

Rückenschmerzen entstehen im Kopf ! ?

1. Mythen und Fakten
2. Forschungsstand – Evidenz statt Eminenz
3. Handlungsempfehlungen
4. Ergebnisse eines Behandlungsprogramms
5. Diskussion

Oliver Dienemann, Dipl.-Sportwissenschaftler, Physiotherapeut
Ther. Ltr. TTZ der Fachklinik Bad Bentheim

Wissenschaftliche Arbeitsschwerpunkte

- 1998 Neugestaltung der MTT der Fachklinik Bad Bentheim
- 1999 Gründung eines interdisziplinären Behandlungsteams
- Teilnahme an Kongressen und Workshops der Universität Göttingen
- seit 2000 Erstellung und Umsetzung eines multimodalen Behandlungskonzeptes auf Reha-Ebene zum Rückenschmerz
- 2001 - 2003 Studie mit wiss. Begleitung durch die Universität Bielefeld
- 2004 Kooperationspartner der Arbeitsgruppe ICF-Core-Set-Entwicklung der Universität München
- 2006 Vorstellung der Studienergebnisse zum Rehakolloquium Bayreuth
- 2007 Veröffentlichung im Rahmen einer Tagung der Charite Berlin
- 2007 – 2010 Vorträge im Rahmen der WB zum Rehabilitationsmediziner
- seit 2009 Schwerpunkt MBOR

Mythen



„Eine göttliche Aufgabe ist es Schmerz zu lindern“

Galenos von Pergamon (129 bis 199 nach Christus), zeitweise Leibarzt des römischen Kaisers Marc Aurel und Wegbereiter der arabischen und byzantinischen Medizin



Fakten

Krankheitskosten des Problems
Rückenschmerz in Deutschland

Kostenstruktur des Schmerzes



Direkte Kosten

- Diagnostik, Therapie
- Operationen, Reha
- Pflegekosten usw.

8,404 Milliarden €

Indirekte Kosten

- Arbeitsausfall
- Krankenhaustagegeld
- Lohnfortzahlung
- Berentung/Berufsunfähigkeit
- Wohnungsumbau/Transportkosten
- Todesfall/Sterbegeld

ca. 13 Milliarden €

Intangible Kosten

- (Lebensqualität)
- Somatische Faktoren
 - Mentale Faktoren
 - Psychische Faktoren
 - Soziale Faktoren

???

Quelle: Krankheitskostenberechnung
des statistischen Bundesamtes für 2002

Quelle: Gesundheitsbericht für Dtl. 1998

Rückenschmerzen in Lübeck Ergebnisse aus 3 Surveys (rohe Raten)

Studie Jahr	N _{brutto}	Alter	Frauen %	RS heute	RS letzte 12 Monate	RS jemals
HL1 1990 – 1993	3969	24 – 74	52	40 %	75 %	82 %
EVOS 1991 – 1992	1058	50 - 79	48	43 %	70 %	77 %
HL2 2003	2750	18 - 74	54	36 %	74 %	85 %

Raspe H, Aktuelles zu Rückenschmerzen in Deutschland, Vortrag Gütersloh 2005



Rückenschmerzbefragung Rotary Club Bentheim 01.08.2011

N Brutto	Alter	Frauen	RS heute	RS Im letzten Jahr	RS jemals
22	ca. 40-85	0%	41%	68%	86%



Dysfunktionale Kognitionen

Beispiele (aus Fragebögen)

Ätiologie: „An meinen Schmerzen ist meine Arbeit schuld“, „wahrscheinlich steckt eine ernste Krankheit dahinter“

