

Chirotherapie – Manuelle Medizin

Anmerkungen zu Theorie, Diagnostik und Indikation

Hanns-Dieter Wolff

Der Zugang zur Manuellen Medizin (Chirotherapie) ist vielen Kollegen noch dadurch erschwert, daß die Anamnese dieser Verfahren mit indiskutablen Theorien und kritikloser Anwendung belastet ist. Weder die kritiklosen Befürworter noch die Ablehner haben recht behalten. Die vorurteilsfreie Beschäftigung mit der klinischen Empirie und die wissenschaftliche Inangriffnahme der dort sichtbar werdenden Probleme hat zu völlig neuen und fruchtbaren Ansätzen geführt. So richtig es ist, daß „Opas Hauruck-Chiropraktik“ keine Existenzberechtigung mehr hat, so selbstverständlich ist es, daß die differente manuelle Medizin an Wirbelsäule und Extremitätengelenken ein nicht mehr wegzudenkender Teil der konservativen Therapie am Bewegungsapparat geworden ist. Über Grundtendenzen dieser Entwicklungsrichtung geben die folgenden Zeilen Auskunft.

Einleitung

Dieser Aufsatz soll über einige Grundbegriffe der ärztlichen Handgriffmedizin informieren. Er ist nicht als Beitrag zur wissenschaftlichen Diskussion um die früher umstrittenen Verfahren der „Chiropraktik“ u. ä. gedacht. Er soll eine Orientierungshilfe für die Kollegen sein, die wissen möchten, welche neuen Möglichkeiten das ärztliche Tätigkeitsfeld „Chirotherapie“ erschließt. Zu Kontraindikationen und Gefahren wird kurz Stellung genommen.

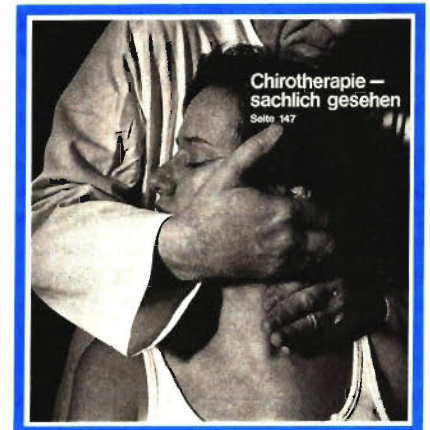
Da der Indikationskatalog nur verständlich ist, wenn einige Voraussetzungen geklärt werden, sind theoretische Vorbemerkungen nicht zu umgehen. Vorweg muß ebenfalls die verwirrende Nomenklatur geklärt werden, die sich aus der besonderen Anamnese der Methode ergeben hat.

1. Entwicklung

Die Handgriffmedizin beruht auf uralten heilerischen Erfahrungen, die

besagen, daß durch bestimmte Handgriffe Schmerzzustände und Funktionsbehinderungen am Bewegungsapparat – oft schlagartig – beseitigt werden können. Im Mittelalter wurden sie in den Gilden der „Knochenflicker“, „Knochenbrecher“, „Bonesetter“ u. ä. gepflegt und weitergegeben. Ende des 19. Jahrhunderts konsolidierte sich die Entwicklung in den USA in zwei konkurrierende Schulen außerhalb der akademischen Medizin, in der Schule der Osteopathie (Gründer der Arzt A. T. Still, 1892) und der Schule der Chiropraktik (Gründer der Heilpraktiker D. D. Palmer, 1894).

Erst nach dem Zweiten Weltkrieg kamen deutsche Ärzte mit der Handgriffmedizin in Berührung. Die ersten Kontakte ergaben sich zur Chiropraktik. Die wesentlichen und nachhaltigsten Anregungen verdanken wir europäischen Osteopathen. In den USA sind Osteopathen den Ärzten (M. D.) offiziell gleichgestellt. Mit ihnen entwickelt sich ein zunehmend intensiver werdender wissenschaftlicher und praktischer Erfahrungsaustausch. Gleiche Entwick-



lungen wie in Deutschland vollzogen sich in fast allen europäischen Ländern.

2. Nomenklatur

International wird für die Handgriffmedizin der Ausdruck „Manuelle Medizin“ gebraucht. Nur in Deutschland ist der Begriff „Chirotherapie“ üblich. Er ist in der Standesordnung durch die Einführung der Zusatzbezeichnung „Chirotherapie“ verankert. Beide Begriffe sind praktisch identisch. Sie meinen beide die vornehmlich auf manipulativen Techniken beruhende konservative Behandlung von Funktionsstörungen am *ganzen* Bewegungsapparat, das heißt also sowohl an der Wirbelsäule als auch an allen Extremitätengelenken.

