

Henning Madsen

Dr. med. dent.

Adresse:

Ludwigstraße 36

67059 Ludwigshafen

E-Mail: info@madsen.de



Kurskritik

Referenten: Gerhard Marx, Dr. med.; Werner Schupp, Dr. med. dent.
Kurstitel: Manuelle Medizin und Osteopathie für Kieferorthopäden
Kursort: Boppard, Fortbildungszentrum der Deutschen Gesellschaft für Manuelle Medizin
Termin: 20. bis 22.10., 27. bis 29.10. sowie 8. und 9.12. 2000
Kosten: DM 3.480,- für IUK-Mitglieder, DM 5.280,- für Nichtmitglieder

Nach gut einem Jahrzehnt Erfahrung in der Behandlung funktionsgestörter Patienten nahm ich mit großen Erwartungen an diesem mit 8 Tagen sehr umfangreichen Kursus teil. Es erscheint plausibel, dass Funktionsketten im Bewegungsapparat sich nicht an die anatomischen Grenzen unseres Fachgebietes halten, so dass Basiskenntnisse über Kopfgelenke, Wirbelsäule, Becken und Beinlängendifferenzen eine wichtige Ergänzung zu unserer zahnärztlichen Ausbildung sein müssten. Ich wollte durch den rezensierten Kurs Genaues über die klinische Relevanz derartiger funktioneller Verbindungen erfahren und einfache Untersuchungsmethoden zum Erkennen größerer orthopädischer Probleme kennen lernen, um sie in meine Routinediagnostik aufzunehmen.

Der Kurs wurde von dem Orthopäden G. Marx und dem Kieferorthopäden W. Schupp geleitet. Marx erläuterte zunächst, dass die manuelle Diagnostik in der Ausbildung der Orthopäden, wenn überhaupt, nur eine randständige Rolle spielt, was vermutlich ein Grund für die in der Orthopädie notorischen unspezifischen Diagnosen wie „HWS-Syndrom“ oder „Lumbalgie“ ist. Da die Orthopädie in Deutschland ganz überwiegend als chirurgisches Fach gelehrt wird, darf man nach der Meinung von Marx bei Orthopäden nicht unbedingt Kenntnisse auf dem Gebiet der manuellen Medizin erwarten. In einem Saal, der statt mit Tischen mit höhenverstellbaren orthopädischen Untersuchungs- liegen bestückt war, wurden den etwa 40 teilnehmenden Kieferorthopäden dann unter der Anleitung von Marx verschiedene orthopädische Tests demonstriert, die anschließend gegenseitig zu üben waren. Dem Postulat einer starken funktionellen Verbindung von Becken und Kiefergelenk folgend, lag der Schwerpunkt bei Überprüfungen der Beine und des Beckens wie zum Beispiel Beinlängentest, „Leg-turn-in“, „Patrik-Kubis“ und verschiedene Vorlauf- tests

am Becken. Dazu kamen einige Diagnoseverfahren für die Funktion der Halswirbelsäule und der Kopfgelenke. Doch gerade letztere, die unserem Fachgebiet am nächsten liegen, wurden etwas zu kurz abgehandelt.

Voraussetzung für die Einführung eines neuen diagnostischen Tests ist der Nachweis einer guten Sensitivität und Spezifität sowie der sich daraus ergebenden Validität. Leider unterblieben diese so wichtigen Angaben vollständig. Für die meisten Tests wurde nicht einmal eine klare diagnostische Fragestellung benannt. Das galt zum Beispiel für den Patrik-Kubis-Test, bei dem vor allem die Spannung der Oberschenkeladduktoren diagnostisch genutzt wird. Selbst wenn sich der Tonus dieser Muskelgruppe, wie im Kurs demonstriert wurde, bei Anspannung der Kieferadduktoren ebenfalls verstärkt – was sagt uns das? Ist dies ein pathogenetisch wichtiger Mechanismus oder eine bedeutungslose Kokontraktion einer entfernten Muskelgruppe? Marx konnte außer seinem immer wieder geäußerten guten Glauben keinerlei empirische Daten, weder Patientenvorstellungen noch vernünftig aufgebaute Studien, beibringen, die eine Einführung der erlernten Tests in die Zahnmedizin gerechtfertigt hätten.

