

Tests sind zuverlässig Georg Supp

Unser Leben ist voll von »Wahrheiten«, deren Legitimation kaum hinterfragt wird. Bisweilen kommt es vor, dass neue Erkenntnisse ehemals »Wahres« widerlegen, das Gewohnte jedoch im Alltag als eine Art kollektiver Irrtum weiter existiert. So entstehen Mythen. In der Medizin mit ihren Fach- und Randgebieten tummeln sich einige davon. Mitunter werden dadurch nützliche Entwicklungen ausgebremst.

Die pt leuchtet in jeder Ausgabe einen solchen Mythos aus.

Mythos

Um einen Befund zu erheben gibt es klinische Tests, die – routinemäßig angewandt – den Zustand bestimmter Strukturen zuverlässig evaluieren. Sie sind bei regelgerechter Ausführung dazu geeignet, eine bestimmte Pathologie zu identifizieren – oder zu widerlegen. Setzen mehrere Untersucher einen speziellen Test beim selben Patienten ein, so kommen sie zum gleichen Ergebnis.

Woher dieser Mythos kommt

Tradition

Viele Tests werden schon seit Jahrzehnten von Klinikern unterschiedlicher Fachrichtungen gebraucht – Orthopäden, Chirurgen, Physiotherapeuten. In Dia-

nose-Routinen haben sie ihren festen Platz und ihre Ergebnisse werden zur Dokumentation schriftlich fixiert. Das hat Gewicht.

Einige Tests werden nach ihren »Erfindern« benannt, die möglicherweise anerkannte Experten auf ihrem Gebiet sind. Daher wird von vorne herein angenommen, dass diese Tests das Ergebnis umfangreicher wissenschaftlicher Untersuchungen sind.

Anatomie / Logik

Ein Blick auf die Anatomie des Menschen – sei es im Fachbuch oder im Präparationsaal – legt die logische Schlussfolgerung nahe, dass durch definierte Bewegungen oder Kraftanwendungen ganz bestimmte Strukturen beeinflusst werden können. >>>



Lachmann-Test



McMurray-Test

Wunschdenken

Fast täglich stecken Ärzte und Physiotherapeuten in dem Dilemma, Patienten und ihre unspezifischen Diagnosen mit spezifischen Therapien versorgen zu wollen. Fände sich eine bestimmte Struktur, die für die Beschwerden verantwortlich zu machen ist, so wäre der therapeutische Weg vorgezeichnet. Legt die Anamnese noch keine Diagnose nahe, wird das Ergebnis eines klinischen Tests dankend angenommen.

Hier stimmt's

Werden durch Anamnese und klinische Untersuchung bestimmte Pathologien ausgeschlossen und damit der Kreis der möglichen Schmerzursachen eingeeengt, so kann die Kombination verschiedener Tests zur Identifikation von Subgruppen führen. Mark Laslett zeigt in seinen Forschungsarbeiten beispielsweise, dass eine Kombination aus fünf ISG-Tests nach vorherigem Ausschluss von Erkrankungen der Lendenwirbelsäule und der Hüftgelenke eine ISG-Problematik verlässlich diagnostizieren kann (Laslett 2003).

Eine Kombination aus drei Tests (Apprehension, Relocation, Surprise) bestätigt das Vorliegen einer Vorderen-Schulter-Instabilität recht zuverlässig (Lo 2004).

Erfahrene Therapeuten, die die Cyriax-Untersuchung nutzen, kommen mitunter bei der Klassifikation von Schulter-Problematiken zu hervorragender Übereinstimmung untereinander (Pellechia 1996).

Hier stimmt's nicht

Um zu definieren, ob ein Test wirklich das testet, was er vorgibt zu testen (Validität), muss er dem »Gold Standard« entsprechen. »Gold Standard« bedeutet, dass ein Test mit hundertprozentiger Sicherheit das Vorhandensein einer Krankheit nachweist. Im Falle einer Meniskus-Pathologie wäre die Arthroskopie der »Gold Standard«, bei einer ISG-Problematik die Injektion eines Lokalanästhetikums unter Röntgenkontrolle (Laslett 2003)

Für die Mehrzahl der Tests an schmerzverdächtigen Strukturen existieren diese »Gold Standards« gar nicht. Sie sind also keine sicheren Diagnose-Instrumente.

Die meisten klinischen Tests wurden nie auf ihre Validität hin überprüft – entgegen der weit verbreiteten Meinung.

Dazu einige Beispiele: In der oben erwähnten Studie zu Instabilitätstests der Schulter (Lo 2004) zeigten 16 von 17 Patienten mit Rotatorenmanschetten-Entzündung (RME) einen positiven Apprehension-Test – man bewegt dabei den Humeruskopf nach vorne. Der Apprehension-Test wird gewöhnlich angewandt, um eine vordere Instabilität zu diagnostizieren. Er war bei den RME-Patienten also positiv obwohl die Pathologie »Vordere Instabilität« gar nicht vorliegt – das nennt man einen »falsch positiven Test«. 10 dieser 16 RME-Patienten zeigten dann beim anschließenden Relocation-Test eine Reduktion der Symptomatik. Dies weist eigentlich auch auf das Vorliegen einer vorderen Instabilität hin – der Humeruskopf wird nach hinten bewegt und die provozierende Bewegungsrichtung dadurch aufgehoben. Wer sich ausschließlich auf diese beiden Tests verlässt, kann also noch nicht verlässlich zwischen den beiden Pathologien unterscheiden und daher auch keine klare Schlussfolgerung hinsichtlich einer konkreten Diagnose ziehen.

