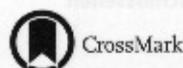


Manuelle Medizin 2018 · 56:189–190
<https://doi.org/10.1007/s00337-018-0377-6>
 Online publiziert: 19. Februar 2018
 © Springer Medizin Verlag GmbH, ein Teil von
 Springer Nature 2018



A. Fischer¹ · G. Harrer²

¹ Abteilung für Physikalische und Rehabilitative Medizin, Abteilung für Interdisziplinäre Schmerztherapie (O2), Klinikum Burgenlandkreis GmbH, Naumburg, Deutschland

² Wien, Österreich

Das Faziendistorsionsmodell als neuer Blickwinkel

Erwiderung

Zum Leserbrief von Hölle-Gindorf J (2018) Faziendistorsionsmodell stellt keine Therapieoption bei Achillessehnenruptur dar. Manuelle Med 56. <https://doi.org/10.1007/s00337-018-0375-8>

Originalbeitrag: Fischer A, Fischer I (2017) Behandlung einer akuten Achillessehnenruptur mit Methoden des Faziendistorsionsmodells. Manuelle Med 55:383–388. <https://doi.org/10.1007/s00337-017-0338-5>

Sehr geehrter Herr Dr. Hölle-Gindorf,

vielen Dank für Ihren Leserbrief, den ich mit Interesse zur Kenntnis genommen habe. Ihre geäußerte Kritik hat mich dazu veranlasst, nochmals über meine Arbeit und die sich daraus ergebenden Schlussfolgerungen nochmals darüber nachzudenken. Gleichzeitig habe ich mich veranlasst gesehen, meinen Artikel und Ihren Leserbrief Herrn Dr. med. Georg Harrer, Pionier des Faziendistorsionsmodells (FDM) und direkter Schüler des Inaugurators des FDM, Stephen Typaldos, sowie selbst langjähriger Präsident der EFDMA, vorzulegen. Ich darf seine Antwort an mich hier auszugsweise zitieren:

„Es handelt sich bei diesem Case Report um einen, wie der Name schon sagt, Fallbericht. Als Leser kann ich hier weder das Vortäuschen einer klinischen Studie erkennen, noch dass eine Empfehlung für alle Achillessehnenrupturen abgeleitet wird. Ich hatte vielmehr den Eindruck, dass mit so einem Fallbericht eben gezeigt werden sollte, dass ein zufriedenstellendes Ergebnis ohne Ruhigstellung und ohne operative Versorgung möglich

ist, wobei der Autor vermutet, dass dieses Ergebnis auf das Faziendistorsionsmodell zurückzuführen sei.

Achillessehnenrupturen werden seit geraumer Zeit in den westlichen Industriestaaten erfolgreich versorgt. Das hat der Autor des Case Reports nie in Abrede gestellt. Es sind jedoch mit den bisherigen Ansätzen reichlich Nachteile verbunden, die möglicherweise nicht unbedingt erforderlich sind. Ziel ist es doch, die Patienten bei Verletzung mit den geringsten möglichen Nachteilen und unter Erhaltung aller Funktionen wiederherzustellen. Ruhigstellung oder Operation waren nie ein Ziel, sind stets ein Mittel, das zu rechtfertigen ist.

In zahlreichen Studien und Metaanalysen zeigt sich das gleiche Bild. Sowohl im großen Cochrane-Review von 2010 [1] als auch in der Arbeit von Khan u. Fick [2] lässt sich gut erkennen, dass der Nachteil der operativen Versorgung in den Komplikationen wie Infektion, Wundheilungsstörung und Narbenbildung besteht, während das nichtoperative Vorgehen ein höheres Risiko der Reruptur und eine langsamere Genesung mit sich bringt. Es zeigt sich auch, dass eine Kombination (Operation plus Ruhigstellung) nicht nur beide Vorteile kombiniert, sondern auch beide Nachteile. In keiner Metaanalyse konnte gezeigt werden, dass das operative oder konservative Vorgehen dem jeweils anderen überlegen ist.

Dass ein Proponent der operativen Versorgung das Verhindern der Reruptur im Vordergrund sieht, ist ebenso vorhersagbar wie dass ein Proponent der Ruhigstellung wiederum auf die geringere Infektionsrate verweist. ... Ich sehe diesen Case Report eher als zukunfts-

weisend, da das Ergebnis hier eben ohne die beiden scheinbar essenziellen Maßnahmen (Operation, Ruhigstellung) gut geworden ist. Ich sehe die Aufgabe der medizinischen Forschung darin, uns solche Phänomene besser verstehen zu lassen sowie daraus den bestmöglichen Weg für möglichst viele Patienten zu finden, nicht den Status quo zu rechtfertigen. Hätten sich in der Geschichte der Medizin alle ausnahmslos an die Guidelines gehalten, würden wir heute hauptsächlich Aderlass und Klistiere machen. Speziell die Geschichte der Chirurgie ist gekennzeichnet vom Verlassen der gängigen Praxis. Bis Alexis Carell war es eine allgemein anerkannte Tatsache, dass man durchtrennte Gefäße nur ligieren kann. Bis Trendelenburg und Sauerbruch galt der Thorax als chirurgisch unerreichbar. Ich sehe den Autor des Case Reports hier eingebettet in eine lange historische Reihe der Innovation.“

Mich hat das FDM als Behandlungsoption deswegen so begeistert, weil ich am eigenen Körper (!) erleben konnte, dass es zumindest für mich neben der operativen und der klassischen konservativen Therapie mit längerer Ruhigstellung eine dritte Option der Behandlung einer Achillessehnenruptur gibt: die Behandlung nach dem FDM mit Verzicht auf jegliche Ruhigstellung. Das sehr zufriedenstellende Ergebnis kann ich mittlerweile über mehr als 2 Jahre an mir selbst beobachten.

