

# Frühe Abklärung nach kraniozervikalem Beschleunigungstrauma

R. Marelli

In seinem Artikel «Whiplash/Schleudertrauma – vom Unfall «Schleudertrauma» zur chronischen Krankheit» [1] weist Dr. Walter Kissel auf die Notwendigkeit hin, Patienten bei einem chronifizierenden Verlauf im zweiten Monat nach dem Unfall mit einer sorgfältigen Anamnese (warum denn die Anamnese nicht schon früher?) und mit der Frage nach kognitiven Störungen, Schwindel- und Sehbeschwerden und noch psychischen Störungen abzuklären und rasch die entsprechenden spezialärztlichen Untersuchungen zu veranlassen.

Diese Forderung kann aus psychiatrischer Sicht nur unterstützt werden. Gerade die gutachterlich tätigen Psychiater sehen sich meist erst nach Ablauf von vielen Monaten, wenn nicht gar Jahren, mit Menschen konfrontiert, die nie einen Psychiater gesehen haben, geschweige denn dass eine psychosoziale Abklärung stattgehabt hätte, wo aber eine solche schon nur aus therapeutischen Gründen längst indiziert gewesen wäre. Tatsächlich wäre es erfreulich, wenn man sich mit einem Abklärungskonsens in der Schweiz darauf einigen könnte, nach kraniozervikalem Beschleunigungstrauma frühzeitig nicht nur nach biotechnischen Ursachen, sondern auch nach kognitiven und psychologischen Folgen und psychosozialen Faktoren zu suchen.

Leider haftet der psychiatrisch-psychotherapeutischen Abklärung auch zu Beginn des dritten Jahrtausends immer noch der offenbar nur schwer zu beseitigende Makel an, psychische Phänomene seien nicht «echt» oder gar eine psychische Störung bedeute so etwas wie eine irreversible Änderung der Persönlichkeit. Viele Patienten finden sich dabei unter einem inneren oder äusseren Rechtfertigungsdruck. Immer wieder hört man von ihnen, dass sie sich als Simulanten betrachtet fühlen, wo doch ihre Beschwerden körperlicher Natur seien. Aber auch Ärzte verfallen nicht selten der rationalisierenden Abwehr und blenden psychische Gegebenheiten aus. Eventuell besteht dabei auch eine Angst, mit einer Seite seiner selbst konfrontiert zu werden, die man nur erahnt und von der man möglichst wenig wissen will.

Korrespondenz:  
 Dr. med. Renato Marelli  
 Leonhardsstrasse 16  
 CH-4051 Basel

Dabei müssten im Grunde alle beteiligten Helfer wissen, dass es bei längerem Heilverlauf nur einen therapeutischen Weg geben kann, nämlich die anstehenden Probleme polydisziplinär zu definieren, geeignete Behandlungsmöglichkeiten zu wählen, die Risiken für einen chronischen Verlauf zu erkennen und bei Bedarf multimodale, integrierte rehabilitative Massnahmen zu ergreifen.

## Aus der Vergangenheit lernen

Ein gutes Beispiel für einen derartigen Ansatz kennen wir in der Schweiz bereits: für chronische Kreuzschmerzen. Er ist in den von der FMH herausgegebenen Richtlinien und Empfehlungen für die Abklärung und Behandlung von Kreuzschmerzen [2] enthalten. Nach Jahrzehnten erfolglosen individuellen Suchens nach Wegen, wie mit chronischen Kreuzschmerzen umzugehen ist und nach vielen Misserfolgen bei der Behandlung, Rehabilitation, aber auch bei der Begutachtung von Patienten mit Rückenschmerzen, hat man sich auf einen polydisziplinären Konsens mindestens im Hinblick auf Prävention und Behandlung einigen können und damit einen akzeptablen Weg für Behandlung und vor allem auch für Betroffene gefunden.

