

Glanz und Elend der Manuellen Medizin:

Verifizierbarkeit im realen Leben

H.Biedermann 05/24

Manuelle Medizin (MM) beschäftigt sich mit Funktion und Biomechanik; viele Resultate der Therapie treten sehr schnell ein – z.B. nach einer Manipulation eines ‚verklebten‘ Kreuz- Darmbeingelenks (Ileo- Sacralgelenk, ISG). Das muß meist nicht aufwendig verifiziert werden, da der Erfolg der Behandlung unmittelbar erlebt wird. Etliches – vor allem im Kopfgelenkbereich, wirkt aber nicht ‚ruck-zuck‘, sondern Tage oder gar Wochen vergehen, bis der Patient die Behandlung verarbeitet hat; dann wird’s mit der Verifikation schwierig. Hier ist auch eine solide Vertrauensbasis zwischen Arzt und Patientin und deren Familie nötig – sonst ist es fast sicher, daß die Patienten ungeduldig werden. Manchmal muß man auf eine an sich sinnvolle Behandlung verzichten, da die Verbindung zur Patientenfamilie nicht tragfähig genug ist.

Bevor wir uns nun den speziellen Problemen im sehr komplexen Alltags- Setting z.B. der MM zuwenden, sei eine grundsätzliche Bemerkung erlaubt, die – hoffentlich – die blinden Glauben an die lineare Verbindung von Daten und dem Ergebnis der daraus gewonnenen Analyse etwas erschüttert: Schweisberg at. al¹ gaben exakt den selben Datensatz, der sich mit den Auswirkungen von sozialem Status und Geschlecht bei Wortmeldungen beschäftigte an Dutzende von Autoren weiter und baten diese, sie auszuwerten.

Fast 30 dieser Ergebnisse konnten dann für die Meta-studie ausgewertet werden – mit *sehr* unterschiedlichen Resultaten. Es ist wohl erlaubt daraus zu folgern, daß Arbeiten, die sich mit derart realitätsnahen Situationen beschäftigen, sehr von impliziten Ausgangsbedingungen abhängig sind, was ihre Ergebnisse angeht; von dem Bias, der bei der Codierung nicht-numerischer Daten zum Tragen kommt ganz zu schweigen...

Mit der Bemerkung „*es gibt viele Mediziner, aber nur wenige Ärzte*“, wird ähnliches angesprochen. Der Mediziner behandelt ein Standardproblem, der Arzt einen einzelnen Patienten, könnte man sagen. Gerade heutzutage ist das sich an Leitlinien halten und diese abarbeiten sehr verbreitet. Es ist immer ein labiles Gleichgewicht, zwischen Evidenziertem und dem konkreten Einzelfall gut zu jonglieren. Man kann (und muß) durchaus sagen, daß gewisse Krankheiten am besten mit Methode A, mit Protokoll B angegangen werden sollten. Aber genauso valide ist eben die Aussage, daß eine eher hyperaktiv wirkende untergewichtige Patientin mit hellem, empfindlichen Teint in der Regel eine andere Behandlung braucht als ein ‚gemütlicher‘, eher solider Mitmensch mit unempfindlicher Haut, dem man eine gewisse Indolenz (will sagen: Wurstigkeit) schnell anmerkt. Schon die Frage, wie man die gesammelten Informationen mitteilt und die daraus gezogenen Schlüsse mit dem Patienten bespricht, ist im Grunde uferlos.

