

# Risikoreduktion bei Manualmedizin durch ‚Probemanipulation‘?

H. Biedermann

Bei Diskussionen mit Kollegen, die sich ‚von außen‘ mit Manualmedizin beschäftigen, war die Frage aufgekommen, inwieweit durch eine ‚Probemanipulation‘ eventuelle Risiken eines Eingriffs besser eingeschätzt bzw. vermieden werden können.

Um darauf einzugehen sollte vorab geklärt werden, was unter Manualmedizin – im Vergleich zu anderen Verfahren physikalischer Therapie – überhaupt zu verstehen ist. Letztlich ist jede Berührung des Patienten auf Risiko überprüfbar und im klinischen Alltag ist gerade für die zuschauenden Angehörigen oft kaum unterscheidbar wo die Untersuchung aufhört und die Behandlung anfängt.

Die Kernkompetenz des Manualmediziners ist die Analyse der Funktionsstörungen im Bewegungsapparat, vornehmlich der Weibelsäule und hier in besonderem Maße der Halswirbelsäule. Diese hat zentrale Bedeutung bei der Entwicklung und Erhaltung der Somatomotorik<sup>(1)</sup> und spielt so nicht nur in der Jugend, sondern lebenslang eine kaum zu überschätzende Rolle bei vielen Problemen des hausärztlichen Alltags. Kopfschmerzen, Schwindel oder Nackenverspannungen sind nur ein kleiner Teil dieses Spektrums. Gerade bei diesen Krankheitsbildern muss man natürlich auch an Ursachen denken, die mit Gefäßverletzungen, Instabilitäten etc. zu tun haben<sup>(2,3)</sup>.

Dabei kommt immer wieder die Frage auf, wie hier bestmöglich eine Risikovorsorge betrieben werden kann. Ist eine ‚Probemanipulation‘ die Lösung? Die ‚grand old men‘ der Manualmedizin haben sich schon vor Jahren skeptisch zu diesem Thema geäußert. Greenman geht in seinem Lehrbuch überhaupt nicht auf diese Option ein<sup>(4)</sup>, während Gutmann explizit auf das Gefahrenpotential hinweist: „Diese Fakten führen uns zu der Ansicht, dass vor allem **wiederholte**<sup>1</sup> Manipulationen mit zu kurzen Behandlungszwischenräumen bei jungen, hypermobilen Frauen einen stärksten Reiz beider Vertebralarterien zur Folge haben...“<sup>(5)</sup>. Lewit schreibt ähnliches in seinem Lehrbuch: „In [den] wenigen Fällen, in denen detaillierte Krankengeschichten vorlagen, kam es tatsächlich zu schwerwiegenden Komplikationen nach wiederholter Impulsmanipulation im Laufe weniger Tage“<sup>(6)</sup>.

Aus der Traumaforschung ist seit Jahrzehnten das Problem der Reiz-Summation bekannt; die russischen Physiologen um Pawlow<sup>(7)</sup> und seinen Schüler Speransky<sup>(8)</sup> prägten schon in den zwanziger Jahren des letzten Jahrhunderts den Begriff des ‚Zweitschlags‘. Damit war gemeint, dass ein gesunder Organismus ein erstes Trauma abfedern und kompensieren kann, er aber, wenn diesem in zu kurzer Zeit (während der sog. Latenzperiode) ein zweites Trauma folgt, dieses nicht auffangen kann und so relativ geringe Kräfte unverhältnismäßig große Folgen nach sich ziehen können. Das spielt in der Unfallbegutachtung gerade bei Schleudertraumen eine große Rolle<sup>(9)</sup>.

Wie kann man diese Warnhinweise mit dem Bestreben unter einen Hut bringen, Behandlungsrisiken maximal zu vermindern?

---

<sup>1</sup> Hervorhebung im Original

Eine wichtige Konsequenz ist allemal, so wenig eingreifend wie möglich zu therapieren und dabei darauf zu achten, dass die Behandlung möglichst in entspannter Haltung und in Neutralposition erfolgt. Auch darauf haben alle oben erwähnten Autoren hingewiesen. Dies sollte schon für die Untersuchung gelten, die ja durchaus – und unvermeidlicher Weise – Kräfte einbringt. Menell hatte schon vor Jahrzehnten schon im Titel seines Buches darauf aufmerksam gemacht<sup>(10)</sup>, dass man nicht erst behandeln muss, um zu manipulieren. Auch Cyriax äußerte sich ähnlich<sup>(11)</sup>.

Wenn man davon ausgeht, dass Ziel der Manualmedizin ist, eingeschränkte Gelenkbeweglichkeit wiederherzustellen, wie alle relevanten Autoren übereinstimmend betonen, scheint es problematisch, dies durch ‚Probieren‘ sicherer machen zu wollen. Auch wenn man’s nur probiert hat man es gemacht. Als Chirurg steht man bei der Planung eines Eingriffs vor der gleichen Problematik. man kann es eben nicht reversibel probieren – entweder man tut’s oder man lässt’s.

