

# Spärliche Arztdokumentation bei typischen Vorwürfen zur Chirotherapie

*Vorraussetzung für die Indikationsstellung zu einer Chirotherapie ist neben einer differenzierten Anamneseerhebung zu aktuellen und vorbestehenden Erkrankungen eine allgemeine sowie manualmedizinisch-neurologische Untersuchung, um mögliche Kontraindikationen vor der Therapie zu erkennen. Es ist dabei zu klären, ob eine Röntgenuntersuchung des betroffenen Wirbelsäulenabschnittes erforderlich ist.*

**Christian Holland und Beate Weber**

Typischerweise vermuten Patienten das Auftreten von Bandscheibenschädigungen, Frakturen und Gefäßdissektionen in Zusammenhang mit der Manuellen Therapie. Das Auslösen solcher Veränderungen durch eine sachgerechte Vorgehensweise ist nach Auffassung der Gutachter nicht möglich, wenn der Arzt zuvor ausreichend untersucht und mögliche Kontraindikationen ausgeschlossen hat. Würde man aber allein die Behandlungsdokumentationen der ausgewerteten Fälle zugrunde legen, müsste verallgemeinernd gefolgert werden, dass die im klinischen Alltag häufiger bei Schmerzpatienten durchgeführten chirotherapeutischen Manipulationen teilweise zu beiläufig vorbereitet und vom Arzt bezüglich der Indikation, Durchführung und Einwilligung nicht ausreichend dokumentiert werden.

Bereits 2004 waren die Begutachtungen der Gutachterkommission Nordrhein aus den Jahren 1976 bis 2003 zu diesem Thema ausgewertet worden [2]. Grundlage dieses Beitrages ist eine aktuelle Auswertung der Begutachtungsjahre 2004 bis 2017 mit 91 Patientenvorwürfen (Anteil 0,4 %) zu einer Chirotherapie (Tabelle 1), die ausführlich in der Zeitschrift *Manuelle Medizin* nach der einschlägigen Literatur und Rechtsprechung erörtert wird [3]. In elf von 91 Fällen wurden dabei im Zusammenhang mit der Manipulation vorwerfbare Behandlungsfehler und zehnmal Risikoauflärungsfehler bei überproportional hoher Rate an Aufklärungsrügen (n=41) festgestellt, darunter zweimal bei verneintem Behandlungsfehler.

Die Sachverhaltsaufklärungen und die Beurteilung der Risikoauflärung waren vielfach dadurch erschwert, dass nur eine spärliche Dokumentation durch die Ärzte erfolgt war, was für sich genommen aber noch keinen Behandlungsfehler darstellt. Auffallend war auch, dass die durchgeführten Maßnahmen in ihrer Ausführung öfter strittig blieben. Auf die Mobilisation zurückzuführende eigenständige Folgen wurden sechsmal festgestellt, darunter dreimal kurzzeitige Beschwerden, ein schwerer passagerer sowie ein mittelschwerer und ein schwerer Dauerschaden (Tabelle 2).

## Behandlungsfehler

Zusammenfassend wurden in drei von 28 Verfahren mit dem Vorwurf einen bestehenden Bandscheibenprolaps nicht erkannt oder durch die Mobilisation ausgelöst zu haben, Behandlungsfehler festgestellt: Einmal wurde beispielsweise ein bereits bestehender Bandscheibenprolaps als Kontraindikation zur Mobilisation nicht erkannt (Fall 1). In einem anderen Fall hätten bestehende „Parästhesien/eine Deltoideusparesse“ eine sorgfältigere neurologische Untersuchung und Abklärung erfordert. Bei unklarer segmentaler Einordnung und Diagnose war ein Bandscheibenvorfall nicht ausgeschlossen worden. Auch wurde keine aktuelle Röntgenaufnahme zum Ausschluss knöcherner Destruktionen durchgeführt, die bei einem 77-jährigen Patienten gefordert wird, was einen einfachen Befunderhebungsfehler darstellt.

Auch in zwei von 13 Fällen mit Frakturen eines Wirbelkörpers erfolgten kontraindizierte Wirbelsäulenmobilisationen (u.a. Fall 2). Eine von 13 vorgeworfenen Gefäßdissektionen wurde gutachterlich auf die fehlerhafte Mobilisation zurückgeführt, da ein unmittelbarer zeitlicher Zusammenhang und die Beschreibung des Patienten („ruckvoller Rotationsimpuls“) dies nahelegten (Fall 3). Bei einem anderen Patienten wurde eine – vermutlich seit dem Vortag in Gang befindliche – Gefäßdissektion fehlerhaft nicht erkannt und somit eine kontraindizierte Mobilisation vorgenommen.