Zur Diagnostik eines Schadens des vorderen Kreuzbands wird oft der Lachmann-Test angewandt. Ist dieser bei einem Untersuchten positiv, heißt das aber noch lange nicht, dass der Patient auch wirklich eine Ruptur des vorderen Kreuzbands hat. Der Test zeigt nämlich eine falsch-positive Rate zwischen 42 und 58 Prozent (Cooperman 1990). Das heißt, er fällt sehr oft positiv aus, obwohl die Pathologie gar nicht vorliegt.

Dieses Problem haben viele Tests. So werden beispielsweise die meisten klassischen Provokationstests für die Hüfte auch bei einem akuten Bandscheibenprolaps positiv sein.

Fällt ein Test negativ aus, kann das gesuchte Problem trotzdem vorliegen. So identifiziert beispielsweise der bei Knieuntersuchungen standardmäßig gebrauchte McMurray-Test unter Umständen 40 Prozent der vorhandenen Meniskusläsionen nicht (Corea 1994, Solomon 2001).

Reliabilität

Testverfahren haben nur dann ihren Platz in der klinischen Entscheidungsfindung, wenn gewährleistet ist, dass mehrere Untersucher bei der Beurteilung des Tests übereinstimmen (Reliabilität). Die meisten der bekannten Tests wurden daraufhin bisher nicht adäquat untersucht oder konnten ihre Intertester-Verlässlichkeit bisher nicht beweisen. Stephen May kam in einer Literaturstudie zur Lendenwirbelsäule zu diesem Schluss (May 2006). Aus dem Bereich der Extremitäten-Diagnostik trifft dies auf das Bestimmen des Endgefühls oder die Beurteilung von Schmerzprovokation bei Widerstandstests am Knie zu (Hayes 1994). Ebenso erreichen Tests zur Bestimmung von patellofemorale Fehlstellungen nur ungenügende Übereinstimmungen zwischen den Testern (Fitzgerald and McClure 1995).

Fazit

Von der Tatsache, dass klinische Tests zur verlässlichen Strukturdiagnose zu ge-

brauchen sind, ist man weit entfernt. Tests können mehr oder weniger hilfreich sein – je nach Patientenkollekt. Je vorsortierter eine Patientengruppe ist, desto eher sind aus Testergebnissen brauchbare Schlüsse zu ziehen. Doch der Umkehrschluss führt in die Sackgasse. Untersucht man nämlich die diagnostische Qualität eines Tests lediglich innerhalb einer speziellen Patientengruppe, so kann man nicht sicher vorhersagen, wie dieser Test bei Menschen mit anderen Pathologien oder völlig Gesunden ausgeht.

Tests sollten vor allem da hinterfragt werden, wo sie gelehrt werden. Die Vertreter von Diagnosekonzepten sind daher selbst gefordert, die klinische Relevanz der von ihnen unterrichteten Testverfahren auch jenseits ihrer Konzept-Modelle kritisch zu diskutieren.

Bedeutung für den therapeutischen Alltag

Anamnese und klinische Untersuchung sind untrennbar miteinander verbunden. Die beschriebene Problematik um Tests macht das deutlich. Einzelne positive oder negative Tests dürfen nicht überbewertet und schon gar nicht zum Platzieren einer »Lieblingsdiagnose« missbraucht werden.

Tests können helfen, klinische Bilder klarer zu machen. Doch sie machen keinen Sinn, wenn sie losgelöst vom konkreten Fall angewandt werden – also von der individuellen Anamnese und Überle-



GEORG SUPP

Physiotherapeut und Mitinhaber des Therapiezentrums PULZ in Freiburg. International anerkannter Instructor des McKenzie Konzepts. Kurse in Deutschland und der Schweiz.



LITERATUR

- 1 Cooperman JM, Riddle DL, Rothstein JM (1990). *Reliability and Validity of Judgments of the Integrity of the Anterior Cruciate Ligament of the Knee Using the Lachman's Test*. Physical Therapy 70, 225-233
- 2 Corea JR, Moussa M, Al Othman A (1994). *McMurray's test tested*. Knee Surgery, Sports Traumatology, Arthroscopy 2, 70-72
- 3 Fitzgerald GK, McClure PW (1995). *Reliability of measurement obtained with four tests for patellofemoral alignment*. Physical Therapy 75, 84-92
- 4 Hayes KW, Petersen C, Falconer J (1994). *An examination of Cyriax's passive movement tests with patients having osteoarthritis of the knee*. Physical Therapy 74, 697-709
- 5 Laslett M et al (2003). *Diagnosing painful sacroiliac joints. A validity study of a McKenzie Evaluation and sacroiliac provocation tests*. Australian Journal of Physiotherapy 49, 89-97
- 6 Lo I et al (2004). *An Evaluation of the Apprehension, Relocation, and Surprise Tests for Anterior Shoulder Instability*. Am. J. Sports Med. 32, 301-307
- 7 May S, Littlewood C, Bishop A (2006). *Reliability of procedures used in the physical examination of non-specific low back pain: A systematic review*. Australian Journal of Physiotherapy 52, 91-102
- 8 Pellechia G et al (1996). *Intertester reliability of the Cyriax evaluation in assessing patients with shoulder pain*. JOSPT 23, 34-38
- 9 Solomon D et al (2001). *Does This Patient Have a Torn Meniscus of Ligament of the Knee? Value of the Physical Examination*. Journal of the American Medical Association 286, 1610-20

gungen über ihre Anwendbarkeit beim einzelnen Patienten.

Wer seine klinische Entscheidungsfindung häufig auf Tests gründet, sollte sich die Mühe machen, diese kritisch zu hinterfragen. Im besten Fall bestätigt der Stand der Wissenschaft das gewohnte Vorgehen. Im schlimmsten Fall deutet sich an, dass dogmatische Vorgehensweisen – auch beim Testen – keinen Sinn machen. Eine Erkenntnis, mit der sich leben lässt. ■