

Dr. Bodo Kuklinski

# Das HWS- Trauma

Ursachen,  
Diagnose  
und  
Therapie

 AURUM

---

Vorwort .....	8
Die instabile HWS – Ein deutliches Beispiel .....	9
Einleitung .....	21
<b>Kapitel I HWS-Instabilität – Eine Übersicht zu Grundlagen, Ursachen und Auswirkungen .....</b>	<b>31</b>
1.1 Zu Beginn ein wenig Anatomie .....	32
1.2 Gewalteinwirkung auf die HWS und die Folgen .....	33
1.3 Früh- und Spätsymptome einer instabilen HWS .....	36
<b>Kapitel 2 Die Diagnostik der HWS-Instabilität und ihrer Folgen .....</b>	<b>47</b>
2.1 Der erste Schritt zur Diagnose – eine gründliche Anamnese ....	50
2.2 Der zweite Schritt zur Diagnose – die manual-medizinische Untersuchung .....	53
2.2.1 Otoneurologische Untersuchungen .....	53
2.2.2 HWS-Funktionsröntgen nach Sandberg .....	54
2.2.3 Augenärztliche Untersuchungen .....	56
2.2.4 Funktions-Computertomografie (CT) oder Magnetresonanztomografie(MRT) .....	60
2.2.5 EEG-Untersuchungen .....	61
2.2.6 SPECT- und PET-Untersuchungen .....	62
2.2.7 Szintigrafie der dopaminergen D2-Rezeptoren .....	62
2.2.8 Duplexsonografie der Vertebralarterien und der Arteria basilaris .....	63
2.2.9 Kieferorthopädische Diagnostik .....	63
2.2.10 Psychometrie-Testungen .....	63
2.3 Der dritte Schritt zur Diagnose – die Laboruntersuchungen .....	64
2.3.1 Hirnschrankenprotein S-100 im Serum .....	66
2.3.2 Neuronenspezifische Enolase (NSE) im Serum .....	69
2.3.3 Neurofilament im Serum .....	71
2.3.4 Saures gliales Faserprotein (GFAP) im Serum .....	71
2.3.5 Stickstoffmonoxid(NO)-Gehalt der Expirationsluft .....	71
2.3.6 Citrullin im Urin .....	73
2.3.7 Nitrotyrosin im EDTA-Blut .....	76
2.3.8 C-reaktives Protein (CrP) im Serum .....	76
2.3.9 Anti-CCP im Serum .....	77

2.3.10	Lactat und Pyruvat in NaF-Blut .....	77
2.3.11	Intrazelluläre Defizite der Mineralien Kalium, Magnesium und Zink im Heparin-Blut .....	78
2.3.12	Substanz P (SP) .....	79
2.3.13	Freies Histamin im Heparin-Blut .....	80
2.3.14	Cystathionin und Methylmalonsäure in Urin .....	81
2.3.15	Gehalte der Expirationsluft an Ammoniak, Ethanol, Methanol, Aceton, Isopren, Pentan u. a. ....	82
<b>2.4</b>	<b>Weitere Hinweise zu Anamnese und Diagnose .....</b>	<b>83</b>
<b>2.5</b>	<b>Psychiatrische und psychosomatische Diagnosestellungen bei HWS-Schädigungen .....</b>	<b>88</b>

### **Kapitel 3 Analyse und Bedeutung der Diagnose-Ergebnisse ..... 91**

<b>3.1</b>	<b>Funktionsstörungen der Hirnnerven und Sympathicus-Überaktivitäten .....</b>	<b>92</b>
3.1.1	Die Hirnnerven .....	92
3.1.2	Sympathicus-Überaktivitäten .....	95
<b>3.2</b>	<b>Progrediente Hirn- und Nervenschrankenstörungen, neurogene Entzündungen über Aktivierung von C-Nervenfasern mit gesteigerter NO-Synthese und Histadelle .....</b>	<b>100</b>
3.2.1	Stickstoffmonoxid und seine physiologische Bedeutung .....	101
3.2.1.1	Stickstoffmonoxid greift massiv in den Stoffwechsel der Mitochondrien ein .....	104
3.2.1.2	Stickstoffmonoxid hemmt die hepatische 7 $\alpha$ -Hydroxylase im Cholesterinstoffwechsel .....	114
3.2.1.3	Weitere Enzyme und Strukturen, die von NO beeinflusst werden .....	116
3.2.1.4	NO erhöht die Nitrosaminbelastung des Körpers .....	116
3.2.1.5	NO führt zur Citrullinierung von Eiweißen .....	118
3.2.1.6	NO führt über Peroxinitrit zur Nitrosierung aromatischer Aminosäuren .....	119
<b>3.3</b>	<b>Hirnorganische und neurologische Folgen einer HWS-Instabilität .....</b>	<b>123</b>

