

Pressemitteilung 6/99

Seminar "Orthopädisch-rehabilitative Rückenschule"
Bundesverbandes deutscher Rückenschulen (BdR) e.V.
Berufsverbandes der Ärzte für Orthopädie (BVO) e.V.
am 1. Mai 1999 im Rahmen des
Süddeutschen Orthopäden Kongresses in Baden-Baden

Leitsätze:

Die orthopädische rehabilitative Rückenschule als Chance zur interdisziplinären Kooperation im Rahmen der "orthopädischen Therapiestraße"

[Dr. med. U. Frohberger](#)

Den Menschen zu behandeln, ist wichtiger als die Wirbelsäule zu therapieren.
Dr. B. Reinhardt

Die Wirksamkeit einer Rückenschule ist nur gegeben, wenn aktive Therapiekonzepte unter Einbeziehung aktueller mechanischer und psychosozialer Arbeitsplatzeinflüsse umgesetzt werden!

Prof. A. Nachemson

Mindestvoraussetzung für eine erfolgreiche "orthopädische rehabilitative Rückenschule" ist die Steigerung der "internalen Gesundheitskontroll-Überzeugung"

Dr. H. Budde

Die "orthopädische rehabilitative Rückenschule" war das Leitthema des Seminars des Bundesverbandes der deutschen Rückenschulen sowie des Berufsverbandes der Ärzte für Orthopädie im Rahmen des diesjährigen Kongresses der süddeutschen Orthopäden in Baden-Baden. Als Mitglied in der "Sektion Wirbelsäule" der deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Traumatologie (DGOT) e.V. gilt, Inhalte und Ziele der Rückenschulbewegung regelmäßig entsprechend zu neueren wissenschaftlichen Untersuchungen und Erkenntnissen zu überprüfen.

Unter dem Thema "der Kreuzschmerz - kritisch betrachtet" führte Dr. B. Reinhardt/ Bad Aibling aus, daß das Auftreten von Kreuzschmerzen abhängig vom Angebot ärztlicher Dienstleistungen sei. Im Oman gäbe es keine Kreuzschmerzen, weil dort keine ärztlichen Dienste vorhanden seien - in Deutschland gebe es trotz zahlreicher konservativ tätiger Orthopäden, Psychologen, Krankengymnasten u.a. immer noch genug zu tun.

Das Aufsuchen des Arztes wegen Kreuzschmerzen resultiere nicht selten aus Ängstlichkeit und emotionalem Dysstress und könne auch zur Gewohnheit werden. Reinhardt beobachtet eine gewisse Unsicherheit und auch zunehmend anerzogene Unmündigkeit zur Selbsthilfe bei vielen Patienten. Ängste vor Krebs und anderen schweren Krankheitsbildern lenken viele Patienten zu den Ärzten, diese sollten dann den Beweis liefern, daß nichts Ernsthaftes zu finden sein.

Der Kreuzschmerz hat nach Reinhardt seinen Höhepunkt in der Mitte des Arbeitslebens, also zwischen dem 40. - 45. Lebensjahr, wenig Übereinstimmung bestehe zwischen den röntgenologisch u.a. bildgebenden Verfahren nachweisbaren Veränderungen sowie den klinischen Symptomen. Als Hauptursachen von Kreuzschmerzen und Arbeitsunfähigkeiten werden hierfür besonders empfänglichen Persönlichkeit des Betroffenen sowie der aktuell bestehende psychosoziale Stress angegeben. Äussere Spannungen werden verinnerlicht und somatisiert.

Die bei der orthopädischen Untersuchung erhobenen Befunde und Diagnosen können

nach Reinhardt daher immer nur einen Teil des Ursachenspektrums beinhalten, die beim jeweils Betroffenen bestehende Bereitschaft zum "Leiden" bis hin zum Entstehen einer chronischen Schmerzkrankheit ist sehr schwer vom Therapeuten erfassbar. Beim passiv Leidenden wird die seelische Reaktion dominant, es entstehen Angst, Spannung, Depression, der Schmerz bekommt seine Dramatik und Psychosomatik.

