

Kraniomandibuläre Dysbalance oder Dysfunktion – wirklich eine Voraussetzung für professionelle Leistungen am Musikinstrument?

Zu den Beiträgen

1. Günther P, Zima K, Seidel EJ (2005) Kranio-mandibuläre Dysbalancen als Voraussetzung für professionelle Leistungen am Musikinstrument? Manuelle Medizin 43: 243–248
2. Steinmetz A (2006) Kranio-mandibuläre Dysfunktion bei Musikern. Günther P, Zima K, Seidel EJ (2006) Erwiderung auf die Bemerkungen von A. Steinmetz. Manuelle Medizin 44: 132-133

Leserbrief

Dr. B. Krockner

Gemeinschaftspraxis Cottbus

Weder die ursprünglich publizierten Auffassungen zur Bedeutung von muskulären Dysbalancen noch die publizierte Diskussion kann das aufgegriffene Problem soweit klären, dass der Bedarf weiterer Untersuchungen in klare Bahnen gelenkt wird, wozu die schulmeisterlichen Untertöne in der Erwiderung durch P. Günther, K. Zima, E.J. Seidel (2006) hinsichtlich der unzureichenden Bibliotheksarbeit junger Autoren/innen ebenso wie der Verweis auf eine angeblich exakte Definition „arthromuskulärer und muskulärer Dysbalancen“ (letzteres unterstellt muskuläre Dysbalancen ohne Arthron!) weiteren wissenschaftlichen Unmut fördern. (Ein Literaturnachweis fehlt hier wie leider auch anderswo in dieser Erwiderung!)

Nach manualmedizinischem Verständnis ist das Arthron (am Achsenorgan Vertebra) eine Funktionseinheit mit ver-

schiedenen Bestandteilen (Knochen, Kapsel, Ligamente, Muskulatur, Rezeptoren für afferente Signale und Effektoren der efferenten Signale als Teil der zentralnervalen Steuerung, Dermatome etc). Die persistierende Funktionsstörung eines dieser Teile beeinflusst die Arthron(Vertebra)-Funktion mit auf der Zeitschiene meist negativen Folgen in ihrer funktionellen Gesamtheit (funktionelle Dekompensation). In der Historie der manuellen Medizin erkannten Manualtherapeuten zunächst die Störung der Gelenkfunktion, woraus der Begriff der arthrogenen Dysfunktion (Blockierung) hergeleitet wurde. Inzwischen ist die Bedeutung weiterer Bestandteile – der Muskulatur und ihrer zentralnervalen afferenten und efferenten Steuerung u. a. –des Arthrons (Vertebra) für die Entstehung klinisch relevanter Störungen in unsere Lehre und die tägliche Praxis eingeflossen, so dass der Blockierungsbegriff erheblich erweitert wurde bzw. gelegentlich wegen seiner vorwiegend biomechanischen „Besetzung“ bei der neurophysiologischen Betrachtung der Funktionsstörungen schon ganz vermieden wird.

Insofern ist für die Erweiterung unserer Auffassungen zum Kiefergelenk die Einführung eines Begriffes „kranio-mandibuläre Dysbalance“ relevant, allerdings darf man von Autoren aus dem Hochschulbereich, die diesen Begriff erstmals verwenden, mindestens den Versuch einer inhaltlichen Beschreibung und Abgrenzung von anderen bereits eingeführten Fachtermini – kranio-mandibuläre Dysfunktion – erwarten.

Dies ist für ein junges Fachgebiet wie das unserer manuellen Medizin sowohl eine grundlegende Voraussetzung für fundierten Meinungsaustausch innerhalb der Manualmediziner und zu den angrenzenden Fachgebieten als auch eine Voraussetzung zur Weiterentwicklung unserer jungen Fachdisziplin.

Inwieweit Funktionsstörungen des Kiefergelenkes, seiner Muskulatur und besondere funktionelle Variationen im Bereich der mimischen, supra- und infrahyoidalen Muskulatur und anderen Regionen (Verkettungen) durch Musiker- oder Sängertaining hervorgerufen werden, kann man sicher durch multizentrische Studien relativ schnell erfassen. Ob aber die dabei gefundenen Funktionsstörungen für die professionelle Leistung Voraussetzung sind, darf bis zum Beweis des Gegenteils nicht behauptet, sondern muss wissenschaftlich kritisch angezweifelt werden.

Aus der Betreuung von Leistungssportlern verschiedenster Disziplinen wurde in den 80er-Jahren deutlich, dass optimale Muskel- und damit Gelenkfunktion die Voraussetzung langjähriger sportlicher Spitzenleistung ist, während generelle oder zeitweilig eingetretene Funktionsdefizite immer wieder in Dekompensationen des Stütz- u. Bewegungssystems münden, die dann wegen der besonderen Beanspruchung in Training und Wettkampf als häufige Verletzungsmuster beschrieben und behandelt wurden [1]. Therapeutische Misserfolge wegen Missachtung der funktionellen Zusammenhän-

ge im weiteren Trainingsregime führten zur vorzeitigen Beendigung mancher hoffnungsvoller Sportlerkarriere, weshalb auch dem Wissen der Instrumentallehrer um die funktionellen Grundlagen des Kiefergelenkes, seiner Muskulatur und anderer Faktoren der instrumentellen Leistungsfähigkeit bei Bläsern und Sängern nicht zuviel Vorschusslorbeer zugestanden werden darf.