Die meisten der vorgestellten manuellen Tests waren so genannte Bewegungstests, die keineswegs von der gesamten manuellen Medizin geschätzt werden, weil ihre Aussagekraft vielfach als äußerst gering angesehen wird. Wesentlich bessere Reproduzierbarkeit und Aussagekraft haben das Messen von aktiver und passiver Beweglichkeit, Endgefühl und Schmerzprovokation, die im diesem Kurs auch erwähnt wurden. Dennoch überwogen deutlich die leicht orakelhaften Bewegungstests. Marx hat, selbst wenn er möglicherweise ein exzellenter Kliniker ist, bei mir mehr Fragen erzeugt als Antworten gegeben. In der kieferorthopädischen Praxis anwendbare orthopädische Untersuchungsme-

thoden waren jedenfalls von dem Referenten nicht zu bekommen.

Die resultierende Unzufriedenheit wurde durch den Kieferorthopäden Schupp jedoch noch weiter gesteigert. Dieser sollte, wie von Marx immer wieder angekündigt, endlich das „missing link“ zu unserem Fachgebiet aufzeigen. Schupp empfahl zunächst, bei funktionsgestörten Patienten routinemäßig nicht nur Kernspintomogramme, sondern auch nach einer Submentovertex-Aufnahme korrigierte Röntgensichtaufnahmen der Kiefergelenke anzufertigen. Die mit dieser kosten- und strahlungsintensiven bildgebenden Diagnostik ermittelte Kondylenposition gelte es, therapeutisch durch Apparaturen zu verändern, die mit geeigneten Konstruktionsbissen hergestellt werden.

Besondere Bedeutung maß Schupp dabei der vertikalen Dimension zu; dennoch machte er weder zur Ermittlung der vertikalen noch der sagittalen Dimension genauere Angaben. Immer wieder verwies er stattdessen auf Verfahren der Osteopathie, nach deren Erkenntnissen das Eingliedern von Okklusionsschienen im Oberkiefer ein Kunstfehler ist, weil dadurch die „Schädelatmung“ beeinträchtigt wird. Vor allem aber bezog sich Schupp auf die von ihm zur „applied kinesiology“ (AK) geadelte Kinesiologie, ein Verfahren der Alternativmedizin, dem die wissenschaftliche Anerkennung bis heute versagt blieb. Steht die Osteopathie ganz am Rand der manuellen Medizin, so gehört die AK in keiner Weise dazu. Dass sie im Rahmen dieses Kurses in epischer Breite abgehandelt wurde, empfinde ich als Mogelpackung, tauchte sie doch nirgends im Titel der rezensierten Fortbildungsveranstaltung auf.

Den Charme eines Zauberkunststücks versprühte schließlich der von Schupp empfohlene Test, die Größe des blinden Flecks im Auge festzustellen. Diesen Test empfahl der Referent für die zahnärztliche Funktionsdiagnostik, wobei er ihn für so bedeutungsvoll hält, dass er ihn in seiner Praxis zukünftig maschinell durchführen lassen will. Dass Schupp aber neben diesem Test und der offensichtlich extensiv angewandten Kinesiologie, die beide angeblich valide diagnostische Aussagen liefern, gleichzeitig noch alles an bildgebenden Verfahren zur Anwendung empfiehlt, was die medizinische Technik hergibt, erscheint mir wie ein stilles Eingeständnis der tatsächlichen Untauglichkeit der vorab erwähnten Verfahren.