Beim Betroffenen, dessen überwiegendes Streben dahin liegt, möglichst schnell wieder gesund und leistungsfähig zu werden, werden schmerzhemmende Reaktionen aktiviert, die Dauer und Intensivität des Beschwerdebildes entwickelt sich deutlich günstiger. Aus diesem Grunde sei der aktive Weg wohl der einzige und bessere Weg der Therapie.

Reinhardt stellt heraus, dass es wichtiger sei, den Menschen zu behandeln als die Wirbelsäule. Er sieht die Rolle des Arztes mehr als Berater denn als Heiler mit dem Ziel, den Patienten zu motivieren, aktiv an einer Verbesserung der Funktionsstörungen der Wirbelsäule mitzuarbeiten und damit in den Alltag und in das Arbeitsleben möglichst schnell zurückzukehren. Allzu strenge Verhaltensmassregeln beinhalten das Risiko, dass einmal ausgesprochene Einschränkungen der Belastbarkeit von den Betroffenen häufig lebenslang beibehalten werden.

Als besonders prominenter Gast konnte Prof.A. Nachemson/Washington/ Göteborg gewonnen werden, zum Thema "The influence of mechanical and psychosocial factors on treatment of back pain "zu referieren". Nachemson führte aus, trotz zahlreicher wissenschaftlicher Untersuchungen in den letzten 10 Jahren seien die ursächlichen Faktoren von Rückenschmerzen bisher für die Mehrheit der Patienten unbekannt. Doch zeige eine ganze Reihe von akzeptablen und randomisierten kontrollierten Studien in den letzten Jahren Beispiele von Therapiekonzepten, die erfolgreich angewandt, eine gesicherte Reduzierung der Beschwerden verursachen und die Wiederaufnahme der Arbeit ermöglichen. In diesen neuen Studien werden zum einen die Ergebnisse von intradiscalen Druckmessungen gesammelt sowie psychosoziale Faktoren als sogenannte "Yellow Flags" dargestellt, bei deren Berücksichtigung es zu einer Reduzierung der schmerzhaften Funktionsstörungen nachweislich kommen könne.

Nachemson betont weiterhin, dass die Einbeziehung der Arbeitsplatzsituation bei der Festlegung eines Therapiekonzeptes unverzichtbar sein. Untersuchungen der "Cochrane Back-Group" hätten ergeben, dass die Wirksamkeit von Rückenschul-Programmen allein dann nachweisbar sein, wenn aktuelle Arbeitsplatzfaktoren bezüglich der mechanischen körperlichen Belastung sowie der psychosozialen Bedingungen in das Programm einbezogen seien. Dieser positive Effekt sei insbesondere bei chron. Rückenschmerz als Folge besonderer beruflicher Exposition festzustellen.

Die Beseitigung der Angst des Patienten sei durch einfache psychologische verhaltenstherapeutische Methoden und durch gezieltes körperliches Training zu fördern, gute Ergebnisse könnten in kontrollierten Studien bei akuten, subakuten wie auch bei chron. "Low Back Pain"-Patienten dokumentiert werden.

Zur Thematik des belastungsinduzierten Bandscheibendrucks berichtet Nachemson von aktuellen und kurz vor der Veröffentlichung stehenden Untersuchungen des Japaners Sato, der mit neuen verbesserten Drucksensoren Messungen in der Bandscheibe L4/5 bei acht gesunden Probanden sowie 28 Patienten mit "low back pain" durchgeführt hat. Durch diese Untersuchungen würden Nachemsons Untersuchungen weitgehend bestätigt, die lumbale Druckbelastung beim Sitzen sei nur ca. 15 % höher als im Stehen.

Als erfolgsversprechendes Therapiekonzept sieht Nachemson nach erfolgter ärztlicher Schmerztherapie eine orthopädische qualifizierte Rückenschule, eine anschliessende und ergänzende Trainingstherapie einschliesslich wiederholter Tests der körperlichen Leistungsfähigkeit und Fitness sowie die Vermittlung einer psychologischen Rückkopplung und Verstärkung der Therapieerfolge. Die schnelle Rückkehr an den Arbeitsplatz wird als die weitere Genesung sehr günstig beeinflussender Faktor angegeben.

