

FOMT GbR - Fortbildungen für orthopädische Medizin und manuelle Therapie

Kreuzbandruptur, deren Versorgung (konservativ versus operativ), und die Entwicklung einer Gonarthrose

Wie ist der momentane Stand?

Die Entwicklung einer frühen Gonarthrose nach einer vorderen Kreuzbandruptur wird seit geraumer Zeit diskutiert und scheint leider für den Betroffenen eine unausweichliche Folge des Traumas zu sein. Ein Ansatz, die Folgen der Verletzung zu verhindern, ist die Rekonstruktion des Bandes mittels autologer Sehnen, wie zum Beispiel der Semitendinosus- oder auch der Patellarsehne. Fraglich ist allerdings, ob dieses Ziel durch eine operative Restabilisierung des Gelenkes eher erreicht werden kann als durch eine konservative Versorgung.

Zur Klärung des Sachverhalts sind in den letzten 2 Jahren unter anderem 4 Metaanalysen und eine Auswertung eines umfassenden Registers mit Nachuntersuchungszeiträumen von 10 und mehr Jahren publiziert worden. Diese sollen in dieser kurzen Übersicht im Vordergrund stehen.

Chalmers PN, Mall NA, Moric M et al. Does ACL reconstruction alter natural history? American Journal of Bone and Joint Surgery. 2014; 96: 292.

In der Arbeit von Chalmers et al. wurden insgesamt 29 Arbeiten eingeschlossen. Als Outcome Parameter wurden, wie in manch anderen Übersichtsarbeiten auch, funktionelle Parameter, die Gelenkstabilität und die Notwendigkeit von Nachoperationen ermittelt. Bezüglich dem Pivot-Shift Tests und den Nachoperationen am Meniskus waren die Operierten im Vorteil. Für die Gonarthrose ergab sich für die konservativ versorgten Patienten eine Rate von 32,8%. Die Operierten zeigten hier mit 35,3% etwas häufiger eine Degeneration (nicht signifikant).

Ajuied A, Wong F, Smith C et al. Anterior cruciate ligament injury and radiologic progression of knee osteoarthritis. American Journal of Sports Medicine. 2014; 42: 2242.

Die Arbeit von Ajuied et al. wertete insgesamt 9 Arbeiten aus. Leider wurden hier gerade für das Assessment der Arthrose nur 2 Arbeiten mit konservativen Patienten eingeschlossen. Das Risiko, eine Arthrose zu erleiden, war hier in der gesamten Kohorte erhöht. Wurden alle

Rekonstruierten zusammen ausgewertet, dann ergab sich für diese Gruppe eine geringere Arthroseentwicklung im Vergleich zu konservativ versorgten Patienten. Bei einer Subgruppierung in „schwere Degenerationen“ und „moderate Veränderungen“ zeigten sich gegensätzliche Werte: Die Nicht-Operierten waren mit einem geringeren Arthrose-Risiko im Vorteil.

Nordenvall R, Bahmanyar S, Adami J et al. Cruciate ligament reconstruction and risk of knee osteoarthritis: the association between cruciate ligament injury and post-traumatic osteoarthritis. A population based nationwide study in Sweden, 1987-2009. PlosOne. 2014; 9: e104681.

Die Arbeit von Nordenvall schloss mit Abstand am meisten Patienten ein (64614). Ca. die Hälfte der Patienten wurde dabei operativ, die andere Hälfte konservativ behandelt. Insgesamt entwickelten 24% der operativ versorgten Patienten eine Arthrose, nur 19% der konservativ versorgten traf dieses Schicksal. Die Zeit des Nachuntersuchungszeitraumes spielte dabei eine Rolle. In den ersten Jahren hatte zunächst die konservative Gruppe eine höhere Arthrose-Rate. Nach ca. 12 Jahren holten die Rekonstruierten auf und übertrafen die nicht-Operierten.

Smith TO, Postle K, Penny F et al. Is reconstruction the best management strategy for anterior cruciate ligament rupture? A systematic review and meta-analysis comparing anterior cruciate ligament reconstruction versus non-operative treatment. The Knee. 2014; 21: 462.