Warum soll dasselbe nicht auch für Patienten mit einem Zustand nach kraniozervikalem Beschleunigungstrauma möglich sein? Von Seiten der Psychiatrie und Psychotherapie wissen wir aufgrund psychometrischer Untersuchungen zur Frage der Krankheitsbewältigung, dass Patienten mit gut ausgeprägter Fähigkeit zu Problemanalyse und Lösungsverhalten signifikant seltener Orthopäden, aber auch Allgemeinmediziner aufsuchen müssen, während Patienten mit hochgradigen Interaktionsängsten gehäuft Hilfe bei operativen Disziplinen suchen [3]. Gerade Interaktionsängste treten jedoch nach Unfällen mit versicherungsrechtlichen Schwierigkeiten oft auf. Warum also nicht neben der Behandlung der Beschwerden und neben der oft als kränkend erlebten Aufdeckung von Beeinträchtigungen mit psychiatrisch-psychotherapeutischen Mitteln einen integrativen Ansatz suchen und wo nötig Fähigkeiten zu Problemanalyse und konstruktivem Lösungsverhalten entwickeln?

## Zum «3-Säulen-Prinzip»

Kritisch zu hinterfragen ist der konkrete Ansatz, den Kissel vorschlägt. Er empfiehlt eine Abklärung entsprechend einem «3-Säulen-Prinzip», nämlich die Befunde an der Halswirbelsäule festzustellen, einen Verdacht auf kognitive Defizite oder andere Störungen im Zentralnervensystem zu verifizieren und der Frage nach einem psychischen Leiden nachzugehen.

Dieser Ansatz dürfte – wenn überhaupt – zu kurz greifen. Zum ersten «Prinzip» ist zu sagen, dass nicht nur die Befunde an der Halswirbelsäule von Belang sein können, sondern sämtliche somatischen Befunde in der Halsregion, also auch an den Weichteilen und

eventuell sogar in damit in Zusammenhang stehenden entfernteren Partien (zum Beispiel Triggerpoint-syndrom mit «referred pain»-Kopfschmerz usw.). Als erstes Prinzip gilt hier demzufolge, einen genauen somatischen Befund der Halsregion und der angrenzenden Gebiete zu erheben.

Zweifellos richtig ist es, nach allfälligen Störungen des zentralen Nervensystems zu suchen. Aber es können nicht nur Strukturen des ZNS vom Unfall betroffen sein. Spezieller Aufmerksamkeit bedarf auch die Untersuchung der Nervenwurzeln und der peripheren Nerven.

Richtig ist es auch, als drittes Prinzip nach einer allfälligen psychischen Störung zu suchen. Oft wird von nichtpsychiatrischer Seite vergessen, dass sich die Psychiatrie auch mit den psychischen Phänomenen von Schädigungen des Gehirns beschäftigt. Zudem hat die moderne Psychiatrie mit ihren neurobiologischen Erkenntnissen aufgezeigt, dass psychische Prozesse grundsätzlich von neurophysiologischen Abläufen begleitet sind. Selbst früher als rein «psychogen» oder «psychoreaktiv» bezeichnete Störungen entsprechen daher Funktionszuständen des Gehirns. Mit diesen Fragen haben sich erst kürzlich in einer beachtenswerten Übersichtsarbeit Hoffmann und Hiltbrunner [4] auseinandergesetzt. Die Autoren zitieren dafür ein illustratives Beispiel, nämlich die Minderaktivität des motorischen Kortex während dissoziativer Bewegungsstörungen (Konversionsneurosen, früher hysterische Lähmung), wie sie auch bei Paresen nach Hirninfarkten beobachtet werden [5–7].

