

Stellungnahme zur Wirbelsäulentherapie in meiner Praxis/OTZ

Sehr geehrte Patientinnen und Patienten,

Im Bezug auf die Zunahme der Rückenleiden möchte ich Ihnen die Problematik des medizinischen Trainings bei Wirbelsäulepatienten aus meiner Sicht erläutern.

Da die Kosten bei der medizinischen Behandlung gerade bei den Wirbelsäulenproblemen in den letzten Jahren zunehmen ist es notwendig über therapeutische Konzepte nachzudenken, welche an den medizinischen Ursachen ansetzen, und nicht wie bisher die Symptome therapieren. Es erscheint deshalb so zwingend, denn in einer aktuellen amerikanischen Untersuchung fand sich unter den 29 am stärksten geförderten Forschungsbereichen der National Institutes of Health (NIH) kein einziger aus dem Bereich der chronischen Erkrankungen der Bewegungsorgane. In Deutschland zeigt sich ein vergleichbares Bild.

Die Weltgesundheitsorganisation der Vereinten Nationen beziffert die Zahl der Muskel-Skelett-Erkrankungen auf mehrere hundert Millionen weltweit. Das Tempo des Anstiegs verläuft so rasant, dass die WHO die Jahre 2000 bis 2010 zur „bone & joint decade“, zum „Jahrzehnt der Knochen und Gelenke“ ausgerufen hat. Falls es jedoch so weiter geht heißt das Nächste „Jahrzehnt der Wirbelsäule und Neuromotorik“.

Die Ursachen für Beschwerden des Bewegungsapparates zu suchen erscheinen jedoch auf den ersten Blick recht kompliziert, da manche Probleme der Motorik bereits angeboren oder im Rahmen der motorischen Entwicklung im Kindesalter erworben werden. Zusätzlich verstärken die Einflüsse des modernen Lebens mit den zivilisationsbedingten Annehmlichkeiten die motorischen Defizite und haben somit negativen Einfluss auf die anatomische Entwicklung im Wachstum, die frühe Abnützungen beim Erwachsenen und Zelluntergang im Alter.

Verstärkt treten viele Beschwerden schon in einem jüngeren Alter auf, z. B. Bandscheibenschäden, welche jedoch eine Ursache in der Summation der anatomisch- posturalen Entwicklung, dem zivilisationsbedingten motorischen Fehlverhalten und ernährungsbedingten Stoffwechselstörungen haben. Obwohl für ca. 90 Prozent der über 55-Jährigen körperliche und geistige Fitness das wichtigste Lebensgut darstellt, treiben ca. 50 Prozent der 30 – 59 jährigen Männer und Frauen keinerlei Sport und bei Jugendlichen schrumpft der Bewegungsradius langsam aber sicher auf die Größe des Computerarbeitsplatzes oder Spielkonsole.

Wenn ein Jugendlicher in seinem Wachstum dem Organismus einen unausreichenden Reiz für die Reifung seiner Muskel-Knochen-Knorpel-Bindegewebsstrukturen und neuromotorischer Funktionen durch adäquate Bewegung bietet, und dann als übergewichtiger Erwachsener einen vornehmlich sitzenden Beruf ausübt, ist sein Rückenleiden zu 90 Prozent vorprogrammiert. Aus der Summation der Defizite (motorischer Koordinationsverfall, Muskelkraft und allgemeiner Fitnessverlust) ergibt sich dann zu einem gegebenen Zeitpunkt ein ganz

spezifisch-individuelles strukturelles Abbild mit mehr oder weniger größeren knöchernen Veränderungen an Wirbelsäule und Gelenken. Dieser Verlauf kann durch eine positive Modulation der einzelnen Komponenten verändert werden, jedoch bleiben die im Wachstumsalter erworbenen Vorgaben vorhanden.

Dies mag sich nun als nur eine reine Inaktivitätsproblematik darstellen, jedoch bringen 30% der Jugendlichen mehr oder weniger stark ausgeprägte motorische Diskoordinationen aus dem frühen Kindesalter (bis zum 5. Lj) in das Erwachsenenendasein mit (die schlimmste Stufe davon ist die Cerebralparese, s. Vojta). Diese Störungen sind beim Erwachsenen, durch Kompensationsmechanismen überdeckt, wahrlich schwerer zu erkennen, und daher als Ursache der komplexen Bewegungsstörung schwer zu therapieren.