Smith et al. beschäftigten sich mit 14 Arbeiten über die Versorgung einer vorderen Kreuzbandruptur und ermittelten insgesamt ein höheres Arthrose-Risiko für operierte Patienten (Borderline Signifikanz). Für die Funktion (Lysholm Score) ergaben sich keine Unterschiede. Die operierte Gruppe hatte aber weniger Nachoperationen.

Harris et al. Tibiofemoral osteoarthritis after surgical or nonsurgical treatment of anterior cruciate ligament rupture: a systematic review. Journal of Athletic Training. 2015; Jun. 26.

Insgesamt wurden hier 4 Studien ausgewertet. Die Arthrose-Rate für die Operierten wurde dabei mit 41,4% angegeben. Konservativ versorgte Patienten hatten ein geringeres Risiko (30,9%).

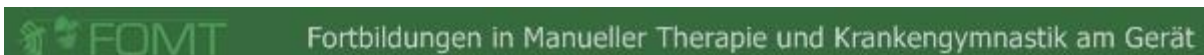
Fazit:

Die 5 zitierten Arbeiten beantworten nicht alle offenen Fragen. Eines kann man jedoch mit Gewissheit sagen: Die operative Versorgung ist bezüglich der Arthroseentwicklung im Vergleich zur einer konservativen Versorgung **bis dato** nicht im Vorteil. Wenn überhaupt, lässt sich allenfalls eine gegensätzliche Tendenz feststellen. Grundsätzlich sollten aber diese feinen Unterschiede nicht überbewertet werden und es kann konstatiert werden, dass die Gelenkdegeneration weniger von der Versorgung als von anderen Faktoren abhängig ist. Möglicherweise spielen folgende Faktoren eine Rolle:

- posttraumatische Belastung (Sportpartizipation)
- neuromuskuläre Stabilisationsstrategien
- Größe des initialen Traumas
- Genetik
- biochemischer Stoffwechsel (zum Beispiel Blutfettwerte....)

Abschließend sollte noch erwähnt werden, dass auch die „Verteufelung“ der operativen Therapie hier weder angebracht noch gerechtfertigt ist. Auch helfen diese Untersuchungen in keinster Weise bei der Entscheidung, ob ein Kreuzbandpatient sich nun operieren lassen soll oder nicht. Das entscheidet sich sicher eher auf der Funktionsebene (funktionell stabil oder nicht stabil).

Wir wünschen Euch einen schönen Herbst und viel Spaß beim Behandeln!



NEU! Ausbildung zum Osteopathen (FOMT®)

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

ab diesem Jahr bieten wir Euch eine Ausbildung zum Osteopathen an!

Wir starten mit dem ersten Modul in **Stuttgart** an der Heimerer Akademie bereits am **2. Oktober 2015** und in **München** ebenfalls an der Heimerer Akademie am **6. April 2016**.

Diese ersten beiden Serien sind so strukturiert, dass wir auf eine abgeschlossene MT-Weiterbildung innerhalb der letzten 5 Jahre aufbauen.

Ab den zweiten Serien im Herbst 2016 in Stuttgart und ab Frühjahr 2017 in München könnt Ihr innerhalb unserer Osteopathieausbildung zusätzlich ein KGG-Zertifikat und ein MT-Zertifikat erlangen.

Weitere Infos und Termine findet Ihr auf unserer Homepage unter folgenden Links:

[Stuttgart Oktober 2015](#)

[München April 2016](#)

[Stuttgart November 2016](#)

[München April 2017](#)

Hier könnt Ihr nun Euch in die Ausschreibung der jetzt beginnenden Serien einlesen.

Viel Spass beim schmökern und wir würden uns freuen, Interessierte in unserer Osteopathiausbildung begrüßen zu dürfen!

Ausschreibung:

Die FOMT steht seit ihrer Gründung für wissenschaftlich fundierte Fort- und Weiterbildung. Diesem Qualitätsanspruch wird die FOMT nun auch in einer Ausbildung zum Osteopathen gerecht. Die FOMT hat ein eigenes Curriculum erstellt, welches von den großen Krankenkassen bereits anerkannt wurde. Dieses Curriculum orientiert sich sowohl an der Konsensgruppe der osteopathischen Verbände als auch anderer Interessengruppen wie dem IFK. Damit beschreitet die FOMT einen eigenen Weg und bleibt unabhängig von bestehenden Konzepten.

