

Der Gold-Standard und andere Fehler

Kinesiologie und Wissenschaft | *Claudia Niklas und Andreas Niklas*

Um jede Manipulation auszuschalten und maximale Objektivität sowie optimale Behandlungsqualität zu garantieren, wird in medizinischen Studien der Gold-Standard angestrebt, indem randomisiert, kontrolliert und doppelt verblindet wird. Diese Studien sind ein Segen für die Menschheit und können nicht hoch genug eingeschätzt werden, wenn es um die Überprüfung von Wirkstoffen geht. Was heute dem Gold-Standard mit seiner Forderung nach qualitativer Eindeutigkeit nicht standhält, wird auf die Abschlusliste gesetzt. Das allerdings gilt nicht nur für Arzneimittel.

Die Kinesiologie hat auf dieser Abschlusliste ihren festen Platz. Regelmäßig wird sie von Schulmedizinern mit Killer-Vokabeln beschossen: „esoterisch“, „unwissenschaftlich“, „wissenschaftlich nicht erwiesen“ – Begriffe, die von Meinungsmachern direkt ans Volk weitergegeben werden. Für Deutschland sind das z. B. die AOK, eine der größten Krankenkassen des Landes, die ZEIT als große liberale Wochenzeitung für Akademiker und Bildungsbürger und das Online-Lexikon wikipedia. Wenn es dort heißt, Kinesiologie sei bisher ohne belegte Wirksamkeit, nimmt der Laie die Aussage als unanfechtbare Tatsache hin, weil die Urteile ja auf wissenschaftlichen Erkenntnissen beruhen.

Bei näherer Betrachtung wackelt die Basis dieser Urteile allerdings bedenklich, denn manche Qualitätskriterien für gute experimentelle Studien werden oft einfach ignoriert.

Angemessene Qualifikation des Studienleiters / Studienteams

Sie scheinen so selbstverständlich zu sein, dass sie nicht wirklich im Bewusstsein sind. Zum Beispiel die angemessene Qualifikation des Studienleiters / Studienteams. Seit 1964 heißt es in der Deklaration von Helsinki, herausgegeben von der World Medical Association, dem Weltärztebund: „Medizinische Forschung am Menschen darf nur von Personen durchgeführt werden, die angemessen wissenschaftlich ausgebildet und qualifiziert sind.“¹ Ein Pädagoge käme kaum

auf die Idee, eine Studie über eine Kinderkrankheit zu machen, obwohl seine Domäne doch die Kinder sind. Ihm fehlt die medizinische Kompetenz. Umgekehrt würde ein Facharzt für Kinderkrankheiten auch keine pädagogische Studie betreiben.

In der akademischen Forschung zur Kinesiologie fehlt diese kritische und eigentlich selbstverständliche Selbstbegrenzung allerdings immer wieder. Zum Beispiel warfen zwischen 1993 und 1995 in der Hautklinik von Hamburg Eppendorf drei Hautärzte und ein Statistiker die Frage auf, ob Kinesiologie ein seriöses Diagnostikum ist. [1] Dazu wurden in Eppendorf zwei Studien durchgeführt. In der ersten Studie mit 42 bereits diagnostizierten Bienen- oder Wespengiftallergikern ging es darum, ob man kinesiologisch feststellen könne, wann ein Allergiker mit seinem Allergen in Kontakt kommt und wann nicht. Es wurden alle möglichen Allergene, aber auch harmlose Substanzen so verpackt, dass weder die Probanden noch die Untersucher wussten, was jeweils getestet wurde. Diese Methode nennt man Doppelverblindung. Sie wurde gekoppelt mit einer zweiten Methode, nämlich der Randomisierung. Was wann mit wem und von wem getestet wurde, war nämlich rein zufällig. In ihrer zweiten Studie wollten die drei Ärzte und der eine Statistiker wissen, ob eine kinesiologische Diagnose auch reproduzierbar ist, ob also ein Untersucher bei demselben Probanden am selben Ort und am selben Tag dieselbe Diagnose stellen kann. [2]

In beiden Studien kamen die Wissenschaftler zu katastrophalen Ergebnissen für die Kinesiologie, und das hatte mehrere Gründe. Das Studienteam von Eppendorf zeichnete sich nämlich durch medizinische Kompetenz in der Allergie-Diagnostik und auch durch statistische Kompetenz aus, gleichzeitig glänzte es aber mit vollkommener kinesiologischer Inkompetenz. Nachweislich beherrschten zwei der Wissenschaftler den Muskeltest gar nicht, die anderen beiden befanden sich im Anfängerstadium.

