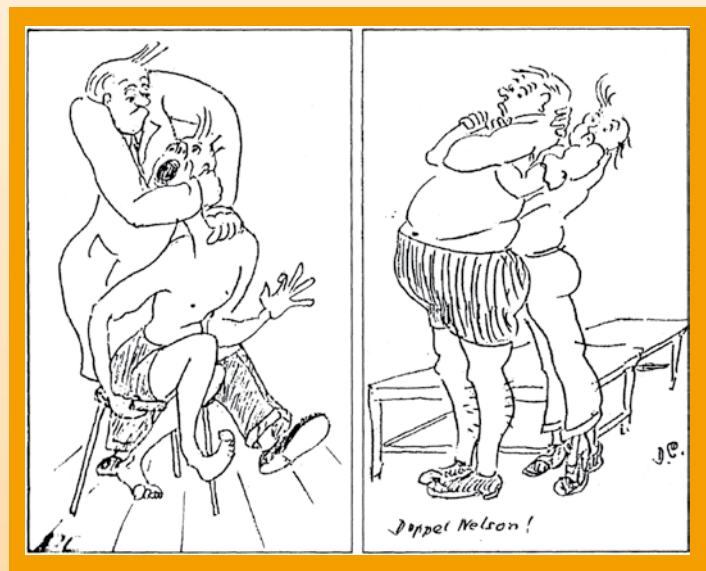
7/2011

Offizielles Organ der Vereinigung Süddeutscher Orthopäden und Unfallchirurgen e. V.

Schwerpunkt: Manuelle Medizin

Peer Reviewed

- Manuelle Medizin – ein zeitgeschichtlicher Abriss
- Neues und Wichtiges zu den DRGs 2011
- Osteoporose und Rheuma – molekulare Mechanismen
- Arzt und Recht: Behandlungsvertrag



MEDIZINISCH LITERARISCHE
VERLAGSGESELLSCHAFT MBH, UELZEN
Postfach 1151/1152 · 29501 Uelzen

ISSN 0030-588X

www.mlverlag.de

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

das Heft 7 der „Orthopädischen Praxis“ ist etwas Besonderes, da wir einen großen Beitrag von Prof. Heinz Mittelmeier als Hauptbeitrag bzw. Schwerpunktthema in dieser Ausgabe vorgesehen haben.

Prof. Mittelmeier als profunder Kenner der Manuellen Medizin hat sich der nicht ganz einfachen Aufgabe unterzogen, die Entwicklung der Manuellen Medizin mit besonderem Bezug zur Orthopädie darzustellen und damit auch einen zeitgeschichtlichen, biographischen Nachruf für Dr. Albert Cramer zu schreiben. Dieser Beitrag ist deutlich umfangreicher als Sie es sonst von uns gewöhnt

sind, aber nach Prüfung des Manuskripts waren wir uns in der Schriftleitung einig, dass wir diesen Beitrag publizieren wollen.

Neben dem Schwerpunktthema finden dann noch zwei kleinere, interessante Beiträge Platz: Am Anfang stellt uns Kollege Thomas Winter Neues und Wichtiges im Bereich der DRGs 2011 vor.

Den Abschluss bildet ein Beitrag zu Osteoporose und Rheuma und molekularen Mechanismen – ein topaktuelles Thema, über das Prof. Uwe Lange aus der Abteilung für Rheumatologie und klinische Immunologie informiert.



Ich wünsche Ihnen mit unserer ungewöhnlichen, aber sehr interessanten Juli-Ausgabe viel Vergnügen und eine erfolgreiche Weiterbildung!

Beste, kollegiale Grüße

Ihr

Prof. Dr. med. Werner Siebert
Schriftleiter



Varia

311

T. Winter
DRGs 2011, Neues und Wichtiges

Schwerpunkt

318

H. Mittelmeier
Die Entwicklung der Manuellen Medizin mit besonderem Bezug zur Orthopädie

Vorbemerkung	318
Quellenkunde, persönliche Information	319
1. Herkunft und persönliche Entwicklung	319
2. Hinwendung zur Chirotherapie und Gründung der FAC	320
3. Gründung der Deutschen Gesellschaft für Manuelle Medizin der Wirbelsäule und Extremitäten (MWE) durch den Orthopäden Dr. Karl Sell	324
4. Cramers Lehrbuch der Chiropraktik (1955)	325
5. Durchsetzung der Leistungsabrechnung (1954)	326
6. Zusammenarbeit mit Dr. Gutmann, Entstehung des Ärzte-Seminars in Hamm und der Lehrkurse	326
7. Das Forschungs- und Lehrzentrum mit Klinik für Manuelle Medizin in Bad Hamm	327
8. Weitere Organisationsleitung der Kurse durch Dr. Frisch, „Exil“ und neue Heimat in Boppard	328
9. Zusammenarbeit der FAC und MWE in der ArGe (1961) und Umbenennung der FAC	329
10. Auslandstätigkeit und Gründung der Internationalen Gesellschaft FIMM	329
11. Gründung der Deutschen Gesellschaft für Manuelle Medizin DGMM	330
12. Entwicklung einer speziellen manualtherapeutischen Röntgendiagnostik	330
13. Wissenschaftliche Forschungsarbeit in der FAC und DGMM	331
14. Wissenschaftlicher Beirat der FAC und Prof. JUNGHANNS	331
15. Zeitschrift „Manuelle Medizin“	332
16. Weiterbildung von Krankengymnasten bzw. Physiotherapeuten in der Manuellen Medizin	332
17. Zusammenarbeit mit der Orthopädie im Rahmen einer neuen Gesellschaft für Physikalischen Medizin und Rehabilitation	332
18. Vereinigungsversuch mit der Physikalischen Medizin	333
19. Familie und Wohlstand	333
20. Krankheitsbedingte Aufgabe der manualtherapeutischen Arbeit	334

Abbildung auf der Titelseite:

Typische meisterhafte Karikaturen der Chirotherapie von Dr. *Dietrich Cramer*.



Schwerpunkt

21. Tätigkeit in der Arbeitsmedizin	334
22. 20-jähriges Jubiläum der FAC / DGMM und Verleihung der Goldenen Ehrennadel	334
23. Ruhestand	335
24. Anerkennung der manuellen Medizin in der Orthopädie und Mitwirkung von Orthopäden	335
25. Wissenschaftliche Anerkennung der MM durch Aufnahme in die AWMF	336
26. Lehraufträge für Chirotherapie an den Universitäten (ab 1972) und Zusammenarbeit mit Orthopädischen Universitätskliniken	336
27. Zusatzbezeichnung Chirotherapie (1979)	338
28. CRAMERs Geschichtsbuch der Manuellen Medizin (1990)	338
29. Albert CRAMERs wissenschaftliches Gesamtwerk	340
30. Das 50-jährige Jubiläum der FAC / DGMM in Boppard (2003)	340
31. Cramers „manualtherapeutische Ressentiments“	341
32. Zur letzten Umbenennung der FAC / DGMM in DGMSM	342
33. Cramers Verhältnis zur Orthopädie	343
34. Die Persönlichkeit Albert Cramers	346
35. Vermächtnis des wissenschaftlichen Archivs	346
36. Alter, Tod und Begräbnis	346
37. Posthume Ehrung	346
Verdankung	347

Varia

U. Lange
Osteoporose und Rheuma – molekulare Mechanismen

352

Arzt und Recht

Behandlungsvertrag – Verlust der Vergütung bei vorzeitiger Kündigung

357



Aus den Verbänden

- | | |
|-----|--|
| 360 | Interview mit dem Präsidenten 2012 der VSOU |
| 364 | 14. Weltkongress der ISMST |

Aktuelles aus Praxis und Klinik

- | | |
|-----|--|
| 366 | Behandlung der symptomatischen Koxarthrose mit Hyaluronsäuren |
|-----|--|

Rubriken

- | | |
|-----|---------------------------|
| 368 | Tagungen und Kurse |
|-----|---------------------------|



DRGs 2011 – Neues und Wichtiges

Zusammenfassung

Das DRG-System ging in Deutschland 2011 in sein 9. Jahr und es ist sinnvoll, den jährlichen Bericht fortzuschreiben und ihn um die gelösten und ungelösten Probleme sowie Änderungen für 2011 zu aktualisieren.

Der Trend, der das System immer komplizierter und selbst für Experten undurchsichtiger werden lässt, ist auch für 2011 nicht geringer geworden.

Um es sofort auf den Punkt zu bringen, die dringend notwendigen Klärungen und strukturellen Vereinfachungen im Endoprothesensystem blieben erneut genauso aus wie die Beseitigung der Fehlkodierungsmöglichkeiten bei den Versorgungen von Luxationsfrakturen. Dies verwundert nun um ein weiteres Jahr, zumal man uns die Änderung, wenigstens die beiden Viersteller 5-79a und 5-79b zu streichen, schon für 2009 versprochen hatte und beides letztlich auf Gesprächen mit DIMDI seinerzeit beruhte. Auch die seit Jahren diskutierte „Baustelle“ einer einheitlichen und rückübersetzbaren Komplikationskodierung wurde von der Selbstverwaltung nicht in das Regelwerk der DKR aufgenommen.

Dies ist nach wie vor unverständlich, denn was eine Komplikation ist, steht in jedem medizinischen Wörterbuch. Auch der AK Orthopädie (jetzt Orthopädie und Unfallchirurgie) der GMDS hatte zusammen mit dem damaligen AK-Dokumentation der damaligen DGOT (jetzt Kommission

Schlüsselwörter: ICD-10-GM – OPS-301 – DKR – DRG-System 2011 – Kalkulation – Drop-out – orthopädisch-traumatologische Dauerbaustellen

Das DRG-System wird jedes Jahr statt einfacher immer komplizierter. Für 2011 wurden nochmals viele DRGs der MDC08 Bewegungsorgane bis ins Detail verändert, so dass Vergleiche mit den Vorjahren immer schwerer, wenn nicht gar unmöglich sind. Weiterhin erschweren ca. ein Drittel Drop-outs aus den dem InEK zugesandten Datensätzen der Kalkulationskliniken immer noch plausible Kalkulationen. Auch weiterhin bestehen auf unserem Gebiet noch erhebliche Lücken und Ungereimtheiten, deren Schließung oder Beseitigung zwar seit Jahren beantragt werden, die aber

noch immer bestehen. Die Fülle der Änderungen bewirkte aber in der Gesamtschau anhand der seit 2003 verfolgten Musterdatensätze am durchschnittlichen Relativgewicht pro Fall zwischen 2010 und 2011 nur unerwartet wenig. Im folgenden Bericht wird über die gelösten und eine Reihe der ungelösten Probleme – also über die (Dauer-)Baustellen – unseres Fachbereiches berichtet werden. Mehr konservativ orientierte Kliniken werden gebeten, ihre DRG-mäßigen Ungereimtheiten der DRG-Kommission der DGOU zu melden, damit hier Abhilfe beantragt werden kann.

7 Dokumentation der Allianz Deutscher Orthopäden) hier für Klarheit gesorgt. Hier hatten wir – wie früher berichtet – schon für 2009 eine Klarstellung in den DKR vorgeschlagen, die bisher an Differenzen zwischen DKG und Kostenträgern in der Selbstverwaltung scheiterte.

Trotzdem haben wir uns auch diesmal nicht entmutigen lassen und auch für 2012 wieder einige Vorschläge eingereicht. Über

die Änderungen der ICD und des OPS für 2011 sei als Erstes berichtet.

ICD-OPS

Trotz der eigentlich für 2010 vorgesehenen und damals um ein Jahr verschobenen Ankündigung des DIMDI, die Textergänzung zur T81.4 der WHO für 2011 übernehmen zu wollen, geschah dies nicht. Hätte man sie übernommen, gäbe es nun



Summary

Keywords: ICD-10-GM – OPS-301 – DKR – DRG system 2011 – calculation – drop out – orthopaedic-traumatologic permanent problems

German DRGs, What's New And Important

In the meantime the DRG system has become more complicated. In 2011 many of the DRGs of the MDC 08 have been changed again, so that comparisons between the years are difficult or even impossible. Nevertheless about one third drop outs of the data sent to InEK by the calculation hospitals hindered the financial calculation of the DRGs. Several gaps or non sensicals continued to exist. For several years we proposed the filling of

the gaps or putting an end of the non sensicals. But nothing happened. Therefore several problems were not solved. The plenty of the modifications didn't cause severe changes to the average of the CW concerning my examples between 2010 and 2011. In the following report a critical objective representation of solved or not solved problems of the DRG system is given. Conservative treating hospitals were asked to send obscurities within the DRGs to the DRG commission of the DGOU.

Klarheit, wonach die spezifische Manifestation einer Infektion bei einer Komplikation zusätzlich anzugeben sei.

Auf der GMDS-Jahrestagung in Mannheim 2010 berichtete das DIMDI, dass von 59 Änderungsanträgen zur ICD etwa 20% in modifizierter Form basierend auf Vorgaben der WHO angenommen wurden und beim OPS von 248 Anträgen sowie 25 NUBs 118 angenommen wurden. Ca. 600 neue Codes und 200 Streichungen würde es für 2011 geben. Gleichzeitig wurden für die endgültige Version noch Änderungen angekündigt, wodurch sich in den Kapiteln 6 bis 9 bis zur endgültigen OPS-Version erhebliche Änderungen ergaben.

Im InEK-Jahresbericht vom Dezember 2010 werden dann für die endgültige Fassung des OPS-2011 27.513 Codes vermeldet, 502 mehr als im Vorjahr. Bei der ICD seien es 13.342 Codes, 27 mehr als im Vorjahr.

Für uns ergaben sich in der endgültigen Version der ICD-10-GM-2011 diesmal keine wesentlichen Änderungen.

Zum OPS gibt es dagegen wieder viele für uns wichtige Änderungen.

Bei der Sonographie wurde die komplexe Sonographie mit digitaler Bild- und Videodokumentation bei 3-03 weiter präzisiert. Bedeutung kann – auch wenn nur internistische Beispiele genannt werden – der neue Code 3-033.0 bekommen: Sonographie des Körperstammes. Auch das PET/CT wurde um eine Kodegruppe 3-754.ff PET/CT des Körperstammes und des Kopfes erweitert.

Die für uns im Bereich der Zugangswegkodierung wichtige Kodegruppe 5-03 wurde in den Hinweisen und zusätzlich zu verwendenden Codes präzisiert. Eine weitere Modifikation erhält der Code 5-346 (Plastische Rekonstruktion der Brust-

wand) mit dem Code 5-346.a6 für die Trichterbrustkorrektur nach D. Nuss.

Interessant sind kleine, aber bedeutsame Änderungen in den Listen für die 6. Stelle bei 5-780 - 5-785, 5-787 und 5-789, die infolge der völligen Umgestaltung der Code 5-788 notwendig wurden. Diese enthalten oft Codes für Metatarsale (V) und Phalangen des Fußes (W). Inwieweit es bei der Umgestaltung des Codes für Operationen am Metatarsalen und Phalangen des Fußes noch zu Problemen führen kann, bleibt abzuwarten. Die Neubearbeitung der 5-788 war überfällig. Eine solche wünschen wir uns seit Jahren auch für die Endoprothetik. Diese blieb aber bisher unerfüllt. Die Details würden hier zu weit führen. Deshalb kann nur empfohlen werden, sich die neue Kodegruppe 5-788 genau anzusehen und mit dem übrigen OPS abzugleichen.

Bei der 5-79 (Frakturosteosynthesen) wurden die letzten Probleme und Ungenauigkeiten bei der Kodierung von Materialkombinationen im stationären Bereich beseitigt. So sind Zugschrauben neben einer Platte nun extra zu kodieren und die Codes für den Fixateur externe mit innerer Osteosynthese entfielen.

Nicht entfallen sind die beiden sinnlosen und bis auf einen einzigen Subkode völlig falsch formulierten Kodegruppen 5-79a und 5-79b, deren Streichung seit Jahren beantragt wurde. Auch die arthroskopischen Gelenkoperationen erfuhren Änderungen.

Es gibt einen neuen Code für die „elektrothermische Denerverung von Synovialis und Kapselgewebe (inkl. Patelladenervation) 5-811.4ff. Die arthroskopische Resektion von Osteophyten ist nun über die 5-812.kff zu kodieren. Revidiert wur-

den auch die Operationen am Knie und Schultergelenk. Neu ist nun 5-813.g und 5-813. h Plastik des vorderen (hinteren) Kreuzbandes mit allogener Sehne und 5-814. 7/8/9/a/b für weitere Spezifikationen der Operationen am Kapselbandapparat des Schultergelenks, wodurch eine Reihe von Ausflügen in andere Bereiche wie 5-782 und 5-85 unnötig werden.

Ein neuer 4-Steller wurde für arthroskopische Wechseloperationen am Kapsel-Bandapparat des Kniegelenks eingefügt 5-815. Dieser Kode ist erheblich Kreuzband-bezogen, wodurch alles andere dann mit 5-815.x zu kodieren wäre. Wie weit man damit kommt, wird die Zukunft zeigen.

Trotz unserer Bitten, das Endoprothetikkapitel 5-82 gänzlich zu überarbeiten, wurde es infolge weiterer Differenzierungen beim Zement und Nichtzement sowie beim Inlaywechsel komplexer. Da die Industrie praktisch nur noch Endoprothesen aus vielen Einzelteilen liefert, musste die Definition der modularen Endoprothese 5-829.d erneut präzisiert werden. Viele Kleinteile, wie Adapter und Schrauben, zählen nun als ein Teil.

Die einzige auch in unserem Revisionsvorschlag für das ganze Endoprothesenkapitel enthaltene Änderung betrifft die Einführung einer Differenzierung des Kodes 5-825.0 (Revision ... oberen Extremität ohne Wechsel nun nach den betroffenen Gelenken in der 6. Stelle).

Bei den Wirbelsäulenoperationen 5-83 kam nur ein Kode hinzu: 5-835.f Augmentation eines Schraubenlagers.

Die Operationen an der Hand 5-84 erfuhren eine Reihe von Exklusiva und Hinweisen, die zu beachten sind.

Auf Grund der Änderungen in den Spezialkapiteln mussten bei 5-85 etliche Hinweise und Exklusiva geändert werden.

Einige Überarbeitungen erfuhr auch das Hautkapitel 5-89 und 5-9. Die 5-893 wurde gestrichen und auf die übrigen Codes verteilt. Die Erklärungen und Hinweise wurden erheblich überarbeitet. Man sollte sich die Änderungen, wo nun was zu kodieren ist, sehr genau ansehen, insbesondere auch die nach 8-192 verlagerten bzw. neu eingefügten Codes.

Es sei an dieser Stelle noch einmal auf die extrem wichtige Tatsache hingewiesen, dass die Kodegruppe 5-89 – 5-92 Operationen an Haut und Unterhaut beinhalten. Hier sind ständig Kodierfehler zu verzeichnen, weil der Anwender diese Codes auch für Revisionen tieferer Schichten einsetzt und sich dann wundert, dass beim Gruppen eine falsche DRG resultiert.

Bei dem Zusatzkode für minimalinvasive Technik 5-986 wurden spezielle Zugangswege eingefügt.

Bei den Verbandstechniken wurde ein neuer Kode zur Differenzierung von Verbandswechseln 8-192 eingefügt. Dieser Kode wird auch bei der Entfernung von Vakuumverbänden und der Anwendung von Fliegenmaden wichtig und darf nur einmal pro stationären Aufenthalt verwendet werden.

Soweit also in aller Kürze die ICD- und OPS-Änderungen für 2011.

InEK-Änderungen

Vom InEK wurde berichtet, dass diesmal für 2011 insgesamt 173 Vorschläge eingereicht wurden. Diese waren zum Teil unterteilt, so dass 745 Alternativen durchgerechnet werden mussten. 96 Vorschläge kamen von den Fachgesellschaften. 110 Vorschläge aus den Vorjahren waren erst jetzt rechenbar geworden. Spitzenreiter bezüglich der Vorschläge war die Orthopädie

und Unfallchirurgie. Ein Drittel soll gemäß InEK „direkt oder im Sinne des Vorschlagenden umgesetzt“ worden sein.

Anträge für 2011

Erwähnenswert sind u.a. folgende Anträge. Wir erneuerten z.B. den Antrag, beidseitige Eingriffe am Knie und anderen Stellen der Bewegungsorgane erneut zu überprüfen.

Für die Kodierung von Verfahren, die dem gleichen Zweck dienen, wie er durch den Einsatz eines interspinalen Spreizers erreicht werden kann, beantragten wir die Umbenennung des Kodes in Arthrorise der Wirbelsegmente.

Die Streichung der 5-79a und 5-79b wurde – wie geschildert – erneut beantragt, da diese Codes unsinnig sind.

Tab. I: Fallpauschalkatalog 2011.

DRG 2011	1194
Gegenüber 2010	-6
Neue Zusatzentgelte bewertet	+ 1
individuell zu vereinbarende.	+ 2
Fallzahl BRD	20,2 Mio
Krankenhäuser BRD	1.649
Kalkulationskrankenhäuser	263
Datensätze	5.111.972
Nach Prüfung durch die Datenstelle gingen an das InEK	4.868.760
Nach Plausibilitätsprüfung dort verblieben für die Auswertung noch	3.501.515 = 72 % bezogen auf 4,9 Mio. und 68% bezogen auf 5,1 Mio.
Fast jeder 3. Datensatz war unbrauchbar! 16 Krankenhäuser stornierten ihre Datensätze nach der Plausibilitätsprüfung komplett ca. 421 000 Fälle	

Bei der Endoprothetik beantragten wir erneut die Löschung der Codes für die (Teil-)Zementierung, da antibiotikahaltiger Zement sowieso schon über die 5-785 zusätzlich kodiert wird. Also könnte auch der normale Zement dort kodiert werden. Dies könnte dort sogar noch wesentlich genauer erfolgen. Auch beantragten wir erneut, dass (Teil-)Wechseloperationen in der Endoprothetik über Ausbau und Einbau einheitlich kodiert werden sollen, denn viele Kombinationen müssen schon immer so kodiert werden, auch gelingt die Differenzierung einzeitiger und mehrzeitiger Eingriffe über das Datum besser.

Umgesetzt wurde im Zuge der Streichung der Codes für die Materialkombination für den stationären Bereich die Streichung der letzten. Nun wurde auch noch die Kodegruppe ...Fixateur externe mit innerer Osteosynthese... gestrichen.

Auch beantragten wir eine Präzisierung für den isolierten Inlaywechsel am Knie sowie neue Codes für Endoprothesenrevisionen ohne Wechsel der Prothese am Arm. Letzteres wurde – wie oben geschildert – umgesetzt.

Tab. II: DRGs für Belegabteilungen.

Belegabteilungen (16 weniger als 2010)	857 DRGs
Davon direkt kalkuliert (1 weniger als für 2010)	83 DRGs
Davon ermittelt durch Abzug Arztkostenanteil	291 DRGs
Der Rest wurde lediglich angepasst.	
Hohe Drop-out-Rate (bezogen auf die für die Kalkulation verwendeten Datensätze)	41%
Fälle (bezogen auf 4,9 Mio.)	0,09 Mio
davon verblieben	0,06 Mio
davon verblieben zur Kalkulation	0,05 Mio

Erneut mussten wir die modularen Endoprothesendefinitionen und die Definition der Kurzschaffendoprothese angehen.

Neue Codes für Mehrfacheingriffe an Hand und Fuß wurden beantragt. Änderungen ergaben sich nicht. Erfolgreich wurde die Aktualisierung und Umstrukturierung der Fußchirurgie fortgesetzt.

Die letzten Feinheiten wird man wohl erst in der täglichen Praxis erfahren, denn die Migrationstabelle lässt erhebliche Verschiebungen in unserem Bereich der DRGs beginnend auf „I“ erwarten. Die Kodierrichtlinien haben sich für unser Fachgebiet nicht wesentlich geändert.

Bei den Abrechnungsbestimmungen und den Kodierrichtlinien hat sich für unser Fachgebiet nichts Wesentliches geändert.

Was wurde bisher nicht erfüllt?

Zur beantragten Berücksichtigung beidseitiger Eingriffe am Kniegelenk antwortete das InEK, dass die beantragten Splits nicht umgesetzt wurden. Lediglich bei der I18A und I18B wurden Umverteilungen vorgenommen.

Die Arthrorise an der Wirbelsäule wurde nicht angenommen.

Die beantragten neuen Codes für Mehrfacheingriffe an der Hand wurden nicht angenommen.

Zu den noch offenen großen „Baustellen“ kann nur auf meine Stellungnahme vom Vorjahr verwiesen werden, die hier noch einmal wiederholt wird.

Die Vereinfachungen bei der Endoprothetik sind seit Jahren überfällig. Hier wirkt sich komplizierend die Tatsache aus, dass die operative Technik schneller voranschreitet, als die Schlüs-

selbauer nachkommen. Dies war seinerzeit auch der Grund, dass die WHO die seinerzeitige ICPM (die Basis unseres jetzigen OPS) als Klassifikation der Prozeduren ablehnte und die ICPM daher auch nie verabschiedete. Das Endoprothesenkapitel war einmal in sich schlüssig. Die ständigen Änderungen erforderten immer mehr das Anflücken von Extras, die die Kodierung nicht einfacher gestalteten. Hier hilft nur noch eine völlige Neubearbeitung und Neugestaltung im Sinne der Vereinfachung des Kapitels, welche vom InEK bisher – wahrscheinlich aus programmtechnischen Gründen – stets abgelehnt wurde.

Dies ist unverständlich, zumal der Ruf nach Vereinfachungen immer lauter wird und man die Fachgesellschaften dafür verantwortlich macht, dass es immer komplizierter wird. Wir schlagen seit Jahren den Wegfall von ein paar Hundert überflüssigen Codes vor. Zur Umsetzung der Vereinfachungen wären lediglich spätestens seit 2003 überfällige Programmänderungen in der Groupiersoftware nötig, um endlich die Vielfalt der Orthopädie und Traumatologie nicht nur in der Endoprothetik korrekt abdecken zu können. Hiervon sind wir noch weit entfernt.

Ähnliches gilt für die bereits für 2009 versprochene Streichung der beiden völlig unsinnigen Codes 5-79a/b. Denn eine Gelenkluxation wird nicht osteosynthetisiert, sondern wenn überhaupt arthrodesiert. Diese Arthrodesen können wie auch eventuell nötige Frakturversorgungen schon immer über vorhandene Codes kodiert werden.

Immer dringender wird jedoch eine weitere „Baustelle“, deren Beseitigung den ständigen Ärger der Krankenhäuser mit den Kassen und damit auch mit dem MDK abmildern würde. Es geht um die in den DKR vorgesehene „spezifische“ Kodierung un-

serer Sachverhalte. Angestoßen wurde das Problem durch einen Artikel in der Zeitschrift „Das Krankenhaus“ vom November 2005, wonach seinerzeit in der Selbstverwaltung konsentiert wurde, dass, wenn ein Kode zur Beschreibung einer Diagnose nicht ausreicht, mehrere Codes verwendet werden dürfen.

Zitat: „... Sofern keine Möglichkeit besteht, die Erkrankung mit einem Diagnosekode abschließend abzubilden, ist die Kodierung mehrerer beschreibender Codes kodierrichtlinienkonform.“ Zitat Ende.

Dieser Konsens wurde kurze Zeit später einseitig von den Kostenträgern wieder in Frage gestellt.

Trotzdem blieb die Vorschrift, so spezifisch wie möglich zu kodieren.

Zitat einer DIMDI-Antwort vom 31.3.09:

„... Grundsätzlich ist nach den amtlichen Klassifikationen (ICD-10-GM bzw. OPS) in der jeweils gültigen Version so spezifisch wie möglich zu kodieren, unabhängig vom Ergebnis der Gruppierung. Bei der Kodierung von Diagnosen und Prozeduren im Geltungsbereich des § 301 SGB V sind die Deutschen Kodierrichtlinien (DKR) in der jeweils gültigen Fassung zu beachten. ...“

Zitat Ende.

Zur Kodierung „so spezifisch wie möglich“ habe ich im Heft 1 der Orthopädischen Praxis von 2011 ausführlich Stellung bezogen, so dass hier nur auf das Heft verwiesen wird.

Kritische Bemerkungen zum Abschlussbericht G-DRG-System 2011 des InEK

Der Fallpauschalenkatalog wurde weiter überarbeitet (Tab. I). Zum ersten Mal ergaben sich weniger DRGs als im Vorjahr, nämlich 6 weniger.

Die CCL-Matrix wurden erneut geändert; man hat diesmal rund 450 Diagnosen überprüft. Für uns wichtig wurde die U80 aufgewertet und die T88.8 abgewertet; ein Kode, der nach fehlgeschlagenen konservativen Maßnahmen Verwendung findet.

Die Datenbasis, die für die 2011er Kalkulationen zur Verfügung stand, kann nach wie vor nicht als ideal bezeichnet werden.

Von den 5,1 Mio. eingegangenen Datensätzen der 263 Kalkulationskrankenhäuser blieben nach einer ersten Plausibilitätskontrolle 4,51 Mio. Datensätze übrig. Nach einer 2. Plausibilitätskontrolle waren es dann nur noch 3,5 Mio. Datensätze oder ca. 68% (ca. 2/3; der 5,1 Mio.). Interessant ist dabei, dass von 16 Kalkulationshäusern alle 421 Tausend Datensätze storniert wurden.

Daten mit einer derart hohen Drop-out-Rate von 32% zu verallgemeinern, ist in meinen Augen mehr als fragwürdig, zumal die Drop-out-Rate erneut nur auf Grund externer Plausibilitätsprüfung festgestellt wurde. Eine interne Prüfung der Originalunterlagen in den Kalkulationskrankenhäusern durch InEK-Fachleute fand nach wie vor nicht statt.

Daher wurden nur intern feststellbare Fehlerraten wieder nicht geprüft. Man muss sich also weiterhin immer noch fragen, wie gut bzw. schlecht sind die Daten der Nichtkalkulationshäuser, die nicht mit erstrebtem Qualitätsbewusstsein und mit speziellen Richtlinien Daten erhoben haben, wenn in den Kalkulationshäusern jeder 3. Datensatz bereits äußerlich den Anforderungen nicht entsprechen hat und sogar die Datensätze von 16 Häusern ganz gelöscht wurden.

Bei den Beleg-DRGs wurden für 2011 die gleichen Berechnungsmethoden wie für 2010 herangezogen.

Bei den speziellen 857 DRGs für Belegabteilungen (Tab. II) wurde diesmal 1 Fallpauschale weniger als im Vorjahr direkt kalkuliert (83). 291 DRGs wurden durch den herausgerechneten Arztkostenanteil ermittelt und der Rest lediglich angepasst. Bemerkenswert ist die hohe Drop-out-Rate bei der Kalkulation der Beleg DRGs. Von 92.562 Fällen (bezogen auf die 4,86 Mio Fälle), die nach der ersten Plausibilitätskontrolle übrig blieben, verblieben nur noch 65.941 Fälle. Davon dienten 54.453 zur Kalkulation der 83 direkt kalkulierten Beleg-DRGs. Die Drop-out-Rate war somit wesentlich höher als im Gesamt-Mittelwert, nämlich rund 41%.

Dabei stellte sich ein interessanter Unterschied heraus. Die Bewertungsrelationen bei den eigenständig kalkulierten Beleg-DRGs lagen im Schnitt 31,1% niedriger als die der Hauptabteilung. Bei den lediglich errechneten betrug die Absenkung im Schnitt lediglich 13,6%.

Eine zweifelhafte Anpassung fand bei den Eintages-DRGs statt. Es wurde nämlich die Methodik des Vorjahres übernommen. Lag die Kalkulation der Eintages-DRG bei den Beleg-DRGs höher als die der Hauptabteilung, fand eine Angleichung an die der Hauptabteilung statt. Dies kann erneut als Hinweis angesehen werden, dass die Eintages-DRGs der Hauptabteilungen falsch kalkuliert wurden. Oder wurden gar beide falsch kalkuliert? Daher stellt sich die gleiche Frage wie im Vorjahr. Warum wurde nicht die Eintages-DRG der Hauptabteilung, wenn schon eine Anpassung erfolgen musste, an die der Beleg-DRG zusätzlich eines Arztzuschlages angepasst?

Im InEK-Bericht wird ferner berichtet, dass das Diabetische Fußsyndrom nun spezifischer kalkuliert wurde. In der Handchirurgie ergaben sich Teilverbesserungen, nachdem die Neugliederung der I32 in den letzten Jahren durchgeführt wurde.

Das Polytrauma wurde überarbeitet. Die Überarbeitung ist aber noch nicht abgeschlossen. Ob und wie sich die Überarbeitungen in der täglichen Routine auswirken werden, z.B. wurden nun Wirbelsäulenverletzungen mehrerer Lokalisationen besser berücksichtigt, muss man sehen und verfolgen. Auch der Umbau der Querschnitts-DRG B61 wird sich hier auswirken.

DRG-AG der DGOU oder dem AK Orthopädie und Unfallchirurgie der GMDS mitzuteilen, damit wir 2012 für 2013 diese Fälle präziser beschreiben können.

Fortschreibung der 388 Musterdatensätze

In meinen Manuskripten der letzten Jahre habe ich die Relativgewichte meiner 388 Musterdatensätze seit 2005 (davon 230 seit 2003) über die Jahre verfolgt und manuell jeweils an das kommende Jahr angepasst und verglichen (Tab. III).

Neben den bereits weiter oben geschilderten Erkenntnissen ergab die Betrachtung der auf 2011 angepassten 388 Musterdatensätze, dass sich das mittlere Relativgewicht gegenüber 2010 diesmal nur noch um ca. 0,05 % vermehrte, dass es sich unter Berücksichtigung der Frührehabilitation ebenfalls deutlich weniger als 2011 zu 2009 veränderte, nämlich nur noch 0,3% (Vorjahr 1%), sofern man den Wert von 450 €/Tag bei einem fiktiven Basisfallwert von 3000 € ansetzt. Trotzdem kann die Frührehabilitation noch ein lukratives Geschäft – MDK-feste Dokumentation und die strikte Einhaltung der Bedingungen, die Frührehabilitation einsetzen zu dürfen, vorausgesetzt – sein. Denn über alle Fälle hinweg bedeutet dies eine mittlere Erlössteigerung von immer noch rund 950 €/Fall. Allerdings verbietet die Fortschreibung der Datensätze seit 2003/2005 Änderungen in der Liegedauer der einzelnen Fälle. Da aber inzwischen allgemein die durchschnittliche Verweildauer der Patienten im Laufe der Zeit abgenommen hat, ist bei der Frührehabilitation stärker damit zu rechnen, dass bei einer Reihe der Musterfälle heute kürzere Verweildauern angenommen werden müssten. Somit würden etliche der Fälle allein von der Liegedauer her nicht mehr in die Regularien der Frührehabi-

Tab. III: Mittleres Relativgewicht über die Zeit.

Verrechnungsgröße für Früh-Reha	
2005	600 €/Tag
2006	450 €/Tag
2007	600 €/Tag
2008	450 €/Tag
2009	450 €/Tag
2010	450 €/Tag
2011	450 €/Tag
Basisfallwert 3.000 € (für die Tabelle; der AOK Bundesverband (Stand 14.3.11) gibt den Bundesbasisfallwert für 2011 mit 2.963,82 € an.	

Das spezielle Kapitel Orthopädie/Unfallchirurgie wurde erheblich revidiert, insbesondere in der Frakturversorgung, arthroskopischen versus offenen Verfahren, Wirbelsäulenchirurgie und Fußchirurgie. Auch hier wird man die Veränderungen im täglichen Gebrauch verfolgen müssen. Das betrifft vor allem die Basis-DRGs I01; I03; O06; I08; I09; I10; I13; I16; I18; I20; I21; I28; I29; I30; I43; I44; I46, also genau die DRGs, die wir täglich benutzen. Sieht man die erheblichen Aufwendungen im operativen Bereich, tut sich im konservativen Bereich so gut wie gar nichts, wenn man von den Frühreha-DRGs absieht.

Hier gibt es noch Nachholbedarf, zumal inzwischen Konstellationen gefunden wurden, bei denen Mehraufwand durch die Diagnose sichernde Diagnostik und anschließende konservative Therapie zu Mindererlösen führten. Hier ergibt sich ein reiches Betätigungsfeld für mehr konservativ orientierte Kliniken, derartige Fälle aufzuspüren und der

Vergleich 388 Datensätze	Ohne Früh-Rehabilitation mittleres Relativgewicht	Mit Früh-Rehabilitation mittleres Relativgewicht
2003	2,125	
2004	2,048	
2005	1,918	1,999
2006	2,099	2,504
2007	2,116	2,896
2008	2,129	2,522
2009	2,166	2,518
2010	2,138	2,504
2011	2,125	2,49

Vergleich 388 Datensätze	Ohne Früh-Rehabilitation mittleres Relativgewicht	Mit Früh-Rehabilitation mittleres Relativgewicht	Mehrerlös/Fall durch Frühreha in Relat.gewichten	Frühreha Mehrerlös in € pro Fall (n=388)
2005	2,029	2,127	0,099	296
2006	2,127	2,504	0,377	1130
2007	2,126	2,778	0,651	1954
2008	2,150	2,480	0,330	989
2009	2,184	2,451	0,267	801
2010	2,174	2,486	0,312	937
2011	2,175	2,493	0,318	954

litation fallen. Bei den anderen Fällen ist der Bereich gleichen Entgeltes zwischen unterer und oberer Grenzverweildauer breiter, sodass sich Liegedaueränderungen bei diesen Fällen weniger auswirken würden. Der Unterschied zwischen Frühreha und Nichtfrühreha dürfte daher 2011 niedriger ausfallen als rein rechnerisch ermittelt wurde. Trotz der erheblichen Umbauten der DRGs zwischen 2010 und 2011 ergaben sich bei den Musterdatensätzen nur unbedeutende Änderungen bezogen auf das mittlere Relativgewicht.

Schluss

Abschließend sei festgestellt, dass es auch 2011 Veränderungen im G-DRG-System gegeben hat, die jedoch geringer ausfielen, als es vor der Überprüfung durch die Musterdatensätze den Anschein hatte. Trotzdem bleiben für die Krankenhäuser und Kostenträger noch genügend Herausforderungen, die bewältigt werden müssen.

Darf ich abschließend wieder Prophet sein, so bin ich der Meinung, dass die DRGs genauso scheitern werden wie die SE/FP-Regelungen, denn Medizin lässt sich nun einmal nicht in Ziffern pressen und der Mensch ist kein Auto, in das man ein Er-

satzteil zum Festpreis einbaut und sagt, nun geht es wieder. Es bleibt jedenfalls spannend zu beobachten, wie es weitergeht.

Literatur

1. AOK Bundesverband; Basisfallwerte.
2. Definitionshandbuch: G-DRG Diagnosis Related Groups Version 2011 Band 1-5 (www.gdrg.de) einschließlich den Vorversionen).
3. Deutsche Kodierrichtlinien; Allgemeine und spezielle Kodierrichtlinien für die Verschlüsselung von Krankheiten und Prozeduren. (www.dkgev.de) jährlich neu.
4. Deutsches Wörterbuch; Brockhaus 20. überarbeitete Auflage 1997ff (Druckfassung); Brockhaus Mannheim.
5. *Fahlenbrach C., Köhler N., Schlottmann N.*: Deutsche Kodierrichtlinien Version 2006; Das Krankenhaus Heft 11 (2005) 933 – 939.
6. Fallpauschalenkatalog für 2011 (www.gdrg.de).
7. ICD-10-GM Version 2011; www.dimdi.de (dort auch die Vorversionen).
8. InEK-Abschlussbericht; Weiterentwicklung des G-DRG-Systems für das Jahr 2011 (www.gdrg.de)
9. OPS Version 2011; www.dimdi.de (dort auch die Vorversionen).
10. Vereinbarung zum Fallpauschalensystem für Krankenhäuser für das Jahr 2011 (Fallpauschalenvereinbarung 2011 – FPV 2011); erhältlich über www.gdrg.de (dort auch die Vorversionen).
11. *Winter T.*: Acht Jahre DRG, wie geht es weiter? Orthopädische Praxis 46. JG. (2010) 353-362.
12. *Winter T.*: Was bedeutet „Kodierung so spezifisch wie möglich“ für die Orthopädie und Traumatologie? Orthopädische Praxis 47. JG. (2011) 5-8.
13. Gesprächsnotizen mit DIMDI, der DKG, BKG und anderen Organisationen.
14. Verschiedene Sitzungsprotokolle der Gremien der DGOU (vormals: DGU/DGOOC), die sich mit den DRGs, Kodierrichtlinien und Klassifikationen beschäftigen sowie Sitzungen auf den GMDS-Jahrestagungen.