Wichtig ist aber anzumerken, dass es zu den Basis- Fertigkeiten manualmedizinischer Untersuchung gehört, beim Überprüfen der segmentalen Mobilität hierbei die Reaktion der Gewebe auf den Palpationsdruck des Fingers sensibel zu registrieren. Wenn man dies als ‚Probemanipulation‘ ansprechen möchte – d’accord; dann allerdings gehört es zum Grundwissen jeden Manualmediziners und ist unabdingbar. Gerade das exakte Registrieren solcher schnellen Veränderungen in Muskeltonus und Geweberesistenz stellt letztlich unsere beste Informationsquelle für den aktuellen Zustand der zu behandelnden Region dar – neben der Fallgeschichte und der Röntgenuntersuchung, die gerade an der Halswirbelsäule unabdingbar ist.

Wenn man sich mit den Komplikationen und Risiken bei Manipulationen beschäftigt stellt man fest, dass es grosso modo zwei Gruppen gibt: Ältere Patienten mit vorgeschädigten Strukturen und geringer Mobilität und - viel seltener – junge Menschen, wo Hypermobilität das Problem ist (s.o.). Bei Kindern kommt – und das ist in diesem Zusammenhang wichtig zu erwähnen – noch ein weiteres Moment hinzu. Hier sind bei den wenigen beschriebenen Zwischenfällen immer über längere Zeit Kräfte angewandt worden, bis es zu schweren Komplikationen kam<sup>(12, 13)</sup>. Auch dies ein Hinweis auf zügiges, schonendes Untersuchen *und* Behandeln als Risikoreduktion.

Auch wenn die Komplikationsrate bei Übersichtsarbeiten mit 1:400.000 angegeben wird (vgl. <sup>(14)</sup>) ist aller Streben nach Risikovermeidung oberstes Ziel. Dabei sollte aber Haldemans Hinweis nicht vergessen werden, dass „Die Literatur über Dissektionen im vertebrobasilären Stromgebiet keine Identifikation von Risikopatienten ermöglicht“<sup>(15)</sup>.

Jeder, der operativ oder manipulativ tätig ist steht vor diesem Problem und wohl keiner wird es auf die leichte Schulter nehmen. Einige Vorsichts- Maßregeln sind hier skizziert. Die ‚Probemanipulation‘ gehört unserer Ansicht keinesfalls dazu.

## Literatur:

1. Biedermann H. Funktionelle Pathologie der Wirbelsäule und ihr Einfluss auf die sensomotorische Entwicklung. *Man Med.* 2008;17- 22.
2. Gutmann G. Durchblutungsstörungen der A vertebralis im Zusammenhang mit HWS Verletzungen. *Man Med.* 1971;9:112 - 6.
3. Gutmann G. Die A. vertebralis: Traumatologie und funktionelle Pathologie: Springer ; 1983.
4. Greenman P. Principles of Manual Medicine: Lippincott Williams & Wilkins; 1996.
5. Gutmann G, Biedermann H. Die Halswirbelsäule. Teil 2: Allgemeine funktionelle Pathologie und klinische Syndrome. Gutmann G, Biedermann H, editors. Stuttgart: Fischer Verlag; 1984.
6. Lewit K, Sachse J, Janda V. Manuelle Medizin. Leipzig / Heidelberg: J.A. Barth; 1992.
7. Pawlow I. Gesammelte Werke über die Physiologie und Pathologie der höheren Nerventätigkeit Pickenhain L, editor. Würzburg: Ergon; 1998.
8. Speransky AD. Grundlagen der Theorie der Medizin. Berlin: Verlag Werner Saenger; 1950.
9. Biedermann H. Die Begutachtung des HWS- Weichteiltraumas: Funktion vs. Pathomorphologie. *Man Med.* 1998;36(1):14 - 20.
10. Menell JM. Joint Pain: Diagnosis and Treatment Using Manipulative Techniques. London: Churchill; 1964.
11. Cyriax J. Text-Book of Orthopaedic Medicine: Diagnosis of Soft Tissue Lesions: Cassell ; 1947.
12. Holla M, IJland M, van der Vliet A, Edwards M, Verlaat C. Overleden zuigeling na 'craniosacrale' manipulatie van hals en wervelkolom. *Ned Tijds Geneesk.* 2009;153:A290.
13. Jacobi G, Riepert T, Kieslich M, Bohl J. Über einen Todesfall während der Physiotherapie nach Vojta bei einem 3 Monate alten Säugling. *Klin Padiatr.* 2001;213(2):76-85.
14. Teyssandier MJ. Zur Häufigkeit von Zwischenfällen nach Wirbelsäulenmanipulationen in Frankreich und anderen Ländern. *Manuelle Medizin.* 2007;45(4):261-4.
15. Haldeman S, Kohlbeck FJ, McGregor M. Vertebrobasiläre Dissektion nach zervikalem Trauma und Wirbelsäulenmanipulation. *Manuelle Medizin.* 2000;38(1):3-16.