<b>Exkurs 1: Exogen induzierte NO-Steigerungen: Nahrungsnitrat, Nitropräparate und Statine .....</b>	<b>126</b>
E 1.1 Nitrate .....	126
E 1.2 Statine .....	127

## **Kapitel 4 HWS-Instabilität und Folge-Erkrankungen: Vier Beispiele ... 133**

4.1	Beispiel 1: Multiple Sklerose .....	134
4.2	Beispiel 2: Multiple Chemikalien-Überempfindlichkeit (MCS) .....	142
4.3	Beispiel 3: Das Chronische Müdigkeitssyndrom (chronic fatigue syndrom – CFS) .....	150
4.4	Beispiel 4: Das Fibromyalgie-Syndrom (FMS) .....	151
4.5	Komorbiditäten .....	152

### **Exkurs 2: Fertilität, Schwangerschaft und Kindesentwicklung**

	<b>unter dem Einfluss der HWS-Instabilität .....</b>	<b>154</b>
E 2.1	Der Fall Diabetes Typ II bei Kindern in Deutschland .....	165

## **Kapitel 5 Die HWS-Komplextherapie ..... 167**

5.1	Besserung der Nachtschlafqualität .....	167
5.2	Osteopathische Behandlungen und Muskelkräftigung .....	170
5.3	Verhaltenstherapien .....	172
5.4	Ernährung .....	174
5.4.1	Der Nährstoffbedarf – eine klaffende Wissenslücke .....	175
5.5	Mikronährstoffe in der HWS-Komplextherapie .....	180
5.5.1	Die erste Etappe der HWS-Mikronährstoff-Therapie: Reduktion des NO mit Vitamin B <sub>12</sub> .....	181

### **Exkurs 3: Bedeutung des Vitamins B<sub>12</sub> im Stoffwechsel ..... 188**

5.5.2	Die zweite Etappe der HWS-Mikronährstoff-Therapie: Spurenelemente und Elektrolyte .....	192
5.5.3	Die dritte Etappe der HWS-Mikronährstoff-Therapie: Vitamine .....	194
5.5.4	Die vierte Etappe der HWS-Mikronährstoff-Therapie: ω-3-Polyenfettsäuren und Aminosäuren .....	200
5.5.5	Die fünfte Etappe der HWS-Mikronährstoff-Therapie: Coenzym Q <sub>10</sub> .....	201
5.5.6	Informationen zu weiteren Supplementationsmaßnahmen .....	203
5.6	Was ist zu tun nach einer „einfachen“ HWS-Distorsion? .....	208

<b>Kapitel 6</b>	<b>Behandlungsergebnisse .....</b>	<b>209</b>
Exkurs 4:	NO, Refluxkrankheit und Vitamin B <sub>12</sub> .....	216
<b>Kapitel 7</b>	<b>Unser Gesundheitssystem und die instabile HWS .....</b>	<b>219</b>
7.1	Evidenzbasierte Medizin (EBM) und HWS-Instabilität .....	225
7.2	Krankenkassen und die HWS-Instabilität .....	236
7.3	Epidemiologische Hinweise für HWS-Instabilitäten .....	236
<b>Kapitel 8</b>	<b>Mitochondrienforschung – Die Zukunft unserer Medizin .....</b>	<b>243</b>
	Danksagung .....	247
<b>Anhang</b>	.....	<b>249</b>
A 1	Überblick über wichtige Stoffwechselwege .....	249
A 1.1	Abbau der Glucose .....	249
A 1.1.1	Glycolyse .....	249
A 1.1.2	Oxidative Decarboxylierung .....	251
A 1.1.3	Abbau von Pyruvat zu Lactat .....	251
A 1.2	Citratzyclus .....	252
A 1.3	Atmungskette .....	253
A 1.4	Überblick über die ana- und katabole Bedeutung der Stoffwechselwege .....	254
A 1.5	Harnstoffzyklus .....	255
A 2	Interessante Adressen .....	256
A 3	Literaturverzeichnis .....	257
A 4	Sachregister .....	280