Behandlungsfehler fanden sich auch bei weiteren vier von 37 Patienten mit anderen

Vorwürfen: Zum Beispiel erfolgten bei einem 12-jährigen Patienten behandlungsfehlerhaft über sechs Monate mindestens drei Mobilisationen, obwohl bereits die erste Röntgenuntersuchung eine – vom Arzt nicht erkannte – aneurysmatische Knochenzyste am Dornfortsatz des 6. Halswirbelkörpers aufzeigte. Hierdurch kam es zu einer Therapieverzögerung um zehn Monate mit traumatischem Erleben bei passagerem Querschnitt bis zur erfolgreichen operativen Sanierung. Bei zwei Patienten, einmal bei HWS-Syndrom nach rezidivierenden Infekten der oberen Luftwege und einmal bei Herpes zoster mit Rückenschmerzen, wurde vom Gutachter die Indikation zur Mobilisation der Wirbelsäule verneint. Die Mobilisation erfolgte in einem Fall zudem fehlerhaft ohne Risikoauflärung um „den Überraschungsmoment“ auszunutzen, wie der Arzt in seiner Stellungnahme schrieb. Bei einem Patienten mit rechtsbetonten BWS-Blockaden bei bekannter Osteoporose mit Zustand nach Keilwirbelbildung des BWK 12 und bestehendem Bronchialkarzinom hätte zuvor ein Röntgenbild zum Abwägen der Indikation erfolgen müssen.

## Fallbeispiele

### 1. Nicht erkannter Bandscheibenprolaps

Der 43-jährige Patient stellte sich am 4. Juni 2013 bei dem ihm seit 2002 bekannten belasteten Orthopäden erneut mit seit Februar rezidivierenden Zerviko-Brachialgien (so die Diagnose des belasteten Arztes) vor, die unter hausärztlicher Analgetikatherapie bisher gut rückläufig gewesen waren. Bis 2007 waren vom Orthopäden bereits mehrmals Chirotherapien erfolgt. Der Patient beschreibt für diesen Tag ein „mehrfaches Hin- und Herreißen des Kopfes in sitzender Stellung“, erneut bei verstärkten Beschwerden am 5. Juni, nachdem der Arzt „Blockierungen der Rippen, der HWS, der Kopfgeelenke und der Brustwirbelsäule“ festgestellt hatte (nun unter der Diagnose Schulter-HWS-Syndrom). Vom Arzt wurde keine Darstellung des Behandlungsverlaufes vorgelegt. In der Krankenakte wird nur „Chirotherapie“ aufgeführt. Gutachterlich wurde davon ausgegangen, dass bei der Behandlung eine Rotationskomponente zur Anwendung kam, die

durchaus vom Patienten so empfunden werden konnte. Es lagen ältere HWS-Aufnahmen aus 2006 und 2002 vor, die bereits eine Osteochondrose C4/5 zeigten, zusätzlich einen kyphotischen Knick. Durch einen am 6. Juni aufgesuchten nicht beschuldigten Orthopäden wurde bei zunehmender Taubheit im linken Arm eine MRT veranlasst, die zwei Bandscheibenvorfälle in Höhe C4/5 und C5/6 aufzeigte, die am 18. Juli operiert wurden.

**Festgestellter Fehler:** Keine aktuelle Röntgenaufnahme bei neuerlicher Symptomatik und sieben Jahre alter Bildgebung mit bereits degenerativen Veränderungen (einfacher Befunderhebungsfehler). Kein Gesundheitsschaden, da gutachterlich davon ausgegangen wurde, dass eine Chirotherapie nicht in der Lage ist, in zwei Etagen einen (operationspflichtigen) Bandscheibenvorfall auszulösen. Die Symptomatik der vorbestehenden Bandscheibenvorfälle wurde aber vom Arzt nicht erkannt. Keine mündliche Risikoaufklärung trotz Erfordernis dokumentiert, da der Zeitraum zur letzten Chirotherapie von sechs Jahren als zu lang angesehen wurde.