Der Ausdruck „Chiropraktik“ beziehungsweise „chiropraktische Handgriffe“ sollte für ärztliche Handgriffmedizin nicht mehr gebraucht werden, denn eine Identifikation mit der amerikanischen nichtärztlichen Heilergruppe ist weder sachlich noch vom wissenschaftlichen Ansatz her richtig. Die *Tätigkeit* des „Chiroprapeuten“ beziehungsweise „Manual-Mediziners“ wird als „Manipulation“ beziehungsweise als „manipulieren“ bezeichnet. Eine Reihe von Ausdrücken, die aus der „chiropraktischen“ Ära (ca. 1955 bis 1965) stammen, gehen von falschen theoretischen Vorstellungen aus und sollten daher vergessen werden,

denn mit den Handgriffen wird nichts „eingerenkt“ oder gar „reponiert“, nichts „einjustiert“ oder „zurückgerückt“.

Der indifferente Ausdruck „manipulieren“ soll deutlich machen, daß die Zusammenhänge, auf denen die Wirksamkeit der Handgriffe beruht, bisher noch nicht geklärt werden konnten. Bisher ist nur klar, daß kei-

ner der früheren Deutungsversuche einer kritischen Prüfung standhält. So kann zum Beispiel festgestellt werden, daß die „Subluxationstheorie“ der Chiropraktoren genauso falsch ist wie die Vorstellung, daß durch die Handgriffe ein „rotierter“ Wirbel in seine richtige Position zurückgedreht werde. Durch die Handgriffe wird auch kein Foramen intervertebrale geweitet und so der dort

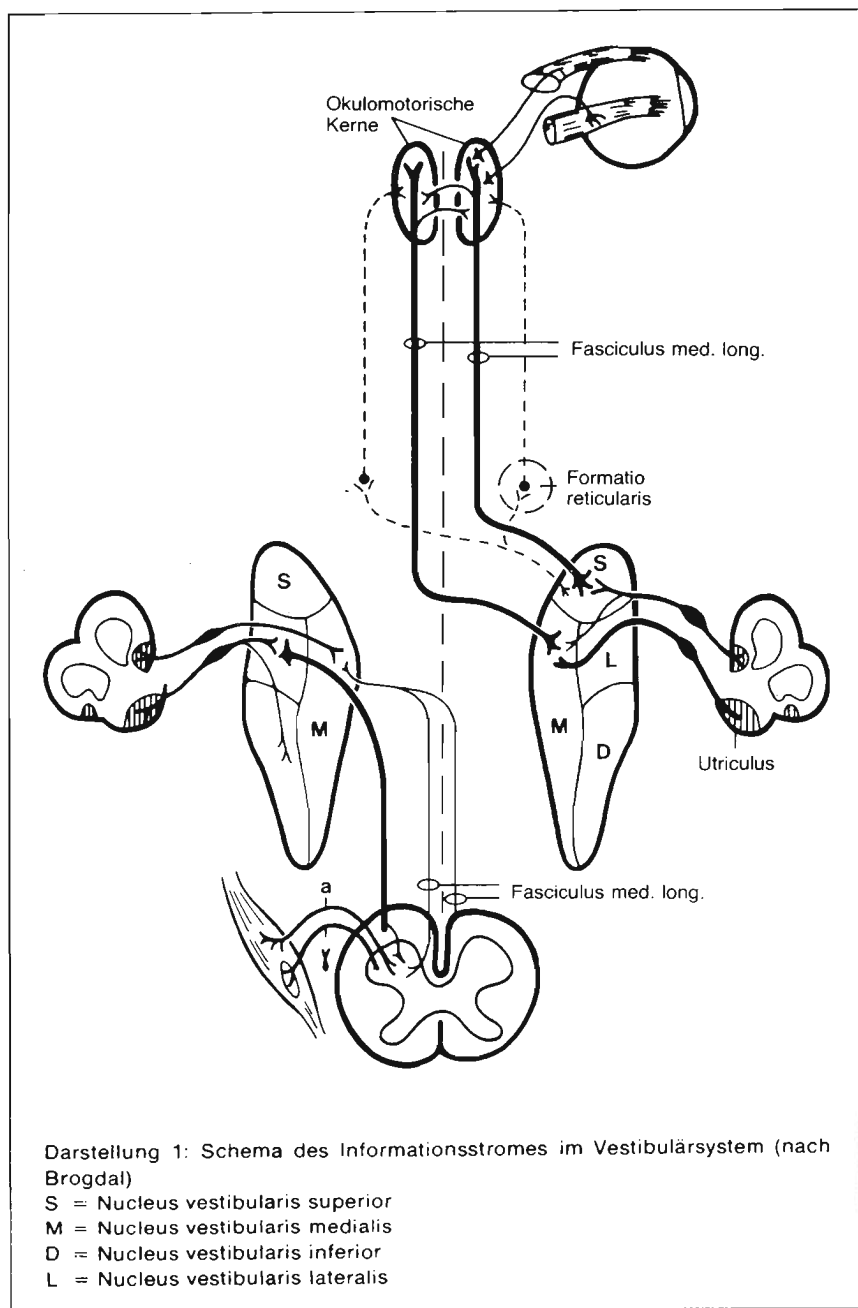
„eingeklemmte Nerv befreit“. Mit großer Wahrscheinlichkeit wird auch kein vorgefallenes Bandscheibengewebe „reponiert“. Auch die Vorstellung, daß geschrumpfte Gelenkkapseln „gelockert“ werden können oder daß Bänder gedehnt beziehungsweise Verklebungen gelöst werden könnten, müssen erst noch bewiesen werden.