# EINLEITUNG

---

Sucht eine Frau wegen diverser Probleme erstmals zum Beispiel einen Frauenarzt auf, wird dieser nur die zu seinem Fachgebiet gehörenden Fragen stellen. Andere Organbeschwerden fragt er nicht ab, da er hierfür nicht zuständig ist. Nach sieben Minuten spätestens wird er ein Diagnostikprogramm erstellen und therapeutische Maßnahmen hieraus ableiten. Von diesen sieben Minuten kommt seine Patientin nur circa anderthalb Minuten selbst zu Wort. Ähnlich sieht es bei anderen Fachärzten aus <sup>1, 2, 3, 4, 5</sup>.

Ein Internist, zuständig für alle Organe, wird bei Erstvorstellung eine ausführlichere Anamnese erheben. Sie umfasst sowohl den chronologischen Gesundheits-, Beschwerden-, Krankheitsverlauf seit Geburt als auch die systematische Hinterfragung aller Organe, Organsysteme und ihrer Funktion. Bei einer derartigen Vorgehensweise erkennt der Internist, wann welche Störungen eintraten und wodurch sie ausgelöst wurden. Dabei zeigt sich: Eine chronische Erkrankung eines Organsystems geht stets mit Störungen und Erkrankungen anderer Organe einher. Immer handelt es sich um Multisystem-Erkrankungen.

Uns war bei derartiger Anamnesetechnik seit Jahren aufgefallen, dass Frauen mit chronischen Beschwerden im gynäkologischen Bereich eigentlich an Multisystem-Erkrankungen litten und jene Probleme nur Mosaiksteine in einem viel komplexeren Multiorgan-Beschwerdebild waren. In der Regel klagten sie über Beschwerden folgender Organe bzw. Organsysteme:

Hirn: Kopfschmerz, Migräne, Nackenmyalgien (besonders am Morgen), Schwindel, Durchschlafstörungen, Reduktion konzentrativer mentaler, kognitiver Fähigkeiten, Depressionen oder unklare Ängste, chronische Müdigkeit, gesteigerte Empfindlichkeit gegen Lärm, Licht, Zugluft, Hektik, Ataxien, Missempfindungen, Taubheit

Augen: phasenhaft Visusstörungen, Schleier-, Verschwommensehen, Trockenheit der Augenbindehäute, Blind- und Lichtempfindlichkeit, Mouches volantes, Gesichtsfeldausfälle

Nase:	nächtliches Anschwellen der Nasenwege, Sinusitiden, Fließschnupfen, Schmerzen über der Nasenwurzel oder den Kieferhöhlen, Trockensymptome
Ohren:	Tinnitus, Lärmempfindlichkeit bis hin zur Phonophobie, Gehörgangsjucken, Gehörgangsekzeme
Hormonsystem:	Schilddrüsenknoten, Über-, Unterfunktion, Hashimoto-Thyreoiditis
Immunsystem:	subfebrile Temperaturen nach Erschöpfung, wiederkehrende oder chronische Virusinfekte, Allergien
Atemwege:	morgendlich heisere, belegte Stimme, asthmoide Reaktionen, Anstrengungsasthma
Haut:	Insektenstichüberreaktionen, Sonnenlichtüberempfindlichkeit, Trockenheit, Ekzeme
Herz-Kreislauf:	Hypotonie, Sympathicusattacken mit hohem Ruhepuls und Extrasystolen oder Tachykardien, Belastungsluftnot
Verdauungsorgane:	Reizdarm-Syndrom, Meteorismus, Reflux-Erkrankung, Unterzuckerungssyndrome, Schluckstörungen, Ösophagusspasmen, After-, Enddarmkrämpfe, Nahrungsmittelunverträglichkeiten
Harnorgane:	kälteempfindliche Harnblase, häufiger Harndrang nachts und tagsüber
Genitale:	Menstruationsschmerzen, unregelmäßige Monatszyklen, seltene oder fehlende Menstruationen, Ovarialzysten, Endometriose, Myome, Prolaktinämie, Genitalkrämpfe oder -entzündungen, Cervixdysplasien, Fertilitätsstörungen, Fehl- und Frühgeburten, Schwangerschafts- und Geburtskomplikationen, Mastopathie
Bewegungsapparat:	saltierende Arthralgien, Polyarthritiden, Fibromyalgie, Muskelschwächen, Lendenwirbelsäulen- und Kreuzschmerzen