Können wir analog zu den verschiedenen Sportdisziplinen Elemente einer Leistungsstruktur des Bläusers oder des Sängers beschreiben, die wenigstens die

Funktionen des Kiefergelenkes, der mimi-schen, supra- und infrahyoidalen Muskulatur einschließen?

Übereinstimmend mit den Autoren und Frau Steinmetz will ich abschließend verdeutlichen, dass viele ernsthafte Untersuchungen und Überlegungen notwendig sein werden, ehe die funktionsmedizinische Betreuung und Entwicklung von Musikern im Struktur- und Funktionselement Stütz- und Bewegungssystem mit dem Schwerpunkt Kiefergelenk und dessen weit zu fassender Funktionsmuskulatur auf ein professionelles medizinisches

Niveau nach manualmedizinischem Funktionsverständnis gebracht ist.

Korrespondierender Autor

Dr. B. Krockner
Gemeinschaftspraxis
Dresdener Straße 18, 03050 Cottbus
DrBK@gmx.net

Literatur

1. Strauzenberg et al. (Hrsg) (1990) Sportmedizin. Barth, Leipzig

Manuelle Medizin 2006 · 44:345–346
DOI 10.1007/s00337-006-0454-0
Online publiziert: 4. August 2006
© Springer Medizin Verlag 2006

Asymmetrien der okzipitovervikalen Region

Zum Beitrag

Koch LE, Korbmacher H (2006)
Röntgenmorphologie der okzipitovervikalen Region in Abhängigkeit vom Alter
Manuelle Medizin 44: 117–120

Leserbrief

A. Cramer
Ibbenbüren

Zur Seitenpräferenz im atlantookzipitalen Bereich machte schon Jirout in mehreren seiner Veröffentlichungen –auch in *Manuelle Medizin* – statistisch gut belegte Angaben, deren Quintessenz sich mit denen der oben genannten Autoren weitgehend decken.

Es ist in der Tat von Belang, bei manueller Therapie im Genick die vorherrschende Asymmetrie zu beachten, die – wie von den Autoren bemerkt – altersabhängig ist.

In Übereinstimmung mit Jirout nimmt nach meiner Beobachtung die Linksprävalenz der Asymmetrie, und damit die Linksprävalenz der Störung, ins Senium hin-

ein zu. Jenseits des etwa 60. Lebensjahres kann manuelle Therapie im Subokzipitalbereich funktionell von einer Verschiebung der Linksrotation ausgehen.

Weil aber Röntgenbilder gewöhnlich am ruhenden (meist liegenden) Patienten aufgenommen werden, bleibt der Einfluss der statischen Balance aus dem Iliosakralbereich, den Hüftgelenken und den Beinen außer Betracht.

Die Wirbelsäule muss als funktionelle Einheit aufgefasst werden, in der sowohl Balancefehler und Asymmetrien vom Becken her bis in die Kopfgelenke durchgeschoben werden (dazu die Lowett-Regeln) als auch Balancefehler und Asymmetrien aus den Kopfgelenken die Symmetrie hinab in den Lenden-Becken-Hüftbereich bis in die Füße beeinflussen.

Es hat sich für uns als nützlich erwiesen, vor manueller Therapie den Patienten unbedeckt stehend vor einer waagerechten Markierung (z. B. Fensterkreuz, Türfüllung, Tischkante) zu betrachten. Dabei wird „das hängende Ohr“ und der „hängende Beckenkamm“ ebenso registriert wie die „Abweichung der Laufrichtung von der Rumpfsagittalen“ (Füße in

„Schlussstellung“) und die Abweichung der Blickrichtung (Kopfhaltung) von der Rumpfsagittalen und Laufrichtung.

Damit erfassen wir die Asymmetrien der lotrechten und sagittalen Körperachse, die miteinander in funktionellem und neurokoordinatorischem Kontext verstanden sein wollen.

Die von den Autoren aufgeworfene Frage nach der Bedeutung der „Asymmetrie“ im Menschenbild der manuellen Therapie ist von sehr grundsätzlicher Bedeutung.

Meiner Meinung nach liefert nicht Keplers „Harmonie des Kosmos“ das wahre Bild von der Evolution, der auch wir unterworfen sind, sondern vielmehr jene diskrete Asymmetrie, der wir bei genauerem Hinsehen im Großen wie im Kleinen begegnen.

Darum sollte der Manualtherapeut dem Patienten „seine“ Asymmetrie lassen.

Korrespondierender Autor

Dr. A. Cramer
(Mitbegründer der FAC)
Bäumerstraße 12, 49477 Ibbenbüren