Anschrift des Verfassers:

Dr. med. T. Winter
Orthopäde, med. Informatik
Spessartstr. 11
D-14197 Berlin
E-Mail: thommy.winter@t-online.de

Prof. em. Dr. med. Dr. h. c. Heinz Mittelmeier

Vormals Direktor der Orthopädischen Universitätsklinik und Poliklinik des Saarlandes in Homburg/Saar,
Ehrenmitglied der FAC/DGMM

Die Entwicklung der Manuellen Medizin mit besonderem Bezug zur Orthopädie

Ein zeitgeschichtlicher biographischer Nachruf für
Dr. med. Albert Cramer (30.12.1918–30.11.2008)
(Gründer der FAC/DGMM, Lehrbuchautor und Historiker)

Vorbemerkung

Am 30.11.2008 verstarb im Alter von fast 90 Jahren Dr. *Albert Cramer* (Abb. 1), einer der wichtigsten Gründungsväter der Manuellen Medizin, der für die Entwicklung derselben Maßgebliches geleistet hat und einen umfangreichen und **würdigen Nachruf** verdient.



Abb. 1: Dr. *Albert Cramer* mit 75 Jahren.

Der „aphoristische“ Nachruf von Prof. *T. Graf-Baumann* im ersten Todesjahr in der „Manuellen Medizin“ genügt diesem Erfordernis nicht. Den nachfolgenden Generationen von Manualmedizinerinnen sollte von *Albert Cramer* mehr überliefert werden als nur die Erinnerung an seine „kenntnisreiche, in Diskussionen gefürchtete Eloquenz“, seine „manchmal sehr subjektive Beurteilung“ anderer wichtiger Persönlichkeiten aus der Gründerzeit, eine stürmische Segelbootfahrt auf der Elbe, schlecht zu entziffernde Leserbriefe, die letzte Begegnung anlässlich des 50-jährigen Jubiläums der FAC in Boppard im September 2003 und seine Begleitung durch „zwei selbstbewusste streitbare Töchter“, und letztlich seine „listigen Augen“.

Dies und anderes zeigt leider einen bedauerlichen **Kenntnismangel** oder **Erinnerungsverlust** über die grundlegende Entwicklung der Manuellen Medizin, obgleich gerade *Albert Cramer* mit seinem Geschichtsbuch sich darum bemüht hat, die Erinnerung wach zu halten.

Aber auch in der mit der Manuellen Medizin verbundenen **Orthopädie** bestehen nach meiner eigenen Erfahrung erhebliche diesbezügliche Wissensmängel, vor allem deshalb, weil der Schwerpunkt der modernen Orthopädie heute auf dem Gebiet der **orthopädischen Chirurgie** liegt und die **konservative Orthopädie** leider etwas in den Hintergrund des Interesses geraten ist. Bezeichnend dafür ist, dass in dem gerade erschienenen, hauptsächlich der Manuellen Medizin gewidmeten Dezember-Heft der „Orthopädischen Praxis“ 2010 in dem Einführungsartikel über die Entwicklung der Manuellen Medizin von Dr. *H. P. Bischoff*, dem langjährigen Vorsitzenden der MWE und des Ärzteseminars in Isny-Neutrauchburg, das 1985 von der DGMM in Auftrag gegebene umfangreiche **Geschichtsbuch** der Manuellen Medizin von *Albert Cramer* (Abb. 15) weder im Text- noch im Literaturverzeichnis Erwähnung findet.

Diese Nachrufgestaltung erfolgt deshalb auch unter dem Gesichtspunkt, die Kenntnismängel über die Entwicklung der Manuellen Medizin sowohl bei

Manualtherapeuten als auch in der Orthopädie möglichst zu beheben, um zum besseren Verständnis der gegenwärtigen Verhältnisse zu führen. Dabei erscheint es mir auch angebracht, noch einige bemerkenswerte **Ergänzungen**, Erklärungen und Berichtigungen einzubringen.

Quellenkunde, persönliche Bekanntheit und Information

Meine nachfolgende Darstellung des Lebens und Wirkens von *Albert Cramer* beruht auf **persönlicher Bekanntheit**, dem Studium seines umfangreichen **Schrifttums**, insbesondere seines Lehrbuches von 1955 und des Geschichtsbuchs der Manuellen Medizin von 1990 sowie einer mir überlassenen kurzen (nicht publikationsfähigen) **eigenen Lebensbeschreibung** und **persönlichen Informationen** von seiner Tochter, *Dr. Anette Cramer Schmidt-Thomas* mit Überlassung von Unterlagen und Fotografien aus dem Familienarchiv.

1. Herkunft und persönliche Entwicklung

Albert Cramer entstammt (väterlicher- wie mütterlicherseits) einer bekannten **medizinischen Gelehrtenfamilie**. Sein Großvater mütterlicherseits, der Pathologe Prof. Dr. *Karl Köster*, war Rektor der **Universität Bonn**, sein Vater der dortige führende Gynäkologe Prof. Dr. *Heinrich Cramer*, Chefarzt am Johanniter Krankenhaus.

Ein (entfernterer) Onkel war der **Chirurg Prof. Dr. Carl Cramer**, (1901/02 Gründungsmitglied der Deutschen Gesellschaft für Orthopädische Chirurgie, 1925 Präsident der nachfolgenden Deutschen Orthopädischen Gesellschaft) und Erfinder der in der Unfall- und Kriegschirurgie früher viel verwendeten anform-

baren Drahtgitter-„**CRAMER-Schiene**“. Ein angeheirateter Onkel, der **Orthopäde Dr. Peter Bade** (Abb. 2), Schüler von Geh. Rat Prof. *Fritz Lange*, dem Begründer der Münchner Universitätsorthopädie, war selbst Gründer der großen Orthopädischen Heilanstalt „**Anna-Stift**“ in Hannover (jetzt Orthopädische Universitätsklinik) und erster Historiker der deutschen Orthopädie.

Die Familie war hochmusikalisch. Die Großeltern und Eltern spielten konzertreif klassische Kammermusik. Die Familie besaß vor dem 1. Weltkrieg die größte private Notensammlung Deutschlands und war Mitbegründer der Bonner Beethoven-Festspiele. Berühmte Künstler wie die Pianistin *Elli Ney* sowie der Dirigent *van Hogstraaten* waren Gäste des Hauses.

Albert Cramer wurde unmittelbar nach dem Ende des 1. Weltkrieges als jüngstes von 7 Kindern geboren. Seine **Jugend** war überschattet durch den frühen Tod der Mutter und den Vermögensverlust der Familie durch die Inflation (1923).

Nach dem **Abitur** auf dem Humanistischen Gymnasium „**Deutsches Stift**“ in Bad Godesberg wurde er **1937** zum **Reichsarbeitsdienst** eingezogen, wo er sich beim Rübenziehen einen schweren lumbalen Bandscheibenschaden zuzog, der ihn zeitlebens in rezidivierender Weise beschwerte, aber auch sein besonderes Interesse für die Wirbelsäule weckte. Mit dem Tod seines Vaters 1938 verlor er leider auch seine familiäre rheinische Heimat.

Anschließend war er bei der Panzertruppe der Deutschen **Wehrmacht**, konnte jedoch wegen krankheitsbedingter Ausmusterung in **Berlin** sein **Medizinstudium** beginnen und war in den „Semesterferien“ an der Ostfront als **Hilfsarzt** auf Haupt-



Abb. 2: Der orthopädische Onkel Dr. Peter Bade (1867-1951), Mitbegründer der Dt. Ges. f. orthop. Chirurgie 1901/02, Gründer der Orthop. Heilanstalt „**Anna-Stift**“ Hannover, Präsident und Historiker der Dt. Orthop.-Gesellschaft.

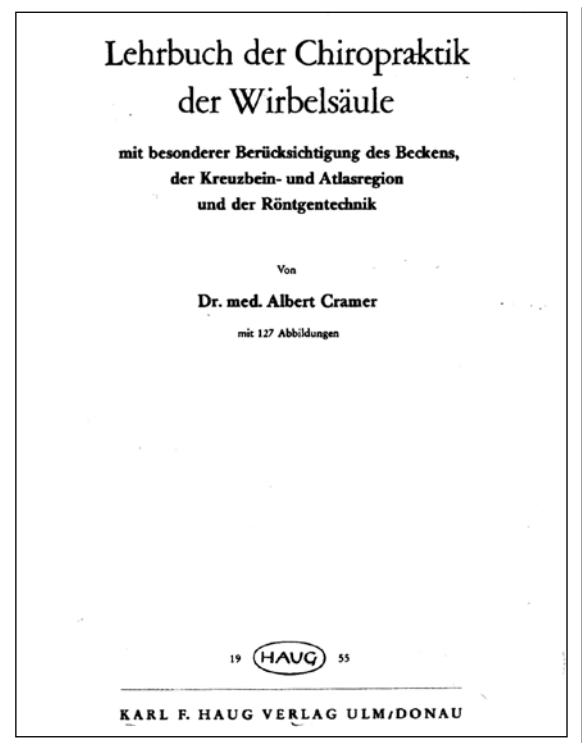


Abb. 3: Titelseite des Lehrbuchs der Chiropraktik der Wirbelsäule von *Albert Cramer* (Haug Verlag, 1955).



Abb. 4: Dr. Albert Cramer in chirotherapeutischer Aktion mit dem so genannten „CRAMER- Griff“ (mit etwa 35 Jahren, ca. 1953, Gründerzeit der FAC).



Abb. 5: Dr. Dietrich Cramer (1909-1982), Bruder von Albert Cramer, Mitbegründer, Vorstandsmitglied und Kurslehrer der FAC.

verbandsplätzen eingesetzt, wo er das „Grauen des Krieges und das Elend der Verwundeten“ sowie die Kriegschirurgie kennen lernte.

1944 kam er zum Weiterstudium in das bereits schwer zerbombte **Hamburg**, das ihm zur zweiten Heimat wurde und wo er kurz vor Kriegsende noch das **medizinische Staatsexamen** ablegen konnte.

Nach Kriegsende war er kurzfristig als **Assistenzarzt** an der Universitäts-Nervenklinik in Hamburg-Eppendorf unter Prof. *Bürger-Prinz* tätig, wo er bei Prof. *Mitscherlich* **Psychosomatik** kennen lernte. Er promovierte dann in der Inneren Medizin unter Prof. Weis zum **Dr. med.**, wahrscheinlich über die 1950 auszugswise im Hamburger Ärzteblatt veröffentlichte Arbeit über „Spontanheilungen bei Krebs“.

Aus wirtschaftlichen Gründen sowie aufgrund seines **universellen medizinischen Interesses** durchlief er **keine Facharztausbildung**, sondern ließ sich 1947 als „**Praktischer Arzt**“ in Hamburg nieder, wo auch sein 10 Jahre älterer **Bruder Dr. Dietrich Cramer** (Abb. 5) bereits als Allgemeinmediziner tätig war. *Albert Cramer* betrieb zunächst hauptsächlich Naturheilkunde, Homöopathie und Neuraltherapie. Dabei ist zu bemerken, dass der universitären Schulmedizin damals bei vielen Krankheiten nur sehr unzureichend Therapiemöglichkeiten zur Verfügung standen und wissenschaftlich noch nicht anerkannte „Außen-seitermethoden“ durchaus eine Erprobungsberechtigung im Rahmen der „empirischen Medizin“ hatten. Es gab deshalb damals viele **Ärztevereine** für Naturheilkunde, Homöopathie, Neuraltherapie und „Erfahrungsmethoden“.

Cramer wurde hierbei dann vor allem bei der Chiropraktik fündig.

2. Die Anfänge der Manuellen Medizin bis zur Gründung der FAC 1953

Unter Bezugnahme auf eine historische Abhandlung des Norwegers Dr. *Schiøtz* führt Albert die Anfänge der Manuellen Medizin auf die **Antike** zurück, insbesondere **Hippokrates von Kos** im 4. Jh. vor Chr. Im **Corpus Hippocraticum** ist tatsächlich ein Kapitel den Erkrankungen und Verformungen der Wirbelsäule sowie ihrer Therapie gewidmet. Es handelt sich dabei vor allem um die Skoliose und kyphotische Gibbusbildungen. Nach *Lewit* finden sich dort aber auch Hinweise auf so genannte **Parathremata**, die anscheinend den im Brennpunkt der manuellen Medizin stehenden **Gefügestörungen der Wirbelsäule** entsprechen. Es handelt sich dabei um ein übertragenes Wort, das (nach Auskunft meines Freundes, des Althilologen *Stephan Windele*) der Pädagogik entnommen ist und eigentlich soviel wie „neben der Reihe stehende, unbotmäßige störende Zöglinge“ bedeutet, die sozusagen „aus der Reihe tanzen“.

Die dort angegebene **Therapie** entspricht jedoch nicht den typischen späteren chiropraktischen Handgrifftechniken. Vielmehr handelt es sich hier um eine kombinierte manuell-maschinelle **orthopädische Mechanotherapie**, in der Medizin-Historiker eigentlich die **Anfänge der „klassischen Orthopädie“** sehen, wie sie insbesondere im 19. Jh. von Laien-Orthopäden und orthopädischen Chirurgen wieder eingeführt wurde. Die Patienten werden dabei in liegender Position auf einem **Speziellen Behandlungstisch** mit Hilfe von 2 Assistenten mit am Kopf und an den Füßen angelegten **Schraubenzügen** in Richtung der Körperachse extendiert, während der seitlich stehende Arzt durch Handabstützung oder aber durch Stehen auf dem Rücken

des Patienten mit seinem Körpergewicht oder mit einem mechanischen Hebel eine **redressierende Transversalkraft** auf die Wirbelsäule ausübt.

Diese Technik wurde dann in die **römische und arabische Medizin** übernommen.

Hippokrates führte übrigens auch eine **inverse vertikale Extension** der Wirbelsäule durch Aufhängen des Patienten an den Füßen mit Seilzug über eine Leiter durch, die ich vor Jahren mit meinem Physiotherapeuten *Georg Feuerstake* reaktiviert, verbessert und mit guten Erfolgen zur Behandlung lumbaler WS-Beschwerden eingesetzt und publiziert habe.

Im übrigen aber wurde von *Hippokrates* für alle manuellen Therapie-Techniken der Medizin der Begriff **Chirurgie** geschaffen, was wörtlich übersetzt „Handarbeit“ bzw. „Handwerk“ bedeutet. Der spätere Begriff **„Chiropraktik“** ist also nur eine spezielle Abwandlung davon.

Der Inhalt der damaligen Chirurgie war aber hauptsächlich die Behandlung von **Unfall- und Kriegsverletzungen**, insbesondere von Frakturen und **Gelenkluxationen** mit den damals bereits hochentwickelten Einrichtungs- und **Einrenkungsverfahren** in Form von Extensionen und Hebelmanövern, die teilweise auch in die spätere Chiropraktik eingeflossen sind. In Anlehnung daran wurden in der Chiropraktik auch die blockierenden Gefügestörungen als **„Subluxation“** bezeichnet.

Für Deutschland finden wir den ersten Hinweis für eine derartige chirurgische Tätigkeit in den berühmten altgermanischen **„Merseburger Zaubersprüchen“** („Bein zu Beine“).

Im **Mittelalter** erfolgte dann die Begründung der **Universitätsmedizin**. Die Chirurgie wurde

zunächst jedoch nur als **„Laienmedizin“** in der Zunft der Bader, Barbieri und Feldschere betrieben und erst in der Neuzeit in die Universitäten einbezogen. Vor allem auf dem Boden der **modernen Naturwissenschaften** hat die Chirurgie dann jedoch im 19. Jh. einen **großartigen wissenschaftlichen Aufschwung** erlebt und erfuhr alsbald auch eine **organfachliche Spezialisierung**.

Der Begriff **„Orthopädie“** wurde **1741** von dem Pariser Universitätsprofessor **Nicolas Andry** geschaffen und bezog sich zunächst nur auf die Vorbeugung und Behandlung von **kindlichen Körperdeformitäten**, insbesondere auch der Wirbelsäule. Zu Beginn des 20. Jh. wurde die Orthopädie jedoch schließlich ein **eigenes Universitätsfach** und schließlich zum **Organfachgebiet des Haltungs- und Bewegungsapparates**.

Reguläre Handgrifftechniken für **spontane „Wirbelsäulerverrenkungen“** wurden anscheinend erst im Mittelalter und in der beginnenden Neuzeit in der Volksmedizin entwickelt und meist in familiärer Tradition gepflegt, in England als „bone setter“, in Deutschland dementsprechend als **„Glieder-setzer“** oder **„Zieher“** bezeichnet, vielleicht auch in der Zunft der Bader, Barbieri und Laien-Chirurgen betrieben.

Insbesondere entwickelte sich aber die artverwandte **medizinische Balneologie, Massage und Heilgymnastik im 19. Jh.**, die Ende des 19. Jh. vor allem von Prof. *Albert Hoffa* (Abb. 9) in die moderne wissenschaftliche Orthopädie übernommen und zusammenfassend als **Physiotherapie** bezeichnet wurden.

Insbesondere wurden seit Beginn des 20. Jh. auf der Grundlage der so genannten **schwedischen Heilgymnastik (P. Ling)** an den orthopädischen

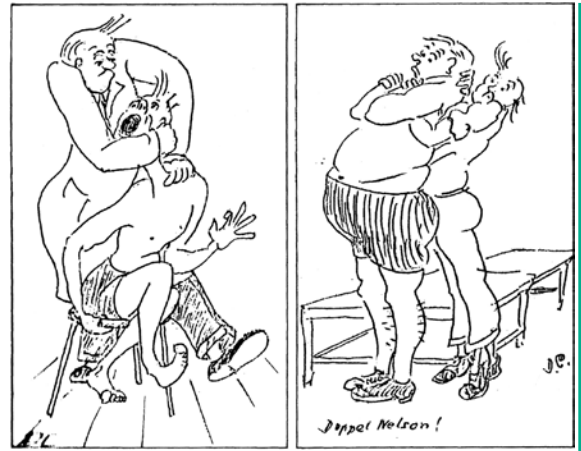


Abb. 6: Typische meisterhafte Karikaturen der Chirotherapie von Dr. *Dietrich Cramer*.



Abb. 7: Dr. *Karl Sell* bei der Extremitätenbehandlung. (Aus dem Geschichtsbuch von *A. Cramer*, S. 203).



Abb. 8: Gruppenbild von drei maßgeblichen Protagonisten der ärztlichen Chirotherapie 1956, v. links: Dr. *Albert Cramer*, Prof. Dr. *Häusler*, Direktor der Neurochirurg. Univ. Klinik Hamburg-Eppendorf und Dr. *Gottfried Gutmann* („der Große“).

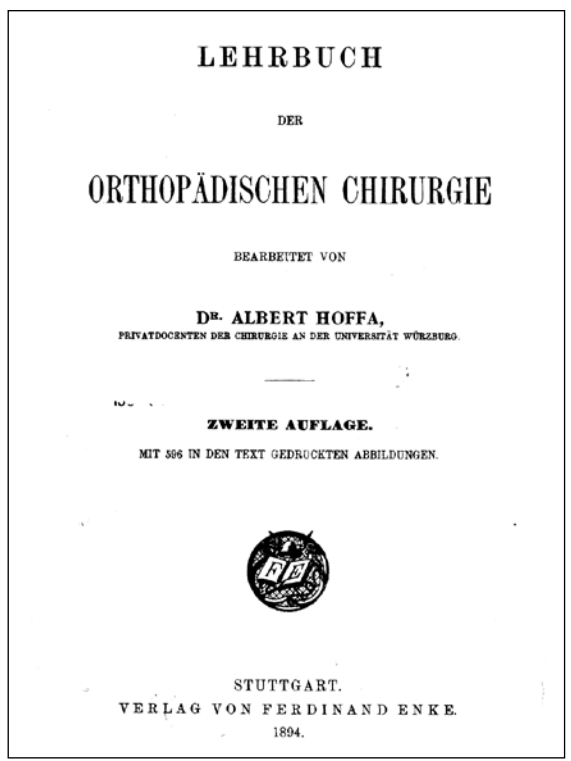


Abb.10: Titelseite des Lehrbuchs der orthopädischen Chirurgie von Priv. Doz. Dr. *Albert Hoffa*, Würzburg, 2. Aufl., 1893 (1. Aufl. 1891).



Abb. 11: Manuelle Therapie in der deutschen Orthopädie um 1890 (aus dem Lehrbuch für orthopädische Chirurgie von *Albert Hoffa*, 2. Aufl., 1893, S. 68). Redression der Halswirbelsäule.

Kliniken **Lehranstalten für Krankengymnastik und Massage** zur Heranbildung entsprechender **Heilhilfsberufe** zwecks Unterstützung der Ärzte gegründet. Die dort entwickelten manuell geführten **mobilisierenden Bewegungsübungen** sowie **manuellen Extensionsmassagen** stellen m. E. eine wesentliche Grundform der heute in der Manuellen Medizin geübten so genannten weichen Behandlungstechniken dar.

In Deutschland wurden die ersten redressierenden **ärztlichen „Handgrifftechniken“** von **Prof. Albert Hoffa** in seinem **grundlegenden Lehrbuch der „Orthopädischen Chirurgie“** von 1891 (Abb. 7 u. 8) bei Gelenkkontrakturen dargestellt und die Begriffe **„Manipulation“** sowie **„Redressement“** geprägt.

Kurz danach hat der schweizer **Neurologe Dr. Otto Naegeli** eine Monographie über Handgrifftechniken zur Behandlung verschiedener neurologischer und internistischer Gesundheitsstörungen herausgebracht (Abb. 12 u. 13).

Wirklich grundlegend für die heutige Manuelle Medizin wurde aber zweifelsfrei die Entwick-



Abb. 9: Portraitfoto von Geh.-Rat Prof. Dr. *Albert Hoffa* (1859-1907), Würzburg und Berlin (um 1900). Wesentlicher Begründer der Orthopädie als selbständiges Fach der wissenschaftlichen Medizin).

lung der **„Osteopathie“** und **„Chiropraktik“** in speziellen „Heilpraktikerschulen“ in den USA im 19. Jh. durch **A. C. Still** und **D. D. Palmer** und nachfolgend durch dessen Sohn **B. J. Palmer**. Die dortigen Schulen haben schließlich den Charakter von außeruniversitären **Akademien** erreicht und verleihen ihren Absolventen eigene Doktorgrade (D. O. und D. C.). Die Osteopathen (sprachlich besser: Osteopathiker) und Chiropraktoren sind in den USA selbstständige, **staatlich approbierte Heilberufe**, entsprechend unseren Heilpraktikern. In der Zeit von *Cramers* USA-Besuch gab es dort etwa 20.000 zugelassene Osteopathen und etwa 40.000 approbierte Chiropraktoren.

Wichtig ist nun, dass in den USA ausgebildete Osteopathen und vor allem Chiropraktoren ihre Heilmethoden auch in **Europa** einführten und dabei das Interesse der dortigen Ärzteschaft erweckten.

In diesem Zuge wurde (wie *Cramer* erst später festgestellt hat) bereits um **1935** in Dresden eine **deutsche Chiropraktorenschule** gegründet (*Zimmer*). Vor allem hat der deutschstämmige als Abteilungsleiter am „National College of Chiropractic Chicago“ tätige Prof. Dr. med. **Arthur Forster** sein ursprünglich in englischer Sprache verfasstes Lehrbuch „Die wissenschaftlichen Grundlagen der Chiropraktik“ beim Verlag für „Volksheilkunde“ in Dresden herausgebracht. (Die Titelseite des Buches ist in *Cramers* Geschichtsbuch abgebildet, S. 8).

Aus dieser Quelle stammen vermutlich die Chiropraktikerkenntnisse des früheren Ordinarius für Innere Medizin an der Universität Breslau, **Prof. Gutzeit** (nach dem Krieg Chefarzt in Bayreuth) sowie des ersten späteren Vorsitzenden der FAC **Dr. v. Roques**.

Bedeutungsvoll erscheint sodann aber vor allem die Einführung der Chiropraktik in die **Universitätsmedizin** an der **Orthopädischen Universitätsklinik Gießen**, durch den damaligen Lehrstuhlinhaber **Prof. Peter Pitzen**, der hierzu für einige Zeit einen approbierten Chiropraktor anstellte, der die Assistentenschaft unterrichtete. Dabei hat insbesondere der damals dort tätige **Dr. Karl Sell** (Abb. 7) seine chiropraktischen Kenntnisse bezogen und darauf später in Isny-Neutrauchburg seine Schule der Manuellen Medizin begründet, worauf noch speziell eingegangen wird.

Die **Anregung zur Gründung der FAC** und deren Kenntniserwerb kam gleichfalls überwiegend von in Amerika ausgebildeten deutschen und europäischen Chiropraktoren.

Den unmittelbaren Anstoß hierzu gab vor allem die zufällige Begegnung des **Chirurgen Dr. Freimuth Biedermann** mit dem in den USA ausgebildeten deutschstämmigen **Chiropraktor Werner Peper** in einem deutschen Feldlazarett in Russland, in dem derselbe als Sanitätsunteroffizier und Narkotiseur arbeitete und **Biedermann** auf die Chirotherapie hingewiesen hat. Entscheidend war aber dann, dass **Biedermann** nach dem Kriege diese Information an den damals zunächst in Göppingen tätigen chirurgischen Chefarzt **Prof. Zukschwerdt** weitergab, der 1951 Lehrstuhlinhaber für Chirurgie in Hamburg und zum maßgeblichen **Wegbereiter** für die Übernahme der Chiropraktik in die Schulmedizin wurde. **Cramer** wurde darauf vor allem durch eine Publikation und 2 Vorträge von **Zukschwerdt** aufmerksam. Er und sein Bruder Dietrich waren von der Möglichkeit einer „**einfachen Heilens mit der Hand**“ begeistert und bemühten sich zunächst um einen weiteren **autodidaktischen Kenntniserwerb** so-

wie eine praktische Erprobung der Handgrifftechniken in ihren Arztpraxen.

Dann führten die beiden an Hamburger Universitätsinstituten **anatomische und radiologische Grundlagenforschung** über die im Mittelpunkt der amerikanischen Osteopathie und Chiropraktik stehenden **Ileo-sakral- und Atlasgelenke** durch.

Wichtig wurde dann vor allem der Kontakt und die weitere Zusammenarbeit mit **Dr. Gottfried Gutmann/Hamm**, wie noch weiter auszuführen ist.

1952 fand in Hamm im Rahmen einer Tagung des **Ärztevereins für Erfahrungsmedizin** eine **erste Kongressveranstaltung** über Chirotherapie statt, bei der **Albert Cramer** und auch **Dr. Gutmann/Hamm** erstmals Vorträge hielten.

1953 erfolgte eine Teilnahme der **Cramer-Brüder** an einem ersten Ärztelehrgang von **Dr. Karl Sell**, worauf auch noch zurückzukommen ist.

1953 fand auf Veranlassung von **Prof. Zukschwerdt** in Hamburg ein erster und einmaliger **chiropraktischer Instruktionkurs für 12 interessierte Ärzte** durch den bereits erwähnten, auch in Hamburg angesiedelten **Chiropraktor Werner Peper** statt, deren Teilnehmer später als die „**12 Apostel**“ bezeichnet wurden, weil sie die „**Heilslehre**“ sodann verbreiteten. Die **Cramer-Brüder** und **Gutmann** gehörten jedoch bemerkenswerter Weise **nicht** dazu, wohl aber unser späterer Lehrbeauftragter für Chirotherapie an der Homburger Orthopädischen Universitätsklinik **Dr. Hans-Dietrich Wolff**, zuerst praktischer Arzt in der Lüneburger Heide und seit 1953 in Trier.

Cramer war fortan vor allem bestrebt **weitere Ärzte** für die Handgrifftechniken (Abb. 12) zu

interessieren und suchte deshalb vor allem **Kontakte zur Orthopädie**. Hierbei half ihm sein orthopädischer Onkel, **Dr. Peter Bade** und vermittelte ihm eine Besprechung mit dem **Hamburger Lehrstuhlinhaber für Orthopädie, Prof. Carl Mau**, der **Albert Cramer** die Möglichkeit bot, bei dem bevorstehenden, von **Mau** zu leitenden **Norddeutschen Chirurgen- und Orthopädenkongress** in Hamburg im Dezember 1953 erste



Fig. 199. / S. 249

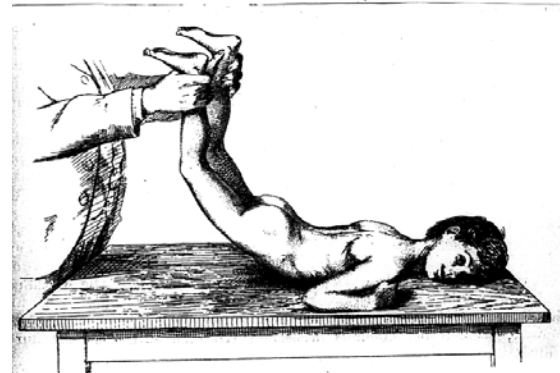


Fig. 201. / S. 285



Fig. 188. / S. 273

Abb. 12: Manuelle Redressionen nach **Albert Hoffa** (1893) a) bei Hüft- und Kniebeugekontraktur b) Wirbelsäulenredression bei Kyphose c) bei spondylitischer Gibbusbildung mit nachfolgender Schienung.

Informationsvorträge in einer anerkannten Fachgesellschaft zu halten. *Cramer* zog hierfür die beiden Allgemeinmediziner Dr. v. *Roques* und Dr. *Gutmann* sowie die beiden Chirurgen Dr. *Biedermann* und Dr. *Sollmann* als Vortragsredner heran.

Albert Cramer lud hierzu zahlreiche, von ihm bereits gelistete, chiropraktisch interessierte Ärzte ein und gründete unter der **Schirmherrschaft von Prof. Mau** am Ende dieses Kongresses am **13.12.1953** die „**Forschungs- und Arbeitsgemeinschaft für Chiropraktik e. V.**“ (**FAC**) mit etwa 70 Gründungsmitgliedern.

Albert Cramer hatte hierfür mit Unterstützung seines Bruders *Dietrich* die **Statuten** ausgearbeitet und nahm anschließend

auch die Eintragung der Gesellschaft in das **Vereinsregister** vor. Er gilt deshalb unzweifelhaft als der **Gründer der FAC**, was auch von *Gutmann* in seinem späteren Beitrag zum Geschichtsbuch von *Cramer* 1990 ausdrücklich anerkannt wurde.

Der **Zweck** der Gesellschaftsgründung war die Zusammenführung der hierfür besonders interessierten Ärzte und Bündelung der Kräfte mit dem **Ziel der Befreiung** der ursprünglichen amerikanischen osteopathischen und chiropraktischen „**Heilslehren**“ von den **naturwissenschaftlich unhaltbaren Hypothesen**, dass **alle Krankheiten** von Gefügestörungen der Ileo-sakral-Gelenke oder der Kopfgelenke ausgingen, und die **Einbeziehung** der offensichtlich nützlichen Handgrifftechniken in die **offizielle Medizin** sowie deren **wissenschaftliche Weiterentwicklung**.

Als **Präsidenten** wirkten in den ersten Jahren der bekannte Berliner Allgemeinarzt **Dr. v. Roques**, nachfolgend der internistische Chefarzt **Prof. Litzner** und danach für viele Jahre **Dr. Gutmann/Hamm**. *Albert Cramer* wirkte im Vorstand als **Schriftführer** (Sekretär) und sein Bruder *Dietrich Cramer* als **Schatzmeister** mit. Danach war er längere Zeit als **Beirat und Kursleiter** tätig.

Dr. v. Roques war eine außerordentliche Persönlichkeit mit hohem Bildungsstand. Er beherrschte mehrere Sprachen und hat insgesamt 8 Bücher verfasst. Insbesondere war er mit der Chiropraktik bereits seit der Vorkriegszeit vertraut und hatte damals auch erstmals darüber publiziert. In verdienstvoller Weise hat er insbesondere auch das bedeutende Buch des russischen Experimentalpathologen und *Pawlow*-Schülers **Prof. Sperranski** aus dem Russischen und zusammen mit Dr. *Biedermann* das ursprünglich in französischer

Sprache verfasste Chiropraktik-Lehrbuch von *F.W.H. Illi/Genf* ins Deutsche übersetzt.

Er war jedoch der Meinung, dass die ärztliche Chiropraktik im Rahmen des Medizinstudiums einen **eigenen Studiengang** (ähnlich der Zahnmedizin) bekommen sollte. Im Gegensatz dazu bestanden die übrigen Gründungsmitglieder jedoch auf einem regulären Medizinstudium und allgemeiner ärztlicher Approbation mit einer anschließenden **speziellen Weiterbildung** für Chirotherapie.

3. Gründung der „Ärztegesellschaft für Manuelle Medizin der Wirbelsäule und Extremitäten“ (MWE) durch den Orthopäden Dr. Karl Sell

Über die frühe Lebenszeit von Dr. *Karl Sell* habe ich leider keine biographischen Informationen. Er wurde aber offenbar bereits im 1. Jahrzehnt des 20. Jahrhunderts geboren und war somit etwa gleichaltrig mit den beiden für die Entwicklung so wichtigen Chirurgen Prof. *Zuschwerdt* und Prof. *Junghanns*. Er war also älter als der 1911 geborene *Gutmann* und der 1918 geborene *Albert Cramer*.

Sell wurde aber offenbar bereits in den 30er Jahren Facharzt für Orthopädie.

Er hat später in der Zeitschrift für Manuelle Medizin mitgeteilt, dass er die Chiropraktik während seiner Tätigkeit an der **Orthopädischen Universitätsklinik Gießen** kennen gelernt habe. In der ersten **Nachkriegszeit** hat er dann als Chefarzt der **Orthopädischen Kurklinik in Isny-Neutrauchburg**, damals zunächst orthopädisches Versehrtenkrankenhaus, die Chirotherapie weiterentwickelt und ab 1953 die ersten regelrechten **Ärztelkurse** für manuelle Medizin durchgeführt.

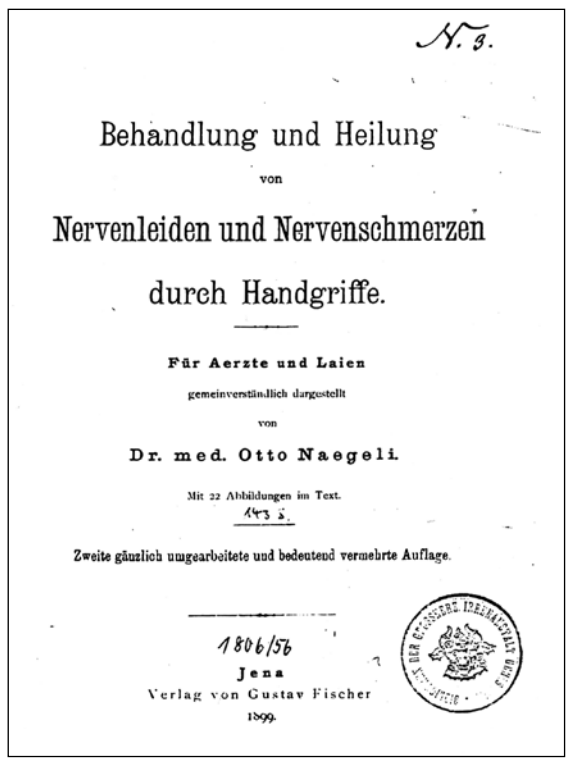


Abb. 13: Titelseite des Lehrbuchs der Handgrifftechniken des schweizer Nervenarztes Dr. *Otto Naegeli* (2. Aufl., 1897).

Wie schon kurz erwähnt nahmen auch *Albert* und *Dietrich Cramer* im Sommer 1953 am einem Lehrgang von *Karl Sell* teil und sind – unbeschadet ihrer bereits beträchtlichen autodidaktisch erworbenen Kenntnisse – insoweit teilweise auch als **Schüler Sells** zu bezeichnen. Nach *Albert Cramer* erfolgte die Teilnahme aber insbesondere zur **Sondierung einer Zusammenarbeit**. *Karl Sell* wollte sich jedoch seine mehr orthopädisch als allgemeinmedizinisch orientierte **schulische Eigenständigkeit bewahren**. Erst viele Jahre später war er zu einer Zusammenarbeit mit der nachfolgend gegründeten FAC bereit.

Nach dem Bericht von *Albert Cramer* im Geschichtsbuch hat *Karl Sell* erst 1956 in Neutrauchburg die „**Ärztgesellschaft für Manuelle Medizin der Wirbelsäule und Extremitäten e. V.**“ gegründet. Nach einer persönlichen Mitteilung von *Sells* Nachfolger, dem späteren langjährigen Vorsitzenden der MWE, **Dr. H. P. Bischoff**, erfolgte die Gründung der MWE jedoch **bereits im Sommer 1953**, also **vor** Gründung der FAC. Hierfür erhielt ich aber bisher noch keinen dokumentarischen Beleg. Es wäre schon interessant zu wissen, ob die MWE nach dem Vorbild der FAC oder umgekehrt die FAC nach dem Vorbild der MWE gegründet wurde. Im Wesentlichen aber handelte es sich um zeitgleiche Entwicklungen.

Die Bezeichnung der MWE als „**Gesellschaft**“ sowie die Verwendung des Begriffes „**Manuelle Medizin**“ wurden auch zur Grundlage der Benennung anderer nationaler Gesellschaften, 1963 der Internationalen Gesellschaft FIMM und 1966 auch der „Deutschen Gesellschaft für Manuelle Medizin“.

Die MWE fand vor allem bei den **Orthopäden** großen Zuspruch und ist heute der **größte ma-**

nualtherapeutische Ärzteverband im deutschen Sprachraum.

Karl Sell ging **1970** in den Ruhestand. Sein **Nachfolger** in der Chefarztposition wurde der **Orthopäde Dr. Hans-Peter Bischoff**, der seine orthopädische Weiterbildung an der orthopädischen Klinik des Virchow-Krankenhauses in Berlin-Moabit unter Prof. Fritz Hofmeister erfahren hat, welcher früher mein Con-Oberarzt an der Orthopädischen Universitätsklinik der FU Berlin unter unserem gemeinsamen Lehrer *Prof. A. N. Witt* war. *Bischoff* übernahm auch das manualtherapeutische Erbe von *Karl Sell* und 1973 die Kursleitung der MWE. Vorsitzender der MWE wurde zunächst der langjährige Kurslehrer Dr. *Biermann*, dann auch Dr. *Bischoff*. Er war übrigens später auch Kongresspräsident der großen Süddeutschen Orthopädenvereinigung in Baden-Baden (VSO).

Dr. *Sell* ist 1982 verstorben. Die MWE hat in dankbarer Anerkennung seiner großen Verdienste das Ärzteseminar in Isny-Neutrauchburg mit seinem Namen gekrönt.

4. Cramers Lehrbuch der Chiropraktik der Wirbelsäule (1955) (Abb. 14)

Da bei der Gründung der FAC eine umfassende deutschsprachige ärztliche Lehrgrundlage fehlte, schrieb *Albert Cramer* 1954 das erste deutsche ärztliche „Lehrbuch für Chiropraktik der Wirbelsäule“, das 1955 beim Karl HAUG Verlag in Ulm erschien und für viele Jahre als wichtigste Lehrunterlage für die Weiterbildung in der deutschen manuellen Medizin diente.

Im **Vorwort** von **Prof. Litzner** wurde die Hoffnung ausgesprochen, dass das Lehrbuch dazu führen möge, die Handgrifftech-

niken in den „**Heilschatz der Medizin**“ einzubringen und die Therapie zu bereichern.

In dem Lehrbuch wurden auf fast **200 Seiten und mit 127 Abbildungen** (Patientenfotografien, Röntgenbildern und Strichzeichnungen) zunächst die **geschichtliche Entwicklung** und spezielle anatomische sowie röntgenologische **Grundlagen** und hauptsächlich die **chiropraktischen Handgriff-techniken** für die Wirbelsäule (einschließlich der I.S.-Gelenke) **systematisch abgehandelt** und auch ein erster Hinweis auf die **Extremitätenbehandlung** gegeben.

Es sollte vor allem ein **Leitfaden für die Praxis** sein. *Cramer* verwies aber insbesondere darauf, dass man die Chirotherapie nur am einschlägigen **Patienten** erlernen und erfahren könnte.