Risiken: „Körperliche Aktivitäten verstärken meine Schmerzen“

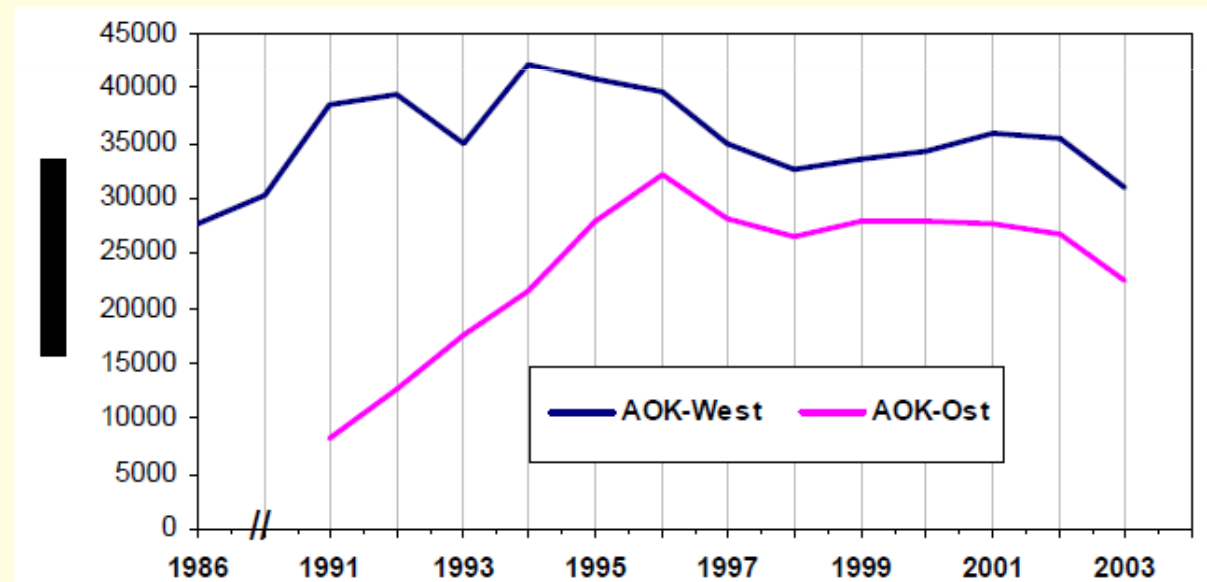
Diagnostik: „Jeder mit RS sollte geröntgt werden“

Behandlung: „Bettruhe ist das wichtigste“; „nur Medikamente bringen Erleichterung“

Prognose: „Mit RS kann man im Rollstuhl landen“, „Ich glaube nicht, dass ich in den nächsten 3 Monaten an meine normale Arbeit zurückkehren kann“



Arbeitsunfähigkeit durch RS (ICD M50-54) AOK- Bundesverband

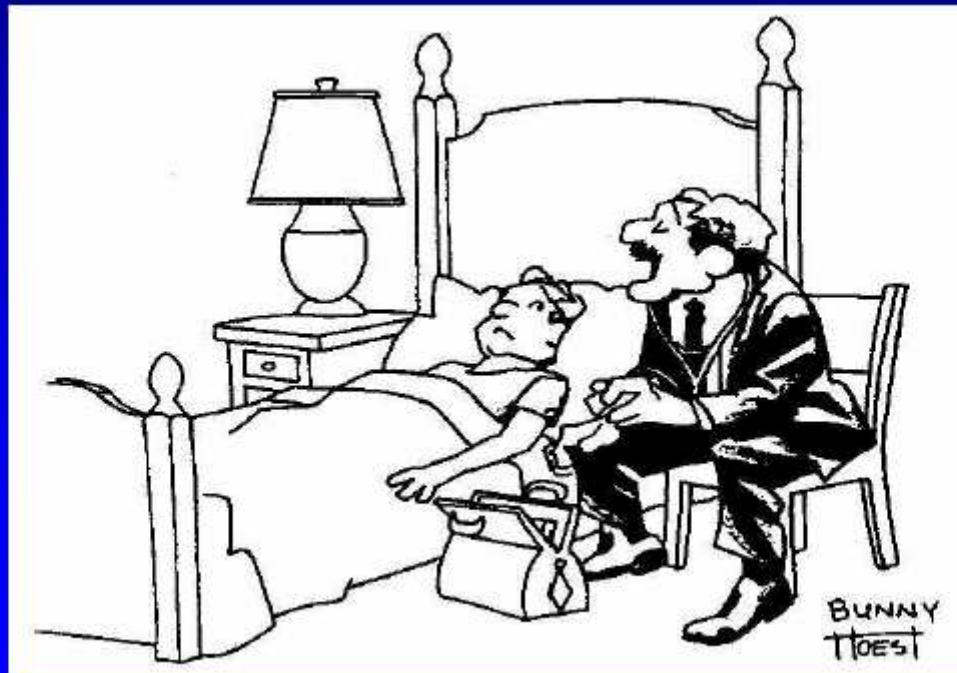


Raspe H, Aktuelles zu Rückenschmerzen in Deutschland, Vortrag Gütersloh 2005

Mythen

„Jede Rückenschmerzattacke verlangt bildgebende Verfahren“

„Sie haben mich gerade noch rechtzeitig gerufen. Noch 2 Tage länger, und Sie wären von selbst gesund geworden.“