In der chronologischen Familien- und Lebensanamnese fiel auf, dass diese Frauen eine Kaskade von Traumatisierungen im Kopf-, Hals-, Schulter-, Rumpf- oder Wirbelsäulenbereich erlebt hatten. Nach derartigen Er-

eignissen entwickelten sie die geklagten Symptome oder diese wurden bereits von Geburt an ausgebildet und die Traumata verstärkten die Erkrankungen deutlich. Im letzten Fall erinnerten die Patientinnen auf Nachfragen oft einige der genannten Symptome bei ihren Müttern. Hinzu kam, dass die Frauen überzufällig häufig Kinder hatten, die Hirnreifungsstörungen, psychosomatische und -soziale Auffälligkeiten und wiederum Multisystem-Erkrankungen aufwiesen.

In der Auswertung der Unterlagen von 826 Frauen fand sich immer wieder die gleiche Vorgeschichte – fast alle hatten in der Anamnese in der Regel zahlreiche Traumata erlebt, die geeignet waren, eine HWS-Instabilität zu verursachen bzw. zu verschlimmern – Sportverletzungen, Auto-unfälle, Stürze oder Ähnliches häufig schon in der Säuglings- oder Kinderzeit, wie auch HWS-Überstreckungen bei Kaiserschnittentbindungen oder Operationen in Vollnarkose. Die Traumatisierungen wurden stets hinsichtlich der Verletzungen behandelt. Eine gezielte Suche nach Bänder- oder Kapselverletzungen im HWS-Bereich erfolgte nicht. Ausgeschlossen wurden höchstens Frakturen, Bandscheibenläsionen etc.

Wir analysierten daraufhin ebenso die Unterlagen unserer männlichen Patienten und fanden auch dort Traumatisierungen verschiedener Art in der Anamnese.

Die entwickelten Multiorganbeschwerden unserer Patienten treten dabei nicht alle täglich in gleicher Intensität auf. Relativ beschwerdefreie Tage wechseln mit massivsten Einbrüchen. An manchen Tagen überwiegen die Symptome des einen, dann wieder der anderen Organe. Auch die Inkonstanz der Symptomvielfalt ist typisch. Kein Arzt hat je ein solch komplexes Geschehen als Krankheitsbild gelernt, obwohl ihm tagtäglich derartige Patientinnen und Patienten gegenüberstehen. Wir postulieren, dass es sich bei allen diesen Multiorganbeschwerdebildern um die Folgen von HWS-Instabilitäten handelt: „Viele Diagnosen sind eine Diagnose“! Wir werden auf den folgenden Seiten dieses Postulat mit unseren Patientendaten, Analysen und Schlussfolgerungen darstellen und belegen.

### **Ein Beispiel:**

Großmutter:

- Migräne
- Neurasthenie

Mutter, geb. 1964

(in unserer Behandlung):

- seit Kindheit Bronchitiden
- ab 9. Lebensjahr Migräne dreimal monatlich, ein bis drei Tage Dauer, Auslösung durch Psychostress, Alkohol, Hitze, Hunger, diverse Nahrungsmittel
- lebenslang Wechsel von Oligo- und Amenorrhoephasen
- ab ca. 25. Lebensjahr zunehmende Erschöpfung, abends Totalerschöpfung

Sohn, geb. 1999:

- Normalgeburt
- Migräne ab 9. Lebensjahr

(Migräne kann durch HWS-Schädigung erworben und maternal vererbt werden, siehe spätere Kapitel.)