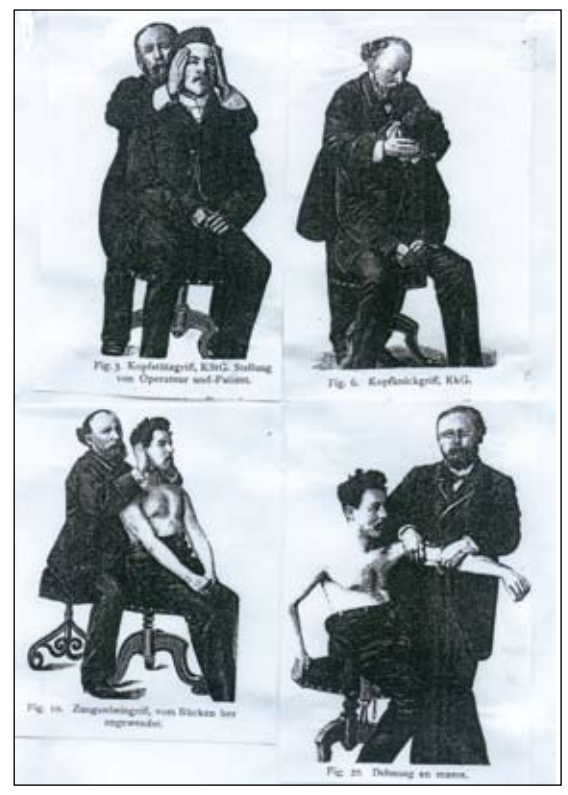


Abb. 14: Verschiedene Handgrifftechniken von *Otto Naegeli* (1897).

Es handelte sich dabei insbesondere um eine Darstellung der **chiropraktischen Impulstechniken** nach der **Palmer'schen HIO-Methode** in Bezug auf orthopädische **Indikationsstellungen**. *Cramer* bezieht sich dabei auf die **eigene praktische Erfahrung** bei bisher etwa 600 Behandlungsfällen.

Bezüglich der Erkrankung der **inneren Organe** wurde lediglich auf eine von ihm ins Deutsche übersetzte tabellarische Zusammenstellung von *Palmer jun.* über die **segmentalen neurologischen Zusammenhänge** mit den inneren Organen verwiesen, jedoch ohne irgendwelche diesbezüglichen Behandlungsempfehlungen.

Bedauerlich ist das völlige **Fehlen eines Literaturverzeichnisses**. Es ist damit unklar, auf welchen literarischen Quellen *Cramer* aufbaute. Wahrscheinlich diente jedoch hauptsächlich das englischsprachige Lehrbuch der Chiropraktik von *Palmer jun.* als Vorlage. Im späteren Geschichtsbuch hat *Cramer* jedoch auch auf das bereits 1935 in Dresden in deutscher Sprache erschienene und bereits erwähnte Lehrbuch des deutschstämmigen US-Chiropraktors **Prof. Dr. med. Arthur L. Forster** hingewiesen, das ihm 1955 anscheinend noch nicht bekannt war.

Bemerkenswert ist auch der Hinweis auf eine von *Cramer* verbesserte **thermo-elektrische Diagnostikhilfe**, das so genannte **Neuroskop**, sowie einen **verstellbaren Spezialtisch für Chiropraktik** und die von Dr. *W. Laudmann* mit der Firma Erler in Lauf/Baden für Lehrzwecke entwickelten beweglichen **Kunststoffmodelle der Wirbelsäule**.

Im **Anhang** des Buches bringt der Verlag auch Hinweise auf andere in diesem Zeitraum erschienene **einschlägige Bücher**, wie das **Technikbuch von**

W. Peper, das in französischer Sprache erschienene und durch Dr. *v. Rioquess* sowie Dr. *Biedermann* ins Deutsche übersetzte Buch des schweizer Chiropraktors **W. H. Illi/Genf** über „**Wirbelsäule, Becken und Chiropraktik**“ und die bedeutsame Informationsbroschüre von Dr. **Biedermann** über „**Die Chiropraktik aus ärztlicher Sicht**“ sowie eine Reihe von **neuralmedizinischen Monographien**.

Cramers erstes deutsches ärztliches Lehrbuch über die Chiropraktik hatte in der Nachkriegszeit für die Entwicklung der ärztlichen Manualmedizin im deutschen Sprachraum etwa die gleiche Bedeutung wie die anfangs des 16. Jh. durch *Martin Luther* erfolgte **Bibel-Übersetzung** ins Deutsche und dessen **Reformation** für die Christenheit.

Im Unterschied zu *Cramer* hat *Sell* nur wenig publiziert und kein eigenes Lehrbuch verfasst. Es gab bei der MWE jedoch informative **Kursskripten**. Erst **1987**, also 22 Jahre nach *Cramer*, hat **H. P. Bischoff** das manualtherapeutische Erbe von *Karl Sell* als kurzgefasstes „**Lehrbuch der Manuellen Medizin**“ herausgegeben, das bislang in 5 Auflagen erschienen ist (zuletzt unter Mitarbeit seines Schülers **Dr. Moll**).

Große Bedeutung erlangte dann aber auch das von dem tschechischen Neurologen **Prof. Lewit** in deutscher Sprache herausgegebene „**Lehrbuch der Manuellen Medizin**“, das inzwischen auch in mehreren Auflagen erschienen ist.

5. Durchsetzung der chirotherapeutischen Leistungsabrechnung (1954)

In der Gründerzeit war *Albert Cramer* auch bemüht bei den Krankenkassen und der kassenärztlichen Vereinigung eine Leistungsabrechnung für die Chiro-

therapie durchzusetzen. Hierfür hat sich vor allem sein **Bruder Dr. Dietrich Cramer** als Vorsitzender einer wirtschaftlichen Ärztereinigung in Hamburg sehr verdient gemacht. 1954 gelang es über die BARMER Ersatzkasse, die entsprechende Abrechnungsmöglichkeit in bahnbrechender Weise zu erlangen und die **Aufnahme in die GOÄ** und den Abrechnungsmodus über die kassenärztlichen Vereinigungen durchzusetzen. *Albert Cramer* hat dies selbst 1954 im DÄB publiziert.

Damit wurden von ihm neben der Gesellschaftsgründung und der Lehrgrundlage mit dem Lehrbuch auch die **wirtschaftlichen Voraussetzungen** für die Anwendung der Handgriff-techniken in der ärztlichen Praxis geschaffen. *Cramer* hat also für die Entwicklung der Manuellen Medizin große grundlegende Verdienste.

6. Zusammenarbeit mit Dr. Gottfried Gutmann, Entstehung des Ärzte-Seminars in Hamm und der FAC-Lehrkurse

Gottfried Gutmann wurde 1911 als Pfarrerssohn in Deutsch-Ostafrika geboren, war also jünger als *Karl Sell*, jedoch 7 Jahre älter als *Albert Cramer*. Er kam noch während des 1. Weltkrieges mit seinen Eltern nach Deutschland zurück. Als bald nach seinem Medizinischen Staatsexamen wurde er **1939** als Stabsarzt zur Deutschen **Wehrmacht** eingezogen. Am Ende des 2. Weltkrieges geriet er in englische Kriegsgefangenschaft, wo er erstmals mit der Chiropraktik in Berührung kam. Nach seiner Entlassung gründete er in **Hamm/Westfalen** eine große **ärztliche Allgemeinpraxis**.

Auch *Gutmann* entwickelte großes Interesse für die Chiropraktik. Er erlernte die Handgriff-techniken vor allem durch

den gleichfalls in den USA ausgebildeten **schwedischen Chiropraktor Lars Sandberg**, der damals zeitweise in Deutschland tätig war und den er über längere Zeit in seiner Praxis als Physiotherapeuten anstellte. *Sandberg* arbeitete danach jedoch wieder als selbstständiger Heilpraktiker.

Gutmann wurde **1953 Gründungsmitglied der FAC**. Im Rahmen der FAC kam es alsbald zu einer besonders **engen Zusammenarbeit** zwischen *Albert Cramer* und *Gottfried Gutmann*. In der Folgezeit übernahmen die beiden die *maßgebliche Führungsrolle* für die Weiterentwicklung der Manuellen Medizin in Deutschland. Nach Dr. v. *Roques* und Prof. *Litzner* wurde *Gutmann* für lange Jahre **„Dauerpräsident“ der FAC**: Insbesondere erlangte er auch 1963 als **Chefarzt der „Klinik für Manuelle Medizin“** in Bad Hamm große Bedeutung. *Gutmann* war allein schon aufgrund seiner außerordentlichen Körpergröße, insbesondere aber wegen seiner Leistungen für die Manuelle Medizin eine **herausragende Persönlichkeit**. 1966 wurde er auch zum **ersten Präsidenten** der damals gegründeten **DGMM**.

Ende der 80er Jahre hat er (bereits im hohen Alter) noch mit 2 bedeutenden Kapiteln zum **Geschichtsbuch** der Manuellen Medizin von *Albert Cramer* beigetragen, bevor er 1992 verstarb. Man könnte fast von einer **„Gutmann-Ära“** der Manuellen Medizin sprechen.

Dessen ungeachtet war jedoch in der ersten Dekade der FAC vor allem **Albert Cramer** der **wesentliche „Motor und Organisator“**. Er wurde zwar nie Vorsitzender der von ihm gegründeten Gesellschaft, spielte anfangs aber zweifellos die „tonangebende erste Geige“.

Die **Weitergabe der gewonnenen Kenntnisse und Erfahrungen** von *Albert Cramer*

erfolgte zunächst durch **Hospitation** interessierter Ärzte in seiner Hamburger Praxis.

Hier ist insbesondere auch der norwegische Physiotherapeut **Freddy Kaltenborn** anzuführen, der sich dann vor allem mit der Weiterentwicklung der **Extremitäten-Therapie** befasste und darüber eine von *Cramer* ins Deutsche übersetzte Monographie verfasste, die fortan in mehreren Auflagen erschien. Bemerkenswerterweise wurde *Kaltenborn* alsbald auch als Kurslehrer der FAC eingesetzt.

Daneben entstanden auch in der **Arztpraxis von Dr. Gutmann** in Hamm ärztliche chirotherapeutische **Colloquien**, die zur Grundlage des nachfolgenden **Ärztseminars der FAC in Hamm** wurden.

Wie schon erwähnt führte aber zuerst **Dr. Karl Sell** in Isny-Neutrauchburg bereits im Sommer 1953, also noch vor Gründung der FAC, die ersten regulären **Instruktionskurse für Ärzte** durch. In ähnlicher Weise organisierte dann *Albert Cramer* in Verbindung mit *Gutmann* und einigen anderen bereits befähigten Ärzten 1954 auch entsprechende **Lehrkurse der FAC**, die mangels geeigneter eigener Räumlichkeiten zunächst in verschiedenen deutschen **Heilbädern** stattfanden. Mit Hilfe eines **„Organisationskomitees“** erfolgte sodann die Entwicklung der heute üblichen Weiterbildungskurse und ihrer Lehrinhalte. Ab 1961 wurden dieselben im Rahmen der ArGe mit der MWE abgestimmt und ab 1963 von Dr. *Frisch* reorganisiert.

7. Das Forschungs- und Lehrzentrum mit Klinik für Manuelle Medizin in Bad Hamm

Als bald entstand das Bedürfnis nach einem **vereinseigenen** Forschungs- und Lehrzentrum

mit geeigneten *Kurssälen* für den theoretischen und praktischen Unterricht sowie einer **vorwiegend ambulanten Poliklinik zur Weiterbildung am Patienten**. Da nach dem deutschen ärztlichen Versorgungsgesetz die ambulante Patientenversorgung den **niedergelassenen Ärzten (im Rahmen der KV)** zugewiesen wurde, **Polikliniken jedoch Universitäten vorbehalten** waren, wurde stattdessen **1957** zur Vorhaltung von Patienten eine **„Klinik für Manuelle Medizin“** geplant. Sie wurde sodann vor allem zum **Sitz des „Ärztseminars Hamm“**.

Zur Arbeits- und Haftungsentlastung der FAC wurde hierfür ein eigener **Förder- und Trägerverein** gegründet, an dem *Gutmann* und *Cramer* als Vertreter der FAC maßgeblich mitwirkten. *Gutmann* berichtete hierzu später, dass ihm bei der Aufbauarbeit **„eigentlich nur Albert Cramer verlässlich geholfen“** habe.

Die **Finanzierung** erfolgte mit Eigenmitteln des Vereins, Zuschüssen der Stadt Hamm und insbesondere des Landes Nordrhein-Westfalen, wobei sich der Düsseldorfer Ministerialdirigent *Studt* als sehr hilfreich erwies.

Aufgrund der **Zwänge des Krankenhausfinanzierungsgesetzes** und der gebotenen **Wirtschaftlichkeit** eines Klinikbetriebes musste jedoch die ursprünglich auf **20 Betten** geplante Klinikseinheit **auf 100 Betten erweitert** werden, was leider **zu Lasten der Forschungs- und Lehrräume** ging.

Nach Fertigstellung des ersten Bauabschnittes fanden ab **1960** die Kurse dann vor allem dort im Bereich des zunächst wiedererrichteten **„Kurbades Hamm“** statt.

Nach Fertigstellung des zweiten Bauabschnittes fand **1963** die **feierliche Klinikeinweihung** statt. **1966** wurde das Bauwerk

mit Fertigstellung des dritten Bauabschnittes vollendet. Nach insgesamt 10-jähriger Planungs- und Bauzeit sowie riesiger Kraftanstrengung, vor allem von *Gutmann*, wurde damit die **erste spezielle Klinik für Manuelle Medizin** vollendet. Leider entsprach sie jedoch **nicht mehr dem ursprünglich beabsichtigten Zweck** des Zentralen Forschungs- und Lehrzentrums.

Weder waren eine leistungsfähige Forschungsabteilung mit entsprechender räumlicher, apparativer und personeller Ausstattung entstanden noch ausreichende Räumlichkeiten für den gestiegenen Lehrbedarf.

Der Versuch von *Gutmann*, das Projekt in die **Universität Münster** einzubinden, um von dort weitere Investitionsmittel für Forschung und Lehre zu erhalten, scheiterte, weil sich dieselbe nicht mit einem in der medizinischen Ausbildungsordnung gar nicht vorgesehenen „Außenseiterfach“ und einer abseits gelegenen, für die Studentenausbildung praktisch nicht nutzbaren Klinik unter Leitung eines Chefarztes ohne universitäre Lehrbefugnis (Habilitation) belasten wollte.

Unter der nachfolgenden **16-jährigen Chefarztstätigkeit von Gutmann** handelte es sich nach seinem eigenen **Tätigkeitsbericht** im Geschichtsbuch von 1990 im Wesentlichen nur um eine der zahlreichen (aufgrund des neuen Rehabilitationsgesetzes entstandenen) **konservativen orthopädischen Fach- und Rehabilitationskliniken** in Deutschland, mit **vorwiegend degenerativen „Wirbelsäulensyndromen“**. In dem Bericht finden sich keine typischen manualtherapeutischen Blockierungsdiagnosen und auch keine Aufführung spezieller Manualtherapie. Hauptsächlich handelte es sich um **Physio- und Balneotherapie**.

Dementsprechend wurde die Klinik nach dem Ausscheiden von *Gutmann* 1979 von dem Orthopäden und FAC-Kurslehrer **Dr. Jacobsmeier** auch vorwiegend orthopädisch und später mit „psychosomatischem Akzent“ weitergeführt.

Die Klinik konnte also der FAC von Anfang an nur **in unzureichender Weise** als **Lehrseminar und Verwaltungszentrum** dienen. Allenfalls wurden dort von *Gutmann* noch spezielle **Röntgenkurse** durchgeführt. Im übrigen aber mussten die Kurse weiterhin (mit großem Organisationsaufwand) **auswärts** abgehalten und die Grundlagenforschung weiterhin allenfalls in Kooperation mit auswärtigen Universitäten durchgeführt werden. Diese **Fehlentwicklung** wurde zu einer der **großen beruflichen Lebensenttäuschungen** von *Albert Cramer*.

8. Weitere Organisationsleitung der Kurse und FAC-Vorsitz durch den Orthopäden Dr. Frisch, Kurs-Exil und neue Lehrstätte in Boppard

Die Fehlentwicklung in Hamm mit unzureichender Lehrkapazität bei steigendem Kursbedarf stellte die FAC bezüglich der weiteren Kursgestaltung vor **große organisatorische Herausforderungen**, die *Albert Cramer* bei Beibehaltung seiner Praxis in Hamburg nicht mehr bewältigen konnte. In diesem Zuge ging seine wichtige Führungsrolle auf den tatkräftigen **Orthopäden Dr. Herbert Frisch** über.

Herbert Frisch war mit *Albert Cramer* fast gleichaltrig, wurde jedoch Facharzt für Orthopädie und gründete in Moers/NRW eine orthopädische Facharztpraxis.

Bereits in den 50er Jahren stieß er zur FAC und wurde **1960 Kurslehrer** am Ärzteseminar Hamm. **1963** übernahm er bei der FAC die **„Organisationsleitung“ der Kurse** und wurde **1973 Vorsitzender der FAC**. Er nahm dieses Amt bis 1990, also über 17 Jahre wahr und wurde deshalb scherzhaft auch „Oberlehrer“ genannt, zumal er auch die **Ausbildung der Kurslehrer** übernahm.

Insbesondere hat *Frisch* in der Zeit von 1963 – 1987, als das FAC-Zentrum in Bad Hamm für die Lehrzwecke nicht mehr ausreichte, durch **Organisation auswärtiger Kurse** eine großartige Leistung vollbracht. Über längere Zeit fanden die Kurse in der ehemaligen Waldorf-Schule in **Prien/Chiemsee** statt.

In seiner Zeit wandte sich das Interesse von den ursprünglichen Impulstechniken mehr den so genannten **„weichen“ Behandlungstechniken** zu, (mit mehr osteopathischem und orthopädisch-physiotherapeutischem Charakter). Dementsprechend erfolgte auch eine **Neuorganisation der Kurse**.

Auf der Basis seiner Kursskripten publizierte er **1983** das Buch **„Programmierte Untersuchung des Bewegungsapparates“**, das 1990 mit dem Karl-RABL-Preis der Vereinigung Süddeutscher Orthopäden VSO ausgezeichnet und durch die **„Programmierte Therapie am Bewegungsapparat“** ergänzt wurde. Dabei wurde die manuelle Medizin in eine gesamtorthopädische Diagnostik und Therapie integriert.

Herbert Frisch setzte sich in der DGMM vor allem für die **manualtherapeutische Fortbildung von Krankengymnasten/innen** ein und bewirkte **1978** einen **Vertrag** mit dem Zentralverband für Physiotherapie, der diese Berufsgruppe si-

cherheitshalber von riskanteren Impulstechniken an der Wirbelsäule ausschloss.

1987 gelang es der FAC unter dem Vorsitz von *Frisch* schließlich in **Boppard** am Mittelrhein in einem ehemaligen Kloster und nachfolgenden KNEIPP-Kurheim, ein **geeignetes neues Lehrzentrum** zu errichten, welches auch zum **neuen Sitz des ursprünglichen „Ärztseminars Hamm“** und der **FAC/DGMM** wurde. Boppard hat den Vorteil einer relativ zentralen Lage in Westdeutschland und dass das Gebäude auch über **ausreichende Hör- und Kurssäle** verfügt. In der Amtszeit von *Frisch* wurde zu seiner tatkräftigen Unterstützung auch **Prof. Toni Graf-Baumann** als Geschäftsführer tätig. Zum Leidwesen von *Albert Cramer* besteht in Boppard jedoch praktisch **keine Möglichkeit einer Weiterbildung am Patienten**, im Unterschied zum klinischen Ärzteseminar der MWE in Isny-Neutrauchburg.

Nach *Frisch* ging der Vorsitz der FAC an den **Orthopäden Dr. M. Pszcolla** über, in dessen Zeit auch das 50-jährige Vereinsjubiläum stattfand und die Umbenennung der FAC in DGMSM erfolgte, auf die noch speziell einzugehen ist.

2002 wurde *Herbert Frisch* für seine großartige manualtherapeutische Lebensleistung die **Ehrenmitgliedschaft der DGMM** verliehen, wofür ihm Dr. *Pszcolla* in der Zeitschrift „Manuelle Medizin“ eine umfangreiche Würdigung gewidmet hat.

9. Zusammenarbeit der FAC und MWE in der ArGe und erste Umbenennung der FAC (1961)

Insbesondere war *Albert Cramer* frühzeitig um einen **Zusammenschluss** der vorwiegend norddeutschen allgemeinme-

dizinisch orientierten **FAC** mit der süddeutschen, mehr orthopädisch ausgerichteten **MWE** unter Dr. *Karl Sell* zu einer **gemeinsamen Deutschen Gesellschaft für Manuelle Medizin** bemüht. Wie schon erwähnt hatte *Sell* hier zunächst erhebliche **Vorbehalte**. 1961 gelang es aber, den Widerstand von *Karl Sell* wenigstens teilweise zu überwinden und eine Zusammenarbeit im Rahmen einer **„Arbeitsgemeinschaft für Manuelle Medizin“ (ArGe)** mit Abstimmung der Lehrinhalte und Kurse zu erreichen, jedoch keinen regelrechten Zusammenschluss zu einer gemeinsamen Gesellschaft.

In diesem Zeitraum erfolgte 1961 auch die **erste Umbenennung der FAC** in **„Forschungsgemeinschaft für Arthrologie und Chirotherapie“**. Dabei konnte die Kurzbezeichnung FAC beibehalten werden. Mit der Bezeichnung **„Arthrologie“** rückte vor allem das anatomische Substrat der Gelenke in den Vordergrund. Die Bezeichnung **„Chirotherapie“** wurde 1959 von *Gutmann* vorgeschlagen, um den Unterschied der ärztlichen manuellen Medizin von der ursprünglichen amerikanischen Chiropraktik darzulegen.

Die spätere Bezeichnung **FAC/DGMM** erfolgte erst mit Gründung der Dachorganisation DGMM im Jahre 1966.

10. Auslandstätigkeit und Gründung der Internationalen Gesellschaft FIMM

Schon in den 50er Jahren, also noch vor dem Mauerbau von 1961, erfolgte eine Kooperation der FAC mit interessierten Ärzten in der damaligen **DDR**, was zur Bildung einer **„Sektion Manuelle Medizin“** in der dortigen **„Gesellschaft für Physikalische Medizin“** führte,

an der auch Orthopäden mitwirkten. Seitens der FAC war hier vor allem Dr. *H. D. Wolff* aktiv. Durch den Mauerbau wurde diese Zusammenarbeit leider unterbrochen. Nach der Wiedervereinigung Deutschlands (1989/1990) kam es dort zur Gründung eines eigenen **„Ärztseminars für Manuelle Medizin Berlin/ÄMM“** und zu einem Beitritt desselben in die inzwischen seit 1966 bestehende Deutsche Gesellschaft für Manuelle Medizin als Dachorganisation bei Erhaltung weitgehender regionaler Autonomie. Im ÄMM ist insbesondere Frau **Dr. Sachse** mit einer Reihe von wissenschaftlichen Arbeiten besonders hervorgetreten.

Aufgrund seiner hervorragenden englischen und französischen **Sprachkenntnisse** erfolgte alsbald auch eine **rege Vortragstätigkeit Cramers im europäischen Ausland** und später auch in **Übersee**. Er trug dabei maßgeblich zur **Gründung ausländischer Gesellschaften** und zur **Vorbereitung einer Internationalen Gesellschaft für Manuelle Medizin** bei.

Besonders hervorzuheben ist hier eine **Vortragsreise von 1963 in die USA**, wo *Cramer* auch die dortigen **Schulungsstätten für Osteopathie und Chiropraktik** besuchte und die Organisation dieser Gesellschaften im Ursprungsland kennen lernen konnte, insbesondere auch in ihrem Verhältnis zur dortigen Universitätsmedizin und ihrer staatlichen Anerkennung.

Nach ersten **internationalen Kongressen** in Baden bei Zürich, Nizza und London wurde 1961 schließlich unter dem Vorsitz des Franzosen **Dr. Waghemaker/Lille** die Internationale Gesellschaft für Manuelle Medizin unter dem Namen **„Fédération Internationale de Mé-**

decine Manuelle“ (FIMM) gegründet, in der zunächst sowohl die FAC als auch die MWE vertreten waren. Da in derselben satzungsgemäß aber *in korporativer Weise* nur jeweils **eine** nationale Gesellschaft vertreten sein konnte, bestand **von außen her** ein **Zwang** zur Gründung einer gemeinsamen deutschen Gesellschaft.

11. Gründung der Deutschen Gesellschaft für Manuelle Medizin DGMM (1966)

Schließlich gelang es **1966**, insbesondere auch auf Wunsch der Mitglieder, unter wesentlicher persönlicher Mitwirkung von *Albert Cramer* den Widerstand von *Karl Sell* zu überwinden und in Isny-Neutrauchburg die **gemeinsame „Deutsche Gesellschaft für manuelle Medizin“/DGMM** als **nationale Dachorganisation** zu begründen. Dabei behielten jedoch die beiden „Ärztseminare“ in Hamm und Isny-Neutrauchburg eine **weitgehende Autonomie** bezüglich Mitgliederstamm und eigener Kursgestaltung, die später auch dem beitretenden ostdeutschen „Ärztseminar Berlin“ gewährt wurde.

Dr. Gutmann wurde zum ersten Präsidenten der DGMM bestellt, nachfolgend *Dr. Sell*. Ab 1970 haben dann aber **turnusgemäß andere Präsidenten** die Entwicklung der Manuellen Medizin in Deutschland erfolgreich weitergeführt, zunächst 1970 der Allgemeinmediziner **Dr. H. D. Wolff** und dann insbesondere die **Orthopäden** *Dr. H. D. Neumann*, *Dr. K. H. Drogula*, *Dr. A. Moehrle*. (Es wäre wünschenswert, im Rahmen eines Gesamtmitgliederverzeichnis der DGMM eine ständige Liste der Präsidenten und ihrer Amtszeiten zu führen (wie bei anderen wissenschaftlichen Gesellschaften üblich).

12. Entwicklung einer speziellen manualtherapeutischen Röntgendiagnostik

Hier sei zunächst vorausgeschickt, dass nach der Entdeckung der hochfrequenten durchdringenden **X-Strahlen** durch den **Physiker Prof. A. W. Röntgen** 1895 die **Entwicklung der medizinischen Radiologie** aufgrund der damit möglichen **Darstellbarkeit des verkalkten Skelettsystems** zunächst hauptsächlich von **Orthopäden** betrieben wurde. Dementsprechend wurde auch das **erste Handbuch der Röntgenologie** von dem Berliner Orthopädieprofessor **Hermann Gocht** herausgegeben.

Erst danach kam es zur Entwicklung des **methodischen Spezialfaches Röntgenologie** mit Radiodiagnostik der **inneren Organe**, von Lunge und Herz, **Kontrastdarstellungen** des Intestinaltraktes, der Gefäße, Gelenke und Bandscheiben (Arthro- und Discographie). Dann folgten Schichtaufnahmen und Xeroradiographie.

Nach dem 2. Weltkrieg erfolgte dann die Entwicklung der **elektronischen Bildverstärkung**, der **digitalen Röntgendiagnostik**, der **Computertomographie (CT)**, der **Magnetresonanztomographie (MRT)** und der **Sonographie**, welche auch eine spezielle **Weichteildarstellung** ermöglichen. Damit ergab sich eine wesentliche Verbesserung der Bildgebung der Wirbelsäule, insbesondere ihrer Bandverbindungen und des Rückenmarks sowie der Spinalnerven.

Daneben entwickelte sich die **Strahlentherapie** als schließlich eigenes Spezialfach und nach dem 2. Weltkrieg auch die **Isopten-Diagnostik und -Therapie** sowie die **endoskopisch-interventionelle endovasale Diagnostik und Therapie**. Dessen ungeachtet entstand in

der **Orthopädie** eine **spezielle fachgebundene Röntgendiagnostik** mit speziellen Lagerungstechniken, Funktionsaufnahmen, Steh- Belastungs- und Halteaufnahmen (s. *Bernau*) sowie **sonographischer Bildgebung**.

Im **Rahmen der Chiropraktik** wurde bereits von *Palmer jun.* die Technik der **peroralen Atlasdarstellung** entwickelt, um die Überlagerung dieser Region durch den Gesichtsschädel zu vermeiden. Im Zuge der Entwicklung der ärztlichen Manualmedizin erfolgte auf Anregung von *Albert Cramer* in Zusammenarbeit mit den Hamburger Röntgenchefärzten **Dr. Walter** und nachfolgend **Dr. Jens Doering** eine Verbesserung dieser Diagnostik durch „Verwedelung“ des Unterkiefers und vor allem der Versuch einer **Feststellung von Gefügestörungen** im Atlasbereich durch exakte **Röntgenbildvermessungen**. *Doering* entwickelte auch **Wirbelsäulenzufnahmen im Stehen** mit der **3-Etappentechnik**, welche dann durch **Einmal-Ganztaufnahmen** ersetzt wurden, vor allem unter Mitwirkung des Chirurgen *Dr. Sollmann*/München mit der **Firma Siemens**, welche dann insbesondere in der Orthopädie zur Darstellung von **Haltungsfehlern** genutzt wurde.

Auch **Dr. Gutmann** hat sich aufgrund der Anregung des bei ihm tätigen Chiropraktors *Lars Sandberg* alsbald mit der speziellen Röntgendiagnostik der **Halswirbelsäule** befasst und später im Rahmen der FAC in der Hammer Klinik vor allem **spezielle manualtherapeutische Röntgenkurse** abgehalten.

Doering gab im Geschichtsbuch von *Cramer* 1990 darüber einen **zusammenfassenden Bericht**, der von *Albert Cramer* redaktionell wesentlich ergänzt wurde und dessen profunde röntgenologische Literaturkenntnis zeigt.

13. Wissenschaftliche Forschungsarbeit in der FAC und DGMM

Die wissenschaftliche Arbeit in der Gründerzeit der Manuellen Medizin befasste sich (gemäß den Literaturverzeichnissen von *Cramer, Gutmann, Wolff* u. a. sowie nachfolgend der Zeitschrift für Manuelle Medizin) zunächst vor allem mit der „**Bestandsaufnahme**“ der Chiropraktik sowie ihrer vielfältigen **schulmedizinischen Grundlagen**. Die *Cramer*-Brüder betrieben anatomische **Grundlagenstudien** der Ileo-sakral- und Atlasgelenke sowie deren spezieller Röntgenologie. Letzteres war auch ein Hauptanliegen von *Gutmann*.

Weiter verdanken wir *Cramer* die Übernahme, Verbesserung und Darstellung der chiropraktischen **Handgrifftechniken** (in seinem Lehrbuch). Besonderes Interesse fand vor allem das **Blockierungsphänomen** (*Biederermann, Cramer, Wolff*).

Hauptsächlich befasste sich *H. D. Wolff* jedoch mit den **neurophysiologischen Zusammenhängen**, der Nociception und dem „**übertragenen Schmerz**“. *Sell* widmete sich hauptsächlich der praktischen Weiterentwicklung der Handgrifftechniken, *Frisch* der klinischen Diagnostik, *Doering, Gutmann* und *Sollmann* der Weiterentwicklung der Röntgentechnik.

Hinzu kamen natürlich auch **therapeutische Erfahrungsberichte**. Es fehlen aber m. E. bis heute **exakte Ergebnisstatistiken** über die Manipulationserfolge bestimmter Blockierungsstörungen, z. B. am Atlas oder dem IS-Gelenk, die Dauer des Erfolgs, Rezidivhäufigkeit, Therapieresistenz. Diese sind m. E. aus verschiedenen Gründen in einer Praxis kaum zu erarbeiten, auch nicht in einer multilokulären Arbeitsgemeinschaft.

Problematisch ist hier vor allem, dass es bei akuten Blockierungszuständen größtenteils schon in den ersten beiden Wochen zu einer **Spontanheilung** kommt (*Nachemson, Finkbeiner*) und es an einer **objektiven Belegbarkeit** fehlt. Hinzu kommt die mangelnde Abgrenzbarkeit von weiteren, z. B. medikamentösen oder eigentätigen Behandlungseinflüssen durch die Patienten.

Die rein **subjektive Diagnostik** aufgrund von Patientenangaben, der klinischen Untersuchung und ärztlichen Interpretation ergibt keine einwandfreie wissenschaftliche Basis für gleichfalls nur subjektive Erfolgsfeststellungen. Leider blieb im Vertrauen auf die klinische Palpations- und Bewegungsdiagnostik die Entwicklung einer praktikablen **objektivierenden** elektrophysiologischen Diagnostik auf der Strecke.

Erst in den 80er Jahren haben wir dann in **Homburg** auf Anregung unseres Lehrbeauftragten *H. D. Wolff* auf der **neurophysiologischen Grundlage von Prof. Jelasic die Methode der Elektro-Algo-Senso-Metrie (ESAM)** entwickelt (*H. Mittelmeier* und Mitarbeiter), mit der eine Objektivierung der segmentären Störungen möglich ist, worauf später noch näher eingegangen wird.

Durch Vermittlung von *Albert Cramer* kam jedoch erfreulicherweise eine **wissenschaftliche Kooperation mit der Neurochirurgischen Universitätsklinik in Hamburg/Eppendorf** unter **Prof. Häusler** zustande. Sie betraf insbesondere **Durchblutungsstörungen der Arteria vertebralis** und des **oberen Rückenmarksbereiches**. In Ergänzung der auch an der Halswirbelsäule bereits üblichen ventralen Bandscheibenoperationen mit Dekompression der Spinalnerven, der Arteria vertebralis und des Rückenmarks (*KEHR*) wurde dort die Technik

der **dorsalen Atlasdekompression** geschaffen. Später hat vor allem mein Schüler **Prof. Jürgen Harms** in Karlsbad-Langensteinbach auch **perorale OP-Techniken** für entzündliche und tumoröse Destruktionen am Epistropheus und Atlas entwickelt.

14. Wissenschaftlicher Beirat der FAC und Prof. Junghanns

Im Zuge der FAC-Gründung durch *Albert Cramer* wurde auch ein wissenschaftlicher Beirat geschaffen, von dem nach dem **Allgemeinchirurgen Prof. Zukschwerdt** insbesondere der **Unfallchirurg Prof. Herbert Junghanns** (geb. 1902) hervorzuheben ist. Er war **1930** mehrjähriger Assistent des berühmten „**Wirbelsäulenpathologen**“ **Prof. Schmorl/Leipzig** (und hat zusammen mit seinem Lehrer damals bereits die grundlegende Monographie über die **Wirbelsäulenpathologie im Röntgenbild** verfasst). *Junghanns* ist insbesondere der Schöpfer des für die Manualtherapie wichtigen Begriffes vom „**Bewegungssegment**“ der Wirbelsäule.

Sein damaliger Con-Assistent **Eduard Güntz** wurde Orthopäde und nach dem 2. Weltkrieg Lehrstuhlinhaber für Orthopädie in Frankfurt/M. Er hat in dem **neuen Handbuch der Orthopädie** (ab 1957) insbesondere die Kapitel über die **Erkrankungen der Wirbelsäule** grundlegend dargestellt, insbesondere auch die degenerativen Erkrankungen der Bandscheiben, Kleinen Wirbelgelenke und Beckengelenke sowie deren Therapie und Begutachtung.

Prof. Junghanns war nach dem 2. Weltkrieg zunächst in Oldenburg Chefarzt für Chirurgie und wurde dann Chef der großen **Frankfurter BG-Unfallklinik**. Er gründete dort vor allem ein bedeutendes **Wirbelsäulenfor-**

schungslabor. Er begründete auch die bedeutende Schriftenreihe „**Die Wirbelsäule in Forschung und Praxis**“, zu der **Albert Cramer** über viele Jahre **Referate** über andere in- und ausländische wissenschaftliche Publikationen beisteuerte. Er hat hierfür viele Samstage in Hamburger Universitätsbibliotheken verbracht und damit den **Wissensschatz** der Manuellen Medizin erheblich bereichert.

Große Bedeutung erlangte vor allem auch die hauptsächlich auf **Junghanns** zurückzuführende **Deutsche Gesellschaft für Wirbelsäulenforschung**, in der neben Orthopäden und Unfallchirurgen auch Manualtherapeuten mitwirkten, insbesondere auch **Albert Cramer**.

Prof. **Junghanns** war auch Begründer der „**Arbeitsgemeinschaft Medizinisch-Wissenschaftlicher Fachgesellschaften**“ **AWMF** und später lange Jahre maßgeblicher **Generalsekretär** der mächtigen Deutschen Gesellschaft für Chirurgie.

Tragischerweise ist der Unfallchirurg **Junghanns** 1986 (im Alter von 84 Jahren) an einem Verkehrsunfall verstorben. Ihm hat die Manuelle Medizin viel zu verdanken.

15. Zeitschrift für „Manuelle Medizin“

Die Publikationen der Manualtherapeuten erfolgten anfangs in verschiedenen medizinischen Zeitschriften. Alsbald ergab sich jedoch die Notwendigkeit der Schaffung eines **vereinseigenen „Informationsblattes“**, das durch **Dr. Wilinski** herausgegeben wurde, und schließlich eines **eigenen Publikationsorgans**. 1963 wurde auf maßgebliches Mitbetreiben von **Albert Cramer** und **Gutmann** die „**Zeitschrift für Manuelle Medizin**“ begründet, welche zunächst beim Fischer-Verlag in Stuttgart

herausgebracht wurde. Insbesondere hat sich **Dr. H. D. Wolff** als langjähriger Schriftleiter derselben und mit Überführung in den weltweiten **Springer-Medizinverlag** sehr verdient gemacht. Danach lag die Schriftleitung bei Prof. **Graf-Baumann**. Jetzt wird sie von Prof. **L. Beyer/Jena** wahrgenommen und hat auch große internationale Bedeutung erlangt.

Albert Cramer hat fortan seine weiteren Publikationen überwiegend dort herausgebracht, auch nach Beendigung seiner aktiven manualtherapeutischen Tätigkeit noch 8 Originalarbeiten und kommentierende Leserbriefe. Den Kommentar **Cramers** zu dem Heft über **manualtherapeutische Behandlungsschäden** hat **Graf-Baumann** sogar zum Hauptinhalt eines umfangreichen Editorials des nachfolgenden Heftes gemacht.

16. Weiterbildung von Krankengymnasten bzw. Physiotherapeuten in der Manuellen Medizin

Verständlicherweise interessieren sich die auf dem Gebiet der **Physiotherapie** umfassend tätigen **Krankengymnasten** für die Erlernung der manualtherapeutischen Techniken und deren Durchführung. Dieses Anliegen wurde vor allem von den orthopädischen Manualtherapeuten, insbesondere dem FAC-Vorsitzenden **Herbert Frisch** unterstützt, welche zur **Entlastung ihrer ärztlichen Tätigkeit** die Durchführung der Physiotherapie vor allem auf die hierfür speziell herangebildeten Krankengymnasten übertragen haben. Dies galt insbesondere für die ungefährlichen und zeitraubenden so genannten weichen „**osteopathischen Dehnungs- und Massage-techniken**“. **Cramer** widersetzte sich vor allem einer Übertragung der von subtiler Diagnostik abhängigen riskanten chiropraktischen **Impulstechniken**

auf Nichtärzte. Dabei blieb aber von ihm unberücksichtigt, dass die Handgrifftechniken eigentlich hauptsächlich in den außeruniversitären amerikanischen Heilpraktikerschulen für Osteopathie und Chiropraktik entwickelt wurden, **Cramer** selbst den Physiotherapeuten **Kaltenborn** in der manuellen Medizin unterrichtet hatte und derselbe bei der FAC selbst als Kurslehrer herangezogen wurde. Auch **Lewit** tritt in seinem Lehrbuch für eine manualtherapeutische **Zusammenarbeit** mit Physiotherapeuten ein.

Die Entscheidung zur Unterrichtung von Physiotherapeuten in der Manuellen Medizin erfolgte schließlich auch, um eine fragwürdige Instruktion dieser Berufsgruppe durch Heilpraktikerschulen zu vermeiden. Wie bereits berichtet sollten allerdings die riskanteren Impulstechniken den ärztlichen Manualtherapeuten vorbehalten bleiben, wie von **Frisch** in einer Vereinbarung mit dem Zentralverband für Krankengymnastik/Physiotherapie festgelegt wurde.

17. Zusammenarbeit mit der Orthopädie im Rahmen einer neuen „Gesellschaft für Physikalische Medizin und Rehabilitation“

Um 1960 gründete **Albert Cramer** zusammen mit dem **Orthopäden Prof. Wolfgang Faubel**, Chefarzt der großen BG-Unfallklinik in Hamburg-Bergedorf (früher Oberarzt an meiner eigenen orthopädischen Weiterbildungsklinik der FU Berlin unter Prof. **A. N. Witt**) die „**Gesellschaft für Physikalische Medizin und Rehabilitation**“. Dieser gegenseitige Gedankenaustausch war zweifellos gut. Nach einigen gemeinsamen Kongressen fand diese Gesellschaft jedoch keinen ausreichenden Zuspruch mehr, weil sich die Manualtherapeuten und

Physikalischen Mediziner und Rehabilitationskliniker lieber auf ihr eigenes Kerngebiet konzentrieren wollten.