Fakten

Bildgebende Verfahren bei Schmerzen im unteren Rückenabschnitt ohne klinische Vorteile - [R Chou and others. Imaging strategies for low-back pain: systematic review and meta-analysis. Lancet 2009; 373: 463](#)

In einem begleitenden Kommentar diskutieren Professor Michael M. Kochen von der Abteilung Allgemeinmedizin der Georg-August-Universität Göttingen und Kollegen, inwieweit bestimmte Faktoren die Ärzte daran hindern könnten, ihre gängige Praxis zu ändern, um bildgebende Verfahren vermeiden zu können. Darunter fallen "Erwartungen der Patienten bezüglich der Diagnostik, finanzielle Anreize setzende Kostenerstattungsstrukturen oder die Angst, wichtige Symptomatik zu übersehen." Die Autoren folgern: "Ein viel versprechender Ansatz scheint mittlerweile darin zu bestehen, Patienten inner- und außerhalb allgemeinärztlicher Praxen aufzuklären."

Fakten

Häufigkeit von Diagnosen zum Thema Rückenerkrankungen **ICD 10-M 40 – M 54**

In der allgemeinmed. Praxis

26,3 %

In der orthopädischen Praxis

84,1 %

Quelle: Gesundheitsberichterstattung des Bundes 2003

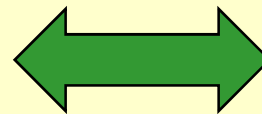
„Ein nachhaltiger Abbau von Über- und Fehlversorgung sowie eine angemessene neue Ausbalancierung von Prävention , Kuration und Rehabilitation in der Versorgung chronisch Kranker erfordert jedoch eine längerfristige Umsteuerung des Gesundheitssystems... Sie verlangt eine grundlegende Änderung von Strukturen, Anreizen, Wissen und Werten.“
Handlungsempfehlung (A) des Sachverständigenrates, 2001



Fakten

Beurteilung von Aspekten des Gesundheitszustandes bei muskuloskeletalen Erkrankungen