Uns alle eint der Wunsch, Gesundheits- Probleme möglichst gut zu erklären und zu behandeln. *Eine* Stellschraube, deren Anpassung dann auch bitte schnell Reaktionen erbringt – das Ideal! Aber leider ist dem nur selten so. In der vereinfachten Situation experimenteller Versuche mag das noch zu realisieren sein, im Alltag stehen dem eine Fülle von Hindernissen im Weg. Man soll nicht *ganz* den Glauben an seine Mitmenschen verlieren, aber genau so wenig gut wäre es, dem „*ich übe jeden Morgen gleich nach dem Aufstehen*“ blind zu vertrauen. Man muß nur an sich selber runter sehen, um festzustellen, daß jeder dem Therapeuten hingehauchten Beteuerung ein Quantum (Selbst-)betrug innewohnt. Jeder hat Verpflichtungen,

denen man nicht so ganz einfach ausweichen kann, vom kranken Familienmitglied bis zur zu zahlenden Steuerschuld; daran zerschellen nicht selten die guten Vorsätze – vom ‚inneren Schweinehund‘ ganz zu schweigen. Dies sich selber einzugestehen – ganz zu schweigen anderen gegenüber – ist nicht immer simpel.

Also sollten wir die mitgegebenen ‚Hausaufgaben‘ der Patienten überschaubar halten. Die eine Stellschraube drängt sich in der Erinnerung auf. Ganz wichtig wird eine gute Überzeugungsarbeit da, wo eine Besserung nicht unmittelbar eintritt, sondern eine gewisse Zeit zu Reifen‘ braucht. Manchmal kommt es gar zur berühmten ‚Erstverschlechterung‘, d.h., daß als Reaktion auf eine Behandlung nicht sofort die Schmerzen gelindert sind, sondern gar mehr werden. Wenn man da nicht darauf hingewiesen hat, nimmt es nicht Wunder, daß die Patienten nicht mehr mitmachen. Erst nachträglich zu sagen „*ja, solche Reaktionen gibts öfters*“ ist weder beruhigend noch hilfreich.

Das sind Schwierigkeiten, mit denen viele Behandlungsmethoden zu kämpfen haben. Warum ist die Manuelle Medizin (MM) hier besonders betroffen? MM ist, bis auf wenige Ausnahmen, enorm individuell. Körperbau, Gewicht, Alter, Biomechanik spielen eine große Rolle. Eine Behandlungstechnik, die beim einen funktioniert, ist bei der anderen viel zu aggressiv. Schon vorher: ein Befund, der bei einer Hypermobilien normal ist, kann beim nächsten sicheres Zeichen einer Fehlfunktion sein.

Der Statistiker liebt bei der Gauss’schen Glockenkurve den mittleren Bereich, in dem sich die meisten Fälle sammeln. Für den Behandelnden sind aber meist die Randbereiche wichtiger – *da* kommt es zu Krisen. Hier ist auch die Schnittmenge zur psychosomatischen Medizin mit ihren ‚Passungsstörungen‘². Schon in den 60er Jahren wies Derbolowski in einer Monographie darauf hin³.

Es ist schon erstaunlich, daß diese Erkenntnis, die für eine effektive MM so wichtig ist, so ‚vergessen‘ wurde – oder nicht? Wenn man sich auf sie einläßt, muß man

zugeben, daß man bei der MM kaum sinnvoll eine ‚Standard- Therapie‘ entwerfen kann, sondern bestenfalls heuristische Rezepte vorschlägt. Von irgend einem ‚Goldstandard‘ der EBM (Evidence Based Medicine) ist man da natürlich meilenweit entfernt.

Vor einigen Jahren wurde die IAMMM ins Leben gerufen (International Academy of Manual/Musculoskeletal Medicine) als Akademie für die wissenschaftliche Vertiefung der MM; sie hat sich inzwischen aufgelöst, nicht zuletzt, weil der – völlig untaugliche – Versuch in den Mittelpunkt gestellt wurde, MM mit den Methoden der doppel-blind- Evidenzierung akademische Weihen zu verschaffen. Das mußte schief gehen, da der Untersuchungsgegenstand MM sich ebenso schwer doppelblind verifizieren läßt, wie man die Länge eines Liters Wasser messen kann.