Im Zentrum steht die parietale Osteopathie, aus der sich die Manuelle Therapie zum Teil abgeleitet hat. Im Bereich der Manuellen Therapie bieten wir seit Jahren eine fundierte Ausbildung an, deren Inhalte in der Ausbildung zum Osteopathen vertieft werden. Das hohe Niveau einer ausführlichen Befundaufnahme und der Evaluation der Therapiewirksamkeit bleibt bestehen.

Die Felder der craniosacralen und visceralen Osteopathie ergänzen die Ausbildung. Beide Bereiche befähigen den Ausbildungsteilnehmer, seine Fähigkeiten zu erweitern und den therapeutischen Horizont bei schwierigen Pathologien dementsprechend anzupassen. Hier liegt der Ausbildungsschwerpunkt im zweiten und dritten Ausbildungsjahr.

Ein weiterer Hauptpfeiler bildet eine fundierte Ausbildung in medizinischer Differentialdiagnostik. Im Laufe des dritten Ausbildungsjahres liegt daher der Schwerpunkt in der theoretischen Ausbildung, die mit der großen Heilpraktikerprüfung abgeschlossen werden sollte. Diese Prüfung ist jedoch keine Pflicht. Dennoch empfehlen wir aus abrechnungs- und versicherungsrechtlichen

Gründen, die große Heilpraktikerprüfung zu absolvieren. Damit wird dann auch der Direktkontakt gerechtfertigt und eine ausreichende differentialdiagnostische Betrachtung der Patienten gesichert.

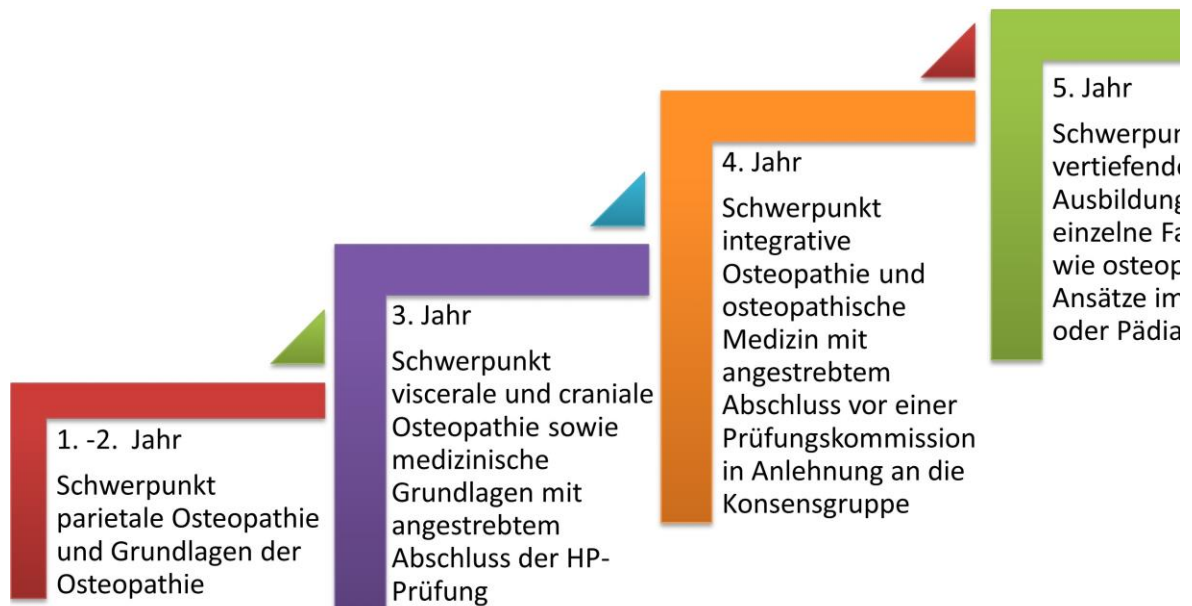
Im vierten Jahr steht die Integration des Gelernten im Zentrum. In Patientenseminaren und vertiefenden Fallbeispielen erhalten die Teilnehmer die Gelegenheit, ihr neu gewonnenes Wissen konkret anzuwenden. Der therapeutische Horizont wird außerdem durch Basiskenntnisse in Akupunktur und ähnlichen Verfahren erweitert.

