

Manuelle Medizin

Chirotherapie | Manuelle Therapie
Zeitschrift der Deutschen Gesellschaft für Manuelle Medizin

Elektronischer Sonderdruck für H. Biedermann

Ein Service von Springer Medizin

Manuelle Medizin 2011 · 49:189–192 · DOI 10.1007/s00337-011-0836-9

© Springer-Verlag 2011

zur nichtkommerziellen Nutzung auf der
privaten Homepage und Institutssite des Autors

H. Biedermann

Berühren, begreifen, behandeln

Einige Bemerkungen zur Indikationsstellung in der Manualmedizin

Berühren, begreifen, behandeln

Einige Bemerkungen zur Indikationsstellung in der Manualmedizin

Zum Beitrag

Sacher R, Alt B, Koch LE et al (2011) Die Manipulation in funktionell ungestörten Regionen des Bewegungssystems. Ein funktioneller Denk- und Diskussionsansatz. *Manuelle Med* 49:6–10

Leserbrief

H. Biedermann
 Köln

Anlass dieses Artikels ist ein Beitrag von Sacher et al. in *Manuelle Medizin* [12], in dem die Autoren postulierten, „manipulative Änderung der propriozeptiven Affferenz in funktionell ungestörten Abschnitten des Muskel- und Skelettsystems“ als Therapieoption betrachten zu können.

Das heißt also: Auch wenn keine funktionelle Störung zu finden ist, sei eine Behandlung von Strukturen sinnvoll und notwendig, die „nicht Teil eines nozizeptiv relevanten, pathogenetischen Krankheitsgeschehens sind und nicht mit ihm in Interaktion stehen“.

Wenn man diese Formulierung verdaut hat, steht man da und fragt sich eigentlich: wann denn dann *nicht* behandeln?

In dem Artikel findet sich eine ganze Reihe von richtigen Anmerkungen zur Anatomie und Sensomotorik, denen hier gar nicht widersprochen werden soll – stimmt ja alles. Die Frage stellt sich nur: Wo ist der kausale Zusammenhang mit dem Konzept der „Optionalthherapie“, das damit propagiert wird? Da im ganzen Paper kein Ansatz einer klaren Indika-

tionsstellung für diese optionale Therapie erkennbar ist, erscheint es sinnvoll, unse-re Patienten in ein paar – zugegebenermaßen etwas holzschnittartige – Gruppen zu differenzieren und sich dann das hier propagierte Konzept etwas konkreter anzuschauen.

1. Neugeborene und Kleinkinder
2. Schulkinder bis zur Pubertät
3. Junge Erwachsene im Alter zwischen 20 und 40
4. „Ganz Erwachsene“: 40–60 Jahre
5. Ältere Patienten

In den ersten drei Gruppen findet sich eine recht klar differenzierbare Gruppe derer, die manualmedizinisch behandelt werden sollten; wir haben dies mit dem KISS-Konzept herauszuarbeiten versucht. Dem liegen inzwischen definierte Beschwerdebilder zugrunde, bei denen an funktionelle Störungen der oberen HWS zu denken ist und wo wir über radiologische und manuelle Untersuchungsmethoden verfügen, um eine saubere Behandlungsindikation zu stellen (vgl. [3]). Aufgrund der geringen intrinsischen Problematik korrekt angewandter Behandlungstechniken wird man – und da ist gemeinsames Terrain mit Sacher et al. vorhanden – dabei die Indikation für einen Eingriff eher großzügig wählen; aber ich würde mich beispielsweise dagegen wehren, alle Schreikinder zu behandeln, selbst wenn im konkreten Fall keine Funktionseinschränkung der Kopfgelenke zu finden ist. Man macht sich anderen gegenüber unglaublich („Der renkt eh alles ein, was er in die Finger bekommt“) – und

vor allem sich selber gegenüber. Wenn hier nicht gute Argumente kommen, warum ich in einem (bitte dann auch zu definierenden) Fall trotz fehlender Befunde, sozusagen „im Gesunden“, behandeln soll, würde und werde ich die Finger davon lassen.