Wenn man versucht, ein untaugliches Verfahren für die Validierung einer Behandlungsmethode anzuwenden, kommt man – oh surprise! – zu dem Resultat, daß selbige wirkungslos ist. Will man nach sechs Wochen feststellen, was nun ‚rauskam‘, und das dauert 4-5 Monate, bis ein Effekt zu erwarten ist, ist das ‚Studien- ergebnis‘ vorhersagbar. Das betrifft z.B. auch die Abhängigkeit des Behandlungserfolges vom Behandler, die bei den allermeisten Studien unterschlagen wird. Ein und dieselbe Manipulation wirkt eben ganz anders, ja nachdem, *wer* sie ausführte und wie vorbereitet sie angewendet wurde – wobei die kommunikative Vorbereitung und das Vertrauen in den Behandler Grundvoraussetzung sind.

Die Unterscheidung in *robuste* und *subtile* MM ist auch hier sinnvoll: die oben erwähnte ISG- Manipulation ist robust und kann recht gut auf ihren Erfolg hin dokumentiert werden. Eine Kopfgelenkbehandlung bei einem Kleinkind benötigt nicht selten Wochen, um ihr Resultat zu zeigen, und diese subtile MM ist ungleich schwieriger zu überprüfen⁴.

Mit einigen pädiatrischen Kollegen hatten wir, mit ziemlichem Aufwand, eine Studie zu MM bei Schul-

kopfschmerz aufgelegt. Nach drei Jahren und tausenden investierter Stunden und Autobahnkilometer mußten wir einsehen, daß eine statistisch notwendige Datenmenge frühestens nach zehn Jahren erreicht worden wäre. Wir berichteten darüber⁵. Daß der von der Redaktion verfaßte Abstract nicht dem Inhalt des Artikels entsprach, werden nur die Wenigen merken, die wirklich den ganzen Artikel lesen, und nicht nur den frei verfügbaren Teil.

Nach solchen Erfahrungen ist einem *sehr* klar, daß nicht alle medizinischen Problemlösungen mit derselben Meßlatte verifizierbar sind. Man denke nur an die Chirurgie: Ehrlicherweise müßte man die zu Operierenden sehr exakt klassifizieren, jede Polymorbidität ausschließen und nach Operateuren unterscheiden, von Lebensalter, Geschlecht und sozialer Situation ganz zu schweigen⁶. Schon dies zeigt, daß das +- unmöglich zu realisieren ist. Im Grunde sind alle interaktiven Verfahren, bei denen ‚Hand angelegt‘ wird, kaum mit ‚Goldstandard‘ der doppel-blind-Studie zu evaluieren.

Das ist interessanterweise den ursprünglichen Verfechtern der EBM wohl bewußt gewesen⁷, wurde aber im Lauf der Jahre ‚vergessen‘. Die gängigen Verfahren der EBM funktionieren am besten bei schnell wirkenden Medikamenten, die relativ gut ‚verblindbar‘ sind; selbst da kann man beim Durchlesen der Protokolle viele Fragezeichen unterbringen, vom anderen Aussehen/Geschmack der Placebos bis zum Wahrnehmen eventueller Nebenwirkungen – aber sei’s drum. Bei manuellen Verfahren ist die Kontrollgruppe ebenso ein Problem wie die Verblindung des Behandlers. Dem versuchten wir zu entgehen, indem wir die auswärtigen Kinderärzte, die uns die Kinder zuwies und den Effekt dokumentierten, im Dunkeln über die Behandlung ließen. Inwieweit über die Reaktionen der beobachtenden Eltern dies auch ‚wasserdicht‘ war, sei dahingestellt. Alls dies diskutierten wir in dem oben erwähnten Artikel. Der den Abstract schreibende Redakteur erwähnte es nicht.