18. Cramers Vereinigungsversuch mit der „Physikalischen Medizin“

Neben der Manuellen Medizin interessierte sich *Albert Cramer* insbesondere für die damaligen **Fortschritte der Physikalischen Medizin** im Sinne der **modernen Elektromedizin**, der Diathermie, Reizstrombehandlung, Ultraschall und hat diese Methoden alsbald in seine Praxis eingeführt. Dabei kam ihm insbesondere die Idee, die wissenschaftlichen Gesellschaften für Manuelle und Physikalische Medizin zu einer **gemeinsamen wissenschaftlichen Gesellschaft** zu vereinen. Beispielhaft dafür war vielleicht, dass die Manuelle Medizin in der damaligen DDR im Rahmen des dortigen Fachgebietes Physikalische Medizin Platz gefunden hatte.

Dieser Versuch von *Albert Cramer* anfangs der 60er Jahre fand jedoch auch **keine Gegenliebe** und scheiterte auf nationaler wie auch internationaler Ebene. Die **Entwicklungsziele** liefen ja auch diametral auseinander. Während man bei der Manuellen Medizin versuchte, die Behandlung auf **unmittelbare manuelle mechanische Kraftereinwirkung** auf den Körper zurückzuführen, bestand bei der Physikalischen Medizin das gegensätzliche Bestreben, die Therapie durch **komplizierte elektrische und elektronische Geräte** zu betreiben, bei denen die manuelle Tätigkeit eigentlich nur darin bestand, die **Geräte** am Patienten anzulegen und mit Druckknöpfen zu schalten.

Cramers Vereinigungsabsichten mit anderen Gesellschaften standen auch **im Gegensatz** zur vorherrschenden Meinung in der FAC und DGMM, ihre **Ei-**

genständigkeit bewahren zu wollen. *Cramer* geriet mit diesen eigenwilligen Bestrebungen in der Gesellschaft leider in ein gewisses **Abseits**. Dies sollte jedoch seine Verdienste um die Gründung und anfängliche Gestaltung der FAC/DGMM nicht schmälern.

19. Familie und Wohlstand

Albert Cramer hatte sich noch während seiner Studienzeit im Krieg in Hamburg mit einer Kollegin (Selke) verheiratet, von der er zwei Töchter bekam. In der Nachkriegszeit kam es jedoch zur Ehescheidung. *Albert Cramer* verheiratete sich in zweiter Ehe mit der jungen Hamburger Theaterschauspielerin **Hildegard Wesemann**, die ihm weitere 7 Kinder gebar und in die Familie das geistige Gedankengut der klassischen Theaterdichtung eingebracht sowie das Interesse von *Albert Cramer* für das Theaterwesen geweckt hat. Nach dem frühen Tod seiner ersten Ehefrau wurden auch deren Kinder in die neue Familie aufgenommen. *Cramer* hatte also eine **große Familie** zu versorgen (Abb. 18).

Albert Cramer war trotz seiner großen beruflichen Belastung und teilweise auswärtigen Tätigkeit ein guter, **fürsorglicher und geliebter Familienvater**. 1993 fand an seinem **75. Geburtstag** eine große **Familienfeier** statt, an der alle 9 Kinder mit ihren Ehepartnern sowie 16 Enkel und auch schon einige Ur-enkel teilnahmen. Erfreulicherweise entwickelten sich alle Kinder zu seinem Wohlgefallen. Vor allem konnte *Albert Cramer* seine große **Musikalität** auf alle seine Kinder übertragen.

Insbesondere hat seine **Tochter Dr. Anette Cramer** ihre diesbezügliche musische und medizinische Begabung als **Musiktherapeutin** beruflich ausgestaltet. Sie ist außerdem eine erfolg-

reiche **wissenschaftliche Autorin und Lehrbeauftragte** an der Technischen Universität München. Bedeutungsvoll erscheint vor allem ihre Buchmonographie „Die Stimme“.

Aufgrund seiner erfolgreichen Berufstätigkeit gelangte **Albert Cramer** alsbald zu erfreulichem **Wohlstand**. 1955 konnte die Familie deshalb in Hamburg-Nienstedten eine schöne, gut erhaltene Vorkriegsvilla mit Garten als **Familienwohnhaus** erwerben, in dem er fortan auch seine vorwiegend **Manualtherapeutische Arztpraxis** weiterbetrieb (Abb. 17).

Darüber hinaus konnte er sich jetzt vor allem seinen **Jugendtraum** eines großen hoch-

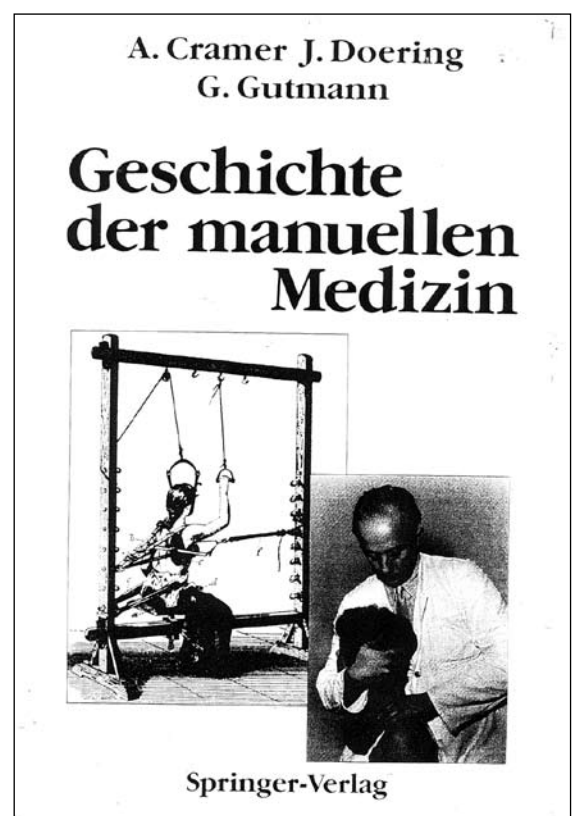


Abb. 15: Umschlagstitelbild des Buches „Geschichte der Manuellen Medizin“ von *Albert Cramer* unter Mitwirkung von Dr. *Gutmann* und Dr. *Doering* (Springer Verlag, 1990).

seetüchtigen **Segelbootes** (mit Hilfsmotor) erfüllen, mit dem er im Kreis der Familie oder von Freunden auf der Elbe oder auf **offener See** Fahrten nach Dänemark und Skandinavien unternahm und Erholung fand.

20. Krankheitsbedingte Aufgabe der manualtherapeutischen Arbeit (1971)

1971 musste *Albert Cramer* im Alter von erst 53 Jahren wegen seines chronisch rezidivierenden **lumbalen Bandscheibenschadens** (mit dem angeblich „5. Bandscheibenvorfall“) die teilweise mit großer körperlicher Anstrengung verbundene Tätigkeit als Manualtherapeut und damit seine

eigene ärztliche Praxis aufgeben. Alle Versuche konservativer Behandlungsmaßnahmen, insbesondere auch die Manualtherapie seines erfahrenen Bruders Dietrich versagten. Leider konnte er sich **nicht** zu einer **Bandscheibenoperation** entschließen, die zu diesem Zeitpunkt bei erfahrenen Operateuren größtenteils erfolgreich war, wie wir damals durch die **Nachuntersuchungsergebnisse** eines großen eigenen Krankengutes unserer Homburger Orthopädischen Universitätsklinik nachweisen konnten (*Biehl* u. a., später *O. Schmitt* u. a.). Insbesondere habe ich in diesem Zeitraum auch den schwereren, therapieresistenten mit unerträglicher Ischialgie und Fußheberparese verbundenen lumbalen Bandscheibenvorfall meiner eigenen Ehefrau mit einer **Nukleotomie dauerhaft heilen** können, sodass sie bis ins hohe Alter ihre Tätigkeit als Großkauffrau und Hausfrau problemlos weiterführen konnte.

Mit der Praxisaufgabe musste sich *Albert Cramer* auch aus dem aktiven **Lehrbetrieb** der FAC und DGMM **zurückziehen**, womit natürlich die bisherigen engen Verbindungen zur Gesellschaft allmählich verloren gingen.

21. Tätigkeit in der Arbeitsmedizin (1971 – 1983)

Anschließend war *Albert Cramer* in **Minden/Westfalen** als **Arbeitsmediziner** in einem größeren Industriekombinat tätig und befasste sich dort vor allem mit **Beleuchtungsfragen am Arbeitsplatz** und berufsbedingter **Lärmschwerhörigkeit**. Aufgrund dessen erhielt er auch einen entsprechenden **Lehrauftrag** an der Akademie für Arbeitsmedizin in Berlin. Damit war leider eine zeitweilige Trennung von seiner in Hamburg verbliebenen Familie verbunden. Diese Tätigkeit vollführte er über 12 Jahre bis zu seinem

gesundheitsbedingten völligen Ausscheiden aus ärztlicher Tätigkeit im Jahre 1983.

22. 20-jähriges Jubiläum der FAC und Verleihung der Goldenen Ehrennadel

Aus Anlass des 20-jährigen Jubiläums der Gründung der FAC fand 1973 in Hamburg eine **Jubiläumsfeier** der DGMM statt, bei der Dr. **Freimuth Biedermann** den **Festvortrag** hielt und eine Rückschau über die bisherige Entwicklung der Manuellen Medizin gab. Dieser Festvortrag wurde von Gutmann später in seinen Bericht „Mein Beitrag zur Entwicklung der Manuellen Medizin“ im Geschichtsbuch von *Albert Cramer* (1990) aufgenommen und blieb damit erfreulicherweise erhalten.

Bei dieser Gelegenheit wurde *Albert Cramer* für seine **Verdienste um die Gründung und seine langjährige Aufbauarbeit** bei der FAC/DGMM als Erstem die aus diesem Anlass gestiftete **Goldene Ehrennadel** der DGMM verliehen, ebenso an **Prof. Zukschwerdt** als maßgeblichen Wegbereiter und an **Ministerialdirigent Studt** vom Düsseldorfer Ministerium für die lange Aufbauförderung der Klinik für Manuelle Medizin in Bad Hamm.

Danach geriet *Albert Cramer* bei der FAC/DGMM leider weitgehend in **Vergessenheit**, obgleich er sich noch mit einigen weiteren **Publikationen** in der „Manuellen Medizin“ in Erinnerung brachte. Erst **1985** hat man sich seiner erinnert, als der Wunsch nach einem **Geschichtsbuch** über die Entwicklung der Manuellen Medizin entstand und *Albert Cramer* vom DGMM-Vorsitzenden **Dr. H. D. Neumann** damit beauftragt wurde, worauf noch ausführlich eingegangen wird und woran *Cramer* 4 Jahre lang gearbeitet hat.

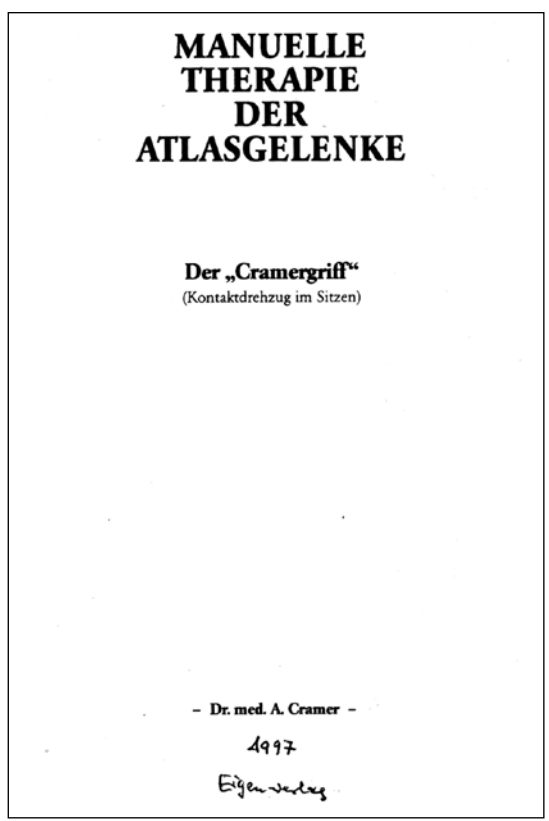


Abb. 16: Titelseite der letzten Monographie von *Albert Cramer* über die manuelle Therapie der Atlasgelenke. Eigenverlag 1997. (verfasst im Alter von 79 Jahren).

Trotz dieser weiteren großartigen Leistung hat man ihn später bei der **Einführung von Ehrenmitgliedschaften** bei der DGMM leider nicht mehr bedacht. Er hat aber auch die Ehrenmitgliedschaften in seinem Geschichtsbuch überhaupt nicht erwähnt. Meines Wissens wurden vor allem **Dr. Gutmann, Dr. H. D. Wolff** und später **Dr. Herbert Frisch** damit ausgezeichnet. Mir selbst wurde die Ehrenmitgliedschaft 1993 für meine vielfältige berufspolitische Förderung zuteil. Die Verdienste von **Albert Cramer** für seine grundlegenden Aufbauleistungen der Manuellen Medizin und sein späteres großartiges Geschichtswerk wären natürlich viel höher einzuschätzen! In den letzten Jahren erfolgten Verleihungen der Ehrenmitgliedschaft an **Prof. Lewit, Dr. H. P. Bischoff** sowie **Dr. A. Moehrle** und wurden in der Zeitschrift für Manuelle Medizin auch ausdrücklich gewürdigt.

23. Ruhestand

Leider war **Albert Cramer** starker Raucher und zog sich wohl dadurch eine schwere **progressive Koronarsklerose** zu, die **1983** zu einem massiven lebensbedrohlichen **Herzinfarkt** führte, den er zwar überwand, der ihn jedoch im Alter von **65 Jahren** zur **Aufgabe jeglicher praktischer ärztlicher Berufstätigkeit** zwang.

Er kehrte deshalb auch wieder nach **Hamburg-Nienstedten** in sein beibehaltenes Familienwohnhaus zurück, wo er noch einen **langen Lebensabend** verbrachte. Nach Besserung seiner Herzkrankheit führte er mit seiner Frau noch **mehrere große Auslandsreisen in die USA und nach Fernost** durch (insbesondere Japan und Polynesien). Weiter erfreute er sich am **Hamburger Theater- und Musikleben**.

Insbesondere konnte er jetzt uneingeschränkt seinem geliebten **Klavierspiel** frönen.

Cramers führten in Hamburg „ein **geselliges Haus**“, in dem viele **bedeutende Persönlichkeiten** verkehrten, beispielsweise der Schauspieler **Will Quadflieg**, der vor allem durch die Faust-Inszenierung von **Gustav Gründgens** berühmt wurde, der **Verleger Karl Mohn**, Begründer des großen BERTELSMANN-Verlages, u. a. Insbesondere waren anfangs auch viele **führende Manualtherapeuten** im **Cramer-Haus** zu Gast (u. a. Dr. **Biedermann**, Dr. **Gutmann**, Dr. **Wolff**, Dr. **Frisch** und der langjährige Geschäftsführer der FAC/DGMM, Prof. **Graf-Baumann**).

24. Anerkennung der Manuellen Medizin in der Orthopädie und Mitwirkung von Orthopäden

Nach dem ersten Auftritt beim Nordwestdeutschen Chirurgen- und Orthopädenkongress in Hamburg 1953 und der dabei erfolgten Vereinsgründung der FAC konnte **Albert Cramer 1954** auch beim **deutschen Orthopädenkongress** einen Informationsvortrag über die neue ärztliche Chirotherapie halten, der 1955 im Verhandlungsband der Zeitschrift für Orthopädie publiziert wurde.

Anschließend zeigte sich ein **zunehmendes Interesse der vorwiegend konservativ tätigen niedergelassenen Orthopäden** für die Instruktionkurse der FAC und MWE, um die Handgrifftechniken zu erlernen und in ihr orthopädisches Behandlungsspektrum einzubauen. Große Bedeutung erlangte dabei insbesondere die Schule des Orthopädie-Chefarztes **Dr. Karl Sell** in **Isny-Neutrauchburg**, welche in besonderer Weise auf die Orthopädie abgestimmt war. Mit der zuneh-

menden umfassenden Tätigkeit des Orthopäden **Dr. Herbert Frisch** bei der FAC als Kurslehrer, Organisationsleiter und nachfolgend langjähriger FAC-Vorsitzender erfolgte auch beim **Ärzteseminar Hamm** eine adäquate orthopädische Prägung.

Maßgeblich hierfür wurden in der Nachfolge von **Cramers** Lehrbuch die bereits erwähnten Lehrbücher von **Frisch** über die „Programmierte Untersuchung und Therapie des Haltungs- und Bewegungsapparates“. Bei der MWE folgte dementsprechend später das bereits erwähnte „**Lehrbuch der Manuellen Medizin**“ von **Hans-Peter Bischoff**, dem Nachfolger von **Karl Sell**.

Nach meiner Übernahme des Orthopädischen Lehrstuhls in **Homburg (1964)** habe ich auch **interessierte Assistenten** zu den Lehrkursen der DGMM geschickt und die Chirotherapie in unsere (vorwiegend ambulante) poliklinische Behandlung übernommen. Insbesondere wurden meinen beiden Schülern **Dr. Fritz Geiger** jun. und **Dr. K. H. Teusch** Kurslehrer der DGMM.

1968 konnte ich als Kongress-Präsident der **Süddeutschen Orthopäden Vereinigung (VSO)** in dem immer gut besuchten **Jahreskongress in Baden-Baden** erstmals die „**Chirotherapie**“ als eines der 3 Tagungshauptthemen einbauen. Das Einleitungsreferat wurde von **Prof. Joachim Eichler** gehalten, der an der Orthopädischen Universitätsklinik Gießen unter Leitung meines früheren Berliner Oberarztes **Prof. Dr. Hans Rettig** in der späteren Nachfolge von **Karl Sell** als leitender Oberarzt tätig war und später Chefarzt der Orthopädischen Klinik in Wiesbaden wurde. Hier sei insbesondere auf meine **Präsidentenrede** verwiesen (Abdruck in der Orthopädischen Praxis 1969).

Insbesondere wurde die Chirotherapie dann auch als ein, von Prof. *Eichler* verfasstes, **eigenes Kapitel** in das 1957 begonnene neue **Handbuch der Orthopädie** aufgenommen.

Neben und nach den vereinsbegründenden **Allgemeinmedizinern** Dr. *Albert Cramer*, Dr. *Gottfried Gutmann* und Dr. *H. D. Wolff* in der FAC waren vor allem die **Orthopäden** Dr. *Karl Sell* und Dr. *H. P. Bischoff* bei der MWE sowie Dr. *H. Frisch*, Dr. *H. D. Neumann*, Dr. *K. H. Drogula*, Dr. *A. Moehrle* und letztlich Dr. *M. Pszolla* als **Präsidenten der FAC, MWE und DGMM** tätig und haben die Entwicklung der Manuellen Medizin erfolgreich weitergeführt.

Dr. Drogula war übrigens von 1957 bis 1960 mein Con-Assistent während unserer Weiterbildung an der Orthopädischen Klinik der FU Berlin unter Prof. *A. N. Witt* und hat damals mit Förderung desselben **schwerpunktmäßig manuelle Medizin** betrieben. (Er war diesbezüglich Schüler von Dr. *v. Roques*/Berlin und Prof. *Happel*/Hamburg und später Leiter von 2 Orthopädischen Rehabilitationskliniken in Oberfranken und Sachsen.

Dr. Bischoff erhielt seine orthopädische Weiterbildung bei meinem früheren Con-Oberarzt **Prof. Dr. Fritz Hofmeister**, seit 1962 Chefarzt der Klinik für Orthopädie und der Abteilung für Physiotherapie am Virchow-Krankenhaus in Berlin-Moabit, bevor er 1970 die Nachfolge von Dr. *Sell* in Isny-Neutrauchburg antrat.

Dr. Moehrle entstammt der Frankfurt Orthopäden-Schule (Prof. *E. Güntz* und nachfolgend Prof. *W. Heipertz*, früher Heidelberg und Tübingen, dem wir das **grundlegende mehrbändige Werk** über die **Krankengymnastik** und **Physiotherapie** verdanken. *Moehrle* war vor allem Schüler meines Freundes

Dr. Bechtold, Chefarzt der Orthopädischen Klinik in Frankfurt-Hoechst und (vor *Moehrle*) Präsident der Landesärztekammer Hessen.

25. Wissenschaftliche Anerkennung der MM durch Aufnahme in die AWMF

1963 gründete Prof. *Junghanns* die „**Arbeitsgemeinschaft medizinisch-wissenschaftlicher Fachgesellschaften**“ (AWMF) als **Dachorganisation** derselben, um die wissenschaftlichen Gesichtspunkte und Belange der Medizin in der ärztlichen Standesorganisation und auch in der Öffentlichkeit angemessen vertreten zu können.

Als Präsident der AWMF erhielt er auch Sitz und Stimme im erweiterten **Vorstand der Bundesärztekammer** (BÄK) und im **Präsidium des Deutschen Ärztetages** (Ärzteparlament).

In Nachfolge meines Lehrers Prof. *A. N. Witt* wurde ich alsbald zum Vertreter der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Traumatologie in der AWMF bestimmt.

Im Zuge der **Studentenrevolte** und **Universitätskrise von 1968** trat *Junghanns* als Vorsitzender der AWMF zurück und empfahl in seiner Nachfolge einen „jungen aktiven **Lehrstuhlinhaber**“, wobei dann die Wahl der Delegierten auf mich fiel. In dieser Tätigkeit habe ich versucht, vor allem die damals in Frage gestellten **Leistungsstrukturen** an den Universitäten zu bewahren.

1970 trat der neue DGMM-Präsident **Dr. H. D. Wolff** an mich mit der Bitte heran, mich als AWMF-Präsident für die **Anerkennung der Manuellen Medizin** in der **Wissenschaft und beruflichen Standesorganisation** zu ver-

wenden. Erfreulicherweise war es mir sodann möglich, die **Aufnahme der DGMM in die AWMF** und damit deren **Anerkennung als ärztliche wissenschaftliche Gesellschaft** zu erreichen. Dies war ein wesentlicher Schritt für die angestrebte fachliche Anerkennung in der ärztlichen Standesorganisation der Ärztekammern. *Albert Cramer* nahm dies mit großer Genugtuung zur Kenntnis.

26. Lehraufträge für Chirotherapie und wissenschaftliche Zusammenarbeit mit Orthopädischen Universitätskliniken (ab 1972)

Dr. Wolff erkannte auch, dass die von *Albert Cramer* ursprünglich angestrebte **Integration der Manuellen Medizin in die universitäre Schulmedizin** durch die Tätigkeit der Ärzteseminare der DGMM alleine nicht zu bewerkstelligen ist und ebenso wenig eine qualifizierte wissenschaftliche Grundlagenforschung. Dabei erschienen zwei Dinge besonders wichtig, nämlich **universitäre Wissenschaftshilfe** zum naturwissenschaftlichen **Wirksamkeitsnachweis** der Manuellen Medizin und eine **grundlegende Information der künftigen Ärztegeneration** über die Manuelle Medizin bereits in der Studienzeit. *H. D. Wolff* erkannte insbesondere auch, dass hierfür eigentlich nur die **Orthopädie** als das „**Stammfach**“ für den Haltungs- und Bewegungsapparat dienlich sein könnte.

Dafür erschien mir insbesondere ein **universitärer Lehrauftrag für qualifizierte DGMM-Kurslehrer** im Rahmen des gesamten orthopädischen Lehrangebotes für Medizinstudenten sinnvoll und gangbar.

In **Abstimmung** mit unserer Orthopädischen Fachgesellschaft und dem Orthopädischen Be-

rufsverband sowie mehreren anderen aufgeschlossenen Lehrstuhlinhabern für Orthopädie anderer Universitäten war es dann auch möglich, ab **1972/73** an verschiedenen medizinischen Fakultäten der BRD **im Rahmen des Faches Orthopädie Lehraufträge für Chirotherapie** in Form von besonderen freiwilligen **Einführungskursen** einzurichten. Dies erfolgte zunächst in Münster und Homburg, später (gemäß Bericht von *Albert Cramer* in seinem Geschichtsbuch) auch in Lübeck, Kiel, Hamburg, Frankfurt und München.

Den **Homburger Lehrauftrag** übernahm Dr. *H. D. Wolff* selbst in Form einer einsemestrigen 1½-stündigen **Kursvorlesung**, die in der Hauptvorlesung empfohlen und im Kurssaal unserer Krankengymnastikschule abgehalten wurde. Außer der theoretischen Einführung wurden vor allem **praktische Übungen** der Handgrifftechniken (paarweise) und **Patientendemonstrationen** durchgeführt. An diesen Einführungskursen nahmen teilweise interessierte Klinikassistenten teil.

Aufgrund der begeisternden Lehrbefähigung von Dr. *Wolff* fand diese Vorlesung bei den Studenten **großen Anklang**. Wir hatten pro Semester etwa 25 – 30 Teilnehmer.

H. D. Wolff war in dieser Form **ehrenamtlich über 20 Jahre** erfolgreich tätig und hat somit in etwa 40 Semestern **insgesamt etwa 1000 Studenten** in die manuelle Medizin eingeführt.

Für **Hamburg/Elbe** wäre natürlich vor allem **Albert Cramer** für einen Lehrauftrag prädestiniert gewesen, schied dafür jedoch wegen der inzwischen erfolgten krankheitsbedingten Aufgabe seiner manualtherapeutischen Tätigkeit aus. Statt seiner wurde dann der FAC-Kurslehrer Dr. *Hinsen* dort tätig. Den Lehrauftrag in München erhielt Dr. *Bischoff*.

Im Zuge des Lehrauftrages von *H. D. Wolff* ergab sich dann auch eine beispielhafte **wissenschaftliche Zusammenarbeit mit dem Lehrstuhl für Orthopädie**. Wertvoll war dabei insbesondere das im Zuge der Studentenkurse geführte „**2-Personen-Kolloquium**“ mit gegenseitiger Information und Diskussion fragwürdiger gemeinsamer Themen. Insbesondere wurde ich dabei zur Entwicklung der schon kurz erwähnten apparativen Diagnostikmethode der **Elektro-Senso-Algo-Metrie (ESAM)** angeregt. Mit ihrer Hilfe war es im Rahmen der Dissertation von Frau Dr. *Sabine Becker-Hartmann* möglich, typische schmerzhafte blockierende segmentale Gefügestörungen durch messbare Anhebung der Sensibilitätsschwelle sowie Absenkung der Schmerzschwelle und damit Verkleinerung des schmerzfreien sensiblen Nutzintervalls zu verifizieren. Damit konnte auch der **Schweregrad** der auf die entsprechenden Dermatome übertragenen neurologischen Störung exakt bestimmt werden. Insbesondere konnte damit aber auch der **objektive neurophysiologische Wirksamkeitsnachweis der Chirotherapie** durch die von Dr. *Wolff* durchgeführten Manipulationen mit Vergleichsmessungen vor und nach der Manipulation geführt werden.

Leider wurde jedoch diese praktikable Methode (mit einem auch in der Praxis anwendbaren handlichen transportablen Gerät) von den „zünftigen“ Manualmediziner nicht übernommen. Mein früherer Mitarbeiter, Chefarzt **Dr. G. Finkbeiner** hat jedoch später in seiner Reha-Klinik in Blieskastel/Saar mit unserem gemeinsamen Doktoranden **H. P. Lang** bei Lumbalsyndromen interessante **Vergleichsuntersuchungen** über die Wertigkeit der physikalischen Therapie mit und ohne STANGER-Bädern durchgeführt und einen signifikanten Vorteil der zusätzlichen

Anwendung galvanischer Bäder nachweisen können. Die ESAM-Methode wurde auch mit Erfolg in der **Unfallchirurgie** zur Erfolgsbeobachtung von **Nerven** eingesetzt.

Leider hat sich keiner der manualtherapeutischen Lehrbeauftragten oder Schüler der mühsamen **Qualifikation einer regulären Habilitation für Manuelle Medizin** unterzogen. Die Manuelle Medizin findet jedoch erst dann letzte Anerkennung in der wissenschaftlichen Medizin, wenn medizinische Fakultäten **habilitationswürdige Leistungen** derselben anerkennen.

Mein Antrag beim Saarländischen Kultusministerium für Dr. *Wolff* aufgrund seiner 20-jährigen Lehrtätigkeit und seines umfangreichen Schrifttums eine **Honorarprofessur** zu erreichen, ist leider **gescheitert**. Nach den gesetzlichen Vorschriften wird hierfür eine „**Gleichwertigkeit mit einer regulären Habilitationsleistung in Forschung und Lehre**“ gefordert. Mein Antrag wurde deshalb zur **Qualitätsprüfung** an die medizinische Fakultät der Universität des Saarlandes verwiesen. Die **Kommission** kam jedoch zu der Auffassung, dass zwar die Lehrbefähigung von Dr. *Wolff* außer Frage stehe, sein **Schrifttum** aber im Wesentlichen nur „**reproduktiv**“ sei und „**keine eigene naturwissenschaftliche Forschungsinnovation**“ aufweise. Die langjährige Lehrtätigkeit von Dr. *Wolff* wurde jedoch aufgrund meines Antrages von der Universität des Saarlandes mit der **Karl-Erich-ALKEN-Verdienstmedaille** der Medizinischen Fakultät Homburg gewürdigt.

H. D. Wolff ist bald nach *Albert Cramer* verstorben. Sein Nachfolger, **Dr. M. Graf**, hat ihm in der Zeitschrift „Manuelle Medizin“ einen würdigen Nachruf gewidmet, ebenso ich in der Saarländischen Universitätszeitschrift „Campus“.

Leider ist die günstige und fruchtbare Zusammenarbeit der Manuellen Medizin mit der Universitätsorthopädie in unserer älteren Generation im Laufe der Zeit teilweise wieder verloren gegangen. Insbesondere ist der von mir auf Dr. M. Graf übertragene Lehrauftrag in Homburg nach meiner Emeritierung (1996) von meinem Amtsnachfolger Prof. Dieter Kohn beendet worden, ebenso übrigens auch der von mir eingerichtete Lehrauftrag für eine **Kursvorlesung für Physikalische Therapie und Rehabilitation**, den ich meinem früheren Schüler, Chefarzt Dr. G. Finkbeiner (Orthopädische Fach- und Rehaklinik Blieskastel) übertragen hatte. Dieses Vorgehen erscheint mir bezeichnend für die allgemeine **Vernachlässigung der konservativen Orthopädie an den Universitäts- und Akutkliniken** zu Gunsten ihrer chirurgischen Schwerpunktbildung. Damit werden sie aber ihrem Auftrag zur **Vertretung der Gesamtothopädie in Forschung und Lehre und auch der Weiterbildungsordnung nicht mehr gerecht**. Die Orthopädie ist jedoch **kein reines Teilgebiet der Chirurgie**, sondern das **universelle Gesamtfach für den Haltungs- und Bewegungsapparat** und muss auch die **konservative Basistherapie** ausreichend vertreten. Dies gilt insbesondere auch für die Weiterbildung derjenigen künftigen Orthopäden, die später in Niederlassungspraxen oder konservativen Fach- und Rehaklinikern hauptsächlich konservative Methoden zur Anwendung bringen müssen, nicht zuletzt um damit (im Rahmen des Möglichen) operative stationäre Behandlungsverfahren zu vermeiden. Hier besteht dringender **Reformationsbedarf** mit einer **Schwerpunktbildung und Einrichtung von Extraordinarien für konservative Orthopädie** an den Universitätskliniken. Dabei muss

dann auch die **manuelle Medizin** eine adäquate Berücksichtigung finden.

27. Zusatzbezeichnung Chirotherapie

Bereits 1967 wurde von der DGMM bei der ärztlichen Standesorganisation der Bundesärztekammer (BÄK) der **Antrag auf eigene fachliche Anerkennung der Manuellen Medizin** gestellt. Der Antrag wurde jedoch zurückgewiesen, weil man die Manualmedizin damals **noch nicht für ausreichend wissenschaftlich qualifiziert** hielt und verschiedene **an der Manualmedizin beteiligte etablierte Fächer** wie die Chirurgie, Innere Medizin, Orthopädie, insbesondere aber auch die Allgemeinmedizin eine solche „**monopolisierende Entwicklung**“ ablehnten, um den interdisziplinären Charakter der Manuellen Medizin und damit deren **Anwendung in ihren eigenen Fachgebieten freizuhalten**.

Auch der anfangs der 70er Jahre wiederholte **abgeänderte Antrag für eine Zusatzbezeichnung „Chirotherapie“** wurde 1971 vom Deutschen Ärztetag nochmals als nicht entscheidungsreif zurückgewiesen.

Schließlich konnte in mehrjährigen Verhandlungen im Weiterbildungsausschuss des BÄK ein **Kompromiss** in Form einer **interdisziplinär offenen Zusatzbezeichnung** mit einer entsprechenden **Kursweiterbildung** gefunden werden, der Zustimmungsfähig erschien. Nach meinem Ausscheiden aus der AWMF-Präsidenschaft und damit auch dem Vorstand der BÄK und des Deutschen Ärztetages hat sich vor allem der manualtherapeutisch tätige **Orthopäde Dr. A. Moehrle** als Präsident der Hessischen Landesärztekammer weiter bemüht, sodass schließlich beim **Deutschen Ärztetag von 1979**

in Düsseldorf die **Einführung der Zusatzbezeichnung Chirotherapie** mit einer festen Weiterbildungsordnung erreicht wurde. Sie besteht insbesondere in der Teilnahme an einer Reihe von der DGMM vorgeschlagenen **Kursen mit theoretischer und praktischer Instruktion**, wobei nach **Cramers** (und auch meiner) Meinung die wichtige **klinische Weiterbildung am Patienten** nicht ausreichend berücksichtigt ist. Vor allem **Albert Cramer** bedauerte die „Verkürzung der Weiterbildung“ ohne Erwerb ausreichender klinischer Erfahrung.

Es war für **Albert Cramer** jedoch eine herbe **Enttäuschung**, dass ihm als langjährigen Kurslehrer die persönliche Anerkennung von der Ärztekammer Hamburg verweigert wurde, weil er die Teilnahme an den hierfür geforderten Kursen „als **Weiterzubildender**“ nicht nachweisen konnte und man keine vernünftigen Übergangsbestimmungen geschaffen hatte. Da sich der Vorstand der DGMM auch nicht ausreichend für eine **nachträgliche Sonderregelung** einsetzte, erklärte **Albert Cramer** einen **Protestaustritt** aus der von ihm selbst gegründeten FAC/DGMM!

Er blieb jedoch dessen ungeachtet **der Manualmedizin weiter verbunden** und erklärte sich später dennoch bereit, den arbeitsreichen **Auftrag des Vorstandes** der DGMM zu übernehmen, ein umfangreiches **Geschichtsbuch** über die Entwicklung der Manuellen Medizin zu verfassen.

28. Cramers Geschichtsbuch der Manuellen Medizin (1990)

1985 wurde **Albert Cramer** vom damaligen DGMM-Vorsitzenden, dem Orthopäden **Dr. Neumann** (mit Billigung des Vorstandes) gebeten, aufgrund seiner ursprünglichen Zeitzeu-

genschaft, seines bekannten großen wissenschaftlichen Privatarchivs sowie seiner erwiesenen schriftstellerischen Fähigkeiten ein Geschichtsbuch der Manuellen Medizin zu schreiben, an dem er sodann **über 4 Jahre** gearbeitet hat!

Es wurde 1990 mit einem **Druckkostenzuschuss** der DGMM vom **SPRINGER-Medizinverlag** unter seiner Herausgeberschaft mit Beiträgen von Dr. *Gutmann* und Dr. *Doering* publiziert. 6 von insgesamt 9 Kapiteln stammen von *Albert Cramer* selbst, 2 große Kapitel von *Gutmann* und 1 Kapitel von dem Röntgenologen Dr. *Doering*. In dem Buch wird die geschichtliche Entwicklung der Manualmedizin auf **341 Druckseiten mit 86 Abbildungen und 6 Tabellen** ausführlich dargestellt.

Das erste Kapitel von *Cramer* beginnt mit den **historischen Wurzeln in der Antike** und in der **mittelalterlichen Volksmedizin**. Dann folgt eine kurze Darstellung der **amerikanischen Osteopathie und Chiropraktik** und schließlich die Nachkriegsentwicklung der ärztlichen manuellen Medizin. Leider werden dabei die **europäischen Ansätze** derselben nicht gebührend ausgeführt. Es handelt sich dabei vor allem um die Darlegungen von **Prof. Albert Hoffa**, orthopädischer Chirurg in Würzburg und später Berlin, der in seinem grundlegenden Lehrbuch über die „Orthopädische Chirurgie“ von **1891** verschiedene redressierende Handgrifftechniken zur Therapie von **Kontrakturen der Wirbelsäule und Extremitätengelenke** aufzeigte (Abb. 12). Insbesondere erscheint bemerkenswert, dass von *Hoffa* die wichtigen **Begriffe** der „**Redression**“ und „**Manipulation**“ stammen.

Außerdem wäre hier m. E. der Hinweis angebracht gewesen, dass *Albert Hoffa* bald danach

mit seiner Monographie über die „**Massage**“ auch diese manuellen Behandlungstechniken zusammenfassend in die wissenschaftliche Medizin eingeführt hat. Es fehlt auch der Hinweis auf die Mitte des 19. Jh. von *P. Ling* entwickelte „**schwedische Heilgymnastik**“, aus der seit Beginn des 20. Jh. die **orthopädische „Krankengymnastik“** entstanden ist, deren „**passive Mobilisierungen und Bewegungsübungen**“ die späteren weichen manualtherapeutischen Techniken im Wesentlichen vorwegnehmen.

Weiter wären hier die erstmals **1893** in einer Monographie dargestellten **Handgrifftechniken des schweizer Neurologen Dr. Otto Naegeli** zur Behandlung verschiedener neuraler und internistischer Krankheiten als Vorläufer der manuellen Therapie näher auszuführen gewesen. Auf dieselben hat jedoch in der Gründerzeit der FAC insbesondere Dr. *Biedermann* hingewiesen und einen Facsimile-Nachdruck bewirkt (Abb. 14).

Die weiteren Kapitel von *Albert Cramer* befassen sich vor allem mit den **Episoden der gesellschaftlichen Entwicklung der Manuellen Medizin**, nämlich der Gründung der FAC, der MWE, der ArGe, der FIMM, der Physikalischen Medizin und schließlich der DGMM, worauf meine vorliegende zeitgeschichtliche Darstellung hauptsächlich beruht. Leider fehlt eine weitere **thematische Kapiteluntergliederung**, welche die Inhaltsübersicht erleichtern würde.

Nach Darstellung der amerikanischen Entwicklung der **Osteopathie** und **Chiropraktik** vermisst man jedoch eine **kritische Auseinandersetzung mit deren „Heilslehre“ aus der Sicht der modernen universitären Medizin** und eine wissenschaftliche **Begründung** der neuen ärztlichen „Chirotherapie“ bzw. „Manuellen Medizin“. Für *Cramer*

ist dies zu diesem Zeitpunkt anscheinend bereits eine durch die wissenschaftliche Weiterentwicklung vorweggenommene Selbstverständlichkeit.

Die beiden **Kapitel von Dr. Gutmann** betreffen die Darstellung seines „**eigenen Beitrages** zur Entwicklung der Manuellen Medizin“ sowie die „Entwicklung der **Klinik für Manuelle Medizin in Bad Hamm**“. An dem ersten *Gutmann*-Beitrag ist vor allem die Auseinandersetzung mit der internationalen Chiropraktorenvereinigung und die persönliche Beziehungsaufnahme zu *Palmer jun.* interessant. Auf das Kapitel der Klinikentwicklung in Bad Hamm ist vorstehend bereits näher eingegangen worden.

Auch über den Beitrag von *Dr. Doering* über die Entwicklung der **speziellen manualtherapeutischen Röntgendiagnostik** wurde vorab bereits berichtet.

Das Buch enthält zahlreiche **Fotografien**, insbesondere der für die Entwicklung bedeutenden Persönlichkeiten, und **Facsimile-Abdrucke** von **Dokumenten** sowie ein ausführliches **Personen- und Sachregister** und am Ende eine übersichtliche **chronologische Tabelle** der wichtigsten Ereignisse.