Kleinkinder (Gruppe 1) sind durch die Elastizität ihres Knorpels eigentlich gut davor geschützt, schnell wieder Funktionsstörungen zu erleiden. Auch bei Heranwachsenden ist das noch so. Junge Erwachsene haben zum Teil schon Unfälle oder Operationen hinter sich, sodass die Situation hier nicht so einfach zu prognostizieren ist.

Bei den letzten drei Gruppen ist alles noch ein bisschen komplizierter. Palmer schrieb schon vor über 70 Jahren, dass bei über 45-Jährigen keine HIO-Behandlung durchzuführen sei, da das Risiko degenerativer Veränderungen zu groß sei [11], und auch bei Jüngeren solche radiologisch fassbaren Befunde eine Kontraindikation darstellten. Implizit bedeutet dies, dass es eigentlich keine „ganz Erwachsenen“ gibt, die eine blütenreine (Hals-) Wirbelsäule haben. Gerade in der letzten Gruppe der alten Patienten ist ja nicht unser Problem, keine funktionell relevanten Befunde zu sehen, sondern aus der Fülle der vorhandenen Störungen diejenigen herauszufiltern, wo anzusetzen am erfolgversprechendsten ist.

Die in der Arbeit angesprochene Studie von Bakris et al. [1] beschäftigte sich mit älteren Patienten und alle wiesen relevante Funktionsstörungen auf. Hier wurde also keine „Optionalthherapie“ durchge-

führt, sondern ganz handwerklich solide nach Funktionseinschränkungen gesucht (was übrigens Einschlusskriterium dieser Studie war).

Ein anderes in der Arbeit angesprochenes Gebiet, die zervikomandibuläre Dysfunktion (CMD), zeigt *immer* nachweisbare Funktionsstörungen, an denen dann anzusetzen ist. Ob man dann manualmedizinische Techniken anwendet, Physiotherapeuten hinzuzieht oder andere Maßnahmen erwägt, sei dahingestellt und ist der Einzelfallanalyse vorbehalten. Bei all diesen Patienten liegt eine Gemengelage vor, die Zahnprobleme, genuin Vertebrales und die Psyche verbindet. So gibt es immer auch mehrere Ansätze zu therapieren. Die Wahl der besten Vorgehensweise ist nicht selten von ganz pragmatischen Überlegungen abhängig (wie weit hat er/sie's zur Behandlung bei XY?); immer sollte aber die gewählte Therapieoption einer externen Überprüfung standhalten.

Man muss bei solchen Patienten über die Mechanik hinaus denken, andere Ebenen einbeziehen. „Hartnäckigkeit“, „Zähne zusammenbeißen“ oder eine schlaffe Haltung sind z. B. nur im Spannungsfeld zwischen Soma und Psyche begreif- und behandelbar.

Und damit kommen wir zum Hauptkritikpunkt: Wenn man schon mit dem Gedanken spielt, bei völlig unauffälliger Wirbelsäulenfunktion behandeln zu wollen, sollte man doch diesen so wichtigen Aspekt unserer Arbeit offen beim Wort nennen: „Chirotherapie – eine psychosomatische Behandlungsmethode“. Es sei an diese immer noch sehr lesenswerte Monographie von Derbolowski [6] erinnert, der sich sehr engagiert mit diesem Thema auseinandergesetzt hat. Der Autor hatte in seiner Monographie schön herausgearbeitet, dass eine manuelle Therapie sinnvoll in eine Behandlungssequenz eingebettet sein sollte, um effizient zu sein. Auch Kunert [8] widmete diesen Zusammenhängen in seiner Darstellung der Beziehung zwischen innerer und manueller Medizin breiten Raum.

Völlig richtig ist natürlich, dass man keine manifeste Blockierung braucht, um zu behandeln. Es gibt unterhalb dieser Phänomene genug andere funktionelle Störungen. Gerade bei CMD-Patienten ist es nach der initialen Beseitigung der

Blockierungen oft nicht möglich, zeitnah die strukturelle Ursache ihrer Beschwerden im Zahn-Kiefer-Bereich zu beseitigen. Es persistieren dann muskuläre Fehlprogrammierungen, die längerfristig wieder in massivere Blockierungen einmünden. In solchen Fällen ist es absolut legitim, hier schon zu helfen, bevor das Rezi-div voll etabliert ist, sei es durch Weichteiltechniken, Verschreiben von physiotherapeutischen Behandlungen oder dem Instrumentarium der Schmerztherapie mit Lokalanästhetika-Injektionen o. Ä.

