

# Rückenschmerz?

## « Education, Exercise und Encouragement »

Der chronifizierte Rückenschmerz bleibt eine Herausforderung an den Arzt. Die klassische orthopädische Monotherapie enttäuscht. Die krankengymnastische Therapie ist nur in ausgewählten Fällen erfolgreich. Haltungsschulungen, Brügger-Therapie, Rückenschulen — die Resultate sind schlichtweg dünn und haben ihre Wirksamkeit bis heute nicht bewiesen. Akupunktur oder Neuraltherapie: die Effekte sind dürftig, flüchtig, bis nicht vorhanden. Die medikamentöse Therapie ist vergleichsweise unbefriedigend. Die klassischen Analgetika und NSAR wirken bei chronifizierten Lumbalgien beschränkt. Insgesamt eine triste Bilanz der Monotherapie bei einem klassischen orthopädischen Syndrom.

Aufwändiger aber auch wohl effektiver scheinen da die multimodalen Behandlungsansätze. Um 1980 wurden von Nachemson „Education, Exercise und Encouragement“ als Eckpfeiler einer effektiven Rückenschmerzbehandlung definiert. Damit wurden die Grundlagen des bis heute gültigen Konzeptes geschaffen. Die Ideen wurden 1986 von dem Orthopäden T. Mayer aufgegriffen. Er konkretisierte die multimodalen Therapiekonzepte zusammen mit dem Psychologen Gatchel. Sie sahen die Chronifizierung im wesentlichen als Resultat von Defiziten der objektiven und subjektiven Funktionsfähigkeit und einer fortschreitenden Dekonditionierung an (Disuse-Syndrom).

Die multimodalen Therapieansätze zeichneten sich durch eine klare sportmedizinische Orientierung unter verhaltenstherapeutischen Prinzipien aus. Die Schmerztherapie im engeren Sinne spielt hierbei eine untergeordnete Rolle. Sie wird aus der therapeutischen Aufmerksamkeit verdrängt. Dagegen wird die Wiederherstellung der Funktionsfähigkeit im