

Aktuelle Fälle aus der Gutachterstelle

Zum „Aktuellen Fall aus der Gutachterstelle“, Heft 1/2021, gingen zahlreiche Leserbriefe ein. Eine Auswahl dieser Zuschriften möchten wir in Auszügen veröffentlichen.

Sehr geehrter Herr Dr. Kluge,

meines Erachtens ist der „neue Fall“ Allgemeinmedizin/Chirotherapie eindeutig. Ich selbst habe die Ausbildung sowie Prüfung Manuelle Medizin über die ÄMM [Ärztevereinigung Manuelle Medizin] absolviert. Wenn der Kollege so wie beschrieben lediglich Traktionen im Liegen beziehungsweise im Sitzen durchgeführt hat, besteht keine Schadensersatzforderung, da es sich um keine Manipulation an der HWS gehandelt hat. Vor dieser hätte auch eine Röntgenaufnahme der HWS erfolgen müssen. Traktionen zählen zu den sanftesten Therapien der MT und werden auch in jeder Physiotherapiepraxis durchgeführt. Da dürfte man ja „gar keine Hand mehr anlegen“, Patienten müssten mit ihren Beschwerden weiterleben.

Name der Redaktion bekannt

Antragsteller Jahrgang 1977, keine Begleiterkrankungen Fallvorstellung und Verlauf

Ein 39-jähriger Mann ohne Begleiterkrankungen wurde vom Hausarzt zu einem manualtherapeutisch tätigen Allgemeinmediziner zur weiteren Behandlung bei (zervikogenen?) Kopfschmerzen überwiesen. Ich gehe davon aus, dass bereits eine Initialbehandlung nach Leitlinie durchgeführt wurde.

Der „Antragsgegner“ machte eine klinische Untersuchung und stellte einen schmerzhaften M. trapezius bds. fest. Er stellte die Indikation zur Chirotherapie. Durch eine Voruntersuchung („Vertebraltest“ nicht näher beschrieben) wurde eine Affektion der Vertebral-

arterien ausgeschlossen. Der Patient wurde aufgeklärt und durch eine Traktion im Liegen behandelt. Zwei Tage später waren die Beschwerden etwas rückläufig, die Verspannungen bestanden unverändert. Neurologisch: keine Pupillendifferenz, kein Meningismus, HWS-Beweglichkeit schmerzhaft eingeschränkt, der A. vertebralis-Test war ohne Auffälligkeiten. Eine 2. Manualtherapie (milde Traktion im Sitzen) schloss sich an, und ein Schanz-Verband wurde für drei Tage angelegt, danach wurde eine erneute Kontrolle vereinbart.

Zwei Tage später erfolgte die Vorstellung in der Notfallambulanz des lokalen Krankenhauses wegen Zunahme der Beschwerden, zusätzlich Schwindel, Gleichgewichtsstörungen, Übelkeit und Tinnitus im Sinne einer Kleinhirnsymptomatik. Die HWS war stark (!) verspannt. Die Neurologie wurde als unauffällig angegeben.

Ein MRT der HWS! (Datum unbekannt) wurde als normal befundet. Hier erhebt sich die Frage, ob der Hirnstamm beurteilbar war? Auch ist nicht sicher, ob eine KM Gabe zur Beurteilung der A. vertebralis erfolgte. Damit konnte man weder eine Okklusion/Dissektion beweisen noch ausschließen. Es ergibt sich hier die Frage, ob sich bei Durchführung einer ausführlicheren Diagnostik eine mögliche vaskuläre Pathologie schon zu diesem Zeitpunkt nachweisen ließ und gegebenenfalls zu diesem Zeitpunkt schon therapeutische Schritte hätten eingeleitet werden können. Auffällig ist weiterhin der längere stationäre Aufenthalt von sechs Tagen. Obwohl die Klinik als gebessert geschil-

doch etwas verzögert gewesen zu sein. Eine Woche nach der Entlassung wurde der Patient mit Symptomen, die einem Wallenberg-Syndrom entsprechen, erneut in die Klinik eingewiesen. Die CT-Angiographie, die DSA und das MRT des Kopfes bestätigten einen Verschluss der Vertebralarterie rechts mit einem dorsolateralen Medulla-oblongata-Infarkt rechts sowie einem Verschluss der distalen A. vertebralis links.