Patient



Arzt

„Kururlaub..“



Der sprechende(re) Arzt

re-habilitare
„wieder fähig machen“

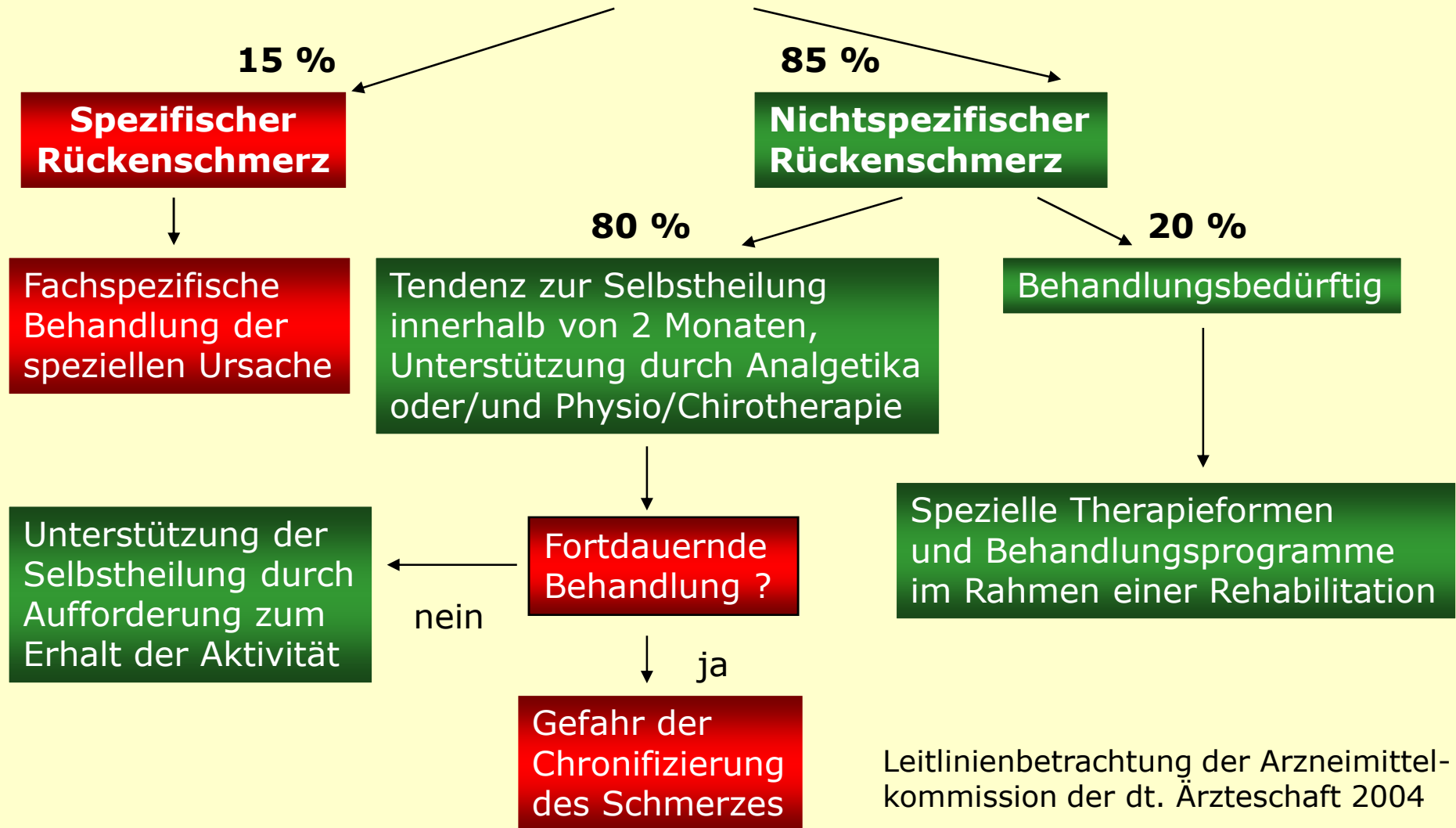
Geringe Übereinstimmung zwischen Arzt- und Patientenurteil !!!

Farin et al. 2007



Forschungsstand

Rückenschmerz



Leitlinienbetrachtung der Arzneimittelkommission der dt. Ärzteschaft 2004

Forschungsstand

Flaggenmodell nach Kendall, Burton, Main und Waddell

Red Flags

- Frakturen
- Tumoren oder Infektionen
- Cauda-Equina-Syndrom
- rheumatol. Erkrankungen
- neurolog. Erkrankungen

Blue Flags

- Art der Tätigkeit
- Arbeitsplatzatmosphäre
- Firmenpolitik

Yellow Flags

- Kognitionen
- Emotionen
- Verhalten
- Familie
- Arbeitsplatz
- Diagnostik und Behandlung

Black Flags

- allgemeine Systembedingungen
Lohnfortzahlung, Berentung usw.

Zielorientierung: Funktionsverbesserung statt Schmerzreduktion

Messgröße für Funktionsverbesserung = Funktionskapazität

Die Funktionskapazität muss als Verbindung zwischen der **objektiv körperlichen Beeinträchtigung** bzw. der **objektiven körperlichen Leistungsfähigkeit** einerseits und dem **subjektiven Erleben** andererseits betrachtet werden (Hildebrandt et al. 2006).

Es besteht dringender Bedarf für die Entwicklung einer standardisierten, handhabbaren und umfassenden Untersuchungsmethode zur Erfassung der Verhaltens-/ Funktionskapazität (Pfungsten et al. 2006).