Bedauerlich ist, dass *Gutmann* das ihm übertragene **Gesamt-Literaturverzeichnis** in seinen eigenen Beitrag integriert und dabei von *Cramers* umfangreichem Schrifttum lediglich das Lehrbuch von 1955 aufführt.

Interessant ist auch noch die vom Verlag angeschlossene **Auflistung zahlreicher anderer moderner einschlägiger verlagseigener Bücher**.

Es ist ein außerordentlich **interessantes lesenswertes Buch**, das leider im Handel längst vergriffen ist, jedoch über Universitätsbibliotheken noch leihweise

(oder auch von Antiquariaten gelegentlich) bezogen werden kann. Eigentlich sollte es jeder gelesen haben, der sich intensiver mit der Manuellen Medizin befasst und schließlich die Zusatzbezeichnung Chirotherapie bzw. Manuelle Medizin erwirbt.

Der SPRINGER-Verlag hat das Buch in einer Rezension mit Recht als ein „**faszinierendes Stück Medizingeschichte**“ bezeichnet. Mir erscheint sogar ein unveränderter **Nachdruck** wünschenswert. Es ist jedenfalls eine große schriftstellerische Leistung. *Albert Cramer* hat damit der **Gründerzeit** der Manuellen Medizin und ihren **verdientvollen Persönlichkeiten** ein **großartiges literarisches Denkmal** gesetzt. Auch die Beiträge von *Gutmann* und *Doering* verdienen hohe Anerkennung, insbesondere im Hinblick auf ihr damals schon hohes Lebensalter von fast 80 Jahren.

29. Albert Cramers publizistisches Gesamtwerk

Das **eigene Schrifttum** von *Albert Cramer* umfasst **53 nachweisbare Publikationen**, die im **Anhang** in chronologischer



Abb. 17: Praxis-Wohnhaus von *Albert Cramer* in Hamburg-Nienstedten, Ohnsorgstraße.

Reihenfolge aufgeführt werden. Dies ergibt einen guten Überblick über die Entwicklung seines manuelltherapeutischen Schaffens. *Cramer* hat also etwa gleich viele Publikationen wie *Dr. Gutmann* und *Dr. Wolff* aufzuweisen, nicht nur das von *Gutmann* allein aufgeführte Lehrbuch von 1955 und die von *Graf-Baumann* allein erwähnten Leserbriefe.

Richtungweisend publizierte er **1953** zuerst über das **Kernphänomen** der Manuellen Medizin, nämlich die „**Blockierung der Wirbelsäule**“. Herausragende Bedeutung haben vor allem sein **Lehrbuch** von 1955 und schließlich das **Geschichtsbuch** von 1990 sowie seine nachträgliche **Monographie** über die **Atlas-therapie**, die er 1997 im Alter von bereits 78 Jahren als sein „**besonderes Vermächtnis**“ im Eigenverlag herausgab (Abb. 16).

Cramers Arbeiten zeichnen sich vor allem auch durch ein **ungeheimes Detailwissen** und eine **hervorragende sprachliche Ausdrucksweise** aus. Besonders das Geschichtsbuch ist eine großartige medizinhistorische Leistung. Er hat mit seinem Schrifttum maßgeblich zur **Schaffung der wissenschaftlichen Grundlagen** der modernen ärztlichen Manualmedizin beigetragen. Wertvoll waren seinerzeit aber auch seine zahlreichen einschlägigen **Literaturberichte** in der Buchserie von Prof. *Junghanns* über „Die Wirbelsäule in Forschung und Praxis“.

30. Das 50-jährige Jubiläum der FAC/DGMM in Boppard (2003)

Es erscheint mir angebracht, hier auch über die **undankbare persönliche „Behandlung“** von *Albert Cramer* anlässlich des 50-jährigen Jubiläums der von ihm gegründeten FAC/DGMM im September 2003 im neu-

en Schulungszentrum in Boppard zu berichten, an dem der schon sehr herzkranken, inzwischen **85-jährige Jubilar Albert Cramer** in Begleitung von zwei Töchtern teilnahm, nämlich der Augenärztin *Dr. Ulrike Schmiegel* und der Musiktherapeutin *Dr. Anette Cramer Schmidt-Thomas*. (Ich selbst war als **Ehrgast** geladen).

Erstaunlicherweise fand *Albert Cramer* jedoch als Gesellschaftsgründer bei der **Eröffnungsrede** durch den Präsidenten *Dr. Pszolla* keinerlei Würdigung, was zu dem bereits eingangs erwähnten **Disput** seiner beiden Töchter mit dem damaligen Geschäftsführer der FAC, Prof. *Graf-Baumann*, führte. Als Akademikerinnen aus einer hochkultivierten Familie, selbst erfolgreiche Praxisinhaberinnen und beide mit Lehrstuhlinhabern verheiratet, fanden sie die **Missachtung** ihres Vaters und der ihnen wohl bekannten **riesigen jahrelangen Arbeit für die FAC/DGMM** verständlicherweise als „**blamable Verfehlung**“.

Besonders stilllos war dann aber auch, dass *Cramer* beim **Gala-Abendessen** nicht (wie in anderen wissenschaftlichen Gesellschaften üblich) als ehrenwerter Gesellschaftsgründer an einem **Präsidententisch** Platz fand, sondern mit seinen beiden Töchtern „irgendwo“ allein saß, bis wir (meine mich begleitende Ehefrau und ich) ihnen Gesellschaft leisteten.

Eigentlich wäre das 50-jährige Jubiläum ein guter Anlass dafür gewesen, ihm – unbeschadet früherer Kontroversen – aufgrund seiner **großen Lebensleistung für die Manuelle Medizin**, vor allem die spätere Verfassung des Geschichtsbuches, die längst überfällige **Ehrenmitgliedschaft** der DGMM zu verleihen. So war die Enttäuschung über seine **Missachtung** durchaus berechtigt und verständlich.

Er freute sich jedoch, stattdessen den ihm namentlich bekannten, der Manuellen Medizin förderlichen orthopädischen Lehrstuhlinhaber und früheren AWMF-Präsidenten persönlich näher kennen zu lernen, insbesondere als ich ihm meine große **Anerkennung** für sein mir bekanntes Lehrbuch und sein Geschichtsbuch zum Ausdruck brachte.

In dem nachfolgenden langen **Abendgespräch** eröffnete er mir eine Reihe weiterer „**manu-
altherapeutischer Ressentiments**“, die er auch in seinem Geschichtsbuch teilweise bereits zum Ausdruck gebracht hatte. Sie erscheinen mir so **bedeutungsvoll und bedenklich**, dass ich sie nachfolgend als eigenes Kapitel aufführen möchte.

Im übrigen ist der Galaabend „im kleinen Kreis“ aber dann noch sehr erfreulich verlaufen. Von seiner Tochter, Dr. *Anette Cramer* wurde ich fortan immer über das Befinden ihres Vaters und schließlich seinen Tod informiert wie auch um einen „angemessenen Nachruf“ gebeten.

31. Cramers „manualmedizinische Ressentiments“

In dem Abendgespräch von Boppard von 2003 brachte *Cramer* zunächst sein Bedauern über die **Fehlentwicklung** des ursprünglich in **Bad Hamm** geplanten Forschungs- und Lehrzentrums für Manuelle Medizin zum Ausdruck, die vorstehend bereits ausgeführt wurde. Umso mehr freute er sich über die „**späte Ersatzlösung**“ in **Boppard**, bedauerte jedoch, dass dort praktisch **keine Weiterbildung am Patienten** möglich ist, auf deren große Bedeutung er bereits in seinem Lehrbuch von 1955 hingewiesen hatte.

Bedauern äußerte *Cramer* auch über die **Verdrängung der ursprünglichen chiro-**

praktischen Impulstechniken durch die so genannten weichen osteopathischen, mehr physiotherapeutischen Behandlungsmethoden und die **Weitergabe der „ärztlichen manuellen Medizin“ an Krankengymnasten bzw. Physiotherapeuten**. Er meinte, dass die Chirotherapie nur aufgrund umfassender medizinischer Kenntnisse sowie spezieller ärztlicher Diagnostik gezielt möglich sei.

Weiter äußerte er sein Bedauern darüber, dass sich die ursprünglichen Erwartungen einer nützlichen **Anwendung in der Inneren Medizin und Nervenheilkunde** nach den Vorstellungen von *Palmer jun.*, Prof. *Gutzeit* und Dr. *Gutmann* nicht erfüllten, sondern stattdessen eine weitgehende **fachliche und personelle „Orthopädisierung“** der Manuellen Medizin erfolgt sei.

Insbesondere hatte aber gerade der *Gutzeit*-Schüler Prof. *Kunert* die **mangelhafte Wirkung und Unzuverlässigkeit** der Manuellen Medizin bei verschiedenen **inneren Erkrankungen** feststellen müssen. Die **Fortschritte** in der Inneren Medizin ergaben sich jedoch vor allem auf **medikamentösem Gebiet**, nämlich bei den Infektionen durch die Antibiotika, bei der Tuberkulose durch die Tuberkulostatika, bei den Herz-Kreislaufkrankungen durch Antiarrhythmika und Antihypertonika sowie Diuretika, bei den rheumatischen Erkrankungen durch die Antirheumatika, bei den Malinomen durch Zytostatika u. a. Hinzu kamen aber auch noch die **verbesserten Möglichkeiten der chirurgischen Behandlung** interner Erkrankungen, insbesondere der Herz-Lungen- und Gefäßchirurgie einschließlich endoskopischer Eingriffe und **Organtransplantationen**.

Auch in der **Psychiatrie** bekamen die **Psychopharmaka** die Oberhand und in den Lehrbüchern der **Neurologie**,

beispielsweise von **Schliak**, spielt die Chirotherapie praktisch überhaupt keine Rolle. Insbesondere wird die Manuelle Medizin in dem neuen, von hervorragenden Fachgelehrten verfassten **Lehrbuch über die (neurogenen) „Bewegungsstörungen“** von 2005 weder im Text noch in dem umfangreichen Sachverzeichnis erwähnt. Die manuelle Medizin wurde damit zwangsläufig auf ihren **arthrogenen Ursprung** und damit den **orthopädischen Bereich** zurückgeführt. Dabei spielen aber die nozizeptiven Auswirkungen auf die **Muskulatur** eine wichtige Rolle. Die Rückwirkung auf die inneren Organe spielt aber wohl nur eine geringe Rolle, wie wohl umgekehrt auch die Auswirkungen der inneren Organe auf die Wirbelsäule und ebenso der Psyche im Sinne der **Psychosomatik**. Die im Mittelpunkt der Manualmedizin stehenden Blockierungen sind aber grundsätzlich **organischer Natur** und beruhen doch wohl hauptsächlich auf primären **degenerativen** Veränderungen des Knorpelgewebes.



Abb. 18: Familienfoto anlässlich des 70. Geburtstages von Dr. *Albert Cramer* (x) am 30.12.1988 mit Ehefrau Hildegard und allen 9 Kindern mit Ehepartnern sowie 6 Enkelkindern. (Bis zu seinem Tode sind dann noch 16 Enkel und 7 Urenkel dazugekommen).

In der naturwissenschaftlichen Medizin ist es eben leider so, dass man sich manchmal von **Hypothesen und Wunschvorstellungen** lösen muss, wenn sie von der „**evidenzbasierten Medizin**“ nicht getragen werden.

In der folgenden **Diskussion** zeigte *Albert Cramer* aber dafür **Einsicht**, dass „Funktionsstörungen“ der Bewegungssegmente der Wirbelsäule und der Gelenke natürlich **hauptsächlich dem Organgebiet der Orthopädie** zugehören und die manuelle Medizin somit auch überwiegend von Orthopäden mitbetrieben wird. Er meinte aber – m. E. nicht zu Unrecht –, dass in der modernen, vorwiegend chirurgischen Orthopädie die **Weiterbildung in den konservativen Behandlungsmethoden vernachlässigt** würde, was insbesondere von mir selbst bemängelt wurde und dem Vorstand der DGOOC und dem Berufsverband der Orthopäden zu denken geben sollte, um die Weiterbildung in der konservativen Orthopädie grundlegend zu reformieren.

Weiter beklagte er die „**Verkürzung**“ der manualtherapeutischen Weiterbildung ohne die von ihm stets betonte **Schulung an einschlägigen Patienten**, was er insbesondere auf die FAC bezog.

Dann beschwerte er sich über den „**Aberwitz**“, dass ihm als Begründer, langjährigen Organisator und Kurslehrer der FAC/DGMM **1979** nach Einführung der **Zusatzbezeichnung „Chirotherapie“** dieselbe aus den bereits dargelegten unsinnigen formellen Gründen verweigert wurde, was zwar für den Ruhestandler keine praktische Bedeutung mehr hatte, ihn jedoch nachhaltig kränkte.

Weiter beklagte er sich, dass der (in Boppard anwesende und dort sehr hofierte) Prager Neuro-

loge **Prof. Karel Lewit** in seinem späteren (in mehreren deutschen Auflagen erschienenen) „**Lehrbuch der Manuellen Medizin**“ behauptete, dass es **vorher** „kein deutschsprachiges Lehrbuch“ für Manuelle Medizin gegeben habe und damit *Cramers* Lehrbuch von 1955 ignoriert werde. Dies trifft übrigens auch für das spätere deutsche Lehrbuch für Manuelle Medizin des *Sell*-Nachfolgers **Bischoff** von 1987 zu. Allerdings ist zu bedenken, dass das *Cramer*-sche Lehrbuch noch den Titel „**Chiropraktik**“ trug und *Lewit* in seinem Buch ausdrücklich die „**großen Verdienste**“ von *Albert Cramer* bei der Entwicklung der Manuellen Medizin lobend erwähnt hat, ebenso Dr. *Biedermann*, Dr. *Gutmann* und Dr. *Wolff*.

Weiter rügte er nochmals, dass Dr. *Gutmann* in dem von *Cramer* herausgegebenen **Geschichtsbuch** der Manuellen Medizin von 1990 das ihm übertragene **gemeinsame Literaturverzeichnis** in seinen eigenen Beitrag einbezogen und dabei – im Unterschied zu seinen eigenen zahlreichen Publikationen – von *Cramer* nur dessen Lehrbuch von 1955 aufgeführt hat.

Zwischen *Cramer* und *Gutmann* bestand trotz ihrer fruchtbaren Zusammenarbeit in der FAC anscheinend eine gewisse **ehrgeizige Rivalität**, was hierzu vielleicht Anlass gab. Im übrigen hatten die beiden füreinander jedoch eine **große persönliche Wertschätzung** und haben die Leistungen des anderen durchaus anerkannt – ungeachtet der von *Gutmann* im Geschichtsbuch berichteten häufigen früheren Kontroversen.

Aktuell kritisierte er noch die anlässlich dieses Jubiläums gezeigte **Poster-Ausstellung**, auf der nur Erinnerungsfotos an frühere **gesellige Ausflüge** gezeigt wurden, nicht aber die in diesem Zusammenhang gebo-

tene **geschichtliche Entwicklung** der Gesellschaft und ihrer **Leistungen** (Kurse, Mitgliederzahl) sowie erkenntnisreiche **wissenschaftliche Poster**.

Letztlich beklagte er noch die **Undankbarkeit der jüngeren Führungsgeneration gegenüber den „Pionieren“** der Manuellen Medizin, wie gerade wieder erlebt. Dies wurde übrigens auch bereits von *Gutmann* in seinem Beitrag zu *Cramers* Geschichtsbuch von 1990 ausdrücklich bezüglich **Albert und Dietrich Cramer** beklagt, deren „**grundlegende Leistungen man vergessen habe**“. Vielleicht war *Albert Cramer* wegen seiner eigenwilligen Vorstellungen und Kritik an gewissen Entwicklungen doch etwas „**missliebig**“ geworden. Dies sollte aber nicht zur Missachtung seiner grundlegenden großen Leistungen für die Manuelle Medizin führen.

32. Zur letzten Umbenennung der FAC/DGMM in „Deutsche Gesellschaft für Muskuloskeletale Medizin/DGMSM“

Die in der letzten Lebenszeit von *Albert Cramer* erfolgte Umbenennung der von ihm begründeten FAC/DGMM in „**Deutsche Gesellschaft für Muskuloskeletale Medizin**“/DGMSM wurde von *Cramer* nicht mitgetragen, nicht nur weil damit „sein Kind einen anderen Namen“ bekam, sondern weil damit auch eine **Preisgabe** des national und international **gut eingeführten Begriffes „Manuelle Medizin“** erfolgte und die frühere FAC damit auch **im Verbund der Manuellen Medizin** in eine **Außen-seiterrolle** geriet. *Cramer* hat im Gegensatz dazu über viele Jahre darauf hingewirkt, dass die beiden ursprünglichen deutschen Gesellschaften FAC und MWE **zur DGMM vereinigt** und auch die internationale Gesellschaft als „**Manuelle Medizin**“ (**FIMM**) benannt wurde.

Insbesondere entspricht auch die mit der Umbenennung erfolgte **prinzipielle Umwandlung** des ursprünglich **interdisziplinären methodischen Spezialfaches in ein Organfach des Stütz- und Bewegungsapparates** nicht dem grundlegenden Konzept, weil die Manuelle Medizin dem mit der neuen Bezeichnung verbundenen **Gesamtanspruch auf den Stütz- und Bewegungsapparat nicht genügen kann** und dieser Bereich bereits seit über 100 Jahren in umfassender Weise und standespolitisch anerkannt von der **Orthopädie** vertreten wird. Bei der neuen Bezeichnung stimmen „Etikett und Packung“ nicht überein.

Cramer wünschte keine weitere Hineinentwicklung der Manuellen Medizin in die Orthopädie unter Aufgabe ihres ursprünglichen interdisziplinären methodischen, stark neurophysiologisch geprägten Charakters. *Cramer* wollte mit der Orthopädie eine **Kooperation**, jedoch **keine konkurrierende Konfrontation**, die prekäre existenzielle standespolitische Probleme aufwirft.

Die Manuelle Medizin beschäftigt sich zwar vorwiegend mit einem **speziellen Krankheitsphänomen des Stütz- und Bewegungsapparates**, nämlich **blockierenden Funktionsstörungen** und ihrer manuellen Therapie. Sie hat deshalb auch eine **enge Beziehung** zur Orthopädie, aber auch zu anderen medizinischen Fächern und sollte wohl am besten bei diesem **bewährten Konzept** bleiben. Dies bildet ihre eigentliche **existenzielle Grundlage**.

Der in dem Namen DGMSM aufscheinende unbeschränkte Anspruch auf den Stütz- und Bewegungsapparat würde die **Beschäftigung mit allen Erkrankungen** desselben und ebenso mit **allen dort üblichen vielfältigen Behandlungsme-**

thoden erfordern, was aber der ihr von der Standesorganisation zugebilligten **Zusatzbezeichnung** nicht mehr entspricht, sondern eine **voll umfängliche mehrjährige orthopädische Facharztweiterbildung** bedingen und die nichtorthopädischen Manualtherapeuten ausschließen würde.

Die Umbenennung sollte deshalb in der ehemaligen FAC/DGMM wohl nochmals gründlich überdacht und am besten **rückgängig** gemacht werden, um zum eigentlichen **Kern und zur Einheit der Manuellen Medizin** zurückzukehren.

Im übrigen erscheint es auch aus **allgemeinen medizinischen berufspolitischen Gründen** dringend erforderlich, die „Manuelle Medizin“ im Sinne von *Cramer* eher **zusammenzuführen als sektiererisch zu zersplittern**. Sie muss ein **festes gemeinsames schulmedizinisches Bollwerk** gegen den drohenden Rückfall in unwissenschaftliches Heilpraktikertum sein. Anscheinend wird nicht ausreichend bemerkt oder zumindest nicht zielstrebig gesundheitspolitisch darauf reagiert, dass die ursprünglich amerikanischen **Heilpraktikerverbände für Osteopathie und Chiropraktik** bei uns eine **problematische „medizinische Subkultur“** entwickeln, wobei **erneut wissenschaftlich unhaltbarer pseudologistischer Mystizismus** um sich greift und den Bereich der ärztlichen manuellen Medizin zu überwuchern droht. Beispielsweise möchte ich hier auf die von *Karl Diem* herausgegebene **„Neuaufgabe“ der Osteopathie**, vor allem im Hinblick auf die dort propagierte manualtherapeutische **Behandlung von Kleinkindern** hinweisen. Aufgrund meiner großen Erfahrung in der Kinderorthopädie als langjähriger Oberarzt in der großen Kinderabteilung der Orthopädischen Klinik der FU-Berlin (125 Betten)

und der langjährigen **Zusammenarbeit mit Universitätspädiatern** sehe ich dafür keine wissenschaftlich begründete und gesundheitspolitisch vertretbare Indikation und wirklich nützliche Behandlungsweise.

33. Das Verhältnis von Albert Cramer und der Manuellen Medizin zur Orthopädie

Bei der **engen anatomischen und nosologischen „Substrat-Verbindung“** von Manueller Medizin und Orthopädie scheint es mir angebracht, das etwas **widersprüchliche Verhältnis** von *Albert Cramer* zur Orthopädie zu erörtern, das verschiedentlich zum Ausdruck kam, aber wohl vor allem auf Kenntnismängeln, Vorurteilen und unbegründeten Befürchtungen beruht.

Aufgrund der **medizinischen Vorkrieg-Studienordnung** mit nur mangelhafter Berücksichtigung der Orthopädie im Rahmen des Mutterfaches Chirurgie sowie der **Kriegsumstände** seines Medizinstudiums erhielt *Albert Cramer* auf dem orthopädischen Fachgebiet leider nur eine **ungenügende Grundausbildung** und durchlief auch **keine orthopädische Facharztweiterbildung**.

So war sein um **1950** einsetzendes Interesse an der Chiropraktik und seine nachfolgende Beschäftigung mit dem Stütz- und Bewegungsapparat für ihn ein **faszinierendes Neuland** – ebenso wie übrigens gleichzeitig **für mich**, als ich 1950 als Medizinstudent im Rahmen einer zweimonatigen Famulatur unter dem großartigen **Prof. Max Lange** (später von 1954 – 1968 Lehrstuhlinhaber für Orthopädie in München) an dem großen orthopädischen Versehrtenkrankenhaus in Bad Tölz (600 Betten) die Orthopädie sowie orthopädische und Wiederherstellungschirurgie

kennen lernte und mich für eine derartige **Facharztztätigkeit** entschloss. Diese erfolgte dann allerdings aufgrund mehrjähriger Grundlagenforschung in der Pathologie, Promotion in der Chirurgie, „Gegenjahr“ in der inneren Medizin und vollständiger orthopädischer Facharztweiterbildung sowie regulärer **Habilitation** mit einer tierexperimentell-histopathologischen Grundlagenforschungsarbeit mit wichtiger klinischer Relevanz.

Die 1955 von *Cramer* in seinem **Lehrbuch** geäußerte Auffassung, dass sich die Behandlung der schmerzhaften degenerativen Erkrankungen und Funktionsstörungen der Wirbelsäule in der Orthopädie auf ein „**Gipsbett**“ beschränke, zeigt leider eine erhebliche **Unkenntnis** der in der Orthopädie damals zur Behandlung degenerativer Wirbelsäulenerkrankungen bereits üblichen **vielfältigen orthopädischen Behandlungsmöglichkeiten**, nämlich die Wärmetherapie mit Glühlampenbestrahlung, Heizkissen, Packungen, Diathermie, flexible Abstützungen (Halskrawatten, Lenden-Kreuzbandagen), vorbeugende Körperschulung (Schulsonderturnen), aktive Eigengymnastik, „Rückenschule“, spezielle aktive und passive Krankengymnastik, manuelle und apparative Extensionen, Streich-, Knet- und Bindegewebsmassagen, „Neuralthherapie“ mit regionalen intrakutanen Injektionen (Quaddelung), lokale Tiefen-Injektionen mit Lokalanästhetika und Kristall-Kortikoiden, die Allgemeinmedikation mit analgetisch-antiphlogistischen „Antirheumatika“, Muskelrelaxanzien und die herkömmliche Balneotherapie mit Unterwassergymnastik und Unterwasserdruckstrahlmassage (UWDM) sowie galvanische STANGER-Bäder.

Damit ist auch die von *Gutmann* kritisierte **anfängliche „mangelnde Begeisterung“** und die **Zurückhaltung der Orthopä-**

den für die Chirotherapie zu erklären. **Die Chirotherapie war für sie nur eine weitere Therapiemöglichkeit**, deren Entwicklung aber durchaus mit Interesse verfolgt wurde, alsbald auch zunehmende und Anwendung fand, ganz abgesehen davon, dass Orthopäden bei der Entwicklung der manuellen Medizin maßgeblich mitwirkten, wie bereits ausgeführt wurde.

Die spätere Äußerung von *Cramer* im Geschichtsbuch, „dass die Manuelle Medizin **den Orthopäden unverdient in den Schoß gefallen**“ sei, beruht auf der verengten Sicht der Anfangszeit der FAC, ist aber in ihrer Verallgemeinerung unhaltbar.

Die **anfängliche Ablehnung der Chiropraktik** durch den damaligen Heidelberger Lehrstuhlinhaber für Orthopädie, **Prof. Kurt Lindemann**, bezog sich vor allem auf deren **wissenschaftlich unhaltbare Hypothesen**, dass **alle Krankheiten** entweder von den Ileosakralgelenken oder den Kopfgelenken ausgingen.

Hier sei deshalb nochmals herausgestellt, dass die **erste Einführung** der Chiropraktik nach dem 2. Weltkrieg in die deutsche Medizin an der **Orthopädischen Universitätsklinik Gießen** erfolgt ist und der von dort hervorgehende **Dr. Karl Sell** nachfolgend als Chefarzt der Orthopädischen Reha-Klinik in Isny-Neutrauchburg die Manualthherapie maßgeblich weiterentwickelt, als Erster Lehrkurse abgehalten, die **„Ärztegesellschaft für Manuelle Medizin der Wirbelsäule und Extremitäten“** geschaffen und später maßgeblich zur Gründung der Deutschen Gesellschaft für Manuelle Medizin beigetragen hat.

Auch ist hier nochmals festzustellen, dass der zuerst in England tätige **Orthopäde Dr. Frederick** nach dem 2. Weltkrieg in München das erste orthopädisch-

osteopathische Institut gegründet und bei der FAC sowie MWE als Kurslehrer mitgewirkt hat.

Auch die Behauptung von *Gutmann*, dass die Entwicklung der manuellen Medizin „**hauptsächlich praktischen Ärzten**“ zu verdanken sei, ist unzutreffend. An der Gründung der FAC durch *Albert Cramer* 1953 und deren Weiterentwicklung haben auch Fachärzte, vor allem die **Chirurgen** Dr. *Biedermann*, Prof. *Zuschwerdt* und Dr. *Sollmann*, aber auch die **Internisten** Prof. *Gutzeit*, Prof. *Litzner*, Prof. *Walther* u. a. sowie die **Röntgenologen** Dr. *Walther*, Dr. *Doering*, der HNO-Professor *Moritz* und auch **Orthopäden** mitgewirkt, insbesondere Dr. *Sell* und Dr. *Frisch*. Die FAC-Gründung war also **keine** ausschließliche „Praktiker-Leistung“, sondern – unbeschadet der grundlegenden Organisationsleistung von *Cramer* und sodann *Gutmann* – **interdisziplinäres Unterfangen**. Mitwirkung von Universitätsprofessoren, Chefarzten und insbesondere auch von Orthopäden.

Dabei sei insbesondere nochmals auf die Unterstützung der FAC-Gründung durch den orthopädischen Lehrstuhlinhaber in Hamburg, **Prof. Mau** verwiesen, welche von *Cramer* selbst hoch anerkannt wurde. Es sei jedoch unbestritten, dass die niedergelassenen Praktiker *Albert* und *Dietrich Cramer*, *Gutmann*, *Biedermann*, *Sollmann*, *Frisch* u. a. die anfängliche **„Kerntruppe“** der FAC waren, andererseits aber auch dass Orthopäden dann bei der Entwicklung der manuellen Medizin in **verdientvoller Weise** mitgewirkt haben.

Im übrigen war die Orthopädie in der Nachkriegszeit vor allem mit der **Weiterentwicklung der modernen orthopädischen Chirurgie** beschäftigt. Insbesondere war es mit den modernen **operativen Eingriffen an der Wirbelsäule** nämlich **Nukleotomien**, knöchernen Dekompressions-

operationen, **Spondylodesen** möglich, **konservativ therapieresistente Krankheitsfälle** zu heilen. Leichtere Schäden der Gliedmaßengelenke konnten durch **endoskopische Operationen** und schwere Gelenkzerstörungen durch den modernen **endoprothetischen Gelenkersatz** entscheidend gebessert werden. Hier fanden seit 1950 weit über die konservativen Behandlungsmöglichkeiten hinausgehende großartige Fortschritte statt.

Die **Unfallchirurgie** erzielte vor allem bei der Behandlung des **Polytraumas** und mit der Weiterentwicklung der **Osteosynthese** große Fortschritte in der operativen Knochenbruchbehandlung.

Ungeachtet dieser operativen Schwerpunktbildung in der Orthopädie haben jedoch die vorwiegend **konservativ tätigen Orthopäden in Praxis und Rehabilitationskliniken** die **Bedeutung der Manuellen Medizin** als **zusätzliche spezielle konservative Behandlungsmethode** durchaus erkannt und deren Weiterentwicklung maßgeblich mitgetragen. Fachärzte für Orthopädie stellen schon seit etwa 1960 einen **Großteil der Mitgliedschaft der FAC und insbesondere MWE**. Es wäre interessant den prozentualen Anteil von Orthopäden an der Mitgliedschaft zu erfahren. Meine eigenen schriftlichen Anfragen bei der FAC/DGMM bei Dr. *Pszolla* und Prof. *Beyer*/Jena wurden aber leider nicht beantwortet.

Die Chirotherapie ist **heute** – wie mir meine zahlreichen konservativ tätigen Schüler in Klinik und Praxis bestätigen – in durchaus **adäquater Weise in das gesamte orthopädische Behandlungsspektrum integriert**. Insofern wurde damit eigentlich das von *Albert Cramer* ursprünglich angestrebte Ziel der **Zusammenarbeit** mit der Orthopädie

durchaus erreicht. M. E. besteht heute eine **fruchtbare Kooperation** zwischen der interdisziplinären manuellen Medizin und der Orthopädie.

Albert Cramer musste jedoch dabei in Kauf nehmen, dass die grundlegend orthopädisch weitergebildeten Ärzte (mit 6-jähriger Facharzt-Weiterbildungszeit und praktischer Berufserfahrung) verständlicherweise **bessere Voraussetzungen** für die Zusatzweiterbildung in der Manuellen Medizin mitbringen als Allgemeinärzte oder Ärzte anderer Fachrichtungen, und dass sie natürlich auch im Gesellschaftsverband der DGMM in **führende Positionen** aufgerückt sind.

Im Unterschied zu *Cramer* hat **Gutmann** als langjährig weiterwirkender führender Manualtherapeut die positive Mitwirkung der Orthopädie an der Manualtherapie schließlich durchaus **anerkannt**. In seinem Beitrag zum Geschichtsbuch von *Cramer* hat er 1990 festgestellt, dass die Manuelle Medizin vor allem „**in der Orthopädie eine Heimat gefunden**“ hat. Er hielt sogar einen **gesellschaftlichen Zusammenschluss** der Manuellen Medizin mit der Konservativen Orthopädie zu einem **gemeinsamen Fach** für möglich. Meines Erachtens wäre jedoch sowohl die grundsätzliche **Aufspaltung der Orthopädie** in zwei voneinander abgegrenzte konservative und operative Fachgebiete wie der Ausschluss der Allgemeinmedizin und anderer Medizinfächer von der Zusatzweiterbildung in der Manuellen Medizin gewiss **nachteilig**. Die orthopädischen Patienten sollten auch weiterhin innerhalb des gesamten orthopädisch-unfallchirurgischen Fachgebietes alle erforderlichen Behandlungsmöglichkeiten finden.

Der große Umfang des neuen gemeinsamen Kombinationsfachgebietes Orthopädie – Unfallchirurgie verlangt jedoch eine

fachinterne Schwerpunktbildung für konservative Orthopädie, orthopädische Chirurgie und Unfallchirurgie, um die erforderliche Spezialbehandlung der Patienten innerhalb des Faches zu gewährleisten. Allerdings ist dann eine **enge Zusammenarbeit** der Schwerpunkte in Gemeinschaftspraxen und den Klinik-Abteilungen erforderlich. Nur dann ist eine lückenlose **integrale orthopädische Spezialbehandlung** gewährleistet.

Allerdings halte ich es für wünschenswert, hierfür **Extrordinariate für konservative Orthopädie** einzurichten, in denen dieser Behandlungsschwerpunkt in Forschung, Lehre und Weiterbildung neben der orthopädischen Chirurgie und Unfallchirurgie in besonderer Weise betrieben wird, **einschließlich der orthopädisch relevanten Chirotherapie bzw. manuellen Medizin**.

Die Befürchtung von *Albert Cramer* einer drohenden „**völligen Einvernahme**“ der Manuellen Medizin durch die Orthopädie ist jedoch **unbegründet**, solange die Manuelle Medizin ihren **interdisziplinären methodischen Charakter** beibehält und die Zusatzbezeichnung „Chirotherapie“ bzw. „Manuelle Medizin“ auch anderen **Fachgebieten** offen steht, insbesondere der Allgemeinmedizin und Physikalischen Medizin. Sie ist ein methodisches Fach, welches in eine Reihe von Organfächern hineinreicht, aber natürlich vor allem in die **Orthopädie als Hauptfachgebiet für den Stütz- und Bewegungsapparat** bzw. das „**muskulo-skeletäre System**“.

Während die Manuelle Medizin eigentlich eine **spezielle symptomatische Behandlung** von **mechanischen „blockierenden“ Funktionsstörungen** der Wirbelsäule und der Gelenke mit Handgrifftechniken

betreibt, strebt die Orthopädie eine **umfassende kausale und symptomatische Therapie** sowie **Rehabilitation aller dort vorkommenden Krankheiten und Verletzungen** mit den **bestgeeigneten aller möglichen** medikamentösen, physikalischen, operativen und technischen Behandlungsmaßnahmen an und **gegebenenfalls auch der Chirotherapie**.

Es erscheint mir günstig, dass innerhalb der Deutschen Orthopädischen Gesellschaft (DGOOC) auf Anregung von Dr. H. P. Bischoff längst ein **eigener Arbeitskreis Manuelle Medizin (AK 14)** eingerichtet wurde, der die speziellen orthopädischen Aspekte der Chirotherapie und unter ihrem derzeitigen Vorsitzenden, dem Bischoff-Schüler **Dr. Locher**, eine enge Zusammenarbeit mit der DGMM pflegt.

34. Die Persönlichkeit Albert Cramers

Albert Cramer besaß eine große geisteswissenschaftliche, sprachliche, schriftstellerische und organisatorische **Begabung und eine hervorragende Allgemeinbildung**, die er insbesondere für die Entwicklung der Manuellen Medizin einsetzte. Prof. Graf-Baumann hat ihm in seinem kurzen Nachruf auch **großen Kenntnisreichtum** und eine überlegene, in Diskussionen gefürchtete **Redebegabung** bescheinigt. Er wird auch als **begeisternder Kurslehrer** geschildert.

Er hatte **großes Interesse für alle Geisteswissenschaften**, insbesondere für Geschichte, bildende Kunst, Theaterwesen sowie klassische **Musik** und liebte vornehme **geistreiche Geselligkeit**. Sein **Hobby** war im mittleren Lebensalter das Segelbootfahren und zeitweilen vor allem das meisterhaft beherrschte **Klavierspiel**.

Albert Cramer zeichnete aber insbesondere ein **großer Fleiß**, Betriebsamkeit, „**Zucht und Ordnung**“ sowie **Wahrheitsliebe** aus.

Nach Aussage seiner Tochter Anette konnte Cramer „wenn er sich etwas in den Kopf gesetzt hatte, auch ganz schön **stur** sein“, was jedoch eine wesentliche Eigenschaft von Menschen ist, die etwas Neues und Besonderes durchsetzen können. Dies birgt aber auch die Gefahr, im Gesellschaftskreis in **Kontroversen** und vielleicht sogar ins **Abseits** zu geraten. So beschreibt Gutmann im Geschichtsbuch vor allem **heftige Auseinandersetzungen** mit Cramer im Vorstand über unterschiedliche fachwissenschaftliche und berufspolitische Auffassungen, Ziele und deren Umsetzung.

Bei **Freunden und Kollegen** war Albert Cramer hoch geschätzt und bei seinen **Patienten** sehr beliebt.

Albert Cramer war übrigens zeitweilen **evangelischer Christ** und im Alter über viele Jahre „**Kirchenältester**“ von Nienstedten mit erfolgreicher ehrenamtlicher Verwaltungstätigkeit.

Insgesamt war er nach allen vorliegenden Informationen ein **großartiger Mensch, vorbildlicher Arzt und Kulturträger**.

35. Vermächtnis des wissenschaftlichen Archivs

Albert Cramer besaß eine **große universelle Bibliothek**, insbesondere aber eine bedeutende private **wissenschaftliche Archiv-Sammlung über Manuelle Medizin** mit zahlreichen Fachbüchern, Sonderdrucken, Dokumenten und Fotografien. Nach Abschluss seiner Arbeit am Geschichtsbuch hat er diese Hinterlassenschaft der **FIMM** vermacht, deren Verbleib aber

anscheinend ungewiss ist. Es wäre wünschenswert, wenn diese Sammlung wieder aufgefunden und wohl am besten dem **Seminararchiv in Boppard** eingegliedert werden könnte.

36. Alter, Tod und Begräbnis

Im höheren Alter litt Albert Cramer – trotz weiterer Rauchabstinenz – an einer fortschreitenden Koronarsklerose und zunehmenden Herzschwäche. Er konnte sich auch dabei nicht für eine in dieser Zeit schon sehr sichere Bypassoperation entschließen und nahm lieber Einschränkungen hin.

Zwecks besserer allgemeiner und ärztlicher Versorgung verbrachte er seine letzte Lebenszeit in den renommierten **Hamburger Altersstift „Augustinum“** (mit aufmerksamer Betreuung durch seine Familie).

Am 30.11.2008 erlag er (in früherer Erwartung eines Besuches seiner Ehefrau) einem gnädigen Sekundenherztod.

Die **Trauerfeier** fand in der Nienstedter Kirche unter großer allgemeiner Anteilnahme statt. Die musikalische Umrahmung vollführte der Chor seiner zahlreichen Enkel.

Seine **Urnenbeisetzung** erfolgte in einem **Familiengrab** auf dem dortigen Friedhof.

37. Posthume Ehrung

Albert Cramer verdient im Kreis der Manuellen Medizin ein **bleibendes ehrendes Gedenken**.

Unbeschadet der lange zurückliegenden Verleihung der **Goldenen Ehrennadel** 1973 für seine **Leistungen in der Gründer- und Aufbauzeit**, hätte Albert Cramer für sein **manualtherapeutisches Lebenswerk** längst die Verleihung der Ehrenmitgliedschaft der DGMM verdient, die ihm zu Lebzeiten

leider nicht zuteil wurde. Ich möchte deshalb hier die **Anregung** geben, dieselbe bei nächster guter Gelegenheit **posthum** in feierlicher Form nachzuvollziehen.

Weiter gebe ich hier der DGMM auch die Anregung, in ihrem Zeitschriftenorgan „Manuelle Medizin“ von Zeit zu Zeit ein **aktualisiertes Mitgliederverzeichnis** (mit akademischen Titeln, Facharztbezeichnungen und Anschrift) herauszugeben und dabei eine **„ewige Ehren-tafel“** fortzuführen, die neben den früheren Präsidenten (mit Amtszeit) die Träger der Goldenen Ehrennadel und insbesondere die **Ehrenmitglieder** benennt, wie dies bei anderen renommierten wissenschaftlichen Gesellschaften erfolgt, beispielsweise der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie (DGOOC), der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU), der Deutschen Gesellschaft für Plastische- und Wiederherstellungschirurgie u. a.. Dies trägt wesentlich zum **Traditionsbewusstsein einer Gesellschaft** bei.

Außerdem möchte ich die Anregung geben, das Gedächtnis an die **besonders verdienten Gründerväter** der Gesellschaft auch durch **Benennung von vereinseigenen Einrichtungen** wach zu halten.

