

1. Checklisten Vorsichtsmassnahmen Ärzte für Manuelle Medizin

1.1. Diagnostik:

Die manualmedizinische Tätigkeit setzt hinreichende Weiter-/Fortbildung und Übung voraus

- Kenntnisse über die Klinik der Dissektionserkrankung (anamnestische Hinterfragung!)
- Lückenlose Anamnese (dokumentiert; ev. Fragebogen)
- Gründliche allgemeine und neurologische Untersuchung
- Beachtung der „red flags“; zum Beispiel RCGP-Guidelines:
<http://www.rcgp.org.uk/clinspec/guidelines/backpain/backpain9.asp>. Daraus sich ergebende Zusatzabklärungen sind konsequent durchzuführen.
- Bei Verdacht auf foraminale/spinale Kompression neurologische/bildgebende Zusatzabklärung vor manueller Therapie (Hinweise aufgrund Anamnese, Klinik, konventionelle Röntgenbilder)
- Die Diagnose eines gewöhnlichen, rein funktionellen Schmerzsyndromes („simple backache“) unter 20 Jahren und über 55 Jahren ist mit besonderer Vorsicht zu stellen
- Zur Einhaltung und Erfassung der in der einschlägigen Literatur beschriebenen Kontraindikationen für die Manipulationsbehandlung der HWS ist eine aussagekräftige HWS-Röntgenaufnahme in zwei Ebenen in jedem Alter unbedingt erforderlich.
- Prinzip der Probemobilisation: Langsame mobilisierende Bewegung in Richtung des vorgesehene Impulses in Kraft und/oder Weg über ihn hinausgehend, kann durch das Auftreten nozioreaktiver Spannung, radikulärer oder pseudoradikulärer Schmerzen oder vegetativer Reaktionen auf ev. noch nicht erkannte Kontraindikationen hinweisen.
- Komplikationen betreffen in der Regel mangelhafte Diagnostik der Strukturebene mit konsekutiven pathologischen Frakturen oder Neurologien durch die Manipulation. **Wichtige Beispiele:** Metastasen und andere (auch gutartige!) Knochentumoren inklusive Myelom, Osteoporose u.ä., Polyarthrit, Gefässerkrankungen (HWS), spinale oder foraminale Stenosen inkl. Cervicale Myelopathie, lokale infektiöse Prozesse, Os odontoideum, nicht diagnostizierte Frakturen und ligamentäre Verletzungen nach Unfällen, degenerative segmentale Instabilität. Uebergangsanomalien und Malformationen. Grisel-Syndrom Kinder/Jugendliche.
- Anamnestische Hinweise für bestehende Dissektion der Halsarterien:
 - Akuter Nacken-Hinterkopfschmerz ohne erkennbare Ursache
 - Eventuell verbunden mit einem ein- oder doppelseitigen Rissgefühl im Nackenbereich
 - Pulssynchroner Hals-/Nackenschmerz
 - Doppelbilder/Sehstörungen ev. vorübergehend
 - Pulsierender Tinnitus
 - Flüchtige Lähmung/Neurologie während der vorangegangenen Tage/Wochen
 - Plötzliches oder flüchtige Schluckbeschwerden verbunden mit akutem Nackenschmerz
- Neurologische Befunde als Hinweis für bestehende Dissektion der Halsarterien:
 - Symptome eines (ev. partiellen) Horner-Syndromes
 - Doppelbilder
 - Spontannystagmus
 - Einseitige Parese beim Herausstrecken der Zunge / Gaumensegelsymmetrie.
 - Ungeklärte Dysphagie

1.2. Kontraindikationen:

- Fehlende Abwehspannung des Patienten (Narkose, Lokalanästhetica)
- Verdacht/Diagnose einer der oben genannten Risikofaktoren/Krankheiten
- In der einschlägigen Literatur beschriebene Kontraindikationen für die Manipulationsbehandlung; insbesondere
 - Verdacht auf mögliche Dissektionserkrankung
 - Marfan-Syndrom und andere Bindegewebserkrankungen
 - Rheumatische Polyarthrit (HWS absolute K.I.)
 - Os odontoideum

- Segmentale Instabilität
- Diskushernien mit neurologischen Ausfällen
- Foraminale oder spinale Stenose / cervicale Myelopathie
- Orale Antikoagulation

1.3. Risikoaufklärung durch den Arzt:

Nichteinhaltung der ärztlichen Sorgfaltspflicht: mangelhafte Technik, ungenügende Anamnese und Diagnostik, falsche Indikation, Nicht-Beachtung einer Kontraindikation.