In meinen 30 Jahren Arbeit am Patienten hatte ich meist eher die Qual der Wahl, wo am effektivsten ansetzen, als das Problem, keine Störung auffinden zu können.

Jeder, der mit Hund oder Katze Haus und Leben teilt, weiß, wie sehr diese es genießen, „hinter den Ohren“ gekraut zu werden. Fast jeder kennt das Gefühl des Wohlbehagens, wenn ein kundiger Friseur beim Haarewaschen den Nacken massiert. Viele ärztliche und nichtärztliche Verfahren machen sich dieses Volkswissen zunutze – als ein Beispiel sei an Leboyers Fotoessay zur indischen Babymassage erinnert [9] – aber ist das „Manualmedizin“?

Es gibt eine Fülle von Gründen, auf sparsamem und zeitlich weit gespreiztem Behandeln vor allem an den Kopfgelenken zu bestehen. Die Reizsummation und zunehmende Irritierbarkeit gerade der älteren, degenerativ geschädigten Wirbelsäule sei hier ausdrücklich erwähnt. Besonders unter diesem Gesichtspunkt ist ein Behandeln ohne fassbare Funktionsstörung nur schwer nachvollziehbar, zumal wir uns ja nicht all der anderen Möglichkeiten ärztlichen Handelns begeben haben.

Wer lange genug im Geschäft ist, kennt die Situation, dass nur untersucht wurde, aber schon damit eine Besserung oder gar ein Sistieren der Beschwerden erreicht wurde. Wie viel ist da mechanisch, wie viel Interaktion und Übertragung? Wir werden das nie sauber trennen können und es ist, mit Verlaub gesagt, Arzt *und* Patient in der konkreten Situation wohl wichtiger, eine Besserung erzielt zu haben, als dieses Ergebnis en détail analysieren zu können. Hier ist eine Schnittmenge mit der von Sacher et al. postulierten Methodik denkbar, wenngleich ich eher zur

„Droge Arzt“ als Erklärungsmuster tendieren würde, von der Balint immer wieder sprach [2].

Man ist an die These der Chiropraktoren erinnert, die vor über 100 Jahren so antraten: „Die chiropraktische Analyse nimmt den Platz der ärztlichen Diagnose ein“ (Palmer, zit. nach [4]). Mein Vater führte dazu damals aus, „für den Mediziner hingegen gilt das Wort Volhards: ‚Vor die Therapie haben die Götter die Diagnose gesetzt‘. Dass man auch diesen Grundsatz übertreiben kann, ist selbstverständlich. Der gute Arzt wird hier von selbst das richtige Mittelmaß finden, das ja ein Stück echten Arzttums ist.“ [4]. Gerade wenn man mit den beeindruckenden Erfolgen gezielter Manualmedizin konfrontiert ist, liegt es nahe, sich Solches öfters zu wünschen.

Es sei daran erinnert, dass die Wurzeln der Manualmedizin auch bis in den Magnetismus und das Handauflegen zurückreichen, Methoden, die wir heute als eminent psychosomatisch und nicht als primär mechanisch ansehen würden [5]. Dieser Aspekt des „Be-Greifens“ und „Be-Handelns“ ist nicht wenigen unheimlich, deshalb aber nichtsdestoweniger unabdingbar bei der Wirksamkeitsbetrachtung aller Manualtherapie. Vom Berühren bis zum Behandeln klingt in der Sprache der Zusammenhang zwischen der Hand und dem Intellekt an – das Begreifen sollte dabei nicht vergessen werden.

Von der im Artikel angeführten Muskelspindeldichte der Kopfgelenke führt kein direkter Weg zur „Optionaltherapie“ – auch wenn das im Abspann der Publikation suggeriert wird. Die vorher aufgelisteten „Hypothesen“ stellen heute Allgemeingut der manualmedizinischen Erklärungsmuster dar, geben aber keinerlei Basis dafür her, ohne vorgefundene funktionelle Pathologie einzugreifen (ein aktueller Überblick zum Thema in [7], besonders Kap. 12–15).