3. Theorie

Im Mittelpunkt der aktuellen *theoretischen* Bemühungen steht die Frage nach dem Wesen der „Blockierung“, denn die „Blockierung“ ist das eigentliche und wahrscheinlich einzige Objekt der gezielten Handgrifftherapie.

Unter einer „Blockierung“ versteht man eine reversible, *funktionelle* Bewegungsminderung eines Gelenkes. „Funktionell“ meint dabei, daß es kein pathologisch-anatomisches Substrat dieser Störung gibt. Nur die *Leistung*, nicht die Morphologie beziehungsweise die Struktur des Gelenkes scheint gestört. Ziemlich sicher zu sein scheint, daß bei der Blockierung das „Gelenk-Spiel“ (Joint play) beeinträchtigt ist. Unter „Gelenkspiel“ versteht man die Summe aller passiven Bewegungsmöglichkeiten eines Gelenkes. Vielleicht ist sogar diese Beeinträchtigung des Gelenkspiels eine *Conditio sine qua non* der Blockierung. Die Handgriffe sind wahrscheinlich die optimale Möglichkeit, das Gelenkspiel wieder zu normalisieren. Betont sei, daß es keinen Grund gibt, das Moment des „Degenerativen“ a priori als Voraussetzung für eine „Blockierung“ zu postulieren. Noch weniger besteht Veranlassung, den unscharfen Begriff des „Rheumatischen“ hier ins Spiel zu bringen.

Nicht zu bestreiten ist, daß bei der Entstehung von „Blockierungen“ oft mechanische Einwirkungen (zum Beispiel Traumata) beteiligt sind und daß eine Reihe von inneren und äußeren Faktoren modulierend in die Ausgestaltung der Klinik eingreifen können. Da die „Blockierungen“ in praxi erhebliche Unterschiede



nach Auslösung, Aktualität, klinischer Symptomatik und nach Therapierbarkeit erkennen lassen, wird diskutiert, ob es notwendig ist, verschiedene Arten von Blockierungen zu unterscheiden.

Die Klinik der „Blockierung“ läßt einen *mechanischen* und einen *neurophysiologischen* Aspekt erkennen.