Wird durch die biomechanische Überlastung die individuelle strukturelle und funktionelle Anpassung und nozizeptive Kompensationsfähigkeit des Organismus überschritten, entsteht ein akutes oder chronisches Beschwerdebild dem wir dann als Mediziner einen Namen geben: z. B. pseudoradikuläres Syndrom, Bandscheibenprolaps, Arthrose, Spondylose, Hyperlordose, Kyphose, Spondylarthrose, Verkalkung, Tendinitis, Myalgien, Lumbalgien, Brachialgien, chronisches Schmerzsyndrom u.s.w.. Dabei hat sich die Orthopädie zu einer Disziplin entwickelt, welche den strukturellen Schaden als Ursache der Beschwerden bewertet und dementsprechend zu therapieren versucht und vergisst, dass das Skelett (Wirbelsäule, Gelenke, Knochen, Knorpel, Bänder, Muskeln) das Ergebnis einer längeren Anpassung an die neuro-pathologischen Steuerung darstellt (Software unterwirft sich die Hardware), und u. a. ist die Wirbelsäule auch ein beliebtes Projektionsfeld für anders gelagerte Schmerzsyndrome und Pseudodiagnosen. Wenn wir dann z. B. den Bandscheibenprolaps operieren, kann es primär zur Schmerzfreiheit führen, die Ursache welche zu diesem strukturellen Schaden geführt hat wird dadurch jedoch nicht erfasst (Operation eines Röntgenbildes oder eines Symptoms). Daher erleiden die Patienten Rezidive oder schlechte operative Erfolge welche in manchen Fällen zu katastrophalen Ergebnissen (Charles Burton: Failed back surgery syndrom, Gordon Waddell.“The back pain revolution“) führen können, und die Kosten der weiteren Therapien und volkswirtschaftliche Ausfälle in die Höhe treiben.

Trotz allen Fortschritts in der Medizin können ca. 80 Prozent aller Rückenschmerzen durch alt hergebrachte Methoden noch immer keine klare Erklärung finden. Es gibt auch keine Studien welche unter wissenschaftlichen Vorgaben die bisher angewandten Methoden rechtfertigen.

So erscheint es zwingend notwendig, die Probleme und morphologische Veränderungen richtig zu deuten, neu zu definieren und mit neuen Therapieansätzen so nah wie möglich an den Ausgangspunkt zu gelangen. Dazu müssen wir die individuellen biologischen Kompensationsmöglichkeiten des Patienten für das gegebene Problem erkennen und diese in die Therapie einbinden. Nur wenn dies gelingt und der Patient aktiv an der Therapie in seinem normalen Tagesablauf teilnimmt, kann ihm langfristig geholfen werden. Wir wissen, dass eine Schmerzvermeidungsstrategie bei Problemen des Bewegungsapparates, sich durch eine richtige Aktivitätssteigerung und individuelle neuro-muskuläre Verbesserung, viel leichter umsetzen lässt. Hier wird gerne in der modernen Terminologie von so genannten multimodalen Therapieansätzen durch klare sportmedizinische Orientierung unter verhaltenstherapeutischen Prinzipien gesprochen.

Einer der Ansätze bei Wirbelsäulenproblemen liegt dabei im Durchbruch der motorischen Fehlkoordination unter Ausnutzung der von Natur aus vorhandenen Möglichkeiten. Bei allen Therapieformen die langfristig einen Sinn haben sollen, muss der Patient aktiv in die Sicherstellung der physiologischen posturalen Haltung

eingebunden werden. Dies können für ihn, da wir uns in einem Gravitationsraum befinden, unter anderem nur die eigenen Muskeln durchführen. Das heißt, die durch das Zivilisationsleben und die individuellen Vorgaben ins Hintertreffen geratenen Muskeln zu rekonditionieren und eine Synchronisierung deren Funktionen vorzunehmen.

Dabei müssen jedoch grundsätzlich die morphologischen Veränderungen, Körperwahrnehmungs- und Koordinationsgefühl respektiert werden um individuelle Therapieziele und Erwartungen definieren zu können. Grundsätzlich kann man davon ausgehen, dass je größer der morphologisch-motorische Schaden ist, desto geringer ist der therapeutische Erfolg anzusetzen, wobei es sehr große Schwankungen (individuelle Lern- und Kompensationsfähigkeit) geben kann. Daher können einheitliche therapeutische Maßnahmen nur für einen gewissen Kreis von Patienten mit geringen strukturellen Veränderungen und geringer Pathomotorik definiert werden, die übrigen müssen in einem anderen therapeutischen Zeitplan erfasst werden. Eine genaue individuelle therapeutische Aussage bei den stärker betroffenen Patienten ist jedoch erst im Verlauf der Therapie möglich und wie aus wirtschaftlichen Interessen erwünscht a priori nicht möglich.