Etliche Problemfelder, die uns heutzutage beschäftigen, lassen stark vermuten, daß sie mit denn zur Zeit hauptsächlich eingesetzten EBM- Methoden nicht gelöst werden können. Ob es um Allergien, Obesitas, oder Kopf- und Rückenschmerzen geht, überall lacht einem eine Komplexität entgegen, die nur schwer ‚Leitlinien-kompatibel‘ ist, wenn man in die Tiefe zu gehen versucht. Aber auch Krankheiten, die klare morphologische Veränderungen zeigen, wie Endometriose oder M.Sudeck haben eine deutliche funktionelle Komponente, die zu ignorieren die Suche nach Lösungen nicht beschleunigt, von der psychosomatischen Ebene ganz zu schweigen.

Man muß auch ganz grundsätzlich festhalten, daß in diesem unserem Gesundheitssystem eine Lösung nur dann wichtig genommen wird, wenn sie irgendwie monetarisierbar ist. Bei den hier angesprochenen Methoden ist das dafür notwendige Patentieren nicht so einfach...

Mehr und mehr geraten auch Aspekte der vegetativen Regelung ins Gesichtsfeld medizinischer Diskussionen⁸, deren Integration in Lösungsansätze um so dringender zu berücksichtigen sind, je therapieresistenter eine Krankheit ist. In der erwähnten Arbeit geht es um die Beeinflussung der vegetativen Balance durch Atemtechniken. Ein anderes Beispiel ist die 8:16 Regel des Intervallfastens: keiner behauptet, es sei die Lösung aller Schwierigkeiten; aber daß es auch nur eine Teil wäre, würde natürlich manches Businessmodell ins Wackeln bringen, und wird darum mit recht viel Aufwand immer wieder ‚widerlegt‘ – wenngleich eine Vielzahl von Einzelschilderungen in diese Richtung weisen. Und entscheidend ist auch, daß es keine irreversiblen Schäden setzt.

Untersucht man den Charakter dieser Fragen, stellt man fest, daß sie meist **funktionelle Lösungen** propagieren. Denen ist in die Wiege gelegt, daß sie erst langfristig wirken, von vielen externen Faktoren abhängig sind und entweder gar nichts kosten oder nur schwer zu Geld zu machen sind. Selten sind sie der alleinige kausale Faktor, und damit fällt dafür ein Groß-

teil der ‚klassischen‘ Verifizierungsmethoden aus. Parallel dazu ist die Suche nach Monokausalität fatal; sie ist für eine eventuelle Verifizierung enorm erleichternd, aber leider selten realistisch.

Ein Grundproblem der Manuellen Medizin ist, daß eine Betrachtungsweise, ein nosologisches Konzept, eine Behandlungstechnik nicht patentiert werden kann (Gott sei Dank), sie kann beliebig von anderen Behandlern übernommen und modifiziert werden.

Dabei wird in der Regel vergessen, daß ein Behandlungskonzept, eine therapeutische Idee nicht im Vakuum existiert. Sie ist in eine Kommunikation, ein Milieu der Behandlungs- Atmosphäre eingebettet. Manipuliert man ‚eben mal so‘ und nebenher, ist das vielleicht bei robusten Verfahren machbar. Eine Chassaignac-Luxation am Radius zu reponieren mag so funktionieren - ein Kleinkind an den Kopfgelenken zu behandeln, bevor man die Familie aufgeklärt ist und man sie sicher auf seiner Seite hat - das dürfte schwerlich gelingen - vor allem, wenn man auf eine schnelle Reaktion auf die Behandlung setzt.

Das macht in der Tat die robuste MM leicht vermittelbar; und sie hat ja ihren Sinn: schnelle Beschwerdefreiheit nach einer manipulierten ISG- Blockierung ist sehr erfreulich - aber auch nicht mit der subtilen Behandlung einer Kopfgelenkblockierung zu vergleichen. Hier kommt neben der Beherrschung der Untersuchungs- und Behandlungstechnik ganz wesentlich eine gute Kommunikation zum Tragen. Ist diese mangelhaft, kann es passieren, daß eine an sich gute Behandlung ‚nicht ankommt‘.