Forschungsstand

Zusammenhänge zwischen Struktur, Funktion und Verhalten

Inaktivität bedingt Kraft- und Funktionsverlust der Muskulatur

- ➔ Massen- und Kraftverlust nach 3 Tagen ca. 30 % (Max et al. 1971)
- ➔ Fasertyp I - Haltemuskulatur stärker betroffen (Appell, 1990)
- ➔ Funktionskette ohne segmentale Stabilität insuffizient (Richardson et al. 1999)

Begrenzte strukturelle und funktionelle Adaptionsmechanismen

- ➔ ADL kann zu Systemüberforderung führen
- ➔ Aktivität – Schmerz - Verunsicherung **Angst - Vermeidungsverhalten**

Verlust internaler Kontrollüberzeugung

Dimensionen von Kontrollüberzeugungen (Krampen, 1981)

Internalität

- die subjektiv bei der eigenen Person wahrgenommene Kontrolle über das eigene Leben und über Ereignisse und Verstärker in der personenspezifischen Umwelt

Externalität

- die durch ein subjektives Gefühl der Machtlosigkeit bedingt ist, durch ein Gefühl der sozialen Abhängigkeit von anderen (mächtigen) Personen

Fatalismus

- also durch die generalisierte Erwartungshaltung, dass die Welt unstrukturiert und ungeordnet ist, dass das Leben und Ereignisse in ihm von Schicksal, Glück und Zufall abhängen

Ziel: Möglichst frühe Identifizierung des Chronifizierungs-Risikos

- a) Abschätzung des Risikos für anhaltenden KH-Verlauf
- b) Identifikation zur frühen Einleitung von Gegenmaßnahmen
- Körperliche Faktoren (Befunde) spielen (nach bisheriger Evidenzlage) für die Chronifizierung eine untergeordnete Rolle
- Psychologische Faktoren haben sich als wichtige Prädiktoren erwiesen („transition from acute to chronic“)
Insbesondere, kognitive und behaviorale Faktoren wie:
 1. schmerzbezogene Angst
 2. psychischer Distress (z.B. Depressivität)
 3. Vermeidung normaler (körperl.) Aktivitäten
 4. Arbeitsplatzprobleme



Interviews sind zeitaufwändig, geringe Standardisierung
Daher: Screening-Verfahren (Fragebogen)

Rehabilitation von Rückenschmerzen

Indikationsstellung – Best-Practice-Empfehlungen – Nachsorge

Expertenpanel „Rückenschmerz“ der Bertelsmann Stiftung

Gütersloh, Juni 2007

BertelsmannStiftung



Dr. Silke Brüggemann
Eckhardt Böhle
Dr. Hartmut Bork
Prof. Dr. Bernd Greitemann
Prof. Dr. Jan Hildebrandt
Jana Hofmann
Prof. Dr. Bernd Kladny
Prof. Dr. Klaus Pfeifer

Deutsche Rentenversicherung Bund
Deutscher Verband für Physiotherapie
Asklepios-Klinik Schaufling
Klinik Münsterland Bad Rothenfelde
Universität Göttingen
Universität Erlangen-Nürnberg
Fachklinik Herzogenaurach
Universität Erlangen-Nürnberg

„best practice“: Zielsetzungen

- ✓ **Veränderung psychologischer Risikofaktoren**
(z.B. Schonverhalten/ Durchhalteverhalten; depressive Stimmungen, inadäquater Umgang mit Schmerzen)
- ✓ **Reduktion von Bewegungsangst**
- ✓ **Abbau körperlicher Dekonditionierungszustände**
- ✓ **Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit und die Förderung der schnellen Rückkehr an den Arbeitsplatz**
- ✓ **Förderung einer Wiederaufnahme normaler Alltagsaktivitäten**
- ✓ **Hinführung zu und Bindung an eigenständig durchgeführte gesundheitssportliche Aktivität**

„best practice“: Behandlungsprinzipien

- ✓ **Interdisziplinäre Zusammenarbeit**
 - **ärztliche Betreuung, bewegungstherapeutische, psychologische, soziale sowie arbeitsbezogene Intervention**
 - **dasselbe Ziel, dieselbe Botschaft, gemeinsame Erklärungsmodelle und Vermittlungsinhalte**
- ✓ **Multiprofessionelle Diagnostik und Therapiezuweisung**
- ✓ **Berücksichtigung beruflicher Problemlagen**
- ✓ **Unterstützung von Nachsorgeprogrammen**