Für Dr. *Karl Sell* wurde mit der Benennung des Ärzteseminars der MWE in Isny-Neutrauchburg bereits eine bleibende Erinnerung geschaffen

Dr. *Gutmann* hat sich mit der „Klinik für Manuelle Medizin“ in Bad Hamm auch ein bleibendes Denkmal gesetzt, das jedoch nach Prof. *Gutzeit* benannt wurde. Es besteht hier aber vielleicht die Möglichkeit, einen wesentlichen Gebäudeteil nach ihm zu benennen („*Gutmann-Haus*“).

Ein weiterer Vorschlag hierzu wäre, vielleicht das **neue Ärzteseminar und Lehrzentrum in Boppard** nach dem diesbezüglich besonders verdienten langjährigen Organisationsleiter und FAC-Vorsitzenden Dr. *Herbert Frisch* zu benennen und die dortigen **Vortrags- und Kursäle** nach anderen hochverdienten früheren Funktionsträgern, nämlich **vorab Dr. Albert Cramer** sowie Dr. *Biedermann*, Dr. *H. D. Wolff*, Dr. *H. D. Neumann* und Dr. *A. Moehle*, und mit dem Aufhängen großer Portraitgrafien mit ihren Lebens- und Amtsdaten an sie zu erinnern.

Ich schließe diesen zeitgeschichtlichen Nachruf auf Dr. *Albert Cramer* mit dem lapidaren Satz des berühmten römischen Rechtsschöpfers und Politikers *Marcus Tullius Cicero* (100 – 43 v. Chr.), der in seinem

Buch über die Schuldverhältnisse schrieb: **„Nullum debi-tum urgentium quam gratitudo“ – keine Bringschuld ist dringlicher als die Dankbarkeit.**

Die FAC/DGMM kann sich glücklich schätzen, dass am Beginn ihres Gesellschaftslebens eine so großartige und vorbildliche Persönlichkeit wie Dr. *Albert Cramer* steht. Er hat für sie die wichtigsten Grundlagen geschaffen.

Homburg/Saar, Dezember 2010

Heinz Mittelmeier

Verdankung

Besonderer Dank gebührt Frau Dr. *Anette Cramer Schmidt-Thomas* für die Überlassung wichtiger schriftlicher Unterlagen und ihre aufklärende Mithilfe sowie familiären Fotounterlagen.

Weiter danke ich meinem Sohn, Prof. Dr. *Wolfram Mittelmeier*/Rostock und Dr. *H. P. Bischoff*/Isny für die kritische Durchsicht des Manuskriptes und einige Korrekturanregungen.

Letztlich danke ich aber auch meinen beiden Sekretärinnen, Frau Hannelore Werner und Frau Annelore Schneider für die Niederschrift der Literatúrauszüge und des Manuskriptes.

Schrifttumsverzeichnis von Albert Cramer (in chronologischer Reihenfolge)

1. Carcinom-Spontanheilungen. In: Hamburger Ärzteblatt um 1950/51 (kein Drucknachweis)
2. Die Blockierung der Wirbelsäulenbewegung als Krankheitsfaktor...". In: Neuralmedizin, Hippokrates Verlag 2/6, S. 323-331 (1954)
3. Chiropraktik in der biologischen Praxis. Ringelheimer biolog. Umschau 1/54
4. Ausdruckscharakter der Haltung der Wirbelsäule in der Umgangssprache. Hippokrates, Stuttgart, 25, 15, S. 469, 1954
5. Die Technik des Dressement am Atlas und an der Halswirbelsäule, Artikelfolge 7 in Erfahrungsheilkunde, Haug Verlag, 5-12, 1954
6. Statik, Dynamik und Chiropraktik. Hippokrates, 1/26, S. 21-24, 1955
7. Becken, Statik und Chiropraktik. Hippokrates, 3/26, S. 83-85, 1955
8. Lehrbuch der Chiropraktik. Haug Verlag, Ulm, 1955
9. Die funktionelle Röntgendiagnostik des Beckenrings. Hippokrates, 11/26, S. 332-334, 1955
10. Atlas, Statik und Chiropraktik. Hippokrates, 2/26, S. 52-57, 1955
11. Chiropraktik und Ersatzkassenabrechnung. Deutsches Ärzteblatt, 40/23, S. 654 ff., 1955
12. Zur Wirbelsäulendynamik. Dt. Orthop. Gesellschaft., Kongressband, Enke, 1956
13. Zur Funktion der Iliolumbosacralverbindung. Hippokrates, 10/27, S. 263 ff., 1956
13. Röntgenologie der Wirbelsäule. Ärztl. Praxis, 8/14, 1956
14. Neigungsgehbahn. Archiv phys. Therapie, 6/9, Thieme Verlag, 1957
15. Freibahnen von Extremitätengelenken. Übersetzung von Frigjoring av extremitetetsledd. Übersetzung aus dem Norwegischen, 1957. Erwähnt u.a. in der 12. Aufl. des Lehrbuches gleichen Titels von Freddy Kaltenborn, ISBN 82-7054-029-3 (Norli, Oslo, Norwegen), das – außer in Deutsch und Norwegisch – in 17 weiteren Sprachen vorliegt.
16. Möglichkeiten manueller und instrumenteller Behandlung der vertebrae Störungen im Bewegungssegment. Therapiewoche, 7/12, S. 358, 1957
17. Kreuzschmerz und Irradiation. Hippokrates, 22/30, S. 1-6, 1959
18. Manuelle Verfahren an Wirbelsäule und Gelenken. In Ärztl. Sammelblätter, 3/49, Franckh'sche Verlagsbuchhandlung, Stuttgart, 1960
19. Therapie mit Mikrowellen. Ärztl. Praxis I/15, S. 38-40, Banaschewski, 1961
20. Einige seltenere angeborene oder erworbene Veränderungen der Wirbelsäule. In Sammel- und Kongressband, Hackenbroch-Gesellschaft für Wirbelsäulenforschung, Hippokrates, 1961
21. Genickfunktion und Halskyphose. Zeitschrift für Unfallmedizin und Berufskrankheiten, 4, S. 237-242, 1961
22. Wachstum und Alterung. Manuelle Therapie, 1962
23. Schultersteifen. Phys. diätet. Therapie, VI, 1962
24. Entwicklungsstörungen am Dens epistrophei. Fachschr. f. Rö-Str. 2/99, 1963
25. Wirbelsäule und Fuß. In „Biologie der Lebensführung“, Neue Dt. Schule-Verlag, Essen, 1964
26. Manuelle Therapie d. Atlanto-Occipitalregion. Internat. Kongr., Phys.med. Kongressband, 1964, Paris (Excerpta medica Verlag, Amsterdam)
27. Gymnastik als Behandlungsprinzip. Phys. diät. Therapie 2/5, 1964
28. Dens bicornis. In Sammelband Wirbelsäule in Forschung u. Praxis, Hippokrates, 1964
29. Iliosacralmechanik. Asklepios 9/6, Blume Verlag, Uelzen, 1965
30. Zur Chirotherapie des Cervicalsyndroms. In: Phys.Med. & Rehabil. 3/8, 1967
31. Die Malaise mit den Kindern. Dt. Ärzteblatt 16, S. 111-112, 1969
32. Kopfhaltung und Nackenschmerz. München. Med. Wochenschrift, 37/111, S. 1876, 1969
33. Geste und Gebärde in der Pathologie der Haltung. Medizinische Welt, 35/21, S. 1487-1489, Schattauer Verlag, 1970
34. Strukturen des vorsprachlichen Eindrucks und Ausdrucksverhaltens in der Leidensgebärde. In: Der Nervenarzt 42, S. 607-609, Springer Verlag, 1972
35. Menschliche Verhaltensstrukturen im Leidensgebaren. Z. für Psychotherapie und med. Psychologie 23, S. 99-108, Thieme, 1973
36. Drogenabhängigkeit in Hamburg. Hamburger Ärzteblatt 2, 1975
37. Zur Kausalität der Lärmschwerhörigkeit. Arbeitsmedizin-Sozialmedizin-Präventivmedizin 1/14, S. 27-28, Genter Verlag, 1979
38. Nach Öland der Geschichte wegen. Nachrichten des Segelvereins A-Övelgönne 4, 1980
39. Beleuchtung mit künstlichem Licht. In: Arbeitsmed. Grundlagenlehrgang, H. Hoffmann Verlag, 1981
40. Zuversichtliches zur Arbeitsmedizin. A.S.P. 9/14, Zeitschrift für Unfallmedizin und Berufskrankheiten, 1982
41. Warum meine Patienten husten. Medical Tribune 2/7, 1984
42. Beckenringverwringung und Iliosacralblockierung. Z. f. Manuelle Medizin, S. 108-125, Springer Verlag, 1987

43. Geschichte der manuellen Medizin. Springer Verlag Heidelberg, Berlin, 1990
44. Wertigkeit einiger klinischer Funktionstests des Iliosacralgelenkes. Z. f. Manuelle Medizin, Springer Verlag, 1992
45. Gezielte manuelle Beeinflussung der oberen Atlasgelenke. Z. f. Manuelle Medizin, 32, 1994
46. Manuelle Therapie der Atlasgelenke (Cramergriff). Selbstverlag, ISBN 3-00-002141-08, 1997
47. Haltung und Bewusstsein. Ein Blick auf die Wirbelsäule. In: Menschl. Bewusstsein, Sammelband, Walter-Verlag Düsseldorf, Zürich, 1998
48. Kiefergelenk – Atlasgelenke. Manuelle Medizin 3 und Manuelle Therapie 3/9, Thieme, 1999
49. Methoden der manuellen Therapie. In: Manuelle Therapie, 2, 2002, Thieme, Editorial
50. Neue Erfahrungen zu einem alten Problem. Manuelle Medizin, S. 66, 2003
51. Zeitfenster in der manuellen Therapie. Manuelle Medizin 3, S. 233-234, 2004
52. Einfluss der Positionierung bei Manualtherapie. Manuelle Medizin 3, 2006
53. Asymmetrien der occipito-cervicalen Region. Manuelle Medizin 4, S. 346, 2006

Literatur

- Beyer, L., R. Kayser:* Die manuelle Medizin ist ein unverzichtbares Werkzeug des Arztes. Editorial. Man. Med., H. 4 (2009) 233-234.
- Biedermann, F.:* Grundsätzliches zur Chiropraktik vom ärztlichen Standpunkt aus. Haug, Ulm, 1954. (Später 8 Auflagen, darunter eine englische in USA).
- ders.: Entstehung, Entwicklung und wissenschaftliche Arbeit der FAC und des Ärzteseminars Hamm der DGMM. Man. Med. 12 (1974) 102-109.
 - ders.: Von der Chiropraktik zur manuellen Medizin. (Die grundlegenden Vorträge von 1952). Verlag f. Medizin, Heidelberg, 1987.
- Biehl, G., G. Peters:* Behandlungsergebnisse bei 450 Bandscheibenoperationen (ab 1964). Z. Orthop. 112, 1974.
- Biehl, G.:* Subjektive Ergebnisbeurteilung bei 640 Bandscheibenoperationen aufgrund einer Fragebogenaktion (ab 1964). Z. Orthop. 109 (1971) 836-847.
- Cramer, A.:* Lehrbuch der Chiropraktik der Wirbelsäule. Haug, Ulm, 1955.
- Cramer, A., J. Doering, G. Gutmann:* Geschichte der Manuellen Medizin. Springer, Heidelberg, 1990.
- Cramer, A.:* Manuelle Therapie des Atlas-Gelenkes („Der Cramergriff“). Drehzug-Kontakt-Technik. Eigenverlag, Ibbenbüren, 1997.
- Doering, J.:* Einfluss der Chirotherapie (heute „Manuelle Medizin“) auf die Röntgen-diagnostische Entwicklung. – In Cramers „Geschichte der Manuellen Medizin“, Kapitel 6, Springer, Heidelberg (1990) 220-244.
- Eichler, J.:* Manuelle Medizin (Chirotherapie). Handb. d. Orthopädie, Bd. 2, Thieme, Stuttgart, 1981.
- Frisch, H.:* Programmierte Untersuchung des Bewegungsapparates. Springer, Heidelberg, 1983.
- Graf-Baumann, T.:* Zum Tode von Dr. Albert Cramer. Man. Med., H. 4 (2009) 267.
- Güntz, E.:* Die Erkrankungen der Zwischenwirbelgelenke. Arch. orthop. Unf. Chir. 34, 1934.
- ders.: Haltungsveränderungen der Wirbelsäule bei Erkrankungen der Zwischenwirbelscheiben und ihre Beziehungen zu Rückenschmerzen. Röntgenpraxis 8, 1936.
 - ders.: Schmerzen und Leistungsstörungen bei Erkrankungen der Wirbelsäule. Enke, Stuttgart, 1937.
 - ders.: Wirbelsäule und Becken in Ruhe und Bewegung. Hb. Orthop., Bd. II, Thieme, Stuttgart (1957) 1 ff.
 - ders.: Begutachtungsfragen der Wirbelsäule. Hb. Orthop., Bd. II, S. 899 ff., Thieme, Stuttgart, 1958.
- Gutmann, G.:* Die obere Halswirbelsäule im Krankheitsgeschehen. Neuralmedizin Bd. 1 (1953) 1 ff.
- ders.: Die manuelle Wirbelsäulenthherapie als rationelle ärztliche Behandlung. In: AHH (Hrsg.) zur funktionellen Pathologie und Therapie der Wirbelsäule (1956) 183-190.
 - ders.: HWS und Durchblutungsstörungen in der Vertebrealis-Basilaris-Strombahn. Die Wirbelsäule in Forschung und Praxis, Bd. 25, Hippokrates, Stuttgart (1962) 138-155.
 - ders.: Spezielle Röntgen-Diagnostik zur Chirotherapie. Orthop. Praxis 6 (1970) 43-58.
 - ders.: Der zervikale Kopfschmerz. Z. Allg. Med. 47 (1971) 996-1007.
 - ders.: Die Schleuderverletzung der Halswirbelsäule. Man. Med. 14 (1976) 17-27.
 - ders.: Das subforaminale Kompressions-Syndrom. In: *Neumann, H.D., Wolff, H.D.* (Hrsg.) „Theoretische Fortschritte und praktische Erfahrungen der Manuellen Medizin“, 6. Kongress FIMM, Baden-Baden. Konkordia, Bühl (1979) 281-288.
 - ders.: Die Halswirbelsäule. In: *Gutmann, G.* (Hrsg.) „Funktionelle Pathologie und Klinik der Wirbelsäule“. Fischer, Stuttgart, 1981.

- ders.: Beitrag zur Geschichte der Manuellen Medizin. In: *Cramer et al.*: Geschichte der Manuellen Medizin. Springer, Heidelberg (1990) 50-113.
 - ders.: Geschichte der Klinik für Manuelle Medizin in Hamm/NRW. In: „Geschichte der Manuellen Medizin“ von *Cramer et al.* Springer, Heidelberg, 1990.
 - ders.: Die funktionsanalytische Röntgendiagnostik der Halswirbelsäule und der Kopf Gelenke. Fischer, Stuttgart, 1981.
- (Hier umfangreiches Literaturverzeichnis von Gutmann S. 196-197).
- Hülse, M.*: Die zervikalen Gleichgewichtsstörungen. Springer, Berlin, 1983.
- Illi, A.*: Wirbelsäule, Becken, Chiropraktik (Übersetzung a. d. Französischen). Haug, Saugau, 1953.
- Junghanns, H.*: Häufigkeit und klinisches Bild der Spondylosis deformans. Arch. klin.Chir. 166, 1931.
- Kaltenborn, F.*: Manuelle Therapie der Extremitätengelenke (Übersetzung a. d. Norwegischen von A. Cramer). Eigenverlag der DGMM, Hamm, 1973.
- Keher, P., A. Jung*: Chirurgie der Arteria vertebralis an den Bewegungssegmenten der Halswirbelsäule. In: *Gutmann* (Hrsg.): Funktionelle Pathologie und Klinik der Wirbelsäule. Fischer, Stuttgart, 1985.
- Lange, M.*: Die Wirbelgelenke. Enke, Stuttgart, 1936. (1.Aufl. 1928, 2. Aufl. 1936).
- Lavezzari, R.*: Die Osteopathie. Urban & Schwarzenberg, München, 1957.
- Lewit, K.*: Manuelle Medizin im Rahmen der medizinischen Rehabilitation. Urban & Schwarzenberg, München, 1972.
- Mittelmeier, H.*: Präsidentenrede zur Eröffnung des Südd. Orthopäden-Kongresses 1968 in Baden-Baden zum Hauptthema Chirotherapie. Orthop. Praxis, 1979.
- Palmer, J. B.*: Textbook of Chiropractic, 1938.
- Peper, W.*: Technik der Chiropraktik. Haug, Ulm, 1953.
- Schmitt, O., E. Fritsch, M. Hassinger, E. Schmitt*: Epikritische Langzeitergebnisse nach lumbaler Bandscheibenoperation aus den Jahren 1965 bis 1979. Z. Orthop. (1983) 393 ff.
- Schmitt, O., E. Fritsch, M. Hassinger*: Epikritische Langzeitergebnisse nach lumbaler Bandscheibenoperation. Neuroorthopädie 2, Springer, Berlin (1984) 410-416.
- Schmitt, O.*: 20 Jahre Aufbau und Arbeit (1964-1984) an der Orthop. Univ.-Klinik Homburg /Saar. Demeter, Gräfelfing, 1984.
- Schmorl, G., H. Junghanns*: Die gesunde und kranke Wirbelsäule im Röntgenbild. Thieme, Leipzig, 1932.
- Schmorl, G.*: Über Verlagerung von Bandscheibengewebe und ihre Folgen. Arch. klin. Chir. 172, 1933.
- Simons, B.*: Die klinische Bedeutung der Zwischenwirbelscheibenschädigung. Arch. Orthop. Unf.Chir. 35, 1935.
- ders.: Röntgendiagnostik der Wirbelsäule. Fischer, Jena, 1939.
- Stoddard, A.*: Lehrbuch der osteopathischen Technik an Wirbelsäule und Becken (Übersetzung a.d. Engl.). Hippokrates, Stuttgart, 1970.
- Strohal, R.*: Leitfaden der Chiropraktik, 2. Aufl. Urban & Schwarzenberg, München, 1966.
- Tilscher, H.*: Die Rehabilitation von Wirbelsäulengestörten. Verlag f. Medizin, Heidelberg, 1975.
- Tilscher, H., M. Eder*: Schmerzsyndrome der Wirbelsäule. Hippokrates, Stuttgart, 1985.
- Wolff, H.-D.*: Neurophysiologische Aspekte der Manuellen Medizin. Springer, Berlin, 1978, 1983.
- Zenner, P.*: Die Schleuderverletzung der Halswirbelsäule und ihre Begutachtung (Inauguraldissertation Homburg /Saar. Springer, Berlin, 1987.
- Zukschwerdt, L., F. Biedermann, E. Emminger, H. Zettel*: Wirbelgelenk und Bandscheibe, 1. u. 2. Aufl., Hippokrates, Stuttgart, 1955, 1960.

Hinweise auf weitere Literaturzusammenstellungen

- Literaturanzeigen des Haug-Verlages, Ulm, im Anhang von *Cramers* „Lehrbuch der Chiropraktik“ (1955) S. 197, insbesondere über Neuraltherapie.
- Literaturverzeichnis von *H.-D. Wolff* in „Die wissenschaftlichen Grundlagen der Manuellen Medizin“. Fischer, Heidelberg, 1969.
- Literaturverzeichnis von *Gutmann* am Ende seines Beitrages über „Die Entwicklung der Geschichte für Manuelle Medizin in Hamm“ im Geschichtsbuch von *Cramer* et al., Springer (1990) 196-199.
- Literatur der jüngsten Vergangenheit“ im Anhang von *Cramers* „Geschichte der Manuellen Medizin“. Springer, Heidelberg (1990) 343-344.
- Zukschwerdt, L.*: Schriftenreihe „Die Wirbelsäule in Forschung und Praxis“. Hippokrates, Stuttgart.

Literatur Nachruf

- Beyer, L.*: Manuelle Medizin – selbstbewusst. Editorien Man. Med. 48 (2010) 425.
- Moll, H., Bischoff H.P., Graf, W., Beyer W. E., Harke, G., Beyer, L.*: „Die reversible hypomobile artikulare Dysfunktion – die Blockierung“. Man. Med. 48 (2010) 426 – 434.
- Bischoff, H.P.*: Geschichte der Manuellen Medizin in Deutschland“. Orthop. Prax. 46 (2010) 573 – 575.
- Locher, H.*: Wie funktioniert Manuelle Medizin? Orthop. Prax. 46 (2010) 576 – 583.
- Schildt-Rudloff, K.*: Manuelle Medizin an den Extremitäten – eine Übersicht. Orthop. Prax. 46 (2010) 584 – 594.
- Frey, M.*: Manuelle Medizin und Rehabilitation. Orthop. Prax. 46 (2010) 595 – 599.
- Coenen, W.*: Möglichkeiten der manuellen Medizin bei Kindern – ein Überblick. Orthop. Prax. 46 (2010) 600 – 607.
- Schemel, S.*: Manuelle Medizin in der Sportmedizin. Orthop. Prax. 46 (2010) 608 – 610.
- von Heymann, W.*: Manuelle Medizin und Osteopathie. Orthop. Prax. 46 (2010) 611 – 617.
- von Heymann, W.*: Manualmedizin und Kiefergelenk. Orthop. Prax. 46 (2010) 618 – 624.
- Knorr, U.*: Wichtige Fragen der Manuellen Medizin / Chirotherapie. Orthop. Prax. 46 (2010) 625.
- Ceballos-Baumann A. (Hrsg.): Bewegungsstörungen, 2. Aufl., Thieme, Stuttgart, 2005
- Diem, Torsten: Kraniosakrale Osteopathie (Praktisches Lehrbuch) 5. Aufl. Hippokrates, Stuttgart, 2005
- Nicholas, Alexander, S. und Nicholas I Ean A.: Atlas der osteopathischen Techniken (Übersetzung aus dem Englischen). Elsevier, Urban und Fischer, München
- Anschrift des Verfassers:*
Prof. em. Dr. med. Dr. h. c.
Heinz Mittelmeier
Am Gedünner 25
D-66424 Homburg/Saar

Osteoporose und Rheuma – molekulare Mechanismen

Professur für Internistische Rheumatologie, Osteologie, Physikalische Medizin am Zentrum Innere Medizin der Justus-Liebig-Universität Gießen – Kerckhoff-Klinik, Abteilung Rheumatologie, Klinische Immunologie, Physikalische Medizin, Osteologie, Bad Nauheim (Leiter: Prof. Dr. U. Müller-Ladner)

Zusammenfassung

Schlüsselwörter: Osteoporose – Rheuma – Knochenstoffwechsel – Remodelling – RANK/RANKL/OPG

Der Knochen als ein dynamisches Organ unterliegt einem ständigen Umbau (Remodelling). Dieser zeichnet sich durch ein ausgeglichenes Verhältnis zwischen osteoklastärer Resorption und osteoblastärem Aufbau aus. Über ein fein abgestimmtes molekulares Zusammenspiel von Hormonen, Zytokinen und Wachstumsfaktoren wird die Knochenhomöo-

stase aufrecht erhalten. Das RANK/RANKL/OPG-System ist aktiv in den Prozess der Osteoklastenreifung involviert. Die vorliegende Arbeit fokussiert auf die bisher bekannten molekularen Mechanismen und pathophysiologischen Stoffwechselprozesse des Remodelling und geht auf den Zusammenhang zwischen Osteoporose und Rheuma ein.

bereich. Die gestörte Qualität und Funktion des Knochens ist das entscheidende Kriterium für die Manifestation einer Osteoporose und erst die Fraktur mit ihren Folgen verursacht die wirkliche Erkrankung.

Per definitionem ist die Osteoporose durch eine geringe Knochendichte und mikroarchitektonische Veränderungen mit konsekutiv erhöhtem Frakturrisiko gekennzeichnet.

Knochenstoffwechsel, Remodelling

Der Knochen stellt ein festes und zugleich dynamisches Organ dar, das einem ständigen Umbauprozess („Remodelling“) unterliegt. Auf zellulärer Ebene wird der Remodelling-Prozess durch ein gekoppeltes Zusammenspiel von Osteoblasten (verantwortlich für den Knochenaufbau) und Osteoklasten (verantwortlich für den Knochenabbau) vollzogen, wobei das Gleichgewicht des Knochenstoffwechsels durch molekulare Mechanismen (Zytokine, Hormone und Wachstumsfaktoren) gewährleistet wird (1, 2). Weitere Faktoren mit gesichertem Einfluss auf den Knochenstoffwechsel betreffen das Lebensalter, Geschlecht und den

Einleitung

Sowohl die osteologische, molekularbiologische und genetische Forschung hat im Zeitalter der „bone and joint decade“ unser Wissen zum Thema Osteoporose deutlich erweitert. So gelang es einerseits genetische Defekte für diverse, klinisch seit langem bekannte, dysplastische Knochenerkrankungen zu de-

tektieren, andererseits aber auch verschiedenen Ansätzen zur Aufklärung genetischer Faktoren als Ursache für die Entstehung der Osteoporose nachzugehen. Zudem gewinnen wir zunehmende Erkenntnisse und Einsichten in die Zusammenhänge von Struktur und Funktion des Knochengewebes, quasi von der makroskopischen Anatomie bis zum Ultrastruktur-

Summary

Verlust von Östrogenen in der postmenopausalen Phase, körperliche Aktivität und diverse Medikamente (1, 2).

Über ein fein abgestimmtes Zusammenspiel von molekularen Mechanismen, Zytokinen, Hormonen und Wachstumsfaktoren wird dabei die „Knochenhomöostase“ gewährleistet. Das „RANK/RANKL/OPG-System“ (RANK: receptor activator of nuklear factor- κ B; RANKL: RANK-Ligand; OPG: Osteoprotegerin) ist aktiv an der Reifung von Osteoklasten beteiligt und ihm kommt eine wichtige Rolle bezüglich der meisten pathophysiologischen Mechanismen bei der Osteoporose zu.

Molekularbiologische Studien der letzten Jahre belegen eine enge Verzahnung zwischen Immunsystem und Knochenstoffwechsel („Osteoimmunologie“), so fungieren Zytokine als Stimulatoren der Osteoklastogenese und sind damit essenzielle Mediatoren der Knochenresorption (3). Eine suffiziente Differenzierung von Osteoklasten und Osteoblasten ist die Grundvoraussetzung für die Aufrechterhaltung eines normalen und physiologischen Knochenmetabolismus. Für die Bildung von Osteoklasten aus monozytären Vorläuferzellen ist sowohl die Anwesenheit des Macrophage Colony Stimulating Factors (MCSF) als auch des Rezeptor Antagonist of NF- κ B-Ligand (RANKL) notwendig. Bei Fehlen eines dieser Botenstoffe kommt es zum Stopp der Osteoklastenbildung mit dem Resultat einer vermehrten Knochenbildung („Osteopetrose“) (2, 4). Die Osteoblastendifferenzierung aus mesenchymalen Stammzellen unterliegt Proteinen der Wingless- (Wnt)-Familie sowie der Bone-Morphogenetic-Proteins- (BMP) bzw. Transforming-Growth-Factor- (TGF) β -Familie. Eine Störung des osteoblastären Systems resultiert in einer Osteoporose (2, 4, 5).

Keywords: osteoporosis – rheumatic diseases – bone metabolism – remodelling – RANK/RANKL/OPG

Osteoporosis and Rheumatic Diseases – Molecular Mechanisms

The bone as a dynamic organ is underlying a remodelling process, characterized by a balance between bone resorption and bone formation. A finely adjusted interaction between molecular mechanisms leads, via hormones, cytokines and growth factors, to an homeostasis of the bone metabolism.

The RANK/RANKL/OPG-system is actively involved in the differentiation and function of osteoclasts and seems to play a central role in most pathophysiological mechanisms that are actively involved in osteoporosis. The present article describes the current relevant metabolic pathways in this remodelling process especially the association between osteoporosis and rheumatic diseases.

Risikofaktor Entzündung

Der mit entzündlich-rheumatischen Erkrankungen einhergehende Knochenverlust wird per definitionem den sekundären Osteoporoseformen zugerechnet. Im Rahmen entzündlich-rheumatischer Erkrankungen treten erhöhte Mengen proinflammatorischer Zytokine auf,

zudem bedingt der Entzündungsprozess oft eine Verminderung der Mobilität. Der Einsatz antirheumatischer Medikamente (NSAIDs, DMARDs) bewirkt eine weitere Alterierung des Knochenmetabolismus. Unter einer Glukokortikoid-Medikation kann der Knochenmasseverlust in den ersten 3-12 Monaten extrem hoch sein (bis

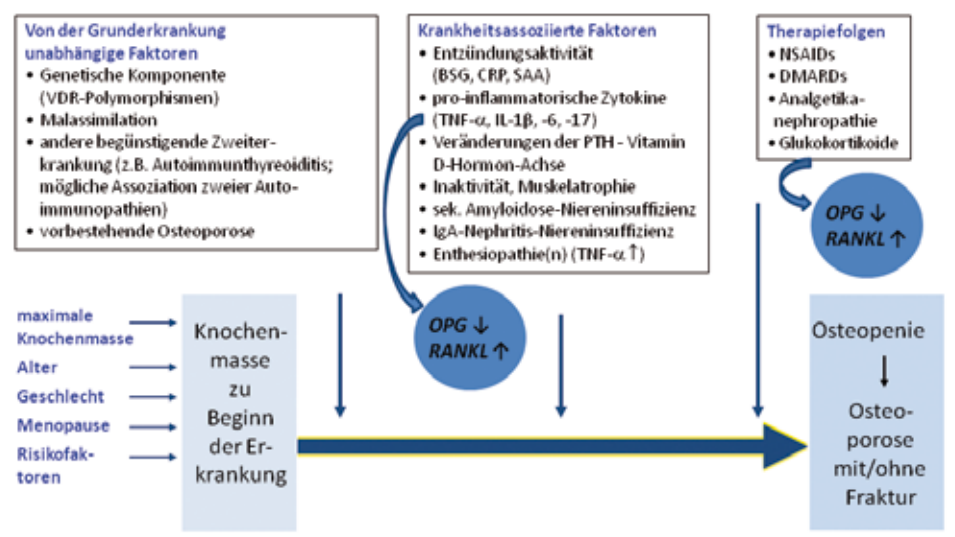


Abb. 1: Entzündlich-rheumatische Erkrankungen und Knochen.

zu 20% Spitzenknochenmasseverlust im ersten Jahr: „very high turnover“ bzw. „fast looser“) (6). In Abbildung 1 sind die pathogenetischen Aspekte des Knochenmasseverlustes bei entzündlich-rheumatischen Erkrankungen schematisch dargestellt.

Bei der rheumatoiden Arthritis (RA) ist bereits nach einigen Wochen eine gelenknahe (juxtaartikuläre) Osteoporose zu sehen, wobei dieses Früh-symptom und diagnostische Kriterium durch eine suffiziente antiinflammatorische Therapie reversibel ist. Bei noch nicht vollständig geklärter Ätiologie werden u.a. proinflammatorische Zytokine mit parakrinen und systemischen Wirkungen diskutiert. Als Spätkomplikation zeigt sich bei der RA oft eine generalisierte (systemische) Osteoporose. Bei der ankylosierenden Spondylitis (AS; sog. „Morbus Bechterew“) kommt es ebenfalls bei etwa 1/3 der Patienten zur Entwicklung einer Os-

teoporose im Stadium der noch nicht fixierten Wirbelsäulenankylose, so dass eine verminderte Mobilität hier keine dominierende Rolle spielt. Bekannt sind hier als Ursache u.a. eine Alterierung der Parathormon-Vitamin D-Hormon-Achse, erhöhte antiinflammatorische Zytokinpiegel und Polymorphismen im Vitamin D-Rezeptor-Gen (7). In einer neueren Untersuchung konnte unsere Arbeitsgruppe prospektiv über 2 Jahre unter einer TNF-Blockadetherapie bei RA als auch AS einen osteoprotektiven Effekt belegen (8). Aber auch bei der progressiven systemischen Sklerodermie und den Kollagenosen sind Knochendichteminderungen in einem nicht unerheblichen Prozentsatz bekannt (9). Ebenso wurden Knochendichteminderungen unter Zytostatika und Heparintherapie beobachtet, wie auch beim CRPS (früher Algodystrophie bzw. Sudeck'sche Dystrophie).

Molekulare Mechanismen der Entzündungsmediatoren

Im Rahmen des Entzündungsgeschehens wird insbesondere der Einfluss proinflammatorischer Zytokine auf den Knochenstoffwechsel in Form eines Knochenmasseverlustes evident: Tumor-Nekrose-Faktor- α (TNF- α), Interleukin 1 (IL-1), Interleukin 6 (IL-6) und Interleukin 17 (IL-17) tragen zu einer erhöhten Osteoklastogenese bei (7, 9, 14-17). Erst kürzlich wurde der Zusammenhang zwischen dem Ausmaß der Entzündungsreaktion und dem Knochenstoffwechsel mit Frakturneigung nachgewiesen: Frauen und Männer mit einem C-reaktiven Protein (CRP) von > 3 mg/l hatten ein 8fach erhöhtes Frakturrisiko im Vergleich zu Gleichaltrigen mit einem CRP < 1 mg/l. Es zeigte sich zudem im CRP-Bereich $< 7,5$ mg/l eine inverse Relation zwischen Entzündung und Markern des Knochenauf- und -abbaus. Hingegen war bei höherer Entzündung (CRP $> 7,5$ mg/l) eine direkte Korrelation zwischen CRP und den Knochenresorptionsmarkern gegeben (3). Diese Resultate deuten darauf hin, dass höhere Mengen an Zytokinen überwiegend die Osteoklastenbildung und Knochenresorption steigern.

Die durch Osteoklasten vermittelte Knochenresorption wird insbesondere durch die Schlüsselregulatoren RANK-Ligand (RANKL), dessen Rezeptor RANK (receptor activator of nuclear factor-B) und durch Osteoprotegerin (OPG) vermittelt. Das RANK/RANKL/OPG-System spielt eine zentrale Rolle beim Knochenumbau und somit bei der Osteoporoseentstehung (10, 11). RANKL wird u.a. durch Osteoblasten exprimiert und spielt eine entscheidende Rolle bei der Osteoklastendifferenzierung aus Vorläuferzellen. RANKL bindet

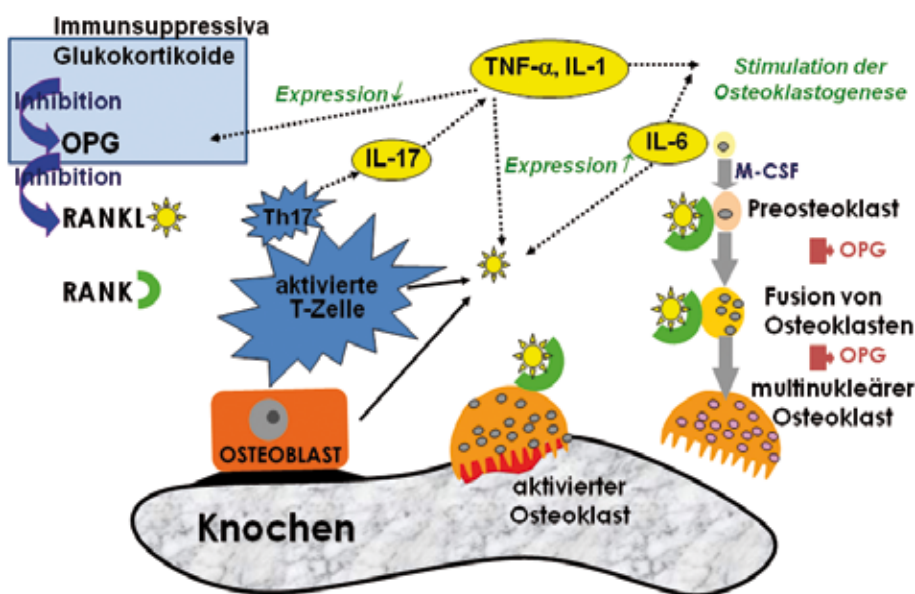


Abb. 2: Proinflammatorische Zytokinkaskade bei entzündlich-rheumatischen Erkrankungen.

an seinen Rezeptor RANK, der u.a. von Vorläuferzellen der Osteoklasten exprimiert wird und aktiviert nach seiner Bindung zelluläre Signaltransduktionskaskaden, die in einer Aktivierung von Osteoklasten resultieren. Bei der Interaktion von RANKL und RANK auf reifen Osteoklasten führt dies zu deren Aktivierung und einer erhöhten Überlebensrate. OPG wird u.a. von Osteoblasten gebildet und dient als Decoyrezeptor für RANKL; durch seine Bindung an RANKL kann OPG dessen Wirkung neutralisieren. Somit ist OPG als ein physiologischer Regulator der Knochenhomöostase zu sehen.

Theoretisch betrachtet bewirkt ein erhöhtes Verhältnis von RANKL zu OPG am Knochen einen Knochenverlust (11).

Bei entzündlich-rheumatischen Erkrankungen sind Zytokine mit knochenresorptiver Potenz, wie RANKL, TNF- α , IL-1 β , IL-6 und IL-17, von zentraler Bedeutung (Abb. 2).

TNF- α erhöht die Osteoklastenbildung durch Induktion von RANKL auf mesenchymalen Zellen und aktivierten T-Lymphozyten (12) und fördert zudem direkt die Osteoklastogenese über Bindung an den TNF-Rezeptor-1 an der Oberfläche von Monozyten. Eine Reihe von klinischen Untersuchungen bei rheumatoider Arthritis und ankylosierender Spondylitis belegen die tragende Rolle von TNF- α bei der Induktion von Osteoklasten und Knochenresorption, wobei gezeigt werden konnte, dass eine adäquate TNF- α -Hemmung die entzündungsmedierten Veränderungen des Knochenmetabolismus zu neutralisieren vermag (Anstieg der Knochenformation, Abfall der Knochenresorption) und zu einem Stopp bzw. zu einer Verlangsamung der radiomorphologisch erosiven Veränderungen bei Patienten mit rheumatoider Arthritis führt (13-15). Hierbei wird das Verhältnis von RANKL zu OPG

in Richtung Knochenhaltung verschoben, in dem OPG induziert und RANKL reduziert wird (15). Zudem kommt es unter dem Einfluss von TGF- α zur Apoptose der Osteoklasten. Der Abfall der Knochenresorption unter einer TNF- α -Hemmung dürfte durch eine verminderte direkte Stimulation der Osteoklastenbildung und auf einer reduzierten Expression von RANKL auf Entzündungszellen zurückzuführen sein. Der osteoprotektive Einfluss (Knochenneubildung) durch TNF- α konnte kürzlich durch die Aufklärung der Zusammenhänge zwischen TNF- α und knochenhemmenden Zytokinen aufgezeigt werden: TNF- α kann Wnt-Antagonisten wie Dickkopf (DKK-1) induzieren und hemmt dadurch die Knochenformation.

Dem IL-1 als proinflammatorischem Zytokin kommt ebenfalls eine zentrale Rolle im Knochenstoffwechsel zu. Es induziert nicht nur die Bildung von RANKL, sondern auch bei der TNF- α getriggerten Knochenresorption ist es essenziell: Fehlen von IL-1 limitiert deutlich die TNF- α induzierte Knochenresorption, über eine verminderte RANK-Expression, die durch IL-1 reguliert wird. Hierdurch werden die osteoklastären Vorläuferzellen resistenter auf die Stimulation durch RANKL (2).

Eine weitere interessante Schlüsselrolle im Knochenstoffwechsel spielt IL-17 in seiner Funktion als Bindeglied zwischen T-Zellen und Knochenresorption (2, 16, 17). IL-17 stammt überwiegend von Th17-Zellen, die neben proinflammatorischen Eigenschaften auch die Osteoklastenbildung fördern. Als Induktor der Expression von TNF- α und IL-1 gilt es als zentraler Trigger der Osteoklastogenese. Zudem induziert IL-17 die Produktion anderer Faktoren (u.a. IL-6, TNF- α , IL-1 β , TGF- α , G-CSF, GM-CSF). Eine Blockade von IL-17 suppri-

miert tierexperimentell die Gelenkdestruktion bei der Kollagen-induzierten Arthritis (18). Mit dem IL-6 wurde inzwischen ein weiteres Zytokin identifiziert, das über die Expression von RANKL die Osteoklastogenese stimuliert. Insbesondere bei der Osteodestruktion beim multiplen Myelom wird ihm eine wesentliche Rolle zuerkannt (19, 20).