Die Warnung vor den „Gefahren der Polypragmasie und des undifferenzierten Einsatzes manueller Techniken“ [12] würde ich von ganzem Herzen unterstützen. „Was kann ich wie mit meinen Händen an einem menschlichen Körper machen, damit es ihm hinterher besser und nicht schlechter geht?“, fragt v. Heymann im selben Heft rhetorisch humorvoll [13].

Dieses Ziel zu erreichen, setzt weiterhin eine konkrete Funktionsanalyse und das Auffinden von relevanten und behandelbaren Störungen voraus. Dann und nur dann arbeiten wir handwerklich sauber und auch für die Nichtmanualmediziner unter unseren Kollegen nachvollziehbar.

Menell, dessen „joint play“ zum Basiswissen aller Manualmediziner gehört, wies schon vor Jahrzehnten darauf hin, dass die Effizienz unserer Therapie mit der sauberen Indikationsstellung steht und fällt: „Wird eine Gelenkmanipulation ohne adäquate Indikation eingesetzt, wird sie die Symptome des Patienten nicht verbessern, ja sie kann sie sogar verschlechtern“ [10]. Dem ist wohl nichts hinzuzufügen.

Fazit

Es gibt keinen „Paradigmenwechsel zur Wirkungsweise manualmedizinischer Techniken“ [12], der uns zwänge, von dem bewährten Pfad abzuweichen, der von Anamnese und Befund zur Diagnose der (funktionellen) Störung und dann zur darauf basierenden Behandlung derselben führt. So verfahren bleiben wir glaubwürdig. Eine in Einzelfällen konstruierbare „psychosomatische“ Indikationsstellung manueller Therapie sei konzediert, sollte aber sehr zurückhaltend eingesetzt werden.

Korrespondenzadresse

Dr. H. Biedermann
Huhngasse 34
50676 Köln
hb@manmed.org

Literatur

1. Bakris G et al (2007) Atlas vertebra realignment and achievement of arterial pressure goal in hypertensive patients: a pilot study. *J Hum Hypertens* 21(5):347–352
2. Balint M (1966) *Der Arzt, sein Patient und die Krankheit*. Klett-Cotta, Stuttgart
3. Biedermann H (2006) *Manuelle Therapie bei Kindern*. Elsevier Urban & Fischer, München, S 280
4. Biedermann H (1988) *Von der Chiropraktik zur Manuellen Medizin*. Haug, Heidelberg, S 115
5. Cramer A, Doering J, Gutmann G (1990) *Geschichte der Manuellen Medizin*. Springer, Berlin Heidelberg New York
6. Derbolowsky U (1963) *Chirotherapie. Eine psychosomatische Behandlungsmethode*. Haug, Heidelberg

7. King HH, Jänig W, Patterson MM (2011) *The science and clinical application of manual therapy*. Livingstone, Edinburgh, p 324
8. Kunert W (1963) *Wirbelsäule und Innere Medizin*. Enke, Stuttgart, S 281
9. Leboyer F (1976) *Shantala. Un art traditionnel: le massage des enfants*. Seuil, Paris
10. Menell JM (1964) *Joint pain: diagnosis and treatment using manipulative techniques*. Churchill, London, p 178
11. Palmer BJ (1934) *The subluxation specific – the adjustment specific*. Chiropractic Fountain Head, Davenport/IA, p 870
12. Sacher R et al (2011) *Die Manipulation in funktionell ungestörten Regionen des Bewegungssystems*. *Manuelle Med* 49(1):6–10
13. Heymann W v (2011) *Zertifizierte Fortbildung in „Manuelle Medizin“*. *Manuelle Med* 49(1):5

Erwiderung

Grau ist jede Theorie? – Zwischen Theorie und Praxis, zwischen Praxis und Theorie

R. Sacher
Dortmund

Ich hatte das Glück, vor mehr als 20 Jahren meine berufliche Laufbahn an der Seite einer knapp 70-jährigen Kollegin zu beginnen. Wie der Zufall es so wollte, stellte sich eine etwa 40-jährige Patientin mit einer Sinustachykardie in der Sprechstunde vor. Während ich noch im Medizinschrank nach geeigneten Antiarrhythmika suchte, begann die Kollegin (schmunzelnd) mit einem Karotissinusmanöver, das die Arrhythmie augenblicklich durchbrach. Als alternative Option wäre wohl auch ein Kältereiz erfolgversprechend gewesen. Nun gut, sie kannte die Patientin schon seit Jahren..., die Sinustachykardie war damals als paroxysmal eingestuft worden, die Ursache unbekannt.