Zielgruppe des Behandlungsprogramms

Indikationen

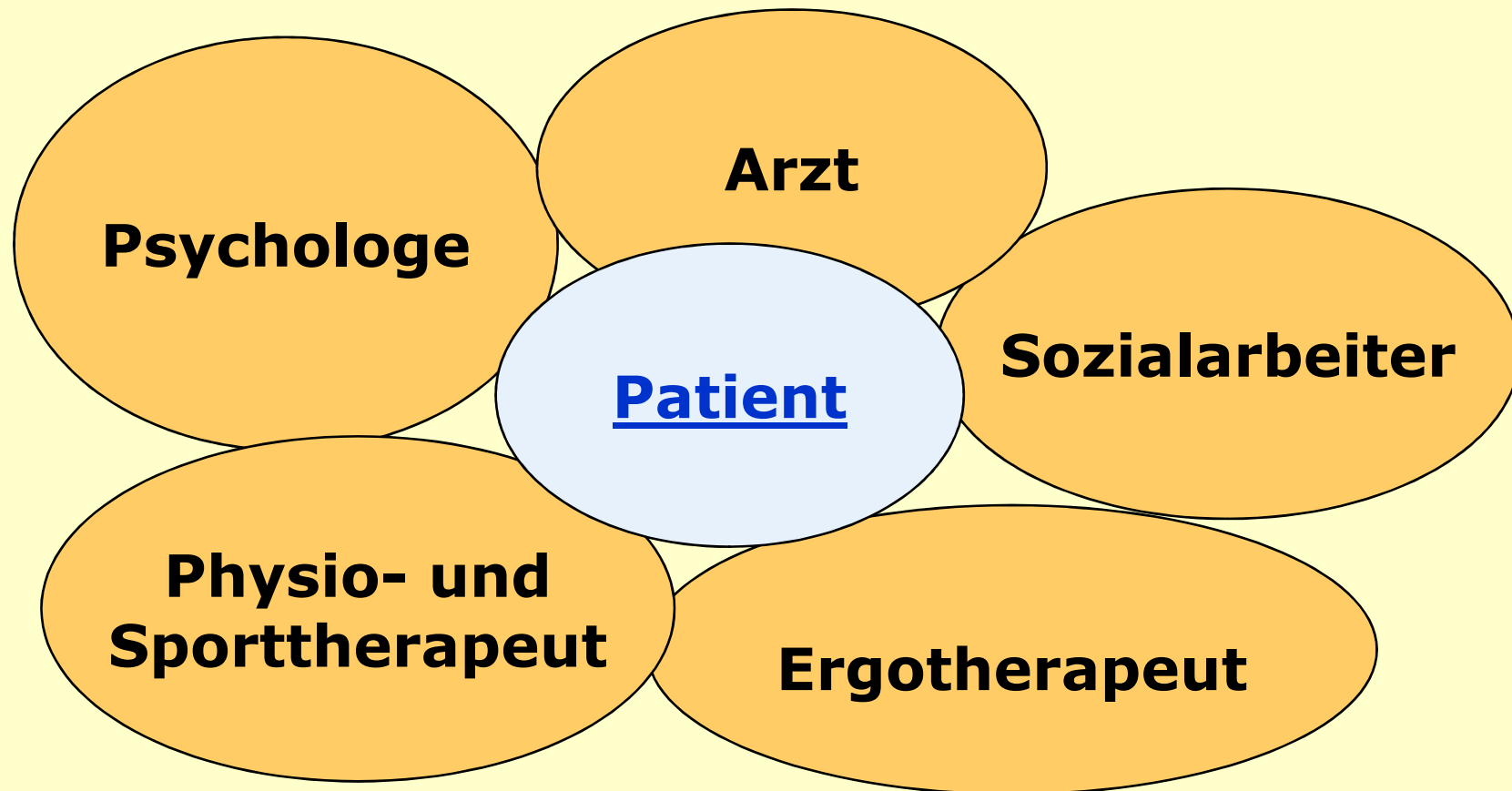
- Somatoforme Schmerzsymptomatik
- Unspezifische, chronische RS
- Postnucleotomie-Syndrom (> 4 Mon.)