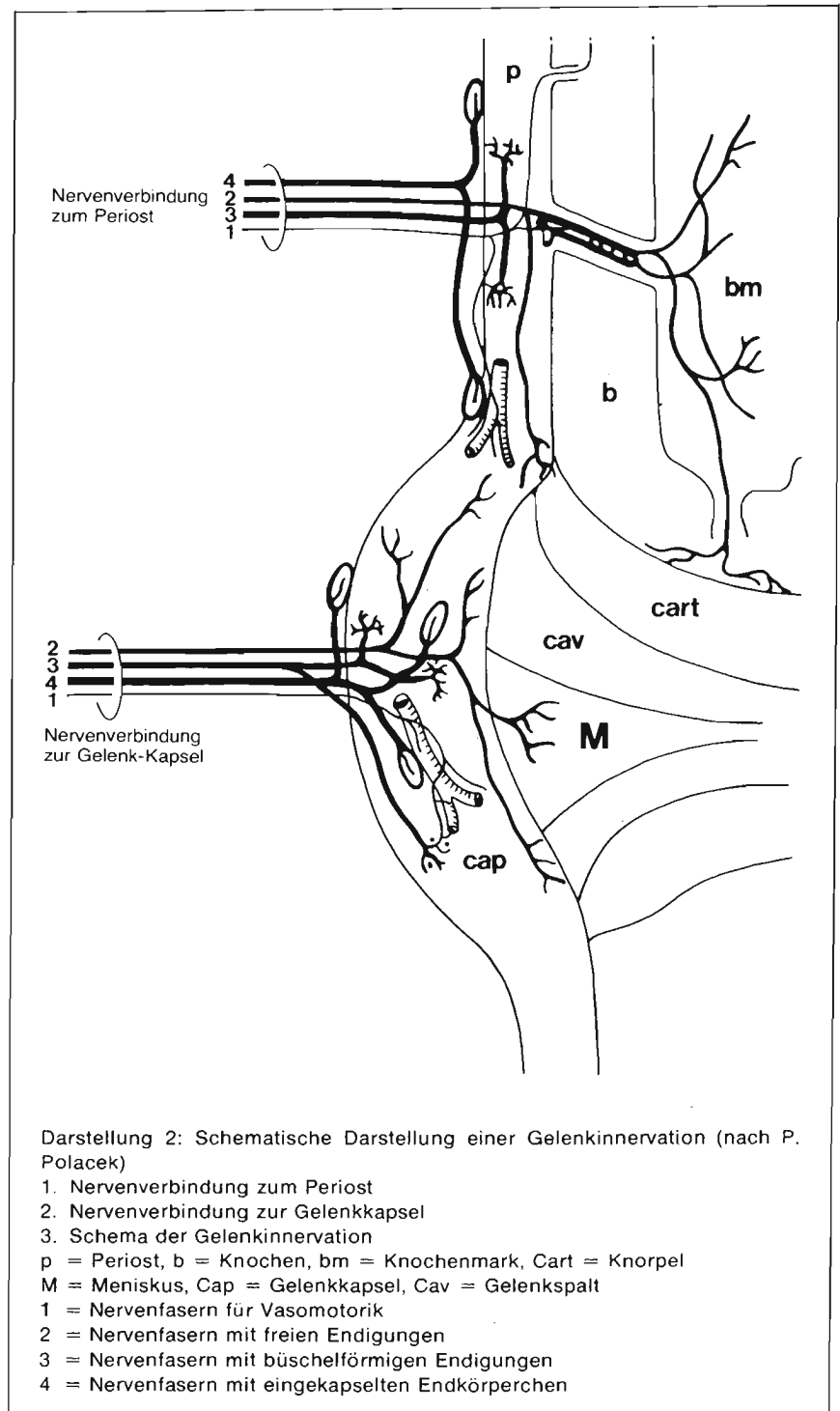
Dabei ist der mechanische Aspekt für das Defizit an Beweglichkeit und der neurophysiologische Aspekt für die klinische Symptomatik: Schmerz, motorische Reflexantwort, vegetative Reaktionen usw. verantwortlich.

4. Generelle Indikationen

Aus den dargelegten Argumenten ergibt sich, daß die Handgriffe nur dort wirksam sein können, wo ein klinisches Bild durch eine „Blockierung“ ausgelöst und unterhalten wird. Aus den oft komplexen klinischen Bildern können sie nur soviel herauslösen, wie vorher durch die „Blockierung“ eingebracht wurde. Nicht mehr, aber auch nicht weniger!

Ähnlich aussehende und verwandte Schmerzbilder, wie sie zum Beispiel durch die *Hypermobilität* (unter „Hypermobilität“ versteht man die über das altersgerechte Maß hinausgehende – angeborene oder erworbene – Lockerkeit und Überbeweglichkeit eines Gelenkes oder des ganzen Bewegungsapparates sowie die damit zusammenhängende Klinik), durch einen Bandscheibenvorfall oder durch ligamentäre Schäden entstehen können, sind daher keine Indikationen für gezielte Handgriffe, ja, sie stellen durchweg Kontraindikationen dar.