Kinesiologisch betätigen mussten sich die angehenden Hautärzte Dr. Barbara Kunz und Dr. Nikolaus Seeber, der damals gerade erst mit seiner Doktorarbeit angefangen hatte.

Alle Artikel in diesem Themenschwerpunkt entstanden in Zusammenarbeit mit dem Europäischen Verband für Kinesiologie e.V.



Beide waren zur Zeit der Studie Assistenzärzte der Eppendorfer Hautklinik und „vor Beginn der Studie nicht kinesiologisch tätig“ gewesen, heißt es im Studienbericht. Kunz hatte „eine Grundausbildung in TFH (Touch for Health) sowie einen Aufbaukurs in HK (Health Kinesiologie), der von J. Scott geleitet wurde“, absolviert. Seeber lernte das Muskeltesten tatsächlich erst während der Studie. Beide erlernten das, was sie für Kinesiologie hielten, offenbar ausschließlich für diese eine Studie. Genau genommen lernten sie mal eben den Muskeltest, den sie zur Zeit der Studie unmöglich wirklich beherrschen konnten. Die Vermutung liegt nahe, dass sie die geistigen Dimensionen dieses offensichtlich so physiologischen Vorgangs überhaupt nicht erahnten und den Muskeltest für reines Armdrücken hielten, das sie anwenden wollten, um ein System zu beurteilen, dessen extreme Komplexität sie nicht kannten.

Randomisierung und Doppelverblindung

Dass bei dieser Studie verfälschte Ergebnisse herauskamen, ist kein Wunder. Dennoch

¹ Deklaration von Helsinki, Grundsätze für jede Art medizinischer Forschung, Artikel B16 (<http://www.aerzteblatt.de/down.asp?typ=PDF&id=5324>)

wurde erhobenen Hauptes die gesamte Kinesiologie als „nicht reproduzierbare, unreliable und invalide Methode zur Diagnose von Insektengiftallergien“ disqualifiziert, und zwar auf der Grundlage, dass „alle Untersuchungen in beiden Studien [...] doppelblind in randomisierter Reihenfolge“ durchgeführt wurden.

Damit erfüllten die Wissenschaftler zwar wesentliche Forderungen des Gold-Standards, wurden der Kinesiologie aber nicht gerecht. Denn gerade Randomisierung und Doppelverblindung sind Gift für die Kinesiologie. Im Gegensatz zur Arzneimittelprüfung kann sie mit diesen Gütekriterien genauso schlecht überprüft werden wie etwa die Psychologie. Denn im Gegensatz zur Arzneimittelprüfung, bei der die Wirkung eines Stoffs auf der physiologischen Ebene geprüft wird, die bei allen Menschen relativ gleich ist, arbeiten sowohl Psychologie als auch Kinesiologie immer mit Individuen, die definiert und subjektiv sind, aber nicht zufällig und verblindet. Dies wurde in der Eppendorfer Studie hundertprozentig ignoriert.

Randomisierung und eine maximal einfache Verblindung kann nur in einem therapeutischen, exakt definierten, sehr engen Rahmen stattfinden.

Ein hervorragendes Beispiel ist die kürzlich publizierte Studie von Susan Eardley von der University of Southampton: A pragmatic randomised controlled pilot study of Professional Kinesiology Practice for chronic and recurrent low back pain with initial feasibility study. [3]

An dieser Studie nahmen Patienten mit genau definierten Schmerzen im unteren

Rückenbereich teil. Das Ziel war herauszufinden, ob PKP (Professional Kinesiology Practice) bei Schmerzen im unteren Rückenbereich hilfreich ist. Die Einfach-Verblindung bestand darin, dass zwar alle Patienten über Wochen kinesiologisch behandelt wurden, manche aber speziell mit PKP. Kein Patient wusste, welche kinesiologische Methode bei ihm eingesetzt wurde. Die Befragung der Patienten fand nicht nur vor und nach der Studie statt, sondern nach jeder Sitzung, um den Verlauf optimal zu dokumentieren.