In der Zeitung „Ärztliche Praxis“ vom 25.11.2003 erschienen Daten über das Unfallgeschehen 2001 in Deutschland. In diesem Jahr kam es zu 8,83 Millionen gemeldeten Verletzungen, d. h. durchschnittlich jeder neunte Bundesbürger war davon betroffen.

<b>Unfallstatistik 2001</b>	
(aus „Ärztliche Praxis“ vom 25.11.2003)	
Hausarbeit:	2,73 Millionen
Freizeit:	2,63 Millionen
Schule:	1,52 Millionen
Arbeit:	1,45 Millionen
Verkehr:	0,50 Millionen
<b>Summe</b>	<b>8,83 Millionen</b>

Nicht jede Verletzung ist mit Gewalteinwirkung auf Kopf, Nacken, HWS oder Schultern gleichzusetzen, aber das Karussell dreht sich. In zehn Jahren sind 90 Millionen Deutsche betroffen, d. h. viele erleiden mehrfach Unfälle, wobei die Dunkelziffer nicht erfasster Fälle sicherlich sehr hoch ist.

Eine Patientin erzählte uns, dass sie in zwei Monaten drei Pkw-Crashes hatte, zwei Auffahrunfälle und einmal einen Überschlag. Verletzt hatte sie sich nicht, nein, glücklicherweise sei „nix passiert“.

<b>Weitere Erhebungen zu Unfällen ergaben</b> <sup>6,7</sup>	
Pkw-Fahrten:	alle 7.000 Fahrstunden ein Unfall
Kradfahrer:	alle 1.000 Stunden ein Unfall
Snowboarder:	3 bis 4 schwere Stürze pro Tag
Reiten:	alle 350 Stunden eine schwere Verletzung
	alle 100 Stunden beim Freizeitreiten
	alle 5 Stunden beim Springreiten
	jede Stunde beim Querfeldeinreiten

Im Sport steht Fair Play nur noch auf dem Papier oder dient als Feigenblatt für olympische Eide. Härte und Brutalität haben zugenommen, geht es doch nur noch um Sieg und Sponsorengelder. Bei Mannschaftssportarten wie Rugby, Fußball und American Football, Hand-, Volley-, Basket-, Wasserball und Hockey gehören Fouls und Gewaltattacken zum Handlungsrepertoire.

Besonders die unverhofft auftreffende Gewalteinwirkung bei gedrehtem Kopf oder bei entspannter Muskulatur ist gefährlich, da die reflektorische Gegenreaktion der HWS-Muskulatur das Kopfgewicht von bis zu fünf Kilogramm nicht zeitgerecht abfedern kann. Und genau solche Gewalteinwirkungen treten im „Eifer des Gefechtes“ auf.

Unlängst gab die niederländische Gesundheitsbehörde folgende Daten über Profifußballer-Risiken bekannt <sup>8</sup>:

- ▶ Jeder zweite Fußballer erleidet mindestens einmal in seiner Karriere eine schwere Commotio.
- ▶ Acht von zehn ehemaligen Profis zeigen bei Hirnleistungstests Leistungseinbußen.
- ▶ Bei tausend oder mehr Kopfbällen ist mit einem chronischen Hirnschaden zu rechnen.

In einer norwegischen Studie waren sogar bei 81% der Ex-Fußballprofis neurophysiologische Beeinträchtigungen nachweisbar <sup>9</sup>. Außerdem ist bekannt, dass ehemalige Fußballer ein erhöhtes Risiko für Coxarthrosen aufweisen, obwohl sie nie schwerere Hüftgelenkstraumen hatten. Überzufällig häufig tritt auch die amyotrophe Lateralsklerose (ALS) bei Fußballern auf <sup>10</sup>.