Um die „Blockierungen“ zu finden, ist eine subtile, manuelle *Diagnostik* entwickelt worden. Sie ist fundamentale Voraussetzung für die Anwendung der Handgriffe. Nur sie ermöglicht es, die verschiedenen Handgrifftechniken situationsgerecht und genau nach Höhe, Seite und Blockierungsqualität einzusetzen.



zen. Sie hilft, Kontraindikationen und vor allem Gefahren rechtzeitig zu erkennen. Nur diese *Diagnostik*, die in allgemein-ärztliche und röntgenologische Diagnostik eingebettet ist, kann vor den oft zitierten und

mit Recht angeprangerten Schäden durch „chiropraktische“ Handgriffe schützen.

Dieses diagnostische System ist so leistungsfähig und dabei so praxis-

Chirotherapie

nah und unabhängig von Apparaturen, daß jeder Praktiker, vor allem jeder niedergelassene Orthopäde es kennen sollte, unabhängig davon, ob gezielte Handgriffe eingesetzt werden oder nicht.

Konsequenterweise spielt in der Weiterbildung in Chirotherapie die Vermittlung dieser Diagnostik fast eine größere Rolle als die Vermittlung der therapeutischen Handgriff-techniken. Im akademischen Unterricht wird nur sie gemeinsam mit dem theoretischen und klinischen Basiswissen an die Studenten weitergegeben.

5. Spezielle Indikationen

In praxi steckt hinter folgenden klinischen Bildern oft eine „Blockierung“, so daß die Handgriffmedizin helfen kann:

5.1 Lendenwirbelsäule und Becken

Akute Lumbalgien und Pseudoischialgien, die auf Blockierungen der lumbalen Wirbelgelenke oder der Iliosakralgelenke beruhen. Hier ist eine genaue Unterscheidung gegenüber den Wurzelkompressionssyndromen bei Bandscheibenvorfällen u. ä. notwendig, denn diese sind primär Kontraindikationen für Hand-

griffe. Theoretisch kommt die manuelle Medizin nicht ohne die klare Unterscheidung zwischen dem Wurzelkompressionsschmerz einerseits und dem Rezeptorenschmerz („pseudoradikuläres“ Bild) aus. Der Schmerz bei einer Blockierung ist ein reiner Rezeptorenschmerz ohne irgendeine „Nerveneinklemmung“.

Der Zwang, die „Blockierung“ gegen andere Schmerzursachen abzugrenzen (zum Beispiel Spondylarthrosen, ligamentäre, muskuläre oder reflektorische Ursachen), hat dazu beigetragen, daß das Kreuzschmerzproblem (zum Beispiel auch der „Kreuzschmerz der Frau“) diagnostisch und therapeutisch vielfältig aufgefächert wurde.

5.2 Brustwirbelsäule und Rippen

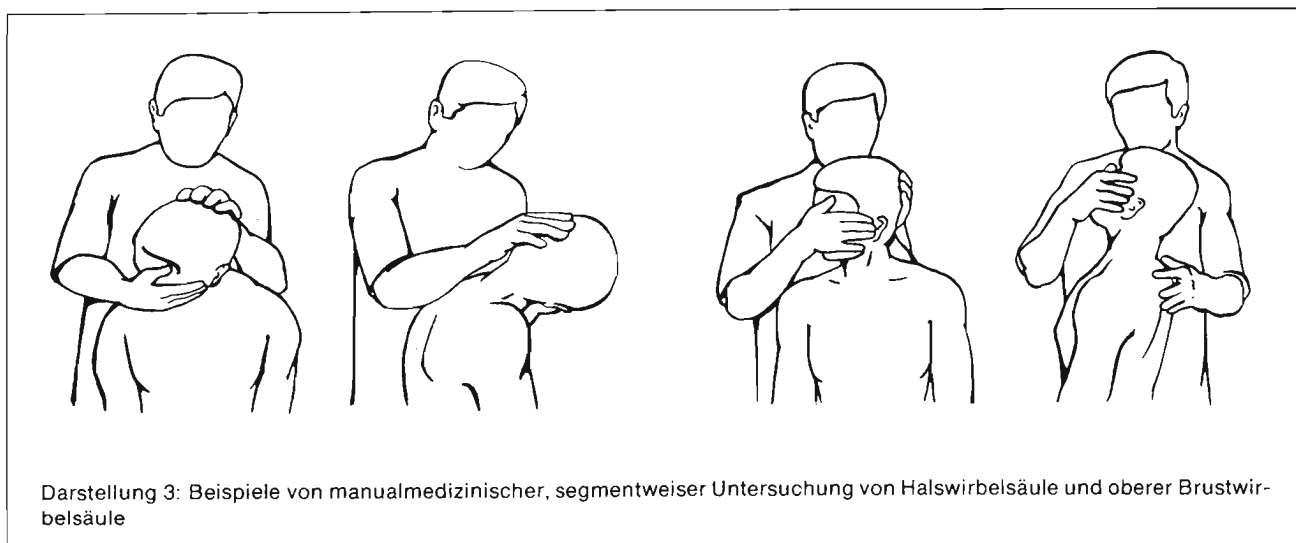
An der Brustwirbelsäule spielen neben den vertebralen „Blockierungen“ die „Blockierungen“ der Kostotransversalgelenke eine viel größere Rolle, als gemeinhin angenommen wird. Die „Interkostalneuralgie“ findet hier ihre Erklärung. Viele Zustände von „Pseudoangina pectoris“, von „Herzschmerzen“ ohne Herzbefund, von „Pseudodyspnoe“ u. ä., die sich der fachinternen Diagnostik entziehen, beruhen auf Funktionsstörungen, vor allem der Rippengelenke, seltener der Wirbel-