Kontraindikation

- Tumorleiden
- Eigenständige neurologische Erkrankung
- Rheumat. Erkrankung
- Unzureichende körperliche Belastung aus anderen Gründen
- Laufendes Sozialgerichtsverfahren

Definition: Chronischer Schmerz \geq 12 Wochen

Einzelbausteine des Behandlungskonzept





Methodik

Typischer Wochenstundenplan

2. Woche	<u>MO</u>	<u>DI</u>	<u>MI</u>	<u>DO</u>	<u>FR</u>
08:00-08:45	Koordination	Koordination	Koordination	Koordination	Koordination
09:00-09:45	WALKING	Rückentraining und -schulung	WALKING	Rückentraining und -schulung	Work-Hardening
10:00-11:00	Rückentraining und -schulung	Work-Hardening	Rückentraining und -schulung	Work-Hardening	Schulung Stress und Krankheitsbewältigung
11:00-12:00	Work-Hardening	Schwimmen	Work-Hardening	Schwimmen	Krankheitsbewältigung
12:00-13:00	gemeinsames Mittagessen	gemeinsames Mittagessen	gemeinsames Mittagessen	gemeinsames Mittagessen	gemeinsames Mittagessen
13:00-14:00	Ergometer-training	Ergometer-training	Schulung Stress und Krankheitsbewältigung	Ergometer-training	Ergometer-training
14:00-15:00	Arbeitsergonomietraining und -schulung	Arbeitsergonomietraining und -schulung	Krankheitsbewältigung	Arbeitsergonomietraining und -schulung	Rückentraining und -schulung
15:00-16:00	Arztvisite Schwimmen	Arztvisite Sauna	Arbeitsergonomietraining und -schulung	Schulung berufliche Reintegration	Schwimmen

Methodik

Trainingsaufbau nach Work Hardening-Prinzipien (Oliveri, 2005)

Fitness

- Walking
- Ergometertraining
- Schwimmen
- Sequenztraining

Spezifische Trainingsübungen

- Mattenprogramm
- Kletterwand
- Kleine Spiele

Arbeitssimulationstraining

- Parcourstraining
- Arbeitsplatztraining

Therapeut = Coach



Ergebnisse

Allgemeine Studiendaten

- Kursprogramm für anhaltend schwere und amplifizierte RS
- Teilhabestörung über Arbeitsunfähigkeit identifiziert
- Studienzeitraum März 2001 – März 2002
- geschloss. 4-wöchiges Kleingruppenprogramm
- 78 Teilnehmer
- 51 Männer, 27 Frauen
- Durchschnittsalter 43,9 Jahre

Arbeitsunfähigkeitsstatus vor bzw. nach Rehabilitation

Aufnahmestatus (Patientenangabe)			Entlassungsstatus				
AU > 3 Mon.	AU > 6 Wo.	Keine AU im letzten Jahr	arbeitsfähig	arbeitsunfähig mit Auflage der			
				innerbetr. Umsetzun	stufenw. Wiederein	Umschulung	Forts. der Behandlg.
46 (59%)	24 (31%)	8 (10%)	62 (79%)	1	6	7	1

Ergebnisse


Anzahl der Arbeitsunfähigkeitstage (AU-Tage) ICD- 10- M40 – M54 jeweils 2 Jahre Prä –Post-Reha

Krankenkasse		AU Prä	AU Post
IKK (N=13)	Anzahl AU-Tage	774	575
AOK (N=22)	Anzahl AU-Tage	2793	1205
BEK (N=4)	Anzahl AU-Tage	721	515
DAK (N=6)	Anzahl AU-Tage	202	123
BKK (N=4)	Anzahl AU-Tage	507	303
TKK (N=2)	Anzahl AU-Tage	142	0
Gesamt (N=51)	Anzahl AU-Tage	5139	2721

FACHKLINIK BAD BENTHEIM
Ihr Gesundheitszentrum



„Ich brauche die Statistik. Sie weiß, was ich sage.“



FACHKLINIK BAD BENTHEIM
Ihr Gesundheitszentrum



Vielen Dank für ihre Aufmerksamkeit
www.fk-bentheim.de