Intention

Während für Studien auf der physiologischen Ebene die Gesetzmäßigkeiten von Masse gelten und deshalb Reproduzierbarkeit, Randomisierung und Verblindung erfolgreiche Instrumente sind, arbeitet die Kinesiologie vorrangig auf der Informations-ebene. Dies ist die Ebene der Quanten, wo nicht nur die jeweilige Beobachtung eine für das Resultat ausschlaggebende Rolle spielt, sondern das, was hinter ihr steckt: die Intention, die Absicht, die auf ein Ziel ausgerichtet ist.

In Eppendorf gab es zwar eindeutige Fragen nach der diagnostischen Güte der Kinesiologie, aber eine eindeutige Intention gab es nicht. Ein Mediziner wollte die Kinesiologie vielleicht beweisen, ein anderer wollte sie vielleicht als Scharlatanerie entlarven. Ein Proband wollte sich ein bisschen Geld verdienen, wenn es denn welches gab; ein anderer war neugierig, was die Wissenschaftler mit ihm anstellen würden. Ein Assistenzarzt tat vielleicht dem Studienleiter einen Gefallen, und ein anderer tat sich selbst einen Gefallen, um die Karriereleiter zu erklimmen.



Claudia und Andreas Niklas

verbinden als Autorenpaar fundiertes journalistisches Können mit reicher psychologischer und kinesiologischer Erfahrung in über 7.000 Einzelsitzungen. In ihrem neu erschienenen Grundlagenwerk positionieren der Diplom-Psychologe (Mitglied im erweiterten Vorstand des Europäischen Verbandes für Kinesiologie e.V.) und die Kunsthistorikerin die Kinesiologie zum ersten Mal exakt innerhalb der großen medizinischen, quantenphysikalischen und kulturellen Strömungen Europas und Amerikas. Darüber hinaus stellen sie die Begründer der weltweit bekanntesten Kinesiologiesysteme in 19 Interviews persönlich vor.

Kontakt:

Klosterstr. 3c, D-85221 Dachau

Die Überlagerung von mehreren Fragen war gepaart mit einer Kakophonie von Intentionen. Das Resultat folgt aber der Intention.

Sich überlagernde Intentionen führen zu verfälschten Ergebnissen.

Die Kinesiologie ist wie die Medizin eine Erfahrungswissenschaft, und die Erfahrung

sagt Folgendes: Sowohl in der kinesiologischen Arbeit als auch in der kinesiologischen Forschung muss die Intention eindeutig sein, um eindeutige Resultate zu erzielen. Und mehr noch: Die Intention muss auf das höchste Wohl des Hilfsbedürftigen ausgerichtet sein, um positive Resultate für die Lebensqualität des jeweiligen Probanden zu erzielen. In Eppendorf war dies überhaupt kein Thema.

Susan Eardleys Studie bildet dazu den sauberen Gegensatz. Konkret schreibt sie: „Die Vorteile, die wir uns für jeden von der Behandlung erhofft haben, waren weniger Schmerzen, mehr Beweglichkeit, ein generelles Wohlgefühl und größere Tatkraft.“

Forschung am Individuum

Interessanterweise sind die Studien, die den Kriterien von – unter anderem – Kompetenz, Klarheit der Frage, Eindeutigkeit der

Intention und vor allem der Individualität des Probanden gerecht geworden sind, alle zu signifikanten bis hochsignifikanten Ergebnissen gekommen, was die Effizienz der Kinesiologie betrifft – als Diagnostikum und als Intervention. Diese Studien wurden von Wissenschaftlern gemacht, die offenbar einer neuen geistigen Generation angehören (Beispiele in [4, 5, 6]) Das lässt hoffen. Denn eines der großen Probleme der akademischen Perspektive auf die Kinesiologie ist ein veralteter Medizinbegriff, der vor hundert Jahren seine Gültigkeit hatte, heute aber einseitig erscheint.