bogengelenke. Radikuläre Syndrome durch Bandscheibenvorfälle kommen an der Brustwirbelsäule praktisch nicht vor. Bei richtiger Diagnose ist der Erfolg der Handgriffe gerade hier voraussagbar und oft schlagartig. Häufig kann dem Patienten dadurch das Schicksal erspart bleiben, daß er als „Patient ohne Befund“, als Simulant oder Neurotiker abgestempelt wird.

5.3 Halswirbelsäule

Der Terminus „Zervikalsyndrom“ ist als Sammelbegriff zu unscharf, als daß er chirotherapeutischem Handeln zugrunde gelegt werden könnte. Es kann aber gesagt werden, daß viele Nackenschmerzen durch akute oder chronische „Blockierungen“ verursacht werden, daß aber noch eine Reihe anderer Faktoren (Muskulatur, Vegetativum, Psyche u. ä.) bei der Ausgestaltung der verschiedenen klinischen Bilder mitwirken.

Auch der These, daß Blockierungen der unteren Halswirbelsäule an Schmerzzuständen in Schulter (zum Beispiel Periarthritis humeroscapularis), Arm (Epikondylitis) und Hand schuld seien, sollte man mit kritischer Distanz gegenüberstehen. Im allgemeinen resultieren Schmerzen an Schulter und Arm aus den unmittelbar betroffenen Gelenken, Mus-





keln und ihren Begleitstrukturen. Die zwar seltene, aber meist sehr schmerzhaft und schwer therapierbare zervikale Wurzelirritation ist primär als Kontraindikation für gezielte Handgriffe anzusehen. Der akute Schiefhals, der lange Zeit als klassisches Modell für die „Blockierung“ angesehen wurde, stellt wahrscheinlich eine spezielle Variante dieses Phänomens dar. Es scheint so, daß dann meistens das Gelenk C 2/3 im Mittelpunkt steht. Eine besonders heftige, muskelreflektorische Reaktion bestimmt das klinische Bild; warum, weiß man nicht. Anfangs ist oft technisch eine Legeartis-Manipulation gar nicht möglich.

Erst nachdem der Muskelspasmus abgeklungen ist, gelingt und hilft der Handgriff.

5.4 Kopfgelenkbereich

Eine Sonderstellung nimmt der Kopfgelenkbereich (das Gelenkaggregat zwischen Okziput, Atlas und Axis) ein. Klinische Überprüfungen haben die empirisch gewonnenen Erkenntnisse bestätigt, daß funktionelle und morphologische Störungen in diesem Bereich nicht nur intensive lokale Beschwerden, sondern auch ein breites Spektrum von „zentralen“ Symptomen auslösen

können: Kopfschmerzen, Schwindel, Tinnitus, Druck hinter den Augen, Otagien, Beeinträchtigungen des Sehens und Hörens (keine Veränderungen am peripheren Sinnesorgan!), Konzentrationsschwäche, Beeinträchtigung von Antrieb und Vitalität bis hin zu depressiven Verstimmungen. Durch entsprechende Verkehrsunfälle werden solche klinischen Bilder wie in Experimenten produziert. Die dann folgende Symptomatik läßt an Übereinstimmung und Voraussagbarkeit nichts zu wünschen übrig. Die Deutung der zugrunde liegenden komplexen Zusammenhänge ist noch umstritten.