Wer, wie die meisten, mit der robusten Variante angefangen hat, ist geneigt, die hier gemachten Erfahrungen 1:1 auf das subtile Vorgehen zu übertragen. Subtile MM ist aber ein Gesamtkunstwerk und nimmt das Vergessen des therapeutischen Umfeldes sehr übel. Zu oberflächlich kommuniziert, die Eltern nicht ‚an Bord‘ geholt, Abstände zu anderen Therapieanteilen nicht gewahrt, sich in der Art und Stärke der verwendeten Technik vergreifen - das führt zu wenig

überzeugenden Ergebnissen, oder im Extremfall zu Verschlechterungen.

Ein fast klassisches Beispiel ist die mangelnde Geduld nach erfolgter Behandlung. Man kann nicht erwarten, sofort eine Besserung zu beobachten. Die Eltern sehen dann nicht viel, oder gar - zumindest zu Anfang - eine als Verschlechterung interpretierte Reaktionsphase. Will man jetzt zu schnell ‚etwas nachhelfen‘, sei es manualmedizinisch oder physiotherapeutisch, kann es passieren, daß man die die Eltern beunruhigende Situation noch verstärkt. Deshalb ist es essentiell, schon bei der Therapie auf die eventuelle Reaktionsphase hinzuweisen, und zu bitten, nicht Geduld und Nerven zu verlieren, wenn es manchmal erst mal rauf&runter geht bzw. Zeit braucht. Dies ist, gerade in den ersten Jahren, nicht immer einfach, zumal man ja von der robusten MM herkommend anderes gewöhnt ist.

Man muß als Manualmediziner erst durch dieses Tal der Tränen gehen, das viel Geduld erfordert und ein gerüttelt Maß an Zutrauen in die Methode. Immer sollte die Tatsache im Hinterkopf bleiben, daß selbst exakt dieselben Daten zu unterschiedlichen Schlüssen führen können¹. Das Ergebnis, die vielen Erfolge bei anders therapieresistenten Fällen, sind Aufwand und Mühe wert. Hat man einige hartnäckige Fälle erlebt und zur Lösung beigetragen, wird man fast süchtig danach und empfindet enorme Dankbarkeit, daß einem diese Möglichkeit der Hilfe zur Verfügung stand.

Literatur

1. Schweinsberg, M. *et al.* Same data, different conclusions: Radical dispersion in empirical results when independent analysts operationalize and test the same hypothesis. *Organ. Behav. Hum. Decis. Process.* **165**, 228–249 (2021).
2. Adler, R. H., Uexküll, T. & et al. *Psychosomatische Medizin; Modelle ärztlichen Denkens und Handelns.* (Urban & Fischer, München, 2003).

3. U. Derbolowsky. *Chirotherapie. Eine Psychosomatische Behandlungsmethode.* (Haug, 1963).
4. Hyland, M. & Biedermann, H. Complexity theory and its implications for manual therapy. in *Manual Therapy in Children* (Hrsg. Biedermann, H.) 334 (Churchill Livingstone, Edinburgh, 2004).
5. Borusiak, P., Biedermann, H., Bosserhoff, S. & Opp, J. Lack of efficacy of manual therapy in children and adolescents with suspected cervicogenic headache: results of a prospective, randomized, placebo-controlled, and blinded trial. *Headache* **50**, 224–230 (2010).
6. Marmot, M. *The Status Syndrome.* (Bloomsbury, London, 2004).
7. Sur, R. L. & Dahm, P. History of evidence-based medicine. *Indian J. Urol. IJU J. Urol. Soc. India* **27**, 487–489 (2011).
8. Laborde, S. *et al.* Effects of voluntary slow breathing on heart rate and heart rate variability: A systematic review and a meta-analysis. *Neurosci. Biobehav. Rev.* **138**, 104711 (2022).