Ehemalige Sportlerinnen aus Sportarten wie Hand- oder Basketball leiden in späteren Jahren oft an z. T. heftigen Gelenkschmerzen. Es geht nicht allein um abgelaufene Gehirnerschütterungen, sondern auch um die progrediente Schädigung und die Instabilität der HWS bei diesen Sportlerinnen. So meldete der Handballverein TV Großwallstadt an die Berufsgenossenschaft folgende Unfälle über einen Zeitraum von vier Jahren <sup>11</sup>:

<b>Insgesamt Traumata: 424</b>	
davon:	11 Kopftraumata
	1 Blow-out des Auges
	22 Wirbelsäulenkontusionen
	10 Bandscheibenvorfälle
	2 Rippenfrakturen
	15 Thoraxkontusionen
	153 Schulter-, Ellenbogen-, Hand-, Fingergelenksverletzungen
	211 Becken-, Unterschenkel-, Knie-, Sprunggelenks- und Fußverletzungen

Allein diese Aufzählung zeigt, mit welcher Härte und welchem Einsatz heute im Sport zur Sache gegangen wird. Man rechne sich die Verletzungen einmal auf alle Sportarten in Deutschland oder Österreich hoch. Auch Gewalteinwirkungen auf Thorax, Wirbelsäule, Schultern, Becken setzen sich energetisch auf die HWS fort. Derartige Meldungen sind aber nur die Spitze eines Eisberges. Scheinbar leichte Traumata werden dabei nicht erfasst.

Auch bei ruhigen Sportarten können HWS-Traumata auftreten, z. B. in der Leichtathletik, beim Fallschirmspringen, Radfahren, Eiskunstlauf, Turmspringen oder im Geräteturnen. Meister fallen nicht vom Himmel, jahrelang müssen sie hart trainieren und das unter immer komplizierteren, risikvolleren Anforderungen. Der heutige Leistungssport produziert HWS-Geschädigte mit Langzeitfolgen wie am Fließband.

Im Freizeit-Wintersport lauern ebenso Gefahren. Werden Kopf, Knie- und Sprunggelenkbänder mit Hightech geschützt, die HWS bleibt außen vor. Die geforderte Helmpflicht für Skifahrer und Snowboarder senkt zwar

### **Chronisches Müdigkeitssyndrom**

Ein Patient, geb. 1961, stellte sich Anfang 2004 bei uns wegen chronischen Müdigkeitssyndroms vor. Er spielte vom zehnten bis zum 31. Lebensjahr aktiv Handball: pro Woche zweimal Training und am Wochenende bei Spielen Torwart. Zitat: „Einmal erhielt ich aus nächster Nähe unverhofft einen straffen Ball an den Kopf. Er hat mich umgehauen, ich war ein paar Minuten weg. Gemeldet? – Nein, es war ja nichts weiter passiert“.

das Risiko für Kopfverletzungen, erhöht aber das für HWS-Verletzungen, wie eine kanadische Studie bei 1.082 Wintersportlern ergab<sup>12</sup>. Jeder kennt aus seiner Kindheit riskante Crashes mit Schlitten, Schlittschuhen oder Skiern. Die Schlittenbahn musste vereist sein, sonst hätte es keinen richtigen Spaß gemacht. Ein Baum konnte aber wie ein Magnet die Schlittenfahrer anziehen.

Rodeln ist ein risikoträchtiger Wintersport, wie eine schottische Studie vom Winter 2001/2002 belegt: An den ersten 16 Schneetagen kamen 422 Kinder zur Not-

aufnahme. 17 % davon mussten stationär aufgenommen und 26 % ambulant nachkontrolliert werden. Die Kinder kollidierten mit feststehenden Objekten (Bäume, Steine, Zäune usw.) oder mit anderen Schlitten.

Eine Patientin erzählte, wie sie am Pistenrand mit ihren Freunden plaudernd plötzlich von einem Ski-Raser erfasst und durch die Luft geschleudert wurde. Benommen blieb sie liegen, rappelte sich aber schließlich hoch. Der Verursacher kehrte zwar zurück und fragte „Is woas passiert, Madl?“. „Na“ war ihre Antwort – und schwups war er den Hang runter und weg. Dass was passiert war, merkte sie in den nächsten Stunden, Tagen, Wochen und Jahren. Die Schäden werden sie ihr Leben lang begleiten.

Damit aber noch nicht genug. Wie viele Eltern sind stolz, dass ihre fünfjährigen Sprösslinge auch schon schwarze Pisten befahren. Ein elterlicher Ehrgeiz ähnlich dem in den USA, wo Kinder an Rodeo-Wettkämpfen teilnehmen. Die Kinder werden es mit ihrer Gesundheit teuer bezahlen.