Solche Komplikationen können nicht nur zivilrechtliche sondern auch strafrechtliche Konsequenzen haben („Kunstfehler“)

Komplikation trotz Einhaltung der grösstmöglichen fachspezifischen Sorgfaltspflicht:

Es handelt sich um sogenannte „eingriffsspezifische, typische Risiken“. Diese bedürfen einer Risikoaufklärung *unabhängig der Inzidenz!* Der Arzt haftet, wenn ein solches Risiko trotz ärztlicher Sorgfalt eintritt aber darüber nicht (beweisbar) aufgeklärt wurde.

1.3.1. Dissektion der Zervikalarterien:

- Aktuell kein wissenschaftlicher Beleg, dass die *sachgerechte* Durchführung einer Manipulation der HWS eine Dissektion verursacht.
- Die spontan entstandene Dissektion kann die Indikation für eine manualmedizinische Behandlung vortäuschen (akutes oberes cervicocephales Beschwerdesyndrom)
- 3 Arten der Dissektionserkrankung; diese stellen für die HWS-Manipulation ein methodenspezifisches, typisches Risiko dar (*Risikoaufklärung notwendig*):
 - bereits vorliegende Spontandissektion
 - traumatische Dissektion nach starker Gewalteinwirkung
 - prädisponierende Krankheiten für eine Spontandissektion (Marfan, Ehlers-Danlos, M.Recklinghausen, Polyzyst. Nierenerkrankung (AD-Typ), Osteogenesis imperfecta)

1.3.2. Diskushernie:

- Im Falle einer „lege artis“ indizierten und durchgeführten Manipulation bestehen keine Hinweise für ein „eingriffstypisches Risiko“. Kein ursächlicher Zusammenhang bewiesen zwischen Manipulation und „Aktivierung“ präformierter und klinisch stummer Bandscheibenschäden.
- Beim akuten, rein funktionellen Schmerzsyndrom ohne/mit pseudoradikulärer Ausstrahlung ist die Manipulation der LWS auch ohne Bildgebung ein Verfahren ohne spezifische Risiken; eine besondere Risikenaufklärung ist nicht erforderlich. Allerdings weise ich bei akuten Schmerzsyndromen (insbesondere mit persistierender Flexionseinschränkung lumbal¹) auf die Möglichkeit des Vorliegens einer Diskushernie noch ohne Radikulärsyndrom hin.
- Auch für die HWS besteht kein „eingriffstypisches Risiko“ betreffend Diskushernie bei der Manipulation der gewöhnlichen Funktionsstörung (beachte aber Abschnitt 1.3.1.).
- Bei aus bildgebenden Verfahren bekannter Diskushernie/Sequester und bei Zustand nach Bandscheibeoperation:
 - mit neurologischem Defizit ist am Segment auf die Manipulation zu verzichten; alle Massnahmen sind grundsätzlich aufklärungspflichtig
 - ohne neurologische Defizite muss eine Risikoaufklärung stattfinden (eventuelle Aktivierung von Beschwerden und neurologischen Ausfällen)

Vgl. auch Manuelle Medizin 2004; 42; 141 ff

¹ Vgl. Böhni in Manuelle Medizin 2003; 41: 472 ff

Rechtlicher Hinweis:

Es handelt sich um persönliche Empfehlungen des Verfassers; Haftpflichtansprüche werden explizit gegenüber dem Verfasser und gegenüber der SAMM ausgeschlossen.