Nicht umstritten ist die Tatsache, daß Verbindungen zwischen den Afferenzen aus dem Rezeptorenfeld im Nacken und Steuerungszentren im Stammhirn bestehen. Mit Sicherheit sind diese neurophysiologischen Verbindungen zum Vestibulariskernbereich nachgewiesen (Frederickson, Thoden u. ä.). Klinische und experimentelle, otoneurologische Untersuchungen (Elektronystagmographie) erhärten diese Vorstellungen (Moser, Partsch, Hülse u. v. a.).

Weitere klinische Fakten sprechen dafür, daß auch andere Bereiche im Stammhirn (zum Beispiel die Formatio reticularis) von entsprechenden propriozeptiven und nocizeptiven Afferenzen erreicht werden. Wird

das Afferenzmuster durch Störungen der Gelenke und der ihnen zugeordneten Strukturen verändert, so stört es die „Verrechnungsergebnisse“ und damit die Koordinationsleistungen dieser Zentren. Daß es sich hier um eine keineswegs zu vernachlässigende Größe handelt, mag aus der Tatsache zu ersehen sein, daß bei Ausfall beider Vestibularapparate die Propriozeption aus dem Kopfgelenkbereich kompensierend einspringen kann. Daß von hier die tonischen Stell- und Haltereфлекse gesteuert werden, ist seit langem bekannt (Magnus und De Kleijn).

Aus dieser Sicht ist es voraussagbar und geradezu logisch, daß Funktionsstörungen dieses Bereiches nicht ohne Auswirkung auf zentrale Funktionen bleiben können. Genauso logisch ist, daß die Detailanalyse sowohl allgemein wissenschaftlich wie auch im Einzelfall auf Schwierigkeiten stößt, da hier komplex vermaschte Systeme zusammenwirken.

Gerade an diesem Beispiel wird deutlich, wie hier die Empirie der wissenschaftlichen Erhellung der Zusammenhänge weit vorausgeeilt ist. Daher sollte die Empirie der manuellen Medizin nicht als Ärgernis, sondern als Stimulans für weitere Beschäftigung mit diesen praktisch wichtigen Problemen angesehen werden. ▷

5.5 Extremitäten

An den Extremitäten dient die Handgriffmedizin ebenfalls zur Auffindung und Beseitigung von „Blockierungen“. Die „Blockierungen“ können theoretisch an allen Gelenken vorkommen. In praxi finden sie sich an den Gelenken am häufigsten, die den geringsten Exkursionsraum besitzen; zum Beispiel Mittelfuß, Handwurzel u. ä.

Auch die einfachen Scharniergelenke (zum Beispiel Finger, Zehen, Ellbogen) sind weit häufiger betroffen als die großen Kugelgelenke. Unfälle, Fehlbelastungen und länger andauernde Ruhigstellungen können Ursache dieser schmerzhaften Leistungseinbußen sein, die keineswegs mit Distorsionen oder gar grob morphologischen Gelenkläsionen verwechselt werden dürfen. In der Therapie dieser Blockierungen spielen „Mobilisationen“ eine weit größere Rolle als die an der Wirbelsäule häufig angewandten gezielten „Manipulationen“.

Vor allem in der Rehabilitation am Bewegungsapparat läßt sich ein großes Wirkungsfeld für manipulative Diagnostik und Therapie erschließen.

6. Kontraindikationen und Gefahren

Landläufig wird behauptet, daß Metastasen, zerstörende entzündliche Prozesse, morphologische Unfallfolgen u. ä. Kontraindikationen der Handgrifftherapie seien. Diese Meinung muß dahingehend korrigiert werden, daß diese pathologischen Zustände keine Kontraindikationen, sondern „überhaupt nicht Objekte der manuellen Therapie sind“ (Lewit). Wenn zum Beispiel bei einer Metastase Handgriffe angewandt wurden, dann doch schlichtweg aus unzutreffender Diagnostik, nicht aber, weil sich der Betreffende einen Heileffekt auf die Metastase versprochen hätte! Um Kontraindikationen kann es sich nur dann handeln, wenn bei verlässlicher Diagnostik das Ergebnis der Abwägung der ver-

schiedenen therapeutischen Möglichkeiten gegen die Handgriffe ausfällt. Das ist oft dann der Fall, wenn die Störungsursache auf einer generalen oder lokalen *Hypermobilität* beruht, wenn entzündliche Faktoren (zum Beispiel im Rahmen einer Grippe) das klinische Bild beeinträchtigen oder wenn ein Bandscheibenvorfall das lumbale Schmerzbild beherrscht und die begleitende Blockierung nur sekundärer Natur ist.