Somit sind die von der DGMKT bzw. BÄK vorgeschlagene 18 – 25 Sitzungen nur dann zutreffend, wenn die Beschwerden rein auf funktionelle Defizite mit keinen oder nur geringen strukturellen Veränderungen begrenzt sind. Dies findet man bei ca. 30% der Patienten, v. a. bei den jüngeren und weniger Dekonditionierten. (Leider kommen diese Vorgaben aus dem Krafttraining und nicht aus den medizinischen Bedürfnissen). Der Rest zeigt jedoch, v. a. durch das höhere Alter bedingt, starke Defizite in der motorischen Koordination, Körpergefühl, Kraft und einen mehr oder stärker ausgeprägten strukturellen Verfall. Dies bedarf eines veränderten Zeitplanes welcher nach oben manchmal offen zu sein scheint, jedoch kann man sagen, dass an das Basisprogramm angegliederte Programme zwischen 6 Wochen und 12 Monaten liegen können. Früher oder später gehen die therapeutischen Maßnahmen in s.g. Erhaltungstraining über. Die Therapie ist nicht nur, wie bisher betrachtet, ein Muskelaufbau, sondern mindestens genauso ein bewusster neuromotorischer Lernprozess. Wir müssen dabei die Wirbelsäule als ein ganzheitliches zentrales Bewegungsorgan betrachten, an dem sich sämtliche periphere und zentrale Störungen widerspiegeln und können sie nicht nur in eine Hals- Brust- und Lendenwirbelsäule aufteilen, denn funktionell gesehen ist dies falsch.

Hier stellt das DAVID-Konzept sicherlich eine Basis dar, mit der man die Patienten zunächst auf einen gemeinsamen Nenner stellen kann. Zunächst ist somit die biomechanische Funktion der Rumpf-Rücken-Nackmuskulatur und ein individueller Trainingsplan definiert. Ab hier beginnen jedoch die kleinen und großen Unterschiede zu wirken, denn die motorisch-koordinativen und morphologischen Vorgaben, haben eine erhebliche Auswirkung auf die Durchführung der Trainingstherapie. Ich sehe mich ständig mit scheinbar ähnlichen biomechanischen Messergebnissen und Röntgenbildern mit ähnlichen strukturellen Veränderungen konfrontiert, jedoch sind die motorischen Vorgaben different. Wenn ich dies nicht berücksichtige, kann es passieren, dass die Patienten genau dann in die Fehlmotorik hinein trainieren, denn ihnen selbst fällt es nicht auf. Dies kann meiner Ansicht nach nur ein entsprechend versierter Arzt definieren. Meistens ist ein Zusammenspiel zwischen Arzt, Physio- und Trainingstherapeut notwendig.

In meiner Praxis können nur Patienten eine Trainingstherapie durchführen, bei denen ich dies selbst definiere. Dazu muss jeder eine Reihe an Voruntersuchungen und eventuellen Vorbehandlungen über sich ergehen lassen, bis er/sie so weit ist eine Trainingstherapie zu beginnen. Oftmals ist dies wegen starken Schmerzen gleich gar

nicht möglich. Die Vorgaben werden von mir aufgestellt und der weitere Verlauf ständig kontrolliert. Eine Physiotherapie ist dabei integriert.

So ist es uns gelungen, das Trainingskonzept in meine medizinische Behandlung zu integrieren und die Erfolgsrate bei der konservativen Behandlung von Rückenschmerzen und radikulären Syndromen auf über 90 Prozent dauerhaft zu heben. Sicherlich kann nicht jedem zu 100 Prozent geholfen werden, aber dies ist in den meisten Fällen überhaupt nicht notwendig und möglich. Das Erfolgserlebnis, die eigenen Probleme selbst beeinflussen zu können, schmerzfreier belastbar zu sein, hilft den meisten Patienten einen ersten Besserungsschritt zu fühlen und stellt eine hohe Motivation dar. Wichtig ist dabei den Patienten ihr Problem verständlich zu machen. Das Alter und die Osteoporose selbst sind in Wirklichkeit keine Kontraindikationen, sondern es gilt zunächst eine höhere Schwellenangst, eine größere neuromotorische Ungeschicklichkeit und ein individuell höheres Risiko zu berücksichtigen. Unter anderem ist das der Grund für einen höheren personellen Aufwand, wobei sich die Betreuung in einem Verhältnis von 1 : 1 bis 1: 4 abspielt. Dabei ist vor allem auf die richtige Assistenz beim Training der Halswirbelsäule zu achten. Diese stellt von sich aus ein sehr kritisches Gebiet dar und nur wenige wagen sich daran. Dabei liegt oftmals hier der Schlüssel zu vielen Problemen im cervico-brachialen Bereich, und ohne diese ist hier eine langfristige Therapie schwer möglich.