Fazit für die Praxis

Im Praxisalltag sollte eine sekundäre Osteoporose als häufige und pathogenetisch heterogene Komplikation bei entzündlich-rheumatischen Erkrankungen stets bedacht werden. Ihr liegen pathogenetisch neben von der Grunderkrankung unabhängigen Faktoren auch krankheitsassoziierte Mechanismen und Therapiefolgen zugrunde. Zudem spielen auf zellulärer Ebene des Knochenmetabolismus eine Reihe von Faktoren eine zentrale Rolle, u.a. die oben genannten Entzündungsmediatoren beeinflussen die osteoblastäre und osteoklastäre Aktivität. Neben einer suffizienten antiinflammatorischen Therapie ist daher der rechtzeitige Einsatz einer osteoprotektiven Medikation in Erwägung zu ziehen. Auch die zurzeit in wissenschaftlicher Forschung befindlichen verschiedenen therapeutischen Möglichkeiten zur Modulation des RANK/RANKL/OPG-Systems stellen zukünftig sehr attraktive Kandidaten dar.

Literatur

1. *Hadjidakis DJ, Androulakis II:* Bone remodeling. *Ann NY Acad Sci* 102 (2006) 385-396.
2. *Neumann E, Schett G:* Knochenstoffwechsel. *Z Rheumatol* 66 (2007) 286-289.
3. *Schett G, Kiechl S, Weger S et al.:* High-sensitive C-reactive protein and risk of nontraumatic fractures in the Bruneck study. *Arch Intern Med* 166 (2006) 2495-2501.

4. Sambrook P, Cooper C: Osteoporosis. *Lancet* 367 (2006) 2010-2018.
5. Lange U, Neumann E: Knochen und Entzündung – molekulare Mechanismen, neue pathophysiologische Stoffwechselwege und innovative Therapieansätze. *Osteologie* 1 (2009) 41-44.
6. Lange U, Müller-Ladner U: Glukokortikoid-induzierte Osteoporose. *Z Rheumatol* 66 (2007) 129-138.
7. Lange U, Obermayer-Pietsch B: Genetische Aspekte zur Knochendichteminderung bei ankylosierender Spondylitis. *Z Orthop Unfall* 147 (2009) 577-581.
8. Dischereit G, Teichmann J, Müller-Ladner U, Lange U: Osteoprotective and anti-inflammatory effect of infliximab in rheumatoid arthritis and ankylosing spondylitis: a prospective study. *Osteologie Suppl* 1 (2009) S53, P52.
9. Philipp L, Saar P, Tamer I, Strunk J, Hermann W, Müller-Ladner U, Lange U: Bone mineral density, markers of bone metabolism and vitamin D metabolites in patients with systemic sclerosis. *Ann Rheum Dis* 66, Suppl 11 (2007) 219.
10. Neumann E, Gay S, Müller-Ladner U: The RANK/RANKL/osteoprotegerin system in rheumatoid arthritis: new insights from animal models. *Arthritis Rheum* 52 (2005) 2960-2967.
11. Hofbauer L, Schoppert M: Clinical implications of the osteoprotegerin/RANKL/RANK system for bone and vascular diseases. *JAMA* 292 (2004) 490-495.
12. Li P, Schwarz EM, O'Keefe RJ et al.: RANK signalling is not required for TNF-alpha-mediated increase in CD11(hi) osteoclast precursors but is essential for mature osteoclast formation in TNF-alpha-mediated inflammatory arthritis. *J Bone Miner Res* 19 (2004) 207-213.
13. Lange U, Teichmann J, Müller-Ladner U, Strunk J: Increase in bone mineral density of patients with rheumatoid arthritis treated with anti-TNF- α antibody: a prospective open-label pilot study. *Rheumatol* 44 (2005) 1546-1548.
14. Allali F, Breban M, Porcher R, Maillefert JF, Dougados M, Roux C: Increase in bone mineral density of patients with spondylarthropathy treated with anti-tumour necrosis factor α . *Ann Rheum Dis* 62 (2003) 347-349.
15. Vis M, Havaardsholm EA, Haugeberg G et al.: Evaluation of bone mineral density, bone metabolism, osteoprotegerin and RANKL serum levels during treatment with infliximab in patients with rheumatoid arthritis. *Ann Rheum Dis* 65 (2006) 1495-1499.
16. Sato K, Suematsu A, Okamoto K et al.: Th 17 functions as an osteoclastogenic helper T cell subset that links T cell activation and bone destruction. *J Exp Med* 2006; 2673-2682.
17. Kotake S, Udagawa N, Takahashi N et al.: IL-17 in synovial fluids from patients with rheumatoid arthritis is a potent stimulator of osteoclastogenesis. *J Clin Invest* 102 (1999) 1345-1352.
18. Lubberts E, Koenders MI, van den Berg WB: The role of T-Cell interleukin-17 in conducting destructive arthritis: lessons from animal models. *Arthritis Res Ther* 7 (2005) 29-37.
19. Liu XH, Kirschenbaum A, Yao S, Levine AC: Interactive effect of interleukin-6 and prostaglandin E2 on osteoclastogenesis via OPG/RANKL/RANK system. *Ann N Y Acad Sci* 1068 (2006) 225-233.
20. Wong PK, Quinn JM, Sims NA et al.: Interleukin-6 modulates production of T lymphocyte-derived cytokines in antigen-induced arthritis and drives inflammation-induced osteoclastogenesis. *Arthritis Rheum* 54 (2006) 158-168.

Anschrift des Verfassers:
 Univ.-Prof. Dr. med. U. Lange,
 Kerckhoff-Klinik, Abteilung Rheumatologie, Klinische Immunologie, Physikalische Medizin, Osteologie
 Benekestr. 2-8
 D- 61231 Bad Nauheim
 E-Mail:
 U.Lange@kerckhoff-klinik.de

Behandlungsvertrag – Verlust der Vergütung bei vorzeitiger Kündigung

Rechtsanwalt Christoph Osmialowski, Karlsruhe

Einleitung

Das Verhältnis zwischen Arzt und Patient basiert in der Regel auf einem besonderen Vertrauensverhältnis. Auch wenn man meinen könnte, dass aus diesem Grund für den zwischen Arzt und Patient bestehenden **Behandlungsvertrag** in besonderer Weise der Grundsatz der Vertragstreue („pacta sunt servanda“) Geltung hat, ist die Rechtslage anders: Die Tatsache, dass der Patient dem Arzt einen Auftrag in der Regel nur aufgrund besonderen Vertrauens überträgt, macht die Leistungen des Arztes zu Diensten höherer Art. Deshalb ist der Behandlungsvertrag im Unterschied zu anderen Dienstverträgen **gemäß § 627 BGB auch ohne (wichtigen) Grund fristlos kündbar**.

Differenzierte Kündigungsmöglichkeiten

Folgende **Differenzierungen** sind jedoch zu berücksichtigen (vgl. auch Laufs/Kern, Handbuch des Arztrechts, 2010, § 44, m.w.N.):

Ein **Privatpatient** braucht für seine Kündigung gar keinen Grund anzugeben, da es ausreicht, dass das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient erschüttert ist. Der **Kassenpatient** soll hingegen gem. § 76 Abs. 3 Satz 1 SGB V und § 21 Abs. 4 Bundesmantelvertrag-Ärzte seinem Vertragsarzt nicht ohne wichtigen Grund zu

einem Zeitpunkt im Quartal kündigen. Kündigt er den Vertrag dennoch ohne wichtigen Grund zu einem Zeitpunkt im Quartal und nicht erst zum Ende des Quartals, so kann dies dazu führen, dass seine Krankenkasse die Leistung verweigert.

Der **Arzt** darf den Behandlungsvertrag grundsätzlich ohne Angabe von Gründen kündigen, muss jedoch sicherstellen, dass der Patient eine notwendige Fortsetzung der Behandlung anderweitig erhalten kann. Von diesem Grundsatz gibt es die Ausnahme, dass der Arzt mit einem wichtigen Grund im Sinne von § 626 Abs. 1 BGB auch zur Unzeit kündigen kann. Ungeachtet dieser Ausnahme ist er jedoch immer verpflichtet, in Notfällen zu helfen. Insbesondere wegen berufsetzlicher Pflichten (§ 7 Abs. 2 Musterberufsordnung) und strafrechtlicher Grenzen (z.B. § 323c StGB) wird ein wichtiger Grund für eine Kündigung zur Unzeit lediglich unter strengen Voraussetzungen anzunehmen sein, wenn durch das Verhalten des Patienten das Vertrauensverhältnis erschüttert worden ist. Dies ist z.B. bei fortgesetzter Verleumdung des Arztes durch den Patienten der Fall; auch die schuldhafte Nichtbefolgung ärztlicher Anordnungen kann einen wichtigen Grund zur fristlosen Kündigung zur Unzeit darstellen. Die Kündigung des Arztes zur Unzeit ohne wichtigen Grund ist nicht lediglich unwirksam, sondern verpflichtet den Arzt gemäß § 627 Abs. 2 BGB zum Schadensersatz. Sollte der Arzt

sich nicht sicher sein, ob seine Gründe für die Kündigung ausreichend sind, sollte er nach alledem dem Patienten eine Frist setzen, die es möglich macht, sich eine Behandlung durch einen anderen Arzt zu verschaffen.

Vergütung

Von besonderem Interesse ist die Frage, welche Vergütung dem Arzt zusteht, wenn der Behandlungsvertrag vorzeitig durch Kündigung beendet wird. Die maßgebliche Regelung findet sich in § 628 BGB: Grundsätzlich steht dem Arzt ein Anspruch auf den seiner bisherigen Leistung entsprechenden Teil der Vergütung zu. Hiervon gelten jedoch folgende Ausnahmefälle, in denen der Arzt diese Vergütung nicht fordern kann:

- Der Arzt kündigt vorzeitig, ohne hierzu durch ein vertragswidriges Verhalten des Patienten veranlasst worden zu sein.
- Der Arzt veranlasst durch eigenes vertragswidriges Verhalten die Kündigung des Patienten.

Entscheidend ist demnach, ob die Kündigung durch vertragswidriges Verhalten des Vertragspartners veranlasst wurde. Hinzu kommt in jedem der genannten Fälle gemäß § 628 BGB die Voraussetzung, dass die bereits erfolgte Teilleistung für den Patienten kein Interesse mehr hat. Liegen die Voraussetzungen vor, kann der Arzt keine Vergütung fordern.

Neue Rechtsprechung des BGH

Grundsätze:

Zu den Voraussetzungen, unter denen der Arzt bei vorzeitiger Kündigung des Behandlungsvertrages eine (Teil-)Vergütung fordern kann bzw. Teile bereits an ihn gezahlter Vergütung zurückzuerstatten hat, erging jüngst ein Urteil des Bundesgerichtshofs (im Folgenden: BGH), mit dem die Voraussetzungen des Anspruchs auf teilweise Vergütung konkretisiert wurden (**Urteil vom 29.03.2011, Az. VI ZR 133/10**). Das Urteil beinhaltet folgende Grundsätze:

- a) Bei einem ärztlichen Behandlungsvertrag setzt der Verlust des Vergütungsanspruchs wegen vertragswidrigen Verhaltens nach § 628 Abs. 1 Satz 2 Fall 2 BGB nicht voraus, dass das vertragswidrige Verhalten als schwerwiegend oder als wichtiger Grund im Sinne des § 626 BGB anzusehen ist.
- b) Ein **geringfügiges** vertragswidriges Verhalten lässt die Pflicht, die bis zur Kündigung erbrachten Dienste zu vergüten, unberührt.
- c) Ein **ärztlicher Behandlungsfehler** kann vertragswidriges Verhalten im Sinne des § 628 Abs. 1 Satz 2 Fall 2 BGB sein.

Sachverhalt (vereinfachte und verkürzte Darstellung):

Dem Urteil des BGH lag folgender Sachverhalt zugrunde:

Die privat versicherte Patientin verlangte von dem Arzt (im entschiedenen Fall handelte es sich um einen Zahnarzt) **Rückzahlung seiner Vergütung für bereits erbrachte Leistungen**. Sie erhielt von ihm Leistungen gegen eine Pauschalvergütung in Höhe von 12.000 €. Teil dieser Leistungen war die Erstellung einer Prothese. Nach Erstellung der Prothese fand ein Gespräch zwischen Arzt und Patientin statt, in dem die Patientin Unzufriedenheit über die bisherige Leistung äußerte, die sie in einem Schreiben acht Tage später wiederholte. In dem Schreiben teilte sie mit, dass sie sich für eine anderweitige Behandlung entschieden habe. Gleichzeitig zahlte sie den noch offenen Restbetrag auf die vereinbarte Vergütung. Sie ließ sich durch einen anderen Arzt behandeln und von diesem die Prothese neu erstellen, wofür sie einen Eigenanteil in Höhe von 8.420,64 € aufwendete.

Entscheidungsgründe (vereinfachte und verkürzte Darstellung):

Entscheidung des Gerichts der Vorinstanz

Das **Berufungsgericht** gestand dem **Arzt die Vergütung vollumfänglich** zu. Hierbei **ließ es offen, ob Behandlungsfehler vorlagen**. Denn die Patientin könne auch in diesem Fall unter keinem rechtlichen Gesichtspunkt die vereinbarte Vergütung zurückverlangen oder Ersatz des an den nachbehandelnden Arzt gezahlten Eigenanteils beanspruchen. Ob besonders grobe, vorsätzliche und strafbare Pflichtverletzungen zu einer Verwirkung des Vergütungsan-

spruchs führen könnten, sei im Einzelfall zu beurteilen. Solche Umstände lägen jedoch nicht vor. Die Kündigung der Patientin sei nicht durch ein vertragswidriges Verhalten des Arztes veranlasst, weil es hierfür **eines schwerwiegenden schuldhaften Vertragsverstoßes im Sinne des § 626 BGB** bedürft habe, der nicht vorliege.

Vergütungsverlust auch bei nicht nur geringfügigem Fehlverhalten des Arztes

Der **BGH** kam zu einem anderen, **für den Arzt ungünstigeren Urteil** und stellte sich mit dieser Rechtsauffassung gegen zahlreiche Stimmen in Rechtsprechung und Literatur:

Nach § 628 Abs. 1 Satz 2 Fall 2 BGB steht dem Arzt, wenn er durch sein vertragswidriges Verhalten die Kündigung des Dienstberechtigten veranlasst hat, kein Vergütungsanspruch zu, soweit seine bisherigen Leistungen infolge der Kündigung für die Patientin/den Patienten kein Interesse mehr haben. Die Darlegungs- und Beweislast hierfür trifft die Patientin, weil diese sich gegenüber der grundsätzlichen Vergütungspflicht des § 628 Abs. 1 Satz 1 BGB auf eine Ausnahme beruft.

Ein vertragswidriges Verhalten im Sinne dieser Vorschrift setzt, obwohl nach dem Wortlaut ein objektiv vertragswidriges Verhalten genügen würde, schuldhaftes Verhalten im Sinne der §§ 276, 278 BGB voraus.

Entgegen der Ansicht des Berufungsgerichts ist es **nicht erforderlich, dass das vertragswidrige Verhalten als**

schwerwiegend' oder als wichtiger Grund im Sinne des § 626 Abs. 1 BGB anzusehen ist². Eine solche Beschränkung auf vertragswidriges Verhalten, das dem Kündigenden unter Berücksichtigung aller Umstände des Einzelfalles und unter Abwägung der Interessen beider Vertragsteile die Fortsetzung des Dienstverhältnisses unzumutbar macht, ist für Kündigungen eines ärztlichen Behandlungsvertrages, der im Regelfall durch ein besonderes Vertrauensverhältnis geprägt wird, nicht gerechtfertigt. Entsprechende Einschränkungen ergeben sich weder aus dem Wortlaut des § 628 Abs. 1 Satz 2 Fall 2 BGB noch aus seiner Entstehungsgeschichte.

Dies bedeutet allerdings **nicht**, dass **jeder geringfügige Vertragsverstoß** des Dienstverpflichteten den Entgeltanspruch entfallen lässt. Das Recht zur fristlosen Kündigung eines Dienstvertrages ersetzt ein Rücktrittsrecht, das im Falle einer Schlechtleistung bei einer unerheblichen Pflichtverletzung ausgeschlossen ist (§ 323 Abs. 5 Satz 2 BGB). Für die Vergütung gekündigter Dienste höherer Art (§§ 627, 628 BGB) ist eine dem Falle einer Schlechtleistung entsprechende Einschränkung vorzunehmen. Sie ergibt sich aus dem § 242 BGB zu entnehmenden Übermaßverbot, wonach bestimmte

schwerwiegende Rechtsfolgen bei geringfügigen Vertragsverletzungen nicht eintreten.

Nach diesen Grundsätzen rügt die Revision mit Recht, dass das Berufungsgericht keine Feststellungen dazu getroffen hat, ob der Arzt durch ein schuldhaftes und nicht nur geringfügiges vertragswidriges Verhalten die Kündigung der Patientin veranlasst hat. Abzustellen ist dabei auf das Verhalten, auf das die Kündigung gestützt wurde.

Aber: Honorarverlust nur bei fehlender Verwertbarkeit bereits erbrachter Leistung

Das **Interesse der Patientin an der Leistung des Arztes** ist allerdings nur weggefallen, soweit die Patientin die Leistungen des Arztes nicht mehr wirtschaftlich verwerten konnte, die Leistungen also für die Patientin **nutzlos** geworden waren. Es genügt demnach zum einen **nicht**, dass die Leistung objektiv wertlos ist, wenn der Patient sie **gleichwohl nutzt**, zum anderen aber auch nicht, dass der Dienstberechtigte sie nicht nutzt, obwohl er sie **wirtschaftlich verwerten könnte**. Das Berufungsgericht wird daher Feststellungen zu treffen haben, ob und ggf. inwieweit die Leistungen des Arztes ohne Interesse für die Patientin waren bzw. der Nachbehandler auf Leistungen des Arztes hätte aufbauen oder Leistungen hätte sparen können.

Fazit

Die Entscheidung des Bundesgerichtshofs schwächt **überraschend** die Rechtsposition des Arztes, wenn der Patient aus vermeintlich vertragswidrigem Verhalten des Arztes den Behandlungsvertrag vorzeitig durch Kündigung beendet. Der Arzt verliert seinen Vergütungsanspruch nicht erst bei **schwerwiegendem** vertragswidrigem Verhalten im Sinne des § 626 BGB (wichtiger Grund), sondern bereits dann, wenn im Einzelfall ein schuldhaftes und **nicht nur geringfügiges** vertragswidriges Verhalten des Arztes die Kündigung des Patienten verursacht hat. Mit dieser Rechtsauffassung stellt sich der BGH **gegen zahlreiche, auch namhafte Stimmen in Rechtsprechung und Literatur** (siehe oben Markierungen in Fußnoten 1 und 2: „**So aber...**“). Es bleibt abzuwarten, ob der BGH bei dieser für einen Arzt ungünstigen Rechtsauffassung bleiben wird. Jedenfalls zeigt dieser aktuelle Fall, dass die Beurteilung der Vergütungsansprüche des Arztes im Falle vorzeitiger Kündigung des Behandlungsvertrages wie auch die Beurteilung seiner Kündigungsmöglichkeiten unter (im Zweifel fachmännischer) Berücksichtigung der aktuellen Rechtsprechung erfolgen muss.

¹ **So aber** Palandt/Weidenkaff, BGB, 69. Aufl., § 628 Rn. 4.

² **So aber** OLG Brandenburg, NJW-RR 2001, 137; Weth in: jurisPK-BGB, 4. Aufl. 2008, § 628 Rn. 15; Canaris, Festschrift für Karsten Schmidt zum 70. Geburtstag, S. 177, 182; Henssler/Deckenbrock, NJW 2005, 1, 2; MünchKomm-BGB/Henssler, a.a.O., Rn. 17; Schellenberg, VersR 2007, 1343, 1346. Palandt/Weidenkaff, BGB, 69. Aufl., § 628 Rn. 4.



Interview mit Herrn Univ. Prof. Dr. Martin Krismer

**Präsident 2012
Vereinigung Süddeutscher
Orthopäden und Unfallchirurgen e. V.**

Herr Professor Krismer, seit wenigen Tagen sind Sie der neue Präsident und werden im April 2012 die nächste Jahrestagung der Vereinigung Süddeutscher Orthopäden und Unfallchirurgen in Baden-Baden ausrichten. Können Sie unseren Lesern bitte einige Informationen zu Ihrer Person, insbesondere zu Ihrem beruflichen Werdegang verraten?

Obwohl ich 1955 in Innsbruck als Sohn Tiroler Eltern geboren wurde, beherrsche ich das tirolerische Idiom des südbayerischen Hochdeutsch mangelhaft, da meine Eltern Tirol verließen, als ich 2 Jahre alt war. Nach 6 Jahren in Kärntner Schulen und weiteren 6 Jahren an einem steirischen humanistischen Gymnasium maturierte ich 1973 in Admont, Steiermark. Erst das Medizinstudium, damals an der Leopold Franzens Universität, führte mich wieder nach Innsbruck. Meine Wahl fiel auf diesen Berufsweg, weil ich Psychiater werden wollte. Neben diesem Studium und zum Ausgleich für das Massenstudium

um studierte ich auch drei Jahre Philosophie, allerdings ohne dieses abzuschließen. Eine Ausbildung zum Allgemeinmediziner fern von jeder Universität, mit bis zu zehn Nachtdiensten im Monat, verhinderte eine Fortsetzung. Im Juni 1979 promovierte ich zum Doktor der Medizin.

Nach Ausbildung zum praktischen Arzt in verschiedenen Kärntner Krankenhäusern widmete ich mich zwei Jahre der Radiologie im Landeskrankenhaus Klagenfurt und begann schließlich 1986 meine Ausbildung an der Univ.-Klinik für Orthopädie in Innsbruck. Der Weg bis zur Ausbildung zum Facharzt für Orthopädie mag wenig zielgerichtet erscheinen. Meine Entscheidung für diesen Weg war dennoch früh getroffen und konnte nur mangels angebotener Ausbildungsstelle nicht sofort realisiert werden. An meiner ersten Stelle an der Unfallchirurgie in Spittal/Drau hatte mich mein damaliger Chef überzeugt, dass es reizvoll sein könnte, den Zustand vor und nach medizinischer Intervention auf zwei nebeneinander aufgehängten

Röntgenbildern zu sehen. In der Psychiatrie, meinte er, wäre das Ergebnis nicht so offensichtlich. So entstand mein Entschluss Unfallchirurg zu werden. Als wenig später ein Bekannter wegen eines Riesenzelltumors eine Umkehrplastik erhielt, d.h. das Knie amputiert wurde, und der umgedrehte Fuß stattdessen als Kniegelenk verwendet wurde, modifizierte ich diese Zielrichtung auf Orthopäde.

1990 wurde ich Facharzt. Damals spezialisierte ich mich auf Wirbelsäulenchirurgie und habilitierte auch 1996 in diesem Bereich. Die Degeneration von Bandscheiben war ein aktuelles Thema. Es war bekannt, dass Risse des Anulus fibrosus eine große Rolle für die Auslösung der Degeneration des Discus spielen können und in Schafexperimenten war bewiesen worden, dass diese Risse nicht heilen. Meine Hypothese war, dass bei manchen Bewegungen nur eine Hälfte der Fasern des Anulus fibrosus belastet wird, was erklären könnte, warum diese reißen. Diese These konnte ich in meiner Habilitationsschrift, für die ich den VOLVO-Award der

International Society for the Study of Lumbar Spine, ISSLS, erhielt, bestätigen. Der Name und auch das Preisgeld stammten tatsächlich von der Autofirma. Später erhielt ich noch 5 weitere Preise geringerer Bedeutung. Für die damals 2 Europäischen Wirbelsäulengesellschaften habe ich den Jahreskongress in Innsbruck organisiert. Im Verlauf dieses Kongresses haben sich beide Gesellschaften zu einer vereinigt mit dem Namen Spine Society of Europe, SSE.

Seit 1998 leite ich die Univ.-Klinik für Orthopädie „provisorisch“ und seit 2001 als berufener Professor. Seit 1.6.2008 bin ich auch geschäftsführender Direktor des Departments Operative Medizin. Seit 1.10.2011 bin ich Vorsitzender des Senats unserer Universität.

Früh beschäftigte ich mich mit Hüftchirurgie. Ein wichtiges Thema war die Weiterentwicklung eines Computerprogramms zur Messung der Wanderung von Hüftprothesen im Beckenknochen, EBRA, um die durch fehlende Primärstabilität verursachte Lockerung von Hüftprothesen frühzeitig zu erkennen. Das Programm wurde von Doz. Russe von der Orthopädie und Prof. Tschupik vom Institut für Mathematik und Geometrie der Technischen Fakultät Innsbruck entwickelt. Nach dem Tod von Doz. Russe begann ich 1988 es weiter zu entwickeln und zu etablieren, gemeinsam mit Prof. Mayrhofer vom Institut für Mathematik und meinen Mitarbeitern Prof. Stöckl und Doz. Biedermann. Mittlerweile wurden mehr als 70 Lizenzen vergeben und es wird an Institutionen auf allen Kontinenten mit Ausnahme der Antarktis verwendet.

Ab 2003 entwickelte ich gemeinsam mit meinen Mitarbeitern Prof. Nogler und Doz. Rachbauer ein systematisches Vorgehen zur Durchführung eines minimalinvasiven Zugangs von vorne zur gewebeschonenden Implantation von Hüftprothesen. 2003 bis 2004 war ich Präsident

der Europäischen Hüftgesellschaft (European Hip Society, EHS). Den alle 2 Jahre stattfindenden Kongress dieser Gesellschaft habe ich 2004 in Innsbruck ausgerichtet. Nach drei Jahren reduzierter Aktivität in dieser Gesellschaft bin ich seit 2007 Generalsekretär. Seit 2010 hat die Europäische Hüftgesellschaft ihren Sitz in Innsbruck.

Herr Professor Krismer, Sie sind als Ärztlicher Direktor und Chefarzt der Orthopädischen Universitätsklinik Innsbruck tätig. Bitte skizzieren Sie das Profil Ihrer Klinik und damit die medizinischen Schwerpunkte der Patientenbetreuung.

Die Orthopädische Universitätsklinik Innsbruck verfügt über 76 Betten und eine Intermediate Care Unit mit 4 Betten, über eine Tagesklinik und 4 Operationssäle. Im Durchschnitt werden ca. 2700 Operationen pro Jahr durchgeführt. Das Spektrum der Klinik ergibt sich durch eine Aufteilung der Aufgaben in 4 klinische Teams, die jeweils 4 Tage in der Woche operativ tätig sind, und 1 Tag in der Ambulanz bzw. Poliklinik. Ein Hüftteam unter der Leitung von Doz. Franz Rachbauer, der auch geschäftsführender Oberarzt ist, beschäftigt sich mit dem Hüftgelenk und mit Tumoren. Das Knie-Team unter der Leitung von OA Dr. Labek beschäftigt sich auch mit der Schulter, der Hand und rheumatischen Erkrankungen. Das Wirbelsäulenteam unter meiner Leitung interessiert sich naturgemäß für das Achsenorgan. Das Kinder-Team unter der Leitung von Doz. Rainer Biedermann beschäftigt sich auch mit Füßen. Einzelne Teams haben auch spezialisierte Sprechstunden, z.B. eine Rheumasprechstunde, eine Myelomeningocoele-Sprechstunde oder Marfan-Sprechstunde.

Es werden ca. 800 endoprothetische Eingriffe im Jahr durchgeführt. Die verbleibenden

1900 Operationen decken so ziemlich die ganze Palette orthopädischer Eingriffe ab. Wir haben einen Schwerpunkt Wirbelsäulendefomitäten, mit SSEP und MEP, und gut abgestimmten pädiatrischen und Erwachsenen-Intensivstationen. Ca. 70 dieser Operationen werden pro Jahr durchgeführt. Bei Tumoren wird oft eine Brachytherapie gemeinsam mit den Strahlentherapeuten durchgeführt. Knorpelerhaltende Chirurgie, Achsfehlstellungen von Kindern z.B. bei Fibulaaplasie, Radiosynoviorthesen bei frühen Stadien rheumatischer Erkrankungen seien beispielhaft erwähnt. Durch die Einbettung der Klinik in ein Universitätskrankenhaus mit 1500 Betten mit Schwerpunkten in Onkologie, Infektiologie und Organtransplantationen werden einerseits immer wieder interessante Fälle an uns herangetragen, andererseits erhöht sich durch die interdisziplinäre Tätigkeit unsere Problemlösungskapazität.

Die Klinik verfügt über eine eigene Physiotherapie mit 9 Physio-Therapeuten und Therapeutinnen, die einerseits in der ambulanten Nachbetreuung der Patienten tätig sind, andererseits in der stationären Mobilisation. Sie begleiten die Morgenvisite, sodass ein unmittelbarer Austausch von Informationen stattfinden kann.

Wie erfolgt die Facharztausbildung in Ihrer Klinik?

Unsere Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung wechseln je 1 Jahr in die 4 Teams. Die Ausbildung im Hauptfach dauert insgesamt 4 Jahre, der Rest betrifft Chirurgie, Unfallchirurgie, Neurologie und Pädiatrie. Bei insgesamt 27 Ärzten, davon meist ca. 10 in Weiterbildung, stellt die Erfüllung des Operationskatalogs ein Problem dar. Im Bereich der Arthroskopie von Schulter und Knie hilft nun ein Simulator, der auch die Dauer

und Invasivität des Eingriffs protokolliert, in der Heranführung an eine selbstständige operative Tätigkeit. Ziel ist es, ca. 50 arthroskopische und 60 endoprothetische Eingriffe bis zur Facharztanerkennung durchzuführen, bei ca. 300 selbstständig durchgeführten Eingriffen. Eine konservative Ausbildung findet vor allem in der Ambulanz mit 6 Untersuchungsräumen, in 2 Gipsräumen und gemeinsam mit der Physiotherapie statt. Eine Kreuzschmerzgruppe wird gemeinsam mit Ärzten der Medizinischen Psychologie betrieben.

Über welche Forschungsmöglichkeiten verfügt Ihre Klinik?

Wir verfügen über eine Abteilung experimentelle Orthopädie unter der Leitung von Prof. Nogler mit Projekten im Bereich Robotik, antiinfektiöser Oberflächenbeschichtung von Prothesen und der Entwicklung von Lehrbehelfen für die chirurgische Weiterbildung. Das Biomechaniklabor

unter der Leitung von Dr. Haid ist derzeit mit der Analyse rascher Bewegungen unter Freiluftbedingungen im Sport befasst. Beide Bereiche sind in einem PhD Studium „muskuloskeletale Medizin“ aktiv.

Herr Professor Krismer, können Sie den Lesern der Orthopädischen Praxis auch etwas über Ihr Privatleben verraten?

Meine Familie gibt mir Kraft, und ich beobachte mit Freude die Entwicklung meiner vier Kinder. Zumindest einige Stunden in der Woche versuche ich Sport zu betreiben. Mitbeeinflusst durch die Geographie von Tirol handelt es sich dabei vor allem um Bergauf- und anschließendes Bergablaufen, oder mit Skiern um Bergaufgehen und dann Bergabfahren. Sollte die Umgebung einmal besonders flach und glatt sein, bewege ich mich auch gerne tanzend über das Parkett. Meine musikalischen Ambitionen habe ich mangels

Zeit begraben. Gute Sachbücher über Anthropologie, Philosophie und Geschichte lese ich sehr gerne.

Wir würden uns im Vorfeld Ihres Kongresses sehr freuen, wenn Sie unseren Lesern Auskunft über die Themenschwerpunkte und über geplante Highlights Ihrer Jahrestagung im kommenden Jahr geben und vielleicht einige erläuternde Ausführungen machen könnten.

Der Kongress soll unter dem Motto „Klarheit“ stehen, welches die Forderung nach einem klaren Verständnis des Faches, nach klaren Entscheidungen ausdrücken soll. Klarheit beruht auf gesicherten Grundlagen und logischen Gedanken. Wo unser Fundament nicht gesichert ist, müssen wir wissen, dass wir in einem trügerischen Sumpf unterwegs sind. Insofern ist Klarheit immer auch verbunden mit Selbsterkenntnis dessen, was man nicht weiß.



Orthopädische Universitätsklinik Innsbruck.

Das Hauptthema „Infektionen in Orthopädie und Unfallchirurgie“ wählte ich, weil eine Befragung der Mitglieder der Europäischen Hüftgesellschaft ergab, dass diese das Thema Infektionen als das aktuellste und folgenschwerste ansehen. Die Folgen von Infektionen sind gravierend für unsere Patienten und bedeuten oft einen langen Leidensweg.

Das Hauptthema „Knie“ soll ein großes Gelenk herausheben. Sowohl Knorpelchirurgie als auch die Patellaluxation sind aktuelle Themen, aber auch traumatische Läsionen und Endoprothetik sollen hier ihren Platz finden.

Unsere Patienten messen uns wesentlich auch an unseren Misserfolgen. Das Hauptthema „Qualitätssicherung“ soll einen Austausch von Wissen im Be-

reich Risikovermeidung ermöglichen, vom Erkennen von Risiken bis zur Vermeidung derselben. Register, klinische Pfade, Fragen der Weiterbildung fallen in diesen Bereich ebenso wie der oft berechnete Hilfeschrei vor überbordender Bürokratisierung der Medizin.

Über „Schmerzen an der Wirbelsäule“ habe ich selbst viel gearbeitet. Die akademische Medizin versucht das Thema oft zu verdrängen bzw. erklärt sich nicht für zuständig, wenn keine operative Indikation vorliegt. Niedergelassene Kollegen tendieren oft zu Polypragmasie und einer Vermischung durch Studien belegter mit unfundiert tradierter Medizin. Während sich Orthopäden häufig über Endoprothesen definieren, ist der Kreuzschmerz das Hauptthema von „Otto Normalpatient“.

Das Assistentenprogramm war bei den zwei letzten Kongressen ein großer Erfolg. Nur durch gut gebildete Kolleginnen und Kollegen können wir unsere Reputation halten und verbessern. Wir brauchen klinischen Nachwuchs ebenso wie niedergelassene Kollegen, die unser Fach auf hohem Niveau betreiben.

Der Festabend wird unter dem Motto „Geburtstag“ stehen. Unsere Vereinigung richtet den 60. Jahreskongress aus, der Benzetsaal ist neu, und auch die Erweiterung von der VSO zur VSOU feiert ihren 1. Geburtstag.

Herr Prof. Krismer, wir bedanken uns herzlich für dieses Interview und wünschen Ihnen viel Erfolg für die 60. Jahrestagung 2012.

Führende Wissenschaftler und Forscher aus der ganzen Welt empfehlen die Stoßwelle zur Behandlung von nicht heilenden Knochenbrüchen (Pseudarthrosen)



Seit nunmehr 15 Jahren wird die Stoßwellentherapie (ESWT) erfolgreich bei der Behandlung von nicht heilenden Knochenbrüchen in speziellen Zentren weltweit eingesetzt (Europa, Asien, Amerika und „off-Label“ auch in den USA). Nach intensiver Grundlagenforschung und erfolgreich abgeschlossenen klinischen Studien hat das Exekutivkomitee des 14. Weltkongresses der „International Society for Medical Shockwave Treatment“ (ISMST) in Kiel, Deutschland, beschlossen folgende Empfehlung zu veröffentlichen:

„Die extrakorporale Stoßwellentherapie zur Behandlung von nicht heilenden Frakturen der langen Röhrenknochen ist die Therapieoption der ersten Wahl“

Wolfgang Schaden, der Wissenschaftssekretär der ISMST: „Die Stoßwellentherapie von Pseudarthrosen ist genauso effektiv wie die aufwändige operative Versorgung. Sie ist aber eine nicht invasive Methode, praktisch komplikationsfrei und für den Patienten unvergleichlich weniger belastend und, was ebenfalls zunehmend von Be-

deutung ist: Sie spart dem Gesundheitswesen beträchtliche Kosten.“

Stoßwellentherapie reduziert die Belastung für Patienten und verkürzt die Rehabilitationszeit

Wenn man Stoßwellen anwendet, ist dies meistens ambulant möglich, man vermeidet ausgedehnte, aufwändige operative Verfahren mit großflächiger Freilegung des nicht heilenden Bruches, Entfernung des Narbengewebes mit Fräsen und Meißeln sowie eine Knochenverpflanzung (meist vom Beckenknochen). Auch längere Krankenhausaufenthalte und die häufig mit solchen Operationen verbundenen Komplikationen können vermieden werden: Während in 10 bis 30 Prozent der Fälle nach Operationen mehr oder weniger schwer wiegende Komplikationen auftreten, wurden bei der Stoßwellenbehandlung nur in seltenen Fällen geringfügige Nebenwirkungen - wie oberflächliche Schwellungen, Rötung und Hämatomverfärbungen („blaue Flecken“), die keiner weiteren Behandlung bedürfen - beobachtet.

Aufwändige, kostenintensive Behandlungsmethoden mit Wachstumshormonen können ebenfalls vermieden werden.

Die erste randomisiert kontrollierte Studie¹, welche das operative Vorgehen bei Pseudarthrosen von langen Röhrenknochen mit der Stoßwellentherapie verglich, und zwar über einem Zeitraum von 15 Jahren, wurde in der renommierten wissenschaftlichen Zeitschrift „Journal of Bone & Joint Surgery“ (JBJS) veröffentlicht.

1. Stoßwelle und Operation zeigten die gleiche Erfolgsrate
2. Die Rehabilitation der Stoßwellenpatienten erfolgte deutlich rascher
3. Die Komplikationsrate war bei den Stoßwellenpatienten signifikant geringer als bei den operierten Patienten

Ähnliche Ergebnisse wurden in einer weiteren Studie² nachgewiesen, die ebenfalls im JBJS veröffentlicht wurde. John Furia, ein führender amerikanischer Unfallchirurg und Sportmediziner, konnte in seiner Studie zeigen, dass bei Hochleistungs-

¹ Extracorporeal shock-wave therapy compared with surgery for hypertrophic long-bone nonunions A. Cacchio; L. Giordano, O. Colafarina, J. D. Rompe, E. Tavernese, F. Ioppolo, S. Flamini, G. Spacca, und V. Santilli, J Bone Joint Surg Am. 91:2589-97, Nov. 2009

² Shock Wave Therapy Compared with Intramedullary Screw Fixation for Nonunion of Proximal Fifth Metatarsal Metaphyseal-Diaphyseal Fractures John P. Furia, Paul J. Juliano, Allison M. Wade, Wolfgang Schaden und Rainer Mittermayr J Bone Joint Surg Am. 92:846-854. April 2010

sportlern und körperlich aktiven Patienten die ESWT von Pseudarthrosen des 5. Mittelfußknochens („Jones Fraktur“) der operativen Behandlung ebenbürtig war.

Stoßwellentherapie ist fast komplikationsfrei und reduziert die Kosten um bis zu 70 %

Seit Dezember 1998 wurden fast 3.000 Patienten mit nicht heilenden Knochenbrüchen im AUVA-Unfallkrankenhaus, Wien, Österreich, behandelt. Im August 2000 hat der Oberste Sanitätsrat in Österreich die Stoßwellentherapie für Pseudarthrosen zur Methode der ersten Wahl erklärt. Die Pseudarthrosen von fast 80 % aller Patienten, die aus über 90 Krankenhäusern und Kliniken aus Österreich, benachbarten Staaten und in einigen Fällen auch aus Übersee zugewiesen wurden, konnten erfolgreich mit Stoßwellenthera-

pie behandelt werden. Anhand systematischer Analysen und Evaluierung der Patientendaten konnte nachgewiesen werden, dass bei vernachlässigbaren Nebenwirkungen (oberflächliche Schwellungen, Rötung und Hämatomverfärbungen ohne klinische Relevanz), die Stoßwellentherapie die Behandlungskosten um fast 70 % verringert hat.

Prof. Ludger Gerdemeyer, der Präsident der ISMST:

„Es ist nicht zu verstehen, dass so viele Patienten mit nicht heilenden Knochenbrüchen noch immer nicht die Möglichkeit bekommen, mittels Stoßwellentherapie behandelt zu werden. Immer noch werden hunderte von Millionen Euro in Europa verschwendet, weil die Stoßwellentherapie nicht ausreichend eingesetzt wird.“

Kiel, Juni 2011

Kontakt:

Prof. Dr. Ludger Gerdemeyer,
Präsident der ISMST
Prim. Dr. Vinzenz Auersperg,
Generalsekretär der ISMST
Dr. Wolfgang Schaden, Wissen-
schaftssekretär der ISMST

ISMST Office
Ebelsberger Schlossweg 5
A-4030 Linz / Austria

Tel: +43 (732) 302373
Fax: +43 (732) 303375

e-mail: shockwave@ismst.com
homepage: www.ismst.com

Behandlung der symptomatischen Koxarthrose mit Hyaluronsäuren

Expertenkonsens im Rahmen des 1. Deutschen Arthrosekongresses in Bonn,

2. April 2011

Teilnehmer: Dr. med. Erhan Basad, Gießen; Dr. med. Dirk Danneberg, Darmstadt; Dr. med. Martin Frömel, Frankfurt; Dr. med. Albert Güßbacher, Nürnberg; Prof. Dr. med. Thomas Horstmann, Bad Wiessee; Prof. Dr. med. Dr. h. c. Jörg Jerosch, Neuss; Dr. med. Olaf Vollmert, Meerbusch; Dr. med. Kay Uthoff, Hannover.