Als notwendige "politische" Lösungsansätze sieht Nachemson die Förderung einer gesunden Lebensweise, die Vermeidung einer nachlassenden Leistungsmotivation bei (Renten-)Versicherungsanwartschaft sowie die Vermeidung einer Förderung lebensleistungshemmender Versicherungen.

Frau Dr. H. Budde/Bad Münster stellt ihre von der Deutschen Gesellschaft für Rehabilitation prämierte Untersuchung "Evaluation einer verhaltensorientierten orthopädischen Rückenschule in der stationären Rehabilitation" vor, deren Aussagen auch auf die ambulante orthopädische Rückenschule übertragbar sind.

Die ausgebildete Krankengymnastin und diplomierte Psychologin berichtete von Erkenntnissen der psychologischen Handlungsforschung, dass Patienten angezeigte gesundheitsförderliche Massnahmen insbesondere dann weiterführen, wenn sie von den eigenen Möglichkeiten zur positiven Beeinflussung ihres Gesundheitszustandes überzeugt wurden.

Als Mindestvoraussetzungen für die Steigerung der damit angesprochenen sog. "Gesundheitskontroll-Überzeugung" (nach Rotter 1966) könnten gelten:

Die bewusste Erfahrung der Linderung der Beschwerden infolge eigener Aktivitäten und die entsprechende Zuschreibung, die Kenntnisse der zugrundeliegenden Zusammenhänge sowie die Überzeugung, die entsprechenden Aktivitäten eigenständig und ohne Anleitung im notwendigen Umfang und der nötigen Intensität im eigenen Lebensalltag ausführen zu können.

Eine solche Überzeugung könne nach grundlagenwissenschaftlichen Erkenntnissen der modernen Psychologie nicht allein durch Aufklärung, Information u.a. entwickelt werden. Wichtig sei das systematische Einüben des Verhaltens und das bewusste Erleben der damit verbundenen Folgen für den Patienten selbst.

Durch geeignete Gesprächsführung und Gruppengestaltung wurde in der von Frau Dr. Budde vorgestellten Untersuchung ein "entdeckendes Lernen" (Nentwig 1992) gefördert, die hierdurch bewirkten Einsichten und Verhaltensänderungen erwiesen sich als stabiler. Die Teilnehmer am Interventionsprogramm absolvierten in Gruppen von 12-15 Teilnehmern zusätzlich zum orthopädischen Standardprogramm elf Einheiten von je 1 Stunde mit einer Einheit pro Tag innerhalb von gut zwei Wochen.

Im Gegensatz zur Kontrollgruppe, die mit gleichem zeitlichen Aufwand die "progressive Muskelanspannung nach Jacobsen" erlernte, wies die Interventionsgruppe noch 6 Monate später eine weitere Verbesserung der Effekte der stationären orthopädischen Rehabilitation bei den Teilnehmern des verhaltensorientierten Programms aus orthopädischer Rückenschule und psychologischer Schmerzbewältigung auf.

Zusammenfassend stellte [Dr. med. U. Frohberger](#)/Münster fest, dass das multifaktorielle Syndrom schmerzhafter Funktionstörungen der Wirbelsäule allein durch die gleichzeitige wenn auch im Einzelfall unterschiedlich gewichtete Einbeziehung zahlreicher Faktoren aus der Pathophysiologie, Biomechanik, Psychologie und Trainingslehre gelindert werden und die Freude an der körperlichen Leistungsfähigkeit gesteigert werden kann. Nicht zuletzt kommt psychosozialen Faktoren wie der Arbeitszufriedenheit besondere Bedeutung zu.

Gesundheitsförderung sollte sich von der ausschliessenden Frage nach Krankheitsursachen zunehmend zur Frage nach der "Gesundheitsverursachung" wenden.

gez. Dr. med. U. Frohberger

Informationen zur Erlangung der Zusatzbezeichnung "Rückenschullehrer/-in" des BdR erhalten Sie in der Geschäftsstelle des BdR.