Der Bandscheibenvorfall an sich ist sowohl im lumbalen wie im zervikalen Bereich eine Kontraindikation, da die Handgriffe die Lage des prolabierte Gewebes nicht zu beeinflussen vermögen und zudem die Gefahr heraufbeschwören, daß der Vorfall noch weiter herausgetrieben wird.

Unfallfolgen sowohl an der Wirbelsäule wie an den Extremitätengelenken sind erst dann Objekt der manuellen Medizin, wenn die strukturellen Folgen völlig verheilt sind. In der Nachbehandlungsphase stellt sie dann allerdings eine besonders wertvolle Hilfe dar.

Eine spezielle Gefahr droht an der Halswirbelsäule, wenn durch falsch indizierte und mangelhaft ausgeführte Handgriffe eine – meistens vorgeschädigte – Arteria vertebralis eingerissen oder zur Thrombosierung gebracht wird. Todesfälle sind in der Literatur belegt.

Allgemein kann aber gesagt werden, daß richtig indizierte und technisch einwandfrei durchgeführte gezielte Handgriffe an der Wirbelsäule sowohl gefahrlos als auch schmerzlos sind. An den Extremitätengelenken drohen keine besonderen Gefahren.

7. Praktische Bedeutung der Chirotherapie

Da umfassende Untersuchungen ergeben haben, daß mindestens 10 bis 15 Prozent der Morbidität des un- ausgelesenen Klientels der Allgemeinpraxis Schmerzbilder am Bewegungsapparat sind und da der

weitaus größte Teil dieser Beschwerden in den Indikationsbereich der manuellen Medizin fällt, sollte zum mindesten ein leicht praktikabler Ausschnitt der chirotherapeutischen Diagnostik zum Rüstzeug jedes Praktikers gehören.

In der Chirotherapie ist vor allem der praktischen Medizin eine Hilfe zuge wachsen, die – entkleidet aller Mystik – einen breiten Indikationsbereich von Schmerzbildern am Bewegungsapparat diagnostisch und therapeutisch abdeckt. Bei einwandfreier Diagnostik und Technik ist sie gefahrlos. In einer Zeit, in der sich der technische Apparat immer mehr zwischen Arzt und Patient drängt, eröffnet sie zudem wieder einen unmittelbaren Weg zum Be-Hand-eln im wortwörtlichen Sinne.

Literatur

- Gutmann, G.: Chirotherapie, Grundlagen, Indikationen, Gegenindikationen u. Objektivierbarkeit, *Med. Welt* 29 (1978) 653–657, Kopfgelenke u. Kopfschmerz, *Man. Med.* 15 (1977) 1–16 – Lewit, K.: Manuelle Medizin im Rahmen der med. Rehabilitation, 2. Aufl. Joh. Amb. Barth Verl. Leipzig 1977 (dort großes Literaturverz.) – Maigne, R.: Wirbelsäulenbedingte Schmerzen u. ihre Behandlung durch Manipulation, Hippokrates Verl. Stuttgart 1970 – Sachse, J.: Manuelle Untersuchung u. Mobilisationsbehandlung der Extremitätengelenke, VEB Verlag Volk u. Gesundheit Berlin 1976, Verl. f. Medizin Dr. Fischer, Heidelberg 1978 – Schmitt, H. P., u. Wolff, H. D.: Die manuelle Therapie d. HWS u. i. Gefahren. Rupturen u. Verschlüsse d. Arteria vertebralis, Komplikationen bei manueller Therapie d. HWS, *Manuelle Medizin* 15 (1978) 71–81 – Stoddard, A.: Lehrbuch d. osteopathischen Technik an WS und Becken, Hippokrates Verlag Stuttgart 1961 – Wolff, H. D.: Die Untersuchung der Wirbelsäule, in Braun H. *Ärztl. Diagnostik ohne klinische Hilfe*, 2. Aufl. Medica Verl. Stuttgart 1974, *Theorien Man. Med., Orthop. Praxis* (1968) 112–127, *Neurophys. Aspekte d. man. Med., Verl. f. Medizin Dr. Fischer Heidelberg*. 1978

Dr. med. Hanns-Dieter Wolff
Lehrbeauftragter für manuelle
Medizin an der Universität
des Saarlandes Homburg/Saar
Gartenfeldstraße 6
5500 Trier