## 2. Nicht erkannte vorbestehende Wirbelkörperfraktur

Eine 61-jährige Patientin beschreibt in ihrem Vorwurf, dass der Arzt sie am Donnerstag ohne Untersuchung und Befragung aufgrund der geklagten Beschwerden mit Injektionen habe behandeln wollen, die sie aber verweigert habe. Daraufhin habe er sie stehend aufgefordert, die Hände über Kreuz auf ihre Schultern zu legen. Er habe sie dann mit

einem Ruck nach unten gestaucht, wobei sie ein lautes Knacken vernommen habe, verbunden mit einem immensen Schmerz, sodass sie laut habe schreien müssen. Bei Fortbestehen der Schmerzen stellte sie sich am darauffolgenden Montag noch einmal vor und es sei eine zweite Chirotherapie erfolgt.

Der Notfall-/Vertretungsschein weist für den 29.10.2015 aus: Seit einiger Zeit Schmerz BWS, tw. atemabhängig. U: Deutliche Seitneigungsstörung BWS mit div. Blockierungen, Th4/5 gelöst, Rp: Novaminsulfon Tr. N1, AU bis morgen. 2.11. Keine Änderung der Beschwerden. U: Blockierung Th7/8 gelöst. Rp. Tilidin und Teramidin, 2.AU bis 4.11. Anruf Orthopädin, BWK-8 durch Verdrehen/Anheben Matratze ->MRT. Andernorts wurde nachfolgend eine Osteoporose und am 6. November im MRT ein frischer Deckplatteneinbruch bei BWK 7 mit ventraler Höhenminderung festgestellt.

In der Stellungnahme gibt der Arzt an, er habe eine Manipulation der Blockade Th4/5 mittels Retroflexionsimpuls im vorgenannten Segment mit Fixierung Th5 in Zweifingertechnik in Rückenlage durchgeführt. Am 2. November habe sich bei gleicher Befundkonstellation eine Störung im BWS/thorakolumbalen Übergang Th7/8 ergeben, die er mit ungezielter traktorischer Mobilisation behandelt habe.

**Festgestellter Fehler:** Keine ordnungsgemäße Anamnese- und keine manualtherapeutische Befund- und Therapiedokumentation, selbst unter Zugrundelegung der Leseabschriften bei in wesentlichen Teilen

unleserlichen Eintragungen, sodass die immer wieder geforderte Befundsicherung zur Indikation und Ausschluss von Kontraindikationen als nicht erfolgt zu beurteilen war (einfacher Befunderhebungsfehler). Zudem liegen sich widersprechende Angaben zur durchgeführten Behandlung (Zweifingertechnik in Rückenlage versus Behandlung im Stehen) vor.

Gutachterlich wird davon ausgegangen, dass die vorliegende BWK 7-Fraktur bereits durch ein andernorts dokumentiertes (dafür typisches) Verhebetrauma eingetreten war, da die vermutlich angewandten Techniken der Chirotherapie nicht geeignet sind, eine Deckplattenimpressionsfraktur bei Th7 zu bewirken. Daher kommt eine Beweislastumkehr für den Befunderhebungsfehler hier nicht zum Tragen. Allenfalls vermehrte Beschwerden durch den Behandlungsfehler bei nicht erkannter Wirbelkörperfraktur mit zusätzlich belastender Chirotherapie.

## 3. Ausgelöste Gefäßdissektion der A. carotis interna

Ein 60-jähriger Patient stellte einen Antrag auf Begutachtung. Er sei vom HNO-Arzt wegen Schulter- und Nackenschmerzen mit wiederkehrendem Taubheitsgefühl der Finger rechts am 12. Mai zur Duplexsonographie der Halsgefäße mit unauffälligem Ergebnis und am 17. Mai zur CT-HWS bei Neuropathia vestibularis und V.a. Bandscheibenprolaps im Rahmen von Tätigkeiten über Kopf anderenorts vorgestellt worden. Laut Befund fand sich eine Osteochondrose und