Diskussion

Man unterscheidet spontan auftretende von traumatischen Dissektionen. Spontane Dissektionen treten entweder ohne fassbaren Auslöser oder nach Bagateltraumen der Halsarterien (Zug, Druck, et cetera) auf, sogenannte „mechanical trigger events“ [1].

Die Diagnostik beginnt mit der Anamnese und klinisch-neurologischen Untersuchung. Leitsymptome sind seitliche Halsschmerzen (Karotidodynie) oder einseitige Nackenschmerzen (im Fall der Vertebralisdissektion). Die Schmerzen treten plötzlich auf und der Schmerzcharakter ist initial stechend, dann ziehend oder dumpf drückend [2]. Als schwerwiegende Komplikation müssen neurologische Ausfälle, die sich infolge eines Verschlusses dieser Arterien entwickeln können, genannt werden.

Das aussagekräftigste bildgebende Verfahren sind eine kontrastmittelgestützte MR-Angiographie (KM-MRA) und eine axiale MR-Schnittbilddiagnostik des Halses. Als Alternative zur MR Diagnostik steht die CT-Angiographie zur Verfügung, die ebenfalls eine hohe Sensitivität (92 bis 100 Prozent) in der Detektion von Dissektionen im Vergleich zur DSA aufweist [3].

Es besteht ein enger zeitlicher Zusammenhang zwischen der chirotherapeutischen Behandlung und dem klinischen Auftreten einer Kleinhirnsymptomatik, die Anlass für eine einwöchige stationäre Behandlung war. Auf die unvollständige Diagnostik während des ersten Aufenthaltes wurde bereits hingewiesen.

Schwierig ist die Frage, ob die manuelle Therapie allein die Dissektion ausgelöst hat, oder ob prädisponierende Faktoren zusätzlich vorlagen.

Das potenzielle Risiko einer Dissektion im Rahmen manualtherapeutischer Maßnahmen ist dem Antraggeber bekannt. Er hat jeweils vor der Therapie einen „Vertebris-Test“ durchgeführt. Unerwähnt ist die Art der Testung. Der Patient wurde auch über die Manipulation aufgeklärt. Nach den Qualitätskriterien der Deutschen Gesellschaft für Manuelle Medizin muss in der Aufklärung auch eine Komplikation im Sinne einer Dissektion mit entsprechenden neurologischen Ausfällen aufgeführt sein [4].

Durch die Vereinbarung einer Kontrolle nach erfolgter Behandlung wollte der Antraggeber die Symptome und den Therapiefortschritt aktiv überwachen. Das entspricht einem leitliniengerechten Vorgehen in der Therapie von HWS-Beschwerden und einem guten Qualitäts-Management im Rahmen chiropraktischer Behandlungen.

Es wird geschätzt, dass bei einer von 20.000 Halswirbelsäulenbehandlungen ein Schlaganfall auftritt [5]. Das häufigere Betreffen der A. vertebralis in diesen Fällen dürfte an ihrer Anatomie liegen, da sie durch ihren Verlauf im Atlasbogen für Torsionsverletzungen anfälliger erscheint. Es ist hier allerdings einzuschränken, dass einerseits bei einem Viertel der Patienten mit einer solchen Dissektion eine generalisierte Bindegewebserkrankung diagnostiziert wird und andererseits der

Nackenschmerz als initiale Manifestation einer Vertebralisdissektion eine muskuläre Verspannung vortäuschen kann, weswegen diese Patienten erst eine chiropraktische Behandlung in Anspruch nehmen [6].

Studien zufolge erleiden zwar Patienten eine Dissektion der Halsgefäße durch Manipulationen an der Halswirbelsäule, diese aber unabhängig von Art, Dauer und Anzahl der Behandlungen, sodass die Vertebralisdissektion wahrscheinlich als eine zufällige und unvorhersehbare Komplikation von chiropraktischen Manövern angesehen werden muss [7].