Nun wäre man kaum auf den Gedanken gekommen, die Erfolge des Manövers auf jedes „Herzrasen“ zu übertragen, geschweige denn bei Gesunden einzusetzen oder eine plaquebehaftete Karotis zu massieren. Genauso wenig handelte es sich dabei um Manualmedizin, aber eben auch nicht (nur) um psychovegetative Effekte. Ebenso wenig standen hier die Barorezeptoren des Karotissinus in kausaler Beziehung zur supraventrikulären Tachykardie.

Die überraschend weite Interpretation unseres Denk- und Diskussionsansatzes,

in dem es weniger um „Schnittmengen“ ging, beschäftigt sich vornehmlich mit der Indikationsstellung für den Einsatz von manuellen Techniken in der Medizin. Die Behandlung „im Gesunden“ impliziert jedoch nicht, dass es sich um gesunde Patienten handelt. Ziel war vielmehr, auf der Basis des aktuellen Kenntnisstandes, die Möglichkeiten und Grenzen manualmedizinischer Konzepte zu überprüfen und diese ggf. weiterzuentwickeln.

Die von Bakris et al. durchgeführte Behandlung von Hypertoniepatienten im Stadium I (Einschlusskriterien: „supine leg-length checks“, „paracervical skin-temps“, „anometer readings“ and „cra-niocervical X-ray investigations“) legen unseres Erachtens weder eine aktualitätsbezogene Indikation zur Intervention bei Hypertonie nahe noch handelt es sich um spezifische Kriterien für funktionelle Störungen im Segment Co/1. Dennoch ergaben sich signifikante Therapieergebnisse, die es zu diskutieren gilt.

Mit jedweder ärztlichen Untersuchung ist eine Diagnose – und Indikationsstellung – verbunden. Sie basiert auf individuellen Erfahrungen vor dem Hintergrund des aktuellen wissenschaftlichen Kenntnisstands. In diesem Zusammenhang können wir nur nochmals auf die Bedeutung einer Aktualitätsdiagnostik und -therapie hinweisen. Es gibt sicher viele Gründe, an Bewährtem festzuhalten. Darüber hinaus ergeben sich – im Licht neuer neurophysiologischer Erkenntnisse – Fragen zur Wirkungsweise der manuellen Medizin:

- Sind die Effekte von Manipulationen in Regionen mit hoher sensorischer Potenz tatsächlich nur auf die Behandlung von nozizeptiv relevanten, biomechanisch funktionellen Störungen des Bewegungsapparats oder auf psychovegetative Faktoren zurückzuführen? Es gilt, über die Mechanik hinaus zu denken. In diesem Zusammenhang müssen natürlich subklinische funktionelle Störungen eines Bewegungssegments (?) (und Systems) bedacht werden – siehe auch Zusammenfassung des EWMM-Kongresses im gleichen Heft dieser Zeitschrift.
- Welche Rolle spielen die Änderung der propriozeptiven Afferenz und die damit erreichbaren überregionalen

Termine

Neuronenverbände für (beispielsweise den zentralen Muskeltonus regulierende) Steuerungssysteme?

- Lassen sich derartige Reiz-Reaktions-Beziehungen steuern und somit therapeutisch nutzbar machen?

Ausgehend von der Beantwortung dieser Fragen sollte in einem zweiten Schritt über (Kontra-)Indikationen und die Weiterentwicklung entsprechender manualmedizinischer Techniken (Auffindung von Regionen) diskutiert werden.

Die wissenschaftliche Analyse empirisch gefundener Effekte manualmedizinischer Behandlungsstrategien erfordert ebenso Rückschlüsse für das praktische Vorgehen, einschließlich der Überprüfung aktueller theoretisch neurophysiologischer und empirisch entstandener Konzepte.