Für mich ergibt sich an dieser Stelle unserer Diskussion die abschließende Einsicht, dass es wichtig ist, die Behandlung unserer Patienten an wissenschaftlichen Standards, aber auch an unseren eigenen, ganz individuellen Erfahrungen

auszurichten und dabei offenzubleiben für Neues.

Dr. med. Alexander Fischer

Dr. med. Georg Harrer

Korrespondenzadresse

Dr. A. Fischer

Abteilung für Physikalische und Rehabilitative Medizin, Abteilung für Interdisziplinäre Schmerztherapie (O2), Klinikum Burgenland-kreis GmbH
Humboldtstr. 31, 06618 Naumburg, Deutschland
Alexander.Fischer@klinikum-burgenland-kreis.de

Interessenkonflikt. A. Fischer und G. Harrer geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Literatur

1. Khan RZ, Smith RL (2010) Surgical interventions for treating acute Achilles tendon ruptures. *Cochrane Database Syst Rev.* <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003674.pub4>
2. Khan RZ, Fick D (2005) Treatment of acute Achilles tendon ruptures: a metaanalysis of randomized controlled trials. *J Bone Jt Surg Oct* 87(10):2202–2210

Neues Mutterschutzgesetz

Wichtige Änderungen für Arbeitgeber

Um den geänderten gesellschaftlichen und rechtlichen Rahmenbedingungen zu entsprechen, wurde das Mutterschutzrecht grundlegend reformiert. Mit Beginn des neuen Jahres traten die vom Deutschen Bundestag beschlossenen Änderungen in Kraft.

Das Mutterschutzgesetzes (MuSchG) gewährleistet schwangeren und stillenden Frauen einen besonderen Gesundheitsschutz im Betrieb. Es soll verhindern, dass sie wegen der Schwangerschaft und Stillzeit Nachteile im Berufsleben erleiden oder die selbstbestimmte Entscheidung über ihre Erwerbstätigkeit verletzt wird. Damit werden die Chancen der Frauen verbessert und ihre Rechte gestärkt, auch während der Schwangerschaft oder Stillzeit ohne Gesundheitsrisiko für Mutter und Kind weiterhin arbeiten zu können.

Neues Gesetz gilt für mehr Mütter

Die Änderungen im MuSchG bedeuten vor allem eine Ausweitung des geschützten Personenkreises. Bislang galt das Gesetz nur für Frauen, die in einem Arbeitsverhältnis stehen oder Heimarbeit ausführen. Ab 2018 sind alle (werdenden) Mütter eingeschlossen – also auch Praktikantinnen, weibliche Auszubildende und unter bestimmten Voraussetzungen auch Schülerinnen und Studentinnen. Danach können diese während des Mutterschutzes für Veranstaltungen, Prüfungen oder Praktika Ausnahmen beantragen, ohne deswegen Nachteile zu erleiden.

Schutzfristen werden verlängert

Auf Antrag der Mutter müssen Arbeitgeber ab 2018 eine verlängerte nachgeburtliche Schutzfrist von zwölf Wochen bei Geburten von behinderten Kindern gewähren. Bisher galt diese nur bei Früh- und Mehrlingsgeburten. Neu ist auch der viermonatige Kündigungsschutz, wenn sie nach der zwölften Schwangerschaftswoche eine Fehlgeburt erleiden.

Verbot und Zulässigkeit von Nachtarbeit

Mit dem neuen Gesetz dürfen schwangere oder stillende Frauen zwischen 20:00 Uhr und 6:00 Uhr nicht mehr beschäftigt werden.

Eine Beschäftigung während dieser Zeit ist nur zulässig bei Einwilligung der werdenden Mutter, ärztlicher Bescheinigung der Unbedenklichkeit, Einhaltung des Arbeitsschutzes und behördlicher Genehmigung.

Gefährdungsbeurteilung am Arbeitsplatz

Für jeden Arbeitsplatz muss bei der allgemeinen Gefährdungsbeurteilung im Vorfeld geprüft werden, ob sich eine Gefährdung für eine schwangere oder stillende Frau oder ihr Kind ergeben könnte, auch wenn aktuell dort keine schwangere oder stillende Frau tätig ist. Der Arbeitgeber muss das Ergebnis der Beurteilung dokumentieren und die Mitarbeiter darüber in geeigneter Form informieren. Meldet eine Frau ihre Schwangerschaft an, muss diese Gefährdungsbeurteilung entsprechend aktualisiert und individualisiert werden.

Arbeitgeber muss Arbeitsbedingungen für Mütter anpassen

Der Arbeitgeber muss die Arbeitsbedingungen so gestalten, dass eine „unverantwortbare Gefährdung“ ausgeschlossen ist. Liegen Gefährdungen vor, muss er die Arbeitsbedingungen durch Schutzmaßnahmen umgestalten. Ist dies nicht oder nur unter unverhältnismäßigem Aufwand möglich, muss die schwangere Frau an einem anderen geeigneten und zumutbaren Arbeitsplatz eingesetzt werden. Ein Beschäftigungsverbot aus betrieblichen Gründen soll dann nur noch möglich sein, wenn alle anderen Maßnahmen versagen.

Quelle: Deutsche Gesellschaft für Arbeitsmedizin und Umweltmedizin (DGAUM), www.dgaum.de