Nach [8] trägt die Manipulationsbehandlung der HWS ein messbares Risiko, einen ischämischen Schlaganfall auszulösen. Sie analysierten alle zwischen 1996 und 2005 der Schlichtungsstelle für Arzthaftpflichtfragen der Norddeutschen Ärztekammern vorgelegten Karotis- und Vertebralisdissektionen, in denen ein Schuldvorwurf wegen einer manipulativen Behandlung der HWS erhoben wurde. In keiner der sieben Karotis- und neun Vertebralisdissektionen konnte eine Verursachung durch die Manipulation bestätigt werden. Schlussfolgernd aus dem Verlauf der medizinischen Behandlung und der zitierten Literatur möchte ich folgende zwei Aussagen treffen:

1. Der Antragsgegner hat nach den geltenden Behandlungsempfehlungen (S1 Leitlinie Nackenschmerz) die Indikation für eine manualtherapeutische Behandlung bei einem HWS-Syndrom, welches mindestens vier Wochen bestand, gestellt. Er hat durch eine Untersuchung eine normale Funktion der Vertebralarterien dokumentiert. Der Patient wurde über die Behandlung aufgeklärt. Entsprechende Kontrolltermine zur Objektivierung des Behandlungsverlaufs wurden vereinbart. Damit ist dem Antraggeber kein schuldhaftes Vergehen anzulasten.

2. Offen bleibt die Vermeidbarkeit der neurologischen Ausfälle infolge des Infarktes in der dorsolateralen Medulla oblongata rechts, wenn während des ersten stationären Aufenthaltes eine komplette kraniale Diagnostik erfolgt wäre.

Literatur beim Autor

Dr. med. Oliver Sorge, Leipzig

Sehr geehrter Herr Kollege Dr. Kluge,

heute konnte ich im „Ärztblatt Sachsen“, Heft 1/2021, die interessante Darstellung des Chirotherapiefalles lesen. Vor einer Zusammenhangs- oder Kausalitätsbeurteilung sollten präzise Angaben zu Befunden, Diagnosen und therapeutischem Handeln vorliegen.

Nach Übermittlung der vorliegenden manualtherapeutischen Befunde (Anmerkung d. Red.):

Symptomatik, De Kleyn'sche Tests, Untersuchung mit den betroffenen HWS-Segmenten sind ersichtlich, die Therapie ebenso. Traktionen in solchen Fällen zur Anwendung zu bringen ist Standard, zumal mit reduzierter Intensität. Es wurden in dem Fall weder Manipulation mit Impulsgebung noch Analgetika eingesetzt. Ein sehr schonendes Vorgehen ist belegt. Erst über zwei Wochen später trat der beschriebene Notfall mit neurologischen Defiziten auf. Hier einen Zusammenhang zu den stattgehabten Traktionen herzustellen, erscheint mir weit hergeholt und eine Gefäßdissektion durch diese nicht einmal bei vorgeschädigtem Gefäßbaum wahrscheinlich.

Der unvollständig dargestellte neurologische Befund verweist auf die Diagnose eines Wallenberg-Syndroms. Die lückenhaften Daten erlauben jedoch keine differenzialdiagnostische Sicherheit. Wenn es aber so ist, liegt ein Verschluss der A. cerebelli posterior infe-

rior dextra vor. Für einen gleichseitigen Verschluss der A. vertebralis würde ich ein umfassenderes Störungsbild erwarten.

HWS-Traktionen erfolgen manuell und in steter Kommunikation mit den Patienten zur Rückkopplung bezüglich möglicher Schmerzauslösung, Schwindelerscheinungen oder zu hoher subjektiver Intensität.

Einen kausalen Zusammenhang sehe ich nicht.

Dr. med. Frank Härtel, Zwickau

Sehr geehrter Kollege Kluge,

ich bin Rentner und habe als Facharzt für Allgemeinmedizin und Chiro-/Manualtherapeut gearbeitet.

Anhand der geschilderten Befunde sehe ich keinen Zusammenhang zwischen der Manualtherapie und der Gefäßerkrankung des Patienten. Die anfänglichen Beschwerden des Patienten könnten auch differentialdiagnostisch auf eine Gefäßerkrankung hindeuten. Wie sind denn bei dem 40-jäh-

rigen Patienten die internistischen Laborbefunde im Sinne einer familiären Belastung?

Die Manualtherapie wirkt vordergründig auf das Muskelskelettsystem, eine schädigende Wirkung auf die Gefäße ist mir unbekannt. Oder gibt es in der Literatur darüber einen Nachweis? Dann wäre sie zu verbieten.

Dr. med. Jochen Hofmann, Waldheim