Anfang des 20. Jahrhunderts wurden Medizin und Gesundheit rein naturwissenschaftlich, d. h. physiologisch definiert. Auf dieser Ebene hat der Gold-Standard seinen berechtigten Platz. Heute aber sind die Dimensionen größer.

Medizin ist zu einer Humanwissenschaft geworden.

Unter diesem Gesichtspunkt hat die WHO (Weltgesundheitsorganisation) schon 1946 ihre Definition von Gesundheit herausgegeben, die in akademischen Studien zur Kinesiologie viel zu oft unter den Tisch fällt. Ge-

sundheit ist laut WHO nämlich „ein Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlergehens und nicht nur das Fehlen von Krankheit oder Gebrechen.“² Damit ist die große – körperliche, emotionale, mentale – Komplexität des Menschen angesprochen. Mit Randomisierung und Doppelverblindung nach dem Gold-Standard lässt sich diesen enormen und auch noch interagierenden Dimensionen nicht gerecht werden.

In der Deklaration von Helsinki heißt es seit 1964: „Selbst die besten gängigen Maßnahmen müssen fortwährend durch Forschung auf ihre Sicherheit, Effektivität, Effizienz, Verfügbarkeit und Qualität geprüft werden.“ Das heißt:

Auch die besten gängigen Forschungsstrategien müssen fortwährend auf ihre Effizienz und Qualität überprüft werden, vor allem dann, wenn es um neue Verfahren geht.

Wenn herkömmliche Forschung die Kinesiologie nicht greifen kann, ist es eine falsche Konsequenz, die Kinesiologie zu disqualifizieren anstatt die Forschungsmethoden zu überdenken und zu revidieren. [7]

² <http://www.admin.ch/opc/de/classified-compilation/19460131/200906250000/0.810.1.pdf>

Literaturhinweis

1. Lüdtker R, Seeber N, Kunz B, Ring J. Kinesiologie in der Allergiediagnostik. In: Albrecht H, Frühwald M, eds. *Jahrbuch der Karl und Veronica Carstens-Stiftung, Band 2 (1995)*. Stuttgart: Hippokrates; 1996: 54-64. / http://www.carstens-stiftung.de/wissen/and/pdf/and_kinesiologie_allergie_seeber.pdf
2. Lüdtker R, Kunz B, Seeber N, Ring J. Test-Retest-Reliability and Validity of the Kinesiology Muscle Test. *Complement Ther Med* 2001; 9(3): 141-145. / http://www.carstens-stiftung.de/wissen/and/pdf/and_ring_kunz_kinesiologie.pdf
3. Eardley S, Brien S, Little P, Prescott P, Lewith G. Professional kinesiology practice for chronic low back pain. Single-blind, randomised controlled pilot study. *Forsch Komplementärmed* 2013; 20: 180-188
4. Kampanaros D: *Kognitive Intervention im hohen Lebensalter: Eine psychologische und bildungswissenschaftliche Analyse*. Hamburg, 2008
5. Waxenegger I: *Individuelle Prognose der Wirksamkeit einer therapeutischen Maßnahme durch den prätherapeutisch angewendeten „kinesiologischen Muskeltest“*. Interuniversitäres Kolleg für Gesundheit und Entwicklung Graz / Schloss Seggau, 2007
6. Weber IL: *Lassen sich Veränderungen bzw. Verbesserungen des subjektiven Empfindens von körperlichen, seelischen und geistigen Themen und Problemen durch kinesiologische Balancen (Interventionen) im Sinne einer Qualitätssicherung mit standardisierten Fallbeispielen nachvollziehbar dokumentieren?* Interuniversitäres Kolleg für Gesundheit und Entwicklung Graz / Schloss Seggau, 2007
7. Niklas, C. und A.: *Yes, we can – Kinesiologie und Wissenschaft*. Kopfgold Verlag, Dachau, 2013 (ISBN 978-3-943424-28-7)