Die Diagnostik und Behandlung der Koxarthrose wird in den Leitlinien der DGOOC und des BVO aus dem Jahre 2009, als AWMF (S3) Leitlinie Nr. 033/001 veröffentlicht, beschrieben.¹ Der vorliegende Expertenkonsens schließt sich hinsichtlich der Diagnose und den Therapieverfahren der Empfehlung der Leitlinienkommission unter Leitung von Herrn Professor Dr. med. G. von Salis-Soglio aus Leipzig inhaltlich an und geht im Folgenden detailliert auf die Hyaluronsäuretherapie im Rahmen einer symptomatischen Koxarthrosetherapie ein.

Zusammenfassung:

Die intraartikuläre Injektion von Hyaluronsäure ist Bestandteil der AWMF S-3 Leitlinie 033/001 „Koxarthrose“ des DGOOC und BVO (2009). Der vorliegende Expertenkonsens baut auf dieser Leitlinie auf und geht detailliert auf den Einsatz von Hyaluronsäure im Rahmen der symptomatischen Koxarthrosetherapie ein. Ziel einer Hyaluronsäurebehandlung der

symptomatischen Koxarthrose ist es, die Funktion und die Belastbarkeit des betroffenen Hüftgelenkes mit einer möglichst geringen Anzahl an Injektionen effektiv zu verbessern. Hierzu eignet sich nach Ansicht der Experten die Injektion hochmolekularer, doppelt quervernetzter Hyaluronsäure besonders gut, da aufgrund der besonderen visko-elastischen Eigenschaften (Molekulargewicht 6 Mio. Dalton), der nachhaltigen Steigerung der endogenen Hyaluronansynthese und der in aktuellen Studien gezeigten Möglichkeit zur Chondroprotektion die Anzahl der notwendigen Injektionen auf ein Minimum reduziert werden kann. Das Behandlungsregime der hochmolekularen Hyaluronsäure besteht dabei aus einer initialen Injektion, ggfs. in Kombination mit einem Glucokortikoid und je nach Beschwerdebild des behandelten Patienten aus weiteren Injektionen in regelmäßigen Abständen. Die Injektion muss dabei streng intraartikulär erfolgen. Über die Behandlung der symptomatischen Koxarthrose mit nieder- oder mittelmolekularen Hyaluronsäuren (0,5-4 Mio. Dalton) wird in diesem Expertenkonsens aufgrund der derzeitigen Studienlage nicht eingegangen.

Hyaluronsäuren im Rahmen der symptomatischen Koxarthrosetherapie

Der Einsatz von Hyaluronsäuren im Rahmen der symptoma-

tischen Koxarthrosetherapie ist bei weitem nicht so gut dokumentiert wie der Einsatz von Hyaluronsäuren am Kniegelenk.² Anhand des Molekulargewichtes unterscheidet man niedermolekulare Hyaluronsäure (Molekulargewicht: 0,5-2 Mio. Dalton) von mittelmolekularer Hyaluronsäure (Molekulargewicht 2-4 Mio. Dalton) und hochmolekularer Hyaluronsäure (Molekulargewicht > 4 Mio. Dalton). In rheologischen Untersuchungen konnte gezeigt werden, dass die viskösen und elastischen Eigenschaften bei hochmolekularer Hyaluronsäure den Eigenschaften gesunder Synovialflüssigkeit am nächsten kommen und sie somit zur Viscosupplementation besser geeignet ist als nieder- und mittel-molekulare Hyaluronsäure. Neben dem Molekulargewicht spielen weitere nachgewiesene Wirkmechanismen von hochmolekularer Hyaluronsäure, wie zum Beispiel die nachhaltige Stimulation der endogenen Hyaluronansynthese³ und die Reduktion der Kollagen II Degradation^{4,5}, eine wesentliche Rolle, die den Einsatz hochmolekularer Hyaluronsäure favorisieren lassen. Zudem weisen die wissenschaftlichen Arbeiten zu niedermolekularer Hyaluronsäure in klinischen Studien widersprüchliche Ergebnisse auf, so dass hier seitens der Experten keine Empfehlung ausgesprochen werden kann.^{6,7} Ein praxisnahes Therapieregime zur symptomatischen Therapie der Koxarthrose etablierten

Migliore et al. (2008)⁸. Entsprechend der chronischen Erkrankung „Arthrose“ behandelten sie ihre Patienten mit einer symptomatischen Koxarthrose (II° und III°) nach einem fortlaufenden Behandlungsregime, das in Ergänzung zu der initialen Injektion von 1x2 ml Hylan G-F 20 je nach klinischem Befund eine wiederholte Injektion (2 ml Hylan G-F 20) nach drei, sechs und neun Monaten vorsah. In der Kohortenstudie erhielten 250 Patienten insgesamt 743 Injektionen (33,8% der Patienten erhielten zwei Injektionen, 44,8% erhielten drei Injektionen und 24,4% erhielten vier Injektionen). Drei, sechs, neun und zwölf Monate nach der ersten Injektion zeigte sich eine signifikante Reduktion der VAS-Schmerzwerte, des Lequesne Index und der NSAR-Einnahme vs. den Ausgangswerten vor der Behandlung.

Aufgrund der guten persönlichen Erfahrungen empfehlen die Experten den Einsatz von Hylan G-F 20 im Rahmen der symptomatischen Koxarthrosetherapie. Bei Bedarf (z.B. intraartikulärer Erguss) ist es möglich, die Injektion hochmolekularer Hyaluronsäure mit einer Applikation eines Glukokortikoids (z.B. 10-40 mg Triamcinolonacetonid oder Dexamethason-Palmitat) zu kombinieren. Wissenschaftliche Grundlage bietet hier eine Untersuchung aus der Arbeitsgruppe von R. Steadman (2010)⁹. Bei unklarer Differentialdiagnose, zum Beispiel vs. LWS assoziierter Beschwerden, kann die Injektion eines Lokalanästhetikums +/- Glukokortikoid bei entsprechender Beschwerdelinderung Klarheit über die Indikation zur Viskosupplementationsbehandlung mit hochmolekularer Hyaluronsäure geben.

Die Behandlung mit hochmolekularer Hyaluronsäure ist aufgrund der guten Verträglichkeit, die von den Experten beobachtet

wird, wiederholbar. Diese Beobachtung wird durch die Arbeit von Migliore et al. (2008) bestätigt, hier wurde auch bei mehr als drei Behandlungszyklen mit Hylan G-F 20 kein vermehrtes Auftreten von unerwünschten Begleitreaktionen beobachtet. Bei der wiederholten Behandlung sind nach Ansicht der Experten sowohl (mehr-)monatliche Intervalle als auch wöchentliche Intervalle möglich. Weiterhin hat ein Großteil der Experten auch bei der Verwendung von 6 ml Hylan G-F 20 im Rahmen der symptomatischen Koxarthrosetherapie gute Erfahrungen gesammelt. Die Injektion hochmolekularer Hyaluronsäure im Rahmen der symptomatischen Therapie der Koxarthrose sollte streng intraartikulär erfolgen, der Einsatz bildgebender Verfahren wird empfohlen.

Nach der Injektionsbehandlung an der Hüfte sollte das behandelte Gelenk durch den Arzt mobilisiert/durchbewegt werden, um eine möglichst gute Verteilung der injizierten Substanz erreichen zu können.

Weiterhin ist es nach der Injektion sinnvoll, das behandelte Gelenk intermittierend zu kühlen, gleichermaßen kann ein kinesio-logisches Tape beschwerdelindernd wirken. Die behandelten Patienten dürfen eine erste Schmerzlinderung bereits Stunden nach der Injektion erwarten, die vollständige Reduktion der Beschwerden wird etwa eine Woche nach Behandlungsabschluss beobachtet.

Literatur:

1. AWMF Leitlinie 033/001 (2009) Koxarthrose.
2. Schulz A., Basad E., Jerosch J.; Orthopädie und Rheuma 2010; 11: 46-9.
3. Bagga H., Burkhardt D., Sambrook P., March L.; Long-term Effects of Intraarticular Hyaluronan on Synovial Fluid in

Osteoarthritis of the Knee. The Journal of Rheumatology 2006; 33:5.

4. Thierry Conrozier, Jean-Charles Balblanc, Pascal Richette, Denis Mulleman, Bernard Mailet, François Rannou, Jean-François Maillefert, Pascal Hilliquin, Eric Vignon, Xavier Chevalier; Intra articular injections of hylan GF-20 reduce type II collagen degradation in patients with knee osteoarthritis: The BIOVISO study; Ann Rheum Dis 2010; 69 (Suppl3):281.
5. Hsieh YS, Yang SF, Lue KH, Chu SC, Lu KH; Effects of different molecular weight hyaluronan products on the expression of urokinase plasminogen activator and inhibitor and gelatinases during the early stage of osteoarthritis. J Orthop Res.; 2008; Apr; 26(4):475-84.
6. Richette P., Ravaut P., Conrozier T., Euler-Ziegler L., Mazères B., Maugars Y., Mulleman D., Clerçon P., Chevalier X.; Effect of hyaluronic acid in symptomatic hip osteoarthritis: a multicenter, randomized, placebo-controlled trial; Arthritis Rheum.; 2009 Mar; 60(3):824-30.
7. Qvistgaard E., Christensen R., Torp-Pedersen S., Bliddal H.; Intra-articular treatment of hip osteoarthritis: a randomized trial of hyaluronic acid, corticosteroid, and isotonic saline; Osteoarthritis Cartilage; 2006; Feb; 14(2):163-70.
8. Migliore A., Tormenta S., Masafra U., Bizzi E., Iannesi F., Alimonti A., Granata M.; Intra-articular administration of hylan G-F 20 in patients with symptomatic hip osteoarthritis: tolerability and effectiveness in a large cohort study in clinical practice; Curr Medi Res; Vol. 24, No. 5, 2008, 1309-1316.
9. Briggs, Steadman, Matheny und Rodkey; Steadman research Foundation, Vail Colorado; Hylan G-F 20 in combination with Corticosteroids in patients with symptomatic knee osteoarthritis; ESSKA Kongress, Oslo 2010.

Tagungen

20. bis 23. Juli 2011: 3. Tegernseer Schulter- und Ellenbogenkurs

Hauptthemen: Vorträge und Workshops in der Schulter- und Ellenbogenchirurgie (ASK und Prothetik): Rotatorenmanschette, Diagnostik/Ellenbogen, Prothese, Ellenbogen, Schulterinstabilität, Clavicula und Humeruskopffrakturen

Veranstaltungsort: Hanns Seidel Stiftung, Bildungszentrum Wildbad Kreuth, 83708 Wildbad Kreuth

Tagungsleitung: Prof. Dr. Ulrich Brunner, Unfall-, Schulter- und Handchirurgie, Krankenhaus Agatharied, Norbert-Kerkel-Platz, 83734 Hausham, fon +49 (0) 8026 393-2444, fax +49 (0) 8026 393-4614, brunner@kha-gatharied.de, Prof. Dr. Ernst Wiedemann, Schulter- und Ellenbogenchirurgie, Sana Klinik München, Steinerstr. 6, 81369 München, fon +49 (0) 89 206082-204, fax +49 (0) 89 206082-333, ernst.wiedemann@gmx.de

Kongressorganisation: Intercongress GmbH, Karlsruhe Str. 3, 79108 Freiburg, fon +49 (0) 761 696 99-0, fax +49 (0) 761 696 99-11, info.freiburg@intercongress.de, www.intercongress.de

Kongresshomepage: www.tese-kurs.de

10. bis 12. August 2011 in Wiesbaden: 4. Sportmedizinische Woche zum Ironman 70.3

Veranstaltungsort: Schwimm-Club Wiesbaden 1911 e. V., Christian-Bücher-Str. 22, 65201 Wiesbaden, www.scw-1911.de

Organisation: medicalnetworks CJ GmbH & Co. KG, Simone Schubert-Jaworski, Niedervellmarer Straße 41, 34127 Kassel, Tel.: +49 (0)561 766855 0, Fax: +49(0)561 766855 99, Mobil: +49 (0)172 1564020, s.jaworski@medicalnetworks.de – Fragen, Anmeldung, Informationsmaterial

16. bis 17. September 2011 in Essen: 1. Niederrheinischer Kongress & OP-Kurs Hüft-Arthroskopie

Tagungsort: Institut für Anatomie Universitätsklinikum Essen, Gebäude: Institutsgruppe 1, Virchowstr. 171, 45147 Essen

Wissenschaftl. Kursleitung: Dr. med. Wolfgang Zinser, Klinik für Orthopädie und Unfallchirurgie mit Sportmedizin und Alterstraumatologie, St. Vinzenz-Hospital Dinslaken

Information/Anmeldung: ProSympos GmbH, Postfach 11 05 17, 45335 Essen, Tel.: +49 (0) 201 33 01 300, Fax: +49 (0) 201 33 01 304, E-Mail: info@prosympos.de

30. September bis 1. Oktober 2011 in Wiesbaden: IX. Kongress der Gesellschaft für Extremitätenverlängerung und Rekonstruktion (ASAMI)

Schwerpunkthemen: Congenitale Deformitäten; Interne Verfahren zur Extremitätenrekonstruktion und -verlängerung; Kniegelenksnahe Umstellungen; Fuß- und Handdeformitäten; Posttraumatische und septische Fehlstellungen- und Defektkorrektur

Veranstaltungsort: Museum Wiesbaden, Friedrich-Ebert-Allee 2, 65185 Wiesbaden

Veranstalter: ASAMI Deutschland, Gesellschaft für Extremitätenverlängerung und Rekonstruktion

www.asami.de

Wissenschaftliche Leitung: Dr. (B) Etienne Heijens, Orthopäde, Orthopädischer Chirurg, Gelenkzentrum Wiesbaden, Wilhelmstraße 30, 65183 Wiesbaden

Tagungshomepage: www.conventus.de/asami2011

30. September bis 1. Oktober 2011 in Frankfurt: Shock Wave Frankfurt

Veranstaltungsort: Messeturm Frankfurt, Friedrich-Ebert-Anlage 49, 60327 Frankfurt

Organisator: Sportmedizinisches Institut Frankfurt am Main e. V. (SMI)

Wissenschaftl. Leitung: Prof. Dr. med. Heinz Lohrer (Ärztl. Direktor des SMI) und ein internationales Gremium aus Orthopäden, Sportmedizinern, Urologen und Dermatologen
Information: www.shockwavefrankfurt.com

Kontakt: Sportmedizinisches Institut Frankfurt am Main, Dr. Tanja Nauck, Otto-Fleck-Schneise 10, 60528 Frankfurt am Main, Tel.: +49 (0) 69 678 009 45, Fax: +49 (0) 69 678 009 51, E-Mail: Nauck@smi-frankfurt.de, Homepage: www.smi-frankfurt.de

22. Oktober 2011 in Eisenstadt: 4. Burgenländischer Rheumatag – Ärztliche Fortbildung & Publikumstag

Thema: Aktuelle Entwicklungen in der Rheumatologie

Veranstaltungsort: Wirtschaftskammer Burgenland, A-7000 Eisenstadt, Robert-Graf-Platz 1

Veranstalter: Krankenhaus Güssing, ÄL. Prim. Dr. G. Puhr

Wissenschaftl. Leitung: Dr. med. Tamás Palotai, MBA, OA Dr. med. Rene Fallent

Information: ÄRZTEZENTRALE MED.INFO, Helferstorferstr. 4, A-1014 Wien, Tel.: (+43/1) 531 16 – 33, Fax: (+43/1) 531 16 – 61, E-Mail: azmedinfo@media.co.at

25. bis 28. Oktober 2011 in Berlin: Deutscher Kongress für Orthopädie und Unfallchirurgie – DKOU – 2011 (97. Tagung der DGOOC, 75. Jahrestagung der DGU, 52. Tagung des BVOU)

Veranstaltungsort: Messe/ICC Berlin

Wiss. Leitung: Prof. Dr. med. Michael Kohn, Homburg (Präsident DGOOC), Prof. Dr. med. Tim Pohlemann, Homburg (Präsident DGU), Prof. Dr. med. Karsten Dreinhöfer (Präsident BVOU)

Veranstalter, Kongressbüro, Industrieausstellung: Intercongress GmbH, Wilhelmstr. 7, 65185 Wiesbaden, Tel.: +49 (0) 611 97716-0, Fax: +49 (0) 611 97716-16, dkou@intercongress.de

4. bis 5. November 2011 in Arnstadt: Arnstädter Gelenksymposium – Update Knie- und Hüftendoprothetik

Mit Firmenworkshops in der Mittagspause & speziellen Workshops für Physiotherapeuten

Vortragsthemen: Primär- und Revisionsendoprothetik an Hüft- und Kniegelenk

- Difficult primary Knee
- Einsatz patientenadaptierter Schnittblöcke
- MIS: nützlich oder modisch?
- Isolierter femuropatellarer Gelenkersatz
- Septische Revision gekoppelter Knieendoprothesen
- Arthroskopie beim femuroacetabulären Impingement
- Ileopectineal Impingement
- Haben Kappenprothesen noch eine Zukunft?
- Periprothetische Frakturbehandlung
- Vorgehen bei Keramikbruch
- Allergiemproblematik in der Endoprothetik
- Anforderungen an eine Hüftrevisionsendoprothese

Veranstaltungsort: Stadthalle Arnstadt,

Brauhausstraße 1/3, 99310 Arnstadt, www.arnstadt-stadtbrauerei.de

Wissenschaftlicher Leiter: PD Dr. med. Ulrich Irlenbusch, Marienstift Arnstadt

Zusatzprogramm: Workshops für Physiotherapeuten

Kongress-Organisation/Intercongress GmbH,

Anmeldung: Karlsruher Str. 3, 79108 Freiburg, Stefanie Matt, Tel.: 0761 69699-0, Fax: 0761 69699-11, E-Mail: stefanie.matt@intercongress.de, www.intercongress.de

Industrieausstellung: Intercongress GmbH, Wilhelmstr. 7, 65185 Wiesbaden, Silke Melzer, Tel.: 0611 97716-60, Fax: 0611 97716-16, E-Mail: silke.melzer@intercongress.de, www.intercongress.de

Homepage: www.intercongress.de, bitte klicken Sie auf "Veranstaltungskalender" & Anmeldung: (Anmeldung ab Mai 2011)

25. bis 26. November 2011 in Weimar: 2. Mitteldeutscher Schmerztag 2011

Thema: Hausarzt und Spezialist – Gemeinsam gegen den Schmerz

Veranstaltungsort: Congress Centrum Neue Weimarhalle, Unesco-Platz 1, 99425 Weimar

Veranstalter: Schmerztherapeuten Sachsen e.V., Verband Thüringer Schmerztherapeuten e.V.

Tagungsleitung: Dr. med. Thomas Lange, Praxis für spezielle Schmerztherapie, Rudolstadt

Wissenschaftliche Leitung: PD Dr. med. Rolf Malessa, Sophien- und Hufeland-Klinik gGmbH, Klinik für Neurologie und Klinische Neurophysiologie, Weimar

Tagungshomepage: www.mitteldeutscher-schmerztag.de

25. bis 26. November 2011 in München: XII. Bogenhauser Schultersymposium

Hauptthemen: Schulter und Ellbogen im Sport; Innovationen der operativen und konservativen Therapie

Sonstiges: Live-Operationen, Vorträge, Workshops, Fachausstellung

Tagungsort: München, The WESTIN Grand Hotel München Arabellapark

Wiss. Leitung: Dr. med. Ludwig Seebauer, Direktor Zentrum für Orthopädie, Unfallchirurgie und Sportmedizin, Städt. Klinikum München GmbH, Klinikum Bogenhausen

Auskunft/Organisation: COCS GmbH, Congress Organisation C. Schäfer, Rosenheimer Str. 145c, 81671 München, Telefon: 089 / 89 06 77-0, Telefax: 089 / 89 06 77-77, E-Mail: claudia.schaefer@cocs.de, Internet: www.cocs.de

8. bis 10. Dezember 2011 in Hamburg: 6. Deutscher Wirbelsäulenkongress - Jahrestagung der Deutschen Wirbelsäulengesellschaft e.V.

Schwerpunktthemen: Sagittale Balance und Biomechanik; Therapie und Psyche; Innovation und Analyse; Langzeitergebnisse und Perspektive

Veranstaltungsort: Congress Centrum Hamburg (CCH), Am Dammtor / Marseiller Str., 20355 Hamburg Veranstalter: Deutsche Wirbelsäulengesellschaft e.V. www.dwg.org

Kongresspräsident: Prof. Dr. med. Christof Hopf, Lubinus Clinicum, Steenbeker Weg 25, 24106 Kiel, Tel.: 0431 / 388 302, c.hopf@dwg.org

Tagungshomepage: www.dwg2011.de

9. bis 10. Dezember 2011 in München: Komplexe Kniechirurgie

- Hauptthemen:
1. Sporttrauma;
 2. Endoprothetik;
 3. Revision

Unterthemen: Bandchirurgie, Endoprothetik, Frakturen, Infekt, Knorpelchirurgie, Osteotomie

Veranstaltungsort: Holiday Inn Munich City-Centre, München

Tagungspräsident: PD Dr. med. Hermann Otto Mayr, PD Dr. Robert Hube, OCM Klinik, Orthopädische Chirurgie, Steiner Str. 6, 81369 München

Kongress-Organisation/Anmeldung: Intercongress GmbH, Karlsruher Str. 3, 79108 Freiburg, Stefanie Matt, Tel.: 0761 69699-0, Fax: 0761 69699-11, E-Mail: stefanie.matt@intercongress.de, www.intercongress.de

Industrieausstellung: Intercongress GmbH, Wilhelmstr. 7, 65185 Wiesbaden, Silke Melzer, Tel.: 0611 97716-60, Fax: 0611 97716-16, E-Mail: silke.melzer@intercongress.de, www.intercongress.de

Kongresshomepage: www.knie-komplex.de, & Anmeldung: Anmeldung ab April 2011

20. bis 21. Januar 2012 in Freiburg: Freiburger Knorpeltage

Themen: 1. Einteilung & Klassifikation von Knorpelschäden; 2. Grundlagen der Behandlung von Knorpelschäden; 3. Chirurgische Techniken; 4. Evidenz & Regulation; 5. Adjuvante Therapien; 6. Freie Themen

Veranstaltungsort: Aula, Universität Freiburg, Kollegiengebäude I

Wissenschaftl. Leitung: Univ.-Prof. Dr. med. Norbert P. Südkamp, PD Dr. med. Hermann Otto Mayr, PD Dr. med. Philipp Niemeyer, Dr. med. Gian M. Salzmann

Kongress-Organisation: Intercongress GmbH, Karlsruher Str. 3, 79108 Freiburg, fon 0761 696 99-0, fax 0761 696 99-11, info@intercongress.de, www.intercongress.de

Kongresshomepage: www.freiburger-knorpeltage.de

Online-Registrierung: www.intercongress.de

Kurse

Sonographie

Fortbildungskurse 2011 Sonographie der Bewegungsorgane gemäß DGOU-, DEGUM- und KBV-Richtlinien

Sonographie der Stütz- und Bewegungsorgane mit besonderer Berücksichtigung der Gelenkinstabilitäten:

Aufbaukurs: 23./25. September 2011

Abschlusskurs: 25./27. November 2011

Sonographie der Säuglingshüfte nach R. Graf:

Abschlusskurs: 09./10. Dezember 2011

Aufbau- und Abschlusskurse sind auch als „Refresher-Kurse“ geeignet!

Leitung: Dr. N. M. Hien (AG für orthopädische Sonographie München, DEGUM-Seminarleiter) in Zusammenarbeit mit der Bayerischen Landesärztekammer

Ort: München, Forum-Westkreuz

Anmeldung: Fr. Hakelberg, Tel.: (089) 8344025

Teilnahme nur nach Voranmeldung!

Info: <http://www.drhien.de> -> Kurse für Ärzte; E-mail: PraxisDrHien@t-online.de

Sonographie-Kurse in Berlin

Veranstalter/Referent/Leitung: PD Dr. med. H. Mellerowicz
Aufbaukurs Sonographie des Haltungs- und Bewegungsapparates 09. – 11.09.2011

Grundkurs Sonographie der Säuglingshüfte
14. – 15.10.2011

Ort: HELIOS Klinikum Emil von Behring, Klinik für Kinderorthopädie, Waltherhöferstr. 11, 14165 Berlin

Auskünfte erteilt: C. Peter, 030/8102-1935, HELIOS Klinikum Emil von Behring, Klinik für Kinderorthopädie, PD Dr. med. H. Mellerowicz, Gimpelsteig 9, 14165 Berlin, E-Mail: holger.mellerowicz@helios-kliniken.de, Telefon: 030/8102-1935/1222, Fax: 030/8102-1968

Sonographie des Stütz- und Bewegungsapparates

Abschlusskurs: 19. – 20.11.2011

Anmeldung: krueger-franke@emc-event.com

Information: www.sport-ortho.de

Kasseler Sonographie-Kurse der Stütz- und Bewegungsorgane

nach den Richtlinien der DEGUM und §6 KVB

Aufbaukurs 09. - 11.09.2011

Abschlusskurs 10. - 11.12.2011

Kursleitung: Prof. Dr. W. Konermann, DEGUM Seminarleiter

Auskunft und Anmeldung: Frau A.T. Kukat, Rotes Kreuz Krankenhaus Kassel, Klinik für Orthopädie, Unfallchirurgie

und Rehabilitative Medizin, Hansteinstr. 29, 34121 Kassel, Tel.: (0561) 30 86 54 01, Fax: (05 61) 30 86 54 04

E-Mail: kukat@rkh-kassel.de

Sonographiekurse 2011

nach den Richtlinien der D E G U M und nach § 6 KBV vom 01.04.2009 mit Fortbildungspunkten der Ärztekammer Niedersachsen

Kursleitung: Prof. Dr. med. habil. D. Lazovic, Seminarleiter der D E G U M, Klinik für Orthopädie und Spezielle Orthopädische Chirurgie, Pius-Hospital Oldenburg, Prof. Dr. med. O. Rühmann, Ausbildungsleiter der D E G U M, Klinik für Orthopädie / Unfallchirurgie/ Sportmedizin, KRH Klinikum Agnes Karll Laatzten, Fr. Dr. med. G. Engelcke, Chefärztin der Radiologie, Kinderkrankenhaus Auf der Bult Hannover Fr. PD Dr. G. von Lewinski, Oberärztin, Orthopädische Klinik der Medizinischen Hochschule Hannover im Annastift

Ort: Die Kurse „Säuglingshüfte“ finden statt im Kinderkrankenhaus Auf der Bult, Janucz-Korczak-Allee 12, 30173 Hannover

Die Kurse „Bewegungsapparat“ werden veranstaltet im Annastift, Anna-von-Borries-Str. 1-7, 30625 Hannover

Anmeldung: Frau M. Schramm, Pius-Hospital Oldenburg, Georgstr. 12, 26121 Oldenburg, Tel. 0441/229-1561, Michaela.Schramm@pius-hospital.de, www.pius-hospital.de

Termine:

Sonographie des Säuglingshüftgelenkes n. Graf:
H213 Abschlusskurs 12 Std., 2 Tage
04.-05.11.2011

Sonographie der Bewegungsorgane:
W193 Abschlusskurs 16 Std., 2 Tage
02.-03.12.2011

Ultraschallkurse Bewegungsorgane 2011 und 2012 des Schulter-Zentrums Hamburg

Sonografie Kurse gemäß §6 KBV- Richtlinien (vom 31.10.2008) und zertifiziert von DEGUM, DGOOC, ADO, HÄK, BLÄK (Wissenschaftliche und organisatorische Leitung Dr. A. Bethaeuser, www.Schulter-Zentrum.com, Hamburg)

Anmeldung (ist Voraussetzung) und Information: Sonografiesekretariat des Zentrums Frau. A. Habermann, Maurepasstr. 95, 24558 Henstedt-Ulzburg Tel.: 04193-959 966, Fax: 04193-959 885, E-Mail: sono-kurse@t-online.de Diese E-Mail-Adresse ist gegen Spambots geschützt! Sie müssen JavaScript aktivieren, damit Sie sie sehen können. Internet: www.schulter-zentrum.com

Grundkurs Bewegungsapparat (BI) (30 Punkte)

16.09. – 18.09.2011

www.Schulter-Zentrum.com, Hamburg

14.09. – 16.09.2012

www.Schulter-Zentrum.com, Hamburg

Aufbaukurs Bewegungsapparat (B II) (31 Punkte)

04.11. - 06.11.2011
www.Schulter-Zentrum.com, Hamburg
02.11. - 04.11.2012
www.Schulter-Zentrum.com, Hamburg

Abschlusskurs Bewegungsapparat (B III) (20 Punkte)

27.08. - 28.08.2011
www.Schulter-Zentrum.com, Hamburg
25.08. - 26.08.2012
www.Schulter-Zentrum.com, Hamburg

Grundkurs Säuglingshüfte (S I) (16 Punkte)

21.01. - 22.01.2012
www.Schulter-Zentrum.com, Hamburg

Aufbaukurs Säuglingshüfte (S II) (21 Punkte)

23.06. - 24.06.2012
www.Schulter-Zentrum.com, Hamburg

Abschlusskurs Säuglingshüfte (S III) (14 Punkte)

22.10. - 23.11.2011
www.Schulter-Zentrum.com, Hamburg
20.10. - 21.10.2012
www.Schulter-Zentrum.com, Hamburg

Kurswoche Grund- und Aufbaukurs Bewegungsapparat (B I mit B II) (52 Punkte)

19.02. - 24.02.2012
Kurs im Medical Park Bad Wiessee am Tegernsee/Bayern

Sonographie-Kurse des Arbeitskreises Stütz- und Bewegungsorgane

Stolzalpe/Österreich

Orthopädie, Säuglingshüfte: alle Kurse monatlich

Leitung: Prof. Dr. R. Graf, Doz. Dr. C. Tschauner, Landeskrankenhaus A-8852 Stolzalpe.

Kontakte: Anmeldung ausschließlich per E-Mail: Christine Puff, Mail: Christine.Puff@LKH-Stolzalpe.at, Tel.: 00 43 35 32 24 24 28 00

ADO

Kursangebote der Akademie Deutscher Orthopäden (ADO)

Die ADO bietet qualifizierte Fortbildung im Fachbereich Orthopädie an.

Sämtliche von der Akademie Deutscher Orthopäden angebotenen Kurse werden zertifiziert und mit FoBi-Punkten versehen. Diese werden von der KV und den Ärztekammern anerkannt und sind im Rahmen der Fortbildung laut GMG als Nachweis zu sehen.

In der Akademie ist Melanie Dewart, Tel (0 30) 79 75 55-51 oder -59, E-Mail: info@institut-ado.de, www.institut-ado.de, Ihre Ansprechpartnerin, wenn Sie sich für einen Kurs anmelden oder allgemeine Informationen erhalten wollen.

Alle Informationen über das aktuelle Kursangebot finden Sie auch auf unserer Akademie-Homepage unter: www.stiftung-ado.de

ADO Kursangebote 2011

K-Logic-Taping Aufbaukurs CME 16

Termin: 08./09.10.2011, 09:00 bis 17:00

Ort: Aachen

Termin: 28./29.10.2011,

Freitag von 13:00 bis 19:00,

Samstag von 09:00 bis 15:30

Ort: Berlin

Leitung: Ingo Geuenich

Gebühr: Mitglieder 190 € , Nichtmitglieder 230 €
(inkl. Verpflegung und Tapingmaterial)

Röntgenaktualisierungskurs in Berlin CME 9

Termin: 29.10.2011

Zeit: 10:00 bis 18:30 Uhr

Ort: Geschäftsstelle BVOU e.V. ,
Kantstr. 13, 10623 Berlin

Wiss. Leitung: Dr. Abt

Referent Radiologie: Dr. Banzer

Gebühr: 100,00 € Mitglieder BVOU,
130,00 € Nichtmitglieder

3D/4D Wirbelsäulenvermessungskurs Termine 2011 CME 10

Ort	Termin	Leitung
Hamburg	27.08.2011	Dr. Jahn
B.-Gladbach	23. 09.2011	Dr. Heinen
Berlin	26.10.2011	Dr. Jahn
Düsseldorf	19.11.2011	Dr. Jahn
Stuttgart	17.12.2011	Dr. Jahn

Zeit: von 09:30 bis 16:30 Uhr

Gebühr: 150 € inkl. Handouts und Verpflegung

Kursreihe Therapie unter sinnvollem Einsatz von Bandagen und Orthesen

Termin	Ort	Thema
17. + 18. Sept. 2011	Frankfurt	Rücken
19. + 20. Nov. 2011	Hamburg	Knie

Gebühr: kostenlos (inkl. Verpflegung)

Weitere Infos und genaue Kursorte unter: www.institut-ado.de

Vorankündigung ab September 2011

Kindertraumatologie im Unfallkrankenhaus Berlin

Begutachtungsreihe im Unfallkrankenhaus Berlin

Weitere Informationen und Anmeldung unter:

Akademie Deutscher Orthopäden (ADO), Kantstr. 13, 10623 Berlin, Tel. 030/ 797 444 59, Fax: 030/ 797 444 57, Email: info@institut-ado.de oder www.institut-ado.de

MRT

Kernspintomographie in der Orthopädie in Erlangen

In Kooperation mit der Akademie Deutscher Orthopäden (ADO) und nach den Richtlinien des Arbeitskreises Bildgebende Verfahren der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie (DGOOC).

Im Rahmen des Modellprojektes "Fortbildungszertifikat" der Bayerischen Landesärztekammer werden in diesen Kursen Punkte vergeben.

Durch diese MRT-Kurse wird Orthopäden/Unfallchirurgen ein Qualifikationsnachweis an die Hand gegeben, der eine MRT-Weiterbildung nachweist gegenüber Kostenträgern und bei Haftungsfragen.

Kurs 1	(Obere Extremität):	16. bis 17.9.2011
Kurs 2	(Wirbelsäule):	18. bis 19.11.2011
Kurs 3	(Untere Extremität):	9. bis 10.12.2011
Kurs 4	(Weichteil-, Knochen-, Gelenk-Erkrankungen):	20. bis 21.1.2012
Kurs 5	(Zusammenfassung und Vertiefung an Fallbeispielen. Prüfungsvorbereitung):	16. bis 17.3.2012

Leitung und Organisation: Dr. Axel Goldmann, Erlangen

Veranstaltungsort: Siemens AG, Healthcare Sector, Karl-Schall-Str. 6, 91052 Erlangen

Anmeldung: Sekretariat Fr. Barnickel, Dr. Goldmann, Orthopädie Centrum Erlangen, Nägelsbachstr. 49a, 91052 Erlangen, Tel 09131-7190-51, Fax 09131-7190-60, E-Mail: goldmann@orthopaeden.com

Kernspintomographie in der Sportklinik Stuttgart

In Kooperation mit der Akademie Deutscher Orthopäden (ADO) und nach den Richtlinien des Arbeitskreises Bildgebende Verfahren der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und

Orthopädische Chirurgie (DGOOC).

Durch die Landesärztekammer Baden-Württemberg werden 20 Fortbildungspunkte / Kurs

(100 Punkte / fünf Kurse) für die Veranstaltung anerkannt.

Durch diese Kurse wird Orthopäden/Unfallchirurgen ein Qualifikationsnachweis an die Hand

gegeben, der eine MRT-Weiterbildung nachweist gegenüber Kostenträgern und bei Haftungsfragen.

Kurs 4 (Differentialdiagnose in der MRT):
07. – 08.10.11

Kurs 5 (Zusammenfassung und Vertiefung an Fallbeispielen):
18. – 19.11.11

Leitung und Organisation: Dr. med. Frieder Mauch, Stuttgart

Anmeldung: Sekretariat Fr. Schneider, Taubenheimstr. 8, 70372 Stuttgart,

Tel: 0711/5535-111, Fax: 0711/5535-188, E-Mail: Bettina.Schneider@sportklinik-stuttgart.de

Sonstige Kurse

Manuelle Medizin/Chirotherapie:

Technikkurs I (I. Kurs):

16.07.-23.07.11	Isny
16.09.-18.09.11	Karlsruhe, Teil 1
23.09.-25.09.11	Karlsruhe, Teil 2
08.10.-15.10.11	Damp
03.12.-10.12.11	Hannover
Tagesrefresher	
17.09.11	Ascheffel LWS
29.10.11	Bad Mergenth. LWS/SIG
19.11.11	Neuss HWS
Wochenendrefresher	
29.10.-30.10.11	Isny HWS
Gesamtrefresher	
06.08.-13.08.11	Königstein

Sonderkurse

Kinesio-Taping	09.11.2011	Markgröningen
----------------	------------	---------------

Manuelle Medizin bei Kindern

Kursort: Hannover, Kursleiter: Dr. med. W. Kemlein

14.09.-19.09.11	Kurs A: Diagnostikkurs 1
23.11.-26.11.11	Kurs B: Diagnostikkurs 2

Kursort: Villingen-Schwenningen, Kursleiter: Dr. med. W. Coenen

21.09.-24.09.11	Kurs C: Therapiekurs 1
17.11.-19.11.11	Kurs D: Therapiekurs 2

Osteopathie

Einführungskurs

21.07.-23.07.11	Isny (E)
08.09.-10.09.11	Bad Iburg (D)

Bitte informieren Sie sich über weitere Kurse und das Gesamtcurriculum bei Deutsche Gesellschaft für Manuelle Medizin, MWE, Dr. Karl-Sell-Ärztseminar, Riedstraße 5, 88316 Isny-Neutrauchburg, Tel. 07562-97180,

E-Mail: info@aerzteseminar-mwe.de.

Licht und Lachen für kranke Kinder. Effizienz in der Medizin e.V. (Li-La) – Kurse 2011

23. bis 24. September 2011 in Meran (IT): Kinderorthopädischer Kurs

Leitung: Dr. Peter Sturm, Dr. Frank Schneider

18. bis 19. November 2011 in Berlin (DE): Komplikationen in der Kindertraumatologie I – obere Extremität

Leitung: Dr. Henning Giest

Information/Organisation (alle Kurse): Conventus Congressmanagement & Marketing GmbH, Claudia Voigtmann, Carl-Pulfrich-Str. 1, 07745 Jena, Tel.: +49 (0) 3641 – 31 16 335, Fax: +49 (0) 3641 – 31 16 241, lila@conventus.de, www.li-la.org

4. bis 10. September 2011 in Riva und Torbole/Italien: Sportmedizin Gardasee 2011 – 28. Sportmedizin-Wochenkurs

Veranstaltungsort: Hotel Du Lac et Du Parc – Riva

Wissenschaftl. Leitung und Organisation: Dr. med. Erhan Basad, Orthopädische Universitätsklinik, Paul-Meimberg-Str. 3, 35385 Giessen, Kongressbüro Sportmedizin, Thaerstr. 1, 35392 Giessen, Dr. med. Jürgen Keemss, Orthopädische Praxis, Greideler Str. 35, 35510 Butzbach
www.sportmedizin-gardasee.de

11. bis 12. November 2011 in Bochum: Operationskurs Knorpel- und Meniskus Chirurgie

Themen: 1. Operationskurs Knorpel- und Meniskus Chirurgie

Veranstaltungsort: Klinisch-anatomisches Forschungs- und Fortbildungszentrum (KAFFZ), Ruhr-Universität Bochum, Gebäude MA, Universitätsstr. 150, 44801 Bochum

Wissenschaftl. Leitung: Dr. med. Tobias Vogel, Zentrum für Regenerative Medizin und Knorpelchirurgie, Orthopädische Universitätsklinik der Ruhr Universität Bochum

Ehregast: Dr. med. Dirk Holsten

Kongress-Organisation: Intercongress GmbH, Karlsruher Str. 3, 79108 Freiburg, fon 0761 696 99-0, fax 0761 696 99-11, info.freiburg@intercongress.de, www.intercongress.de

Kongresshomepage: www.op-kurs.intercongress.de

Online-Registrierung: www.intercongress.de