Das vierte Jahr endet mit einer großen Prüfung, die an die Konsensgruppe Osteopathie angelehnt ist. In der Prüfung befunden und behandeln die Teilnehmer einen Patienten und legen eine schriftlichen und mündlichen Test ab, der den europäischen Standards entspricht.

Zusätzlich kann im fünften Jahr ein akademischer Abschluss in einer fachspezifischen Richtung - evtl. Kinderosteopathie oder sportosteopathische Ansätze – angestrebt werden. Dieses Angebot befindet sich noch in der Planungsphase mit kooperierenden Hochschulen.

Die Ausbildung zum Osteopathen bei der FOMT richtet sich vor allem an Therapeuten, die ihre Kenntnisse über Befund, Therapieplanung und Evaluation des Therapieerfolges vertiefen möchten. Die bereits vorhandenen Fähigkeiten werden erweitert, ab dem dritten Jahr garantiert die bestandene Heilpraktikerprüfung den Direktkontakt zu Patienten, damit auch eine gewisse Unabhängigkeit und eine bessere finanzielle Vergütung der gebrachten Leistungen. In vier Jahren werden 1364 Unterrichtseinheiten unterrichtet, dies entspricht ca. 10 Kursen (Donnerstag bis Sonntag) pro Jahr.

Krankenkassen wie zum Beispiel die Techniker Krankenkasse haben den Zuschuss zu osteopathischen Leistungen bereits wieder reduziert, da der Markt mit osteopathischen Angeboten momentan überflutet wird. Wir setzen diesem Trend unser Konzept entgegen, die Osteopathie zu einem umfassenden Therapiekonzept weiterzuentwickeln, so dass durch eine fundierte parietale, craniosacrale und viscerale Befundung ein ganzheitliches Therapiekonzept entsteht.



Ausbildungsinhalte/Kosten:

Auszüge aus der parietalen Osteopathie

- Insgesamt 10 Module: strukturierte Befunderhebung, differentialdiagnostisch relevante Pathologien, Clinical Reasoning, adäquate Behandlungstechniken aus unterschiedlichsten Konzepten (Maitland, Kaltenborn, Cyriax, McKenzie, Mulligan etc.)

Auszüge aus der visceralen Osteopathie

- Insgesamt 4 Module: strukturierte Befunderhebung, differentialdiagnostisch relevante Pathologien, Integration und adäquate Behandlungstechniken ausgewählter und häufiger Störungen (ligamentäre Techniken, Organtechniken, lymphatisch-vasale Beeinflussung)

Auszüge aus der craniosacralen Osteopathie

- Insgesamt 4 Module: strukturierte Befunderhebung, differentialdiagnostisch relevante Pathologien, Integration und adäquate Behandlungstechniken ausgewählter und häufiger Störungen (ligamentäre, muskuläre und ossäre Techniken, lymphatisch-vasale Beeinflussung)

Auszüge aus dem ärztlichen, medizinischen Unterricht

- Innere Medizin, Gynäkologie, Neurologie, Traumatologie, Embryologie, Biomechanik, Pharmakologie, Ethik
- Differentialdiagnostik im Direktkontakt mit Patienten
- Wissenschaftliches Arbeiten

Insgesamt 1364 Pflicht-Unterrichtseinheiten

jährlich 9 - 10 Module (Donnerstag 9:00 Uhr – Sonntag 13:00 oder 16:00 Uhr)

Preis: Jahr 1 - 4: 14.995 Euro

(exkl. evtl. anfallende zusätzliche Prüfungsgebühren für z.B. die Heilpraktikerprüfung) mit bereits absolvierter Ausbildung Manuelle Therapie innerhalb der letzten 5 Jahre vor Ausbildungsbeginn. Unterrichtseinheiten werden nach Einzelprüfung der Zertifikate anerkannt.

Jahr 5:

individuell planbar, Kosten je nach Vertiefung und akademischem

Abschluss

Impressum

 **FOMT**
praxisnah und wissenschaftlich fundiert

FOMT GbR, Wiesbadener Straße 16, 70372 Stuttgart

info@fomt.info

www.fomt.info

["Newsletter abbestellen", bitte hier Ihre E-Mail Adresse eintragen](#)