**Tabelle 1**

### Verfahren mit Vorwürfen zur Chirotherapie seit Bestehen der Gutachterkommission Nordrhein

	2004 – 2017 (14 Jahre)				1976 – 2003 (28 Jahre)*		
	n (Anteil v. n)	BF bejaht (v. Sp 2)	Aufklär.-Rüge erhoben (davon bejaht)	Doku.-Mangel v. Sp 2	n (Anteil v. n)	BF bejaht (Anteil v. Sp 6)	Aufklär.-Rüge erhoben (davon bejaht)
Abgeschlossene Verfahren	<b>21.386</b> (100,0)	<b>6.508</b> (30,4%)	<b>3.397</b> (675)	<b>2.124</b> (9,9%)	<b>19.310</b> (100,0%)	<b>6.399</b> (33,1%)	nb
Vorwürfe zur Chirotherapie:	<b>91</b> (0,4%) 6,5/Jahr	<b>11</b> (12,1%) 0,8/Jahr	<b>41</b> (10= 0,7/Jahr)	<b>21</b> (23,1%) 1,5/Jahr	<b>57</b> (0,3%) 2,0/Jahr	<b>16</b> (28,8%) 0,6/Jahr	<b>17</b> (7= 0,3/Jahr)
Verkennen/Verursachen Bandscheibenprolaps	28 (0,1%)	3 (10,7%)	11 (2)	6 (21,4%)	20 (0,1%)	5 (25,0%)	nb (1)
Verkennen/Verursachen einer Fraktur	13 (0,1%)	2 (15,4%)	4 (/)	2 (15,4%)	9 (<0,1%)	4 (44,4%)	nb (/)
Verkennen/Verursachen Gefäßdissektion präzerebraler Gefäße	13 (0,1%)	2 (15,4%)	10 (5)	5 (38,5%)	6 (<0,1%)	5 (83,3%)	nb (5)
Fehlende Besserung, Verschlechterung, andere Folgen	37 (0,2%)	4 (10,8%)	16 (3)	8 (21,6%)	22 (0,1%)	2 (9,1%)	nb (1)

\* siehe Hansis et al 2004 [17], nb = nicht bekannt

Unkarthrose C5/6 mit geringfügiger Protrusion und Tangieren der Nervenwurzel C6.

Am 18. Mai wurde dann der belastete Orthopäde aufgesucht, der laut seiner Stellungnahme nur eine orthopädische Ganzkörperuntersuchung im Stand, in Bauch- und Rückenlage sowie eine orientierende neurologische Untersuchung durchführte, aber keine Behandlung. Auch die Dokumentation deutet auf eine detaillierte klinische und chirodiagnostische Untersuchung nach dem Facharztstandard hin. Dokumentiert wurde zudem eine ausführliche Beratung zu den gefundenen Funktionsstörungen und deren Ursachen. Verordnet wurde Krankengymnastik zur Detonisierung.

Demgegenüber wird vom Patienten geschildert, dass die Untersuchung sitzend, stehend und dann im Liegen unfreundlich bis aggressiv stattgefunden habe: sein Kopf sei kraftvoll und ruckartig hin und her bewegt worden mit deutlicher Gewalt, sodass seine Brille von der Nase gefallen sei, die Untersuchung sei von starken Schmerzen begleitet gewesen, sodass er Aufhören gefordert habe. Im Anschluss habe eine bis dahin nicht bekannte Gangstörung bestanden, sodass er beim Aufstehen von der Liege mit dem rechten Bein weggeknickt sei. Die Beschwerden hätten fortbestanden und nach zwei Tagen wäre er morgens mit einer Rechtsseitenlähmung erwacht. Andernorts wurde am 20. Mai eine im zeitlichen Zusammenhang mit einer wegen Nackenschmerzen durchgeführten chiropraktischen Behandlung eingetretene Dissektion der A. carotis interna mit Mediainfarkt festgestellt.

**Festgestellter Fehler:** Nach Auffassung des Gutachters kann durch eine fehlerhafte, viel zu kräftige Mobilisation der HWS eine Dissektion der A. carotis interna durchaus ausgelöst werden. Während der Patient eine ruckartige, kraftvolle Mobilisation der HWS in verschiedenen Richtungen beschreibt, gibt der Arzt an, er habe den Patienten nur untersucht, nicht mobilisiert. Eine schriftliche Einwilligung in eine vorgesehene Mobilisierung sei zuvor am Tresen unterschrieben worden. Es ist niedergelegt, dass bereits zuvor eine Gang- und Standunsicherheit – ataktisch – unsicher, mit Quadripareschwäche bestanden habe. Der Patient bestreitet dies. Hätten diese – wie der Arzt vorgibt – tatsächlich vorgelegen, so hätte auf jeden Fall eine Kontraindikation zur Manipulation bestanden. Erforderlich wäre auch eine sofortige Überweisung zur weiteren neurologischen Diagnostik gewesen. Die Angaben des Patienten zur neu aufgetre-