Die von der BÄK vorgeschlagene Abrechnung mit den GOÄ Ziffern 558, 506, 846 oder 719 sehe ich als ausreichend jedoch nur mit einem höheren Steigerungssatz bei 846 auf 3,5, wobei dies u. a. im Zusammenhang mit der Gesamttherapiezeit von 80 bis 120 Minuten gesehen werden muss.

Aufgrund der individuellen Unterschiede liegt daher die Anzahl der Sitzungen für die Basistherapie zwischen 12 und 48 Sitzungen. Dabei stellt die Halswirbelsäule sehr oft den Schwachpunkt dar. Die anschließende Stabilisierungsphase, welche dem Basisaufbau folgen sollte, dauert meist 3 bis 6 Monate, 1 mal pro Woche. Für die weitere Abrechnung stehen die GOÄ Ziffern 558 und 506 zur Verfügung, was eine deutliche Reduktion der Kosten zur Folge hat und eine Überleitung zum eigenverantwortlichen Selbsttraining des Patienten darstellt.

Orientierungstabelle für Trainingstherapie:

	Anzahl d. Einheiten	X/Woche
Basistherapie	12 - 48	2x
Stabilisierungstherapie	12 - 24	1x
Selbständiges Training	frei	1x
3D Spacurltraining	2-4	Monat

Als ein zusätzliches therapeutisches Vorgehen bezüglich der neuro-motorischen Koordination und des Körpergefühls setze ich das 3 D Spacecurl ein. Dies ermöglicht dem Patienten das motorische Zusammenspiel der Muskulatur im 3-dimensionalen Raum zu erfahren und dadurch ein neues Körpergefühl zu vermitteln. Das 3D stellt eine ideale Symbiose zur Muskelaufbau-therapie dar und wird von mir unterschiedlich, je nach Indikation, eingesetzt.

Insgesamt stellt dieses Gesamtkonzept eine sehr kostengünstige Alternative zu den operativen, und eine deutliche Verbesserung der bisherigen konservativen Maßnahmen dar, mit dem Vorteil der langfristigen aktiven Motivation der Betroffenen. Gleichzeitig ist es ein ideales Mittel zur Vorbeugung und Mitbehandlung der Osteoporose.

Weil alte Menschen auf Muskeltraining völlig verzichten, müssen sie leiden: ca. 115000 Schenkelhalsbrüche, jedes Jahr, zusätzlich ca. 60000 Bandscheiben- und

Rückenoperationen verursachen Kosten welche sich um 70% senken ließen wenn der richtige Anreiz für alle Beteiligten entsteht.

Ich bin nicht überzeugt, dass sämtliche Kosten für das Therapiekonzept bei den Leistungsträgern liegen müssen, es sollte jedoch die individuelle Basistherapie voll übernommen werden und eine weitere Beteiligung in Form von Bezuschussung oder Beitragssenkung in einem vorher definierten Rahmen erfolgen. Denn der Patient muss langfristig ein eigenes Verantwortungsgefühl für seine Gesundheit und Neubewertung seiner Prioritäten entwickeln.

Empfehlen würde ich den Leistungsträgern Ihre bisherige Beurteilung der operativen Behandlungen ohne adäquate konservative Vorbehandlung neu zu definieren und die langfristigen operativen Ergebnisse und Kosten genauso kritisch zu bewerten wie die konservativen.

Ich hoffe, dass Sie meine Darstellung der orthopädischen Problematik nachvollziehen können und eine Neubewertung der dargestellten Therapien vornehmen. Sollten Sie noch offene Fragen haben, stehe ich Ihnen gerne zur Verfügung.

Memmingen, 12.01.2009

Dr. Voracek