Eine offene Diskussion zu diesem theoretischen Ansatz ist wünschenswert, herzlichen Dank an den Kollegen Biedermann für seinen Beitrag, der diese Diskussion sicher belebt.

Korrespondenzadresse

Dr. R. Sacher
Freistuhl 3
44137 Dortmund
post@manmed.info

Möchten Sie eine Veranstaltung ankündigen? Bitte tragen Sie Ihre Termine auf www.ManuelleMedizin.springer.de unter "Kongresse in Ihrem Fachgebiet" ein. Wir freuen uns auf Ihre Veranstaltungshinweise!

September 2011

Potsdam 09.-10.09.2011
7. Gemeinsamen Symposium der Deutschen Gesellschaft für Verkehrspsychologie e.V. (DGVP) und der Deutschen Gesellschaft für Verkehrsmedizin e.V. (DGVM)
Themen: Fehlverhalten als Unfallfaktor – Kriterien und Methoden der Risikobeurteilung
Wiss. Leitung: Dr. rer. nat. Karin Müller
Auskunft: Frau Claudia Voigtmann, Fon: +49 (0)3641 3116 335, claudia.voigtmann@conventus.de, www.conventus.de/verkehr2011/

Düsseldorf 23.-24.09.2011
19. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Schädelbasischirurgie (DGSB) – Vom Mikroskop zum Endoskop – Von Radikalität zur Funktionalität
Wiss. Leitung: Prof. Dr. med. Jörg Schipper
Auskunft: Frau Nadia Al-Hamadi, Fon: +49 (0)3641 311 63 15, Nadia.Al-Hamadi@conventus.de, www.dgsb2011.de

Oktober 2011

Mannheim 05.-08.10.2011
Deutscher Schmerzkongress 2011 der Dt. Ges. zum Studium des Schmerzes e.V.
Auskunft: Herr M. Mueller, manfred.mueller@mcon-mannheim.de

Berlin 25.-28.10.2011
DKOU 2011 Deutscher Kongress für Orthopädie und Unfallchirurgie
Wiss. Leitung: Prof. T. Pohlemann, Prof. Dr. K. Dreinhöfer, Prof. Dr. D. M. Kohn
Auskunft: Intercongress GmbH, Karlsruher Str. 3, 79108 Freiburg, Fon: 0761/69699-0, orthopaedie-unfallchirurgie@intercongress.de, www.dkou.de

November 2011

Fürth 22.-24.11.2011
Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Neurorehabilitation e.V.
Themen: Manuelle Therapie, Sagittale Balance & Biomechanik, Therapie & Psyche, Innovation & Analyse, Langzeitresultat & Perspektive
Wiss. Leitung: Dr. med. Wilfried Schupp, Dr. med. Frank Reinhardt
Auskunft: Frau Claudia Voigtmann, Carl-Pulfrich-Str. 1, 07745 Jena, Fon: +49 (0)3641 3116 335, claudia.voigtmann@conventus.de, www.conventus.de/dgnr2012

Weimar 25.-26.11.2011
2. Mitteldeutscher Schmerztag
Themen: Rückenschmerztherapie aktuell; Update Neuropathische Schmerzen; Schmerzen in den Füßen; Schmerz und Psyche
Auskunft: Herr Dirk Eichelberger, Fon: +49 (0)3641 311 63 05, dirk.eichelberger@conventus.de, www.mitteldeutscher-schmerztag.de

Dezember 2011

Hamburg 08.-10.12.2011
6. Deutscher Wirbelsäulenkongress Jahrestagung der Deutschen Wirbelsäulengesellschaft e.V.
Themen: Manuelle Therapie, Sagittale Balance & Biomechanik, Therapie & Psyche, Innovation & Analyse, Langzeitresultat & Perspektive
Wiss. Leitung: PD Dr. med. Wolfgang Börm
Auskunft: Herr Justus G. Appelt, Markt 8, 07743 Jena, Fon: +49 (0)3641 353 32 25, [dwg\(at\)conventus.de](mailto:dwg(at)conventus.de), www.dwg2011.de



Weitere Termine finden Sie im Internet unter www.ManuelleMedizin.springer.de