**Tabelle 2**  
**Festgestellte Behandlungsfehler und Folgen nach Chirotherapie**

Festgestellte Fehler bei vorgeworfener Chirotherapie	2004 – 2017		1976 – 2003*	
	Anzahl	Eigenständige Folgen	Anzahl	Eigenständige Folgen
Fälle mit Fehler, davon Einzelfehler <sup>2</sup> :	<b>11</b>	6	<b>7</b>	5
Keine sorgfältige Untersuchung vor Therapiebeginn	3	0	/	/
Fehlende Röntgenuntersuchung vor Therapiebeginn	4	1	5	0
Fraktur/Befund übersehen	1	1	4	0
Keine Indikation	9	2	3	3
Verspätete Erkennung einer Minderdurchblutung	2	1	3	3
Fehlerhaftes Vorgehen/Technik	3	1	1	1
Keine Risikoauflklärung	10	<b>4</b>	7	nb

\* siehe Hansis et al 2004 [2], <sup>2</sup> Mehrfachnennung möglich, nb = nicht bekannt

nen Gangunsicherheit sprechen aus der Sicht des Gutachters dafür, dass doch ein Rotationsimpuls der HWS gegeben wurde und zur Gefäßschädigung – möglicherweise bei Vorschädigung – geführt hat. Der links-hemispärische Mediainfarkt mit den Folgen ist daher vom Orthopäden zu verantworten.

In den hier beschriebenen drei exemplarischen Fällen sind folgende Fehler typisch:

- 1) Ungenügende Anamnese- und Befunderhebung und -dokumentation,
- 2) zu lange zurückliegende oder fehlende Auflklärung,
- 3) keine Röntgenkontrolle bei degenerativ vorgeschädigten/älteren Patienten,
- 4) zu bruskes Vorgehen.

### Fazit

Vorraussetzung für die Indikationsstellung zu einer Chirotherapie ist neben einer differenzierten Anamneseerhebung zu aktuellen und vorbestehenden Erkrankungen eine allgemeine sowie manualmedizinisch-neurologische Untersuchung, um mögliche Kontraindikationen vor der Therapie zu erkennen. Es ist dabei zu klären, ob eine Röntgenuntersuchung des betroffenen Wirbelsäulenabschnittes erforderlich ist.

Ein Risikoauflklärungsgespräch mit dem Patienten mit Einwilligung in die für erforderlich gehaltene chirotherapeutische Maßnahme ist unabdingbar und sollte ebenso dokumentiert werden wie die Art und Weise der vorgenommenen Behandlung, die für einen anderen Arzt nachvollziehbar sein

muss. Insbesondere ist darauf hinzuweisen, dass es bei vorbestehenden Bandscheibenschäden durch die manualmedizinische Behandlung zur Auslösung einer radikulären Symptomatik und extrem selten auch unter der Therapie zu einer Gefäßschädigung mit bleibenden Hirnschäden kommen kann. All dies ist bereits seit vielen Jahren bekannt und immer wieder in der einschlägigen Literatur berichtet worden und findet sich auch in den Leitlinien zur Ausbildung [4]. Abschließend ließe sich die gleiche Feststellung treffen wie in 2004, dass alle Behandlungsfehler bei einem Vorgehen nach den Bingerer Empfehlungen [1] sich hätten vermeiden lassen. **RA**

**Professor Dr. med. Christian Holland** ist Stellvertretendes Geschäftsführendes Kommissionsmitglied der Gutachterkommission Nordrhein, **Dr. Beate Weber** ist Mitarbeiterin der Geschäftsstelle der Gutachterkommission Nordrhein.

### Literatur

- [1] Bischoff HP, Böhm P (1995) Qualitätssicherung, Auflklärung und Dokumentation in der Manuellen Therapie (Workshop in Bingen 1994) Man Med 33: 29-30
- [2] Hansis ML, Weber B, Smentkowski U, Schröder P (2004) Vorgeworfene Behandlungsfehler im Zusammenhang mit chirotherapeutischen Behandlungen. Man Med 42:449-454 sowie Orthopäde 33:1051-1060
- [3] Holland C, Weber B (2018) Behandlungsfehler bei der Chirotherapie. Man Med 56:307 – 313
- [4] von Heymann W, Terrier B (2014) Leitlinien über die Grundlagen der Aus- und Weiterbildung und der Sicherheit in manueller/muskuloskelettaler Medizin. Teil 1 in Man Med 52:131-145 und Teil 2 in Man Med 52:229-236

**Quelle:** Erstpublikation in Manuelle Medizin (C. Holland, B. Weber (2018), Behandlungsfehler-vorwürfe bei der Chirotherapie, Manuelle Medizin 56: 307-313, DOI 10.1007/s00337-018-0425-2).