Nach dem Motto „No risk – no fun“ setzen sich die Menschen immer größeren Risiken aus. Noch höher, schneller und waghalsiger – die Rechnung ist katastrophal für die Gesundheit. Im wahrsten Sinne des Wortes: Sie wagen ihren Hals!

Zahlreiche Anamnesen geben auch Hinweise auf HWS-Schädigungen durch Operationen in Vollnarkose. Wir vermuten, dass nach Beginn der Prämedikation die HWS-Überstreckung zur Intubation eine Rolle spielt. Bei einem Drittel der Patienten von Schmerzambulanzen treten die chronischen Schmerzen erstmals nach einer Operation in Vollnarkose auf<sup>14</sup>. Auf dem Deutschen Anästhesie-Kongress 2001 in Nürnberg führte Prof. Dr. P. M. Lauven vom Klinikum Bielefeld die Resultate einer internationalen Studie an: Eine Woche nach Operationen unter Vollnarkose an 1.200 über 60-jährigen Patienten fanden sich bei 26 % kognitive Einschränkungen, nach drei Monaten waren 10 % geistig noch nicht wieder auf der Höhe<sup>15</sup>. Die Ursache sei unklar. Geistige Defizite ein Jahr nach der Operation würden angeblich nicht mit der Operation zusammenhängen. Was zu beweisen wäre! Wir ziehen aus unseren Daten andere Schlüsse.

Wir behandelten und behandeln junge Frauen und Männer, die diese mental-kognitiven Defizite lebenslang nach operativen Eingriffen in Vollnarkose entwickelten. Der jüngste Patient war 18 Jahre alt. Er wurde später unter psychosomatischen Diagnosen berentet. Fragt ein Anästhesist präoperativ seine Patienten nach Symptomen einer HWS-Schädigung? Selbst wenn er es täte, die Patienten wissen ja meist nichts von ihrer HWS-Schwäche.

Glücklicherweise leidet die Mehrheit der Patienten postoperativ nur einige Tage und Wochen an Übelkeit, Schwindel, Gleichgewichtsstörungen und Kopfschmerzen. Wir kennen aber auch Frauen und Männer, die nach Operationen viele Jahre nicht mehr auf die Beine kamen. Sie entwickelten ein chronisches Müdigkeits- und Erschöpfungssyndrom (CFS) mit einer Multisystem-Erkrankung und wurden erwerbsunfähig. Nicht die Dauer oder Schwere einer Operation waren entscheidend, sondern dass eine Vollnarkose ablief. Genau konnten die Betroffenen angeben, dass der

### **Anästhesiemaßnahmen**

Zu einem Artikel im Deutschen Ärzteblatt über postoperatives Erbrechen, Schwindel und Einfluss diverser Anästhesiemaßnahmen teilte ein Radiologe seine Erfahrungen mit. Er hätte in Röntgenuntersuchungen bei vielen Patienten Atlasfehlstellungen nach der Operation nachgewiesen.

Deblockierungsbehandlungen führten zum Verschwinden der Symptome. Die Entgegnung der Artikelautoren lautete, dass die HWS-Blockierungen spekulativ und diese Diagnostik- und Therapiemaßnahmen noch nicht überprüft seien<sup>16</sup>. Doch der Radiologe hat Recht. Wir bestätigen seine Diagnostik- und Therapieergebnisse. Im Bemühen, ihren Patienten zu helfen, haben Ärzte stets diverse Wege beschritten. Ihre Beobachtungen, Diagnostik- und Therapieergebnisse waren Ausgangspunkt für Entdeckungen und Erkenntnisfortschritte in der Medizin. Ohne sie hätte es diese in der Medizin der letzten 50 Jahre nicht gegeben. Die Erkenntnisse des Radiologen waren nicht spekulativ, sondern beruhten auf objektiven, reproduzierbaren Daten und wurden durch die erfolgreiche Therapie bestätigt.

Gesundheits- und Leistungseinbruch nach einer Mandeloperation, einer Appendektomie oder einer anderen Operation einsetzte: „Danach ging alles los“ – so ihr Kommentar.