In diesem Zusammenhang könnte das von Kissel vorgeschlagene Prinzip zumindest missverständlich sein. Wenn er nämlich die Abklärung bei *Verdacht auf kognitive Defizite* der Abklärung bei *Verdacht auf ein psychisches Leiden* gegenüberstellt und die kognitiven Defizite lediglich in das Prinzip der neurologischen Abklärung bettet, so wird zumindest der Eindruck erweckt, kognitive Defizite beschränkten sich auf neurologische Schäden im engeren Sinne oder gar nur auf Hirnläsionen. Die Neuropsychologie hat sich zwar historisch aus der klassischen Hirnpathologie mit ihrer Lehre von den Werkzeugstörungen entwickelt, doch ist mittlerweile allgemein anerkannt, dass die Ergebnisse psychologischer Testuntersuchungen, für sich allein genommen, nicht geeignet sind, eine Differenzierung zwischen organisch oder funktionell bedingter Leistungseinbusse zu treffen oder gar eine organische Hirnschädigung nachzuweisen [8]. Mit dem Begriff der «Hirnfunktionsstörung» wird lediglich etwas über die kognitive Leistung des Gehirns ausgesagt, und es muss offengelassen werden, ob die zugrunde liegende Störung struktureller oder funktioneller Natur ist.

Da der Begriff «Hirnfunktionsstörung» geeignet sein kann, besonders dem Laien zu suggerieren, es liege eine Schädigung des Gehirnes vor, muss präzisiert werden, dass damit zunächst weder etwas über die Ursache noch über die Reversibilität solcher Störungen gesagt ist [9]. Entsprechend postulierte

auch die Kommission der Schweizerischen Neurologischen Gesellschaft in ihrem Bericht zum Beschwerdebild nach kraniozervikalem Beschleunigungstrauma [10], dass selbst das oft gefundene typische Muster der Kombination von Gedächtnis-, Konzentrations- und Aufmerksamkeitsstörungen ätiologisch unspezifisch ist und alleine keine strukturelle Hirnschädigung belegt. So zeigt sich zum Beispiel bei der neuropsychologischen Untersuchung frontaler Hirnläsionen dasselbe Muster wie beispielsweise bei depressiven Syndromen: Antriebsmangel, Aufmerksamkeits-, Konzentrationsstörungen, allgemeine Verlangsamung, erschwerte Umstellfähigkeit [4]. Erst in Kenntnis der Krankheits-, bzw. Unfallanamnese und in Verbindung mit allfälligen anderen medizinischen Befunden können neuropsychologische Befunde in einen gesamtmedizinischen Zusammenhang gebracht und für therapeutische und gutachterliche Zwecke interpretiert werden. Die Neuropsychologie ist mit anderen Worten ein wissenschaftliches Anwendungsfach [11], dessen Aussagen im weitesten Sinn vergleichbar sind mit gewissen bildgebenden Verfahren von Funktionszuständen des Gehirns, doch bedürfen sie der medizinischen Interpretation, sei dies von neurologischer oder psychiatrischer Seite, um die Bedeutung des Befundes zu erkennen. Die neuropsychologische Untersuchung kann sich vor allem als Verlaufsparemeter eignen, sollte aber nicht als eigenständige Disziplin oder im Sinne Kissels als eigenständiges «Prinzip» aufgeführt werden.

---

#### Ein zusätzliches Postulat

Ein zusätzliches Postulat betrifft die diagnostische Nomenklatur. Einheitliche Diagnosesysteme erhöhen die Verlässlichkeit. Missverständnisse werden eher vermieden, wenn man eine «gemeinsame Sprache» spricht. Eine allgemein anerkannte diagnostische Nomenklatur wäre nicht nur im Sinne der Qualitätssicherung von Vorteil, darüber hinaus wären auf dieser Grundlage (nationale oder sogar internationale) Studien durchführbar.

---

#### Die multimodale Abklärung nach kraniozervikalem Beschleunigungstrauma

Folgender Ansatz zur Abklärung kann aufgrund dieser Überlegungen vorgeschlagen werden, wenn der Heilverlauf nach kraniozervikalem Beschleunigungstrauma im zweiten posttraumatischen Monat stehen bleibt und blockiert ist:

1. Es sind die Befunde an der Halswirbelsäule und an den Weichteilen, inklusive der angrenzenden Gebiete zu erheben. Neben der Klinik gehören hierzu ein konventionelles Röntgen der HWS, nicht zuletzt um allfällig vorbestehende Veränderungen zu erfassen, allenfalls ein MRT oder funktionelles CT. Ein neurologisch-orthopädischer Konsens in dieser Frage ist zu fordern.

2. Es sollte eine eingehende (keine kursorische!) neurologische Untersuchung der Hirnnerven, der Rückenmarksfunktionen, der segmentalen Wurzeln im Bereiche der Halswirbelsäule und der entsprechenden peripheren Nerven erfolgen. Zum neurologischen und psychiatrischen Befund gehören bei Bedarf psychometrische Leistungsverfahren, d.h. neuropsychologische Untersuchungen.
3. Es gehört eine psychiatrisch-psychotherapeutische Abklärung dazu, die prätraumatische Gegebenheiten ebenso einschliesst wie das Unfallerebnis und den Verlauf nach dem Unfall. Gemäss dem bio-psycho-sozialen Ansatz der Psychiatrie sind auch psychosoziale Faktoren einzubeziehen. Auch bei der psychiatrischen Untersuchung müssen allfällige neuropsychologische Befunde in die Beurteilung einfließen.
4. Alle Beteiligten haben sich gängiger und anerkannter diagnostischer Systeme zu bedienen. Vorzugsweise sollte man sich auf einen einzigen, eventuell zwei Diagnosecodes einigen, am ehesten auf ICD 10 und DSM IV. Damit wird die Reliabilität erhöht und es werden Unschärfen bei der Formulierung der Diagnose vermieden.

Bei den Zuständen nach kraniozervikalem Beschleunigungstrauma handelt es sich bei längerdauerndem Heilverlauf meist um komplexe Fälle, wo oft viele Fragen offen sind. Sowohl behandelnde Ärzte, Therapeuten wie auch Gutachter (und nicht zuletzt später auch Versicherungen und rechtsanwendende Stellen) könnten hier in Zukunft konstruktiv gemeinsam im Sinne eines Konsenses bei der Abklärung, Behandlung und Begutachtung tätig werden, was zweifellos letztlich und in erster Linie den betroffenen Patientinnen und Patienten zugute käme.

## Literatur

- 1 Kissel W. Whiplash/Schleudertrauma – vom Unfall «Schleudertrauma» zur chronischen Krankheit. Schweiz Ärztezeitung 2000;81(49):2803-9.
- 2 FHM. Back in time. Bern: FMH; 1997.
- 3 Lamprecht F. Die ökonomischen Folgen von Fehlbehandlungen psychosomatischer und somatopsychischer Erkrankungen. Psychother Psychosom Med Psychol 1996;46:283-91.
- 4 Hoffmann U, Hiltbrunner B. Von der Neurose zum Trauma. Medizinische Mitteilungen, SUVA, Herbst 2000.
- 5 Halligan PW, Davids AS (eds.). Conversion hysteria: towards a cognitive neuropsychological account. Hove: Psychology Press; 1999. Zitiert nach [4].
- 6 Halligan PW, Ahtal BS, Oakley DA, Frackowiak RSJ. The functional anatomy of a hypnotic paralysis: implications for conversion hysteria. Lancet 2000;355:986-7. Zitiert nach [4].
- 7 Spence SA, Crimlisk HL, Cope H, Ron MA, Grasby PM. Discrete neurophysiological correlates in prefrontal cortex during hysterical and feigned disorder movement. Lancet 2000;355:1243-4. Zitiert nach [4].
- 8 Poeck K. Kognitive Störungen nach traumatischer Distorsion der Halswirbelsäule? Deutsch Ärzteblatt 1996;41: A2596-A2601.
- 9 Marelli R. Psychiatrie. In: Fredenhagen F. Das ärztliche Gutachten. Bern: Huber; 1994.
- 10 Schnider A. Beschwerdebild nach kraniozervikalem Beschleunigungstrauma. Schweiz Ärztezeitung 2000;81(39): 2218-20.
- 11 Sturm W, Hartje W. Experimentelle und klinische Neuropsychologie. In Hartje W, Poeck K (Hrsg.). Klinische Neuropsychologie. 3. Auflage. Stuttgart: Thieme; 1997.