Frage man Schupp nach Evidenz für seine Aussagen, so antwortete er, dass wissenschaftliche Studien allgemein aus der Mode kämen, was

auch der neueste Trend aus den USA sei. Konsequenterweise würden er und der veranstaltende Verein IUK ebenfalls verstärkt auf von ihm so genannte „single case studies“ bauen. Den stets freundlich lächelnden Referenten focht auch nicht mein Einwand an, dass ich als Abonnent von sechs amerikanischen Fachzeitschriften bisher keinen Hinweis auf einen derartigen Trend beobachtet habe. Schlimmer noch: Der Begriff „single case study“ ist im angloamerikanischen Schrifttum vollkommen unüblich – dort heißt so etwas „case report“ und erhebt keinen Anspruch auf Allgemeingültigkeit. Es ist daher zu vermuten, dass „single case study“ ein aus dem Kölner Raum stammender und zum Zwecke des eiteln Blendwerks erdachter Neologismus ist. Die fehlende Evidenz glich der Referent munter durch Zitieren einiger wissenschaftstheoretischer Überlegungen Max Plancks aus, die man jedoch mit größerer Berechtigung ebenso gegen seine Argumentation anführen könnte. Selbst für mich überraschend zeigte sich Schupp außerstande, auch nur ein einziges klinisches Beispiel zu präsentieren, das für die Richtigkeit seiner sehr weit gehenden Aussagen zur funktionellen Verbindung von Kiefergelenk und Wirbelsäule/Becken sprechen könnte. Daher gelang selbst eine anekdotische Beweisführung nicht recht.

Das desolote Bild wurde noch dadurch abgerundet, dass Schupp eine Abbildung aus dem Lehrbuch „Temporomandibular Disorders“ von Okeson mit den Worten vorführte, dieses Buch brauche man sich nicht zu kaufen, da man denselben Stoff in jedem deutschen Lehrbuch finden würde und die vorgestellte Abbildung die einzig brauchbare des gesamten Werkes wäre. Hätte Schupp sich mit diesem konkurrenzlosen Standardwerk etwas näher beschäftigt, so wüsste er, dass kranio-mandibuläre Störungen meist temporär in den aktivsten Lebensjahrzehnten auftreten und überwiegend nicht progredient verlaufen, sondern sich selbst limitieren. Aus diesem Grund sollten sie mit einfachen, kostengünstigen und reversiblen Strategien diagnostiziert und therapiert werden. Schupp hätte mit etwas begleitendem Literaturstudium auch wissen können, dass Behandlungsstrategien, die die dauerhafte Verlagerung der Kondylenposition zum Ziel haben, wie noch vor 10 Jahren breitflächig propagiert, heutzutage in der Basistherapie wegen der zahllosen Misserfolge bei hohem Aufwand nichts mehr verloren haben und nur noch in eng umschriebenen Ausnahmefällen empfohlen werden können.

An dieser Stelle höre ich schon den Einwand,

dass hier ein tüchtiger Kliniker dem praxisfernen Elfenbeinturm der Wissenschaft mutig entgegengetrete. Ganz entgegen dieser dichotomen Sichtweise eines Gegensatzes von Wissenschaft und Praxis gibt es sehr wohl Heilberufler, die beides zu vereinbaren wissen. Zum Beispiel den fähigen Krankengymnasten, zu dem ich seit Jahren meine kieferfunktionsgestörten Patienten schicke: Dieser hat als Instruktor für Krankengymnasten in manueller Medizin den strengen Anspruch, in seinen Kursen alle Aussagen durch entsprechende Studien zu belegen. Für mich nicht überraschend fand er auch zu dem hier besprochenen Kurs eine Reihe von Artikeln in den Zeitschriften „Manuelle Medizin“ und „Spine“, die mir sehr nützlich waren und teilweise Grundlage meiner Kritik wurden.

Was in einem medizinischen Assistenzberuf möglich ist, sollte in der Zahnmedizin keine unlösbare Aufgabe sein. Leider blieb der Kurs in Boppard so eklatant hinter üblichen essenziellen Qualitätsanforderungen zurück, dass ich von diesem Kursus nur abraten kann und vorschlage, ihn in dieser Form nicht mehr anzubieten. Ich halte es nicht für vertretbar, mit einem Evidenzniveau, das kaum über eine beliebige persönliche Meinung hinausgeht, medizinische Diagnostik und Therapie zu lehren. Vor dem Hintergrund der Funktionärskarriere des beteiligten Kieferorthopäden lässt all dies nichts Gutes für die Qualitätsstandards in der deutschen Kieferorthopädie ahnen.