Von unseren 1.845 Patientenakten mit HWS-Instabilitäten konnten 1.706 ausgewertet werden. Im Hinblick auf das Auftreten der ersten Symptome der Multiorgan-Erkrankungen wurden unten stehende Angaben gemacht. Sie sind als Hinweis anzusehen, wann das auslösende Ereignis für die HWS-Instabilität stattgefunden haben muss:

<b>Alter bei Beginn der Multiorgansymptomatik:</b>						
	n Frauen	% F.	n Männer	% M.	n gesamt	% ges.
Vorschulalter	116	14	76	8,7	192	11,3
Schulalter bis 20. Lebensjahr	306	37	453	51,6	759	44,5
21. bis 50. Lebensjahr	315	38	305	34,7	620	36,3
> 50. Lebensjahr	91	11	44	5,0	135	7,9
<b>Summen</b>	<b>828</b>	<b>100</b>	<b>878</b>	<b>100,0</b>	<b>1.706</b>	<b>100,0</b>

Bei älteren Patienten waren schwere körperliche Arbeiten zum Beispiel auf familiär geführten Bauernhöfen in der Kindheit bedeutsam. Im Alter zwischen 16 und 40 Jahren überwogen Unfälle im Sport, Straßenverkehr und Freizeitbereich. Im höheren Alter lagen Stürze, Verkehrsunfälle und Operationen an der Spitze.

Insgesamt gaben 408 (= 22,1%) unserer Patienten an, nach Operationen in Vollnarkosen an Kopfschmerzen, Übelkeit, Schwindel, körperlich-geistigem Leistungseinbruch, Herzsensationen, Herzrasen, Gelenk- und LWS-Schmerzen gelitten zu haben. 67 (= 16%) von ihnen litten seitdem auf Dauer unter chronischem Müdigkeits-, Erschöpfungssyndrom, Schmerzen, Chemikalienempfindlichkeit oder einer progredienten Multisystem-Erkrankung.

Im Alter zwischen 20 und 50 Jahren waren auch brachiale Deblockierungen der HWS mit plötzlich unerwartetem „Einrenken des Kopfes“ an einer massiven Verschlimmerung der Symptome bei 53 (= 8,5%) der Patienten mit im Spiel. Eine leichte HWS-Schädigung mit Nacken- und Schultermyalgien lag schon vor, sie war ja der Anlass zu der Behandlung. Der große Einbruch wurde aber durch die brachiale „Therapie“ ausgelöst. Schwindel, Übelkeit, Schleier- und Schwommensehen, Gleichgewichtsstörungen und geistig-körperliche Schwäche waren die Folgen.

Dass auch Schlaganfälle durch Dissektionen der Vertebralarterien ausgelöst werden können, ist bekannt<sup>17</sup>. Eine unserer jungen, österreichischen Patientinnen, die nach Pistenabfahrts- und Pkw-Unfällen eine HWS-

Schädigung hatte, erlitt durch solche Manipulationen zwei apoplektische Insulte. Ihr behandelnder Arzt stritt derartige Zusammenhänge stets ab.

Im Leben eines jeden Menschen ereignen sich Unfälle mit Gewalteinwirkungen, die zu Schleuderungen und Verdrehungen des Kopfes führen können und geeignet sind, HWS-Läsionen auszulösen. Die Schäden summieren sich im Leben. Treten keine sichtbaren Verletzungen auf, wird das Unfallereignis vergessen. Ärzte und Betroffene denken nicht daran, dass für spätere Erkrankungen ursächlich jahre- und jahrzehntelang zurückliegende Traumata verantwortlich sein können. Völlig übersehen werden insbesondere weitere Ursachen wie unnatürliche Geburtsverläufe, unsachgemäße HWS-Behandlungen („Einrenken“), schwere Hebe- und Tragearbeiten sowie Bagatellunfälle in allen Lebensbereichen. Auf den folgenden Seiten werden wir darstellen, wie es unserer Ansicht nach zu jahrzehntelang fortschreitenden Multisystem-Erkrankungen kommen kann, deren Ursache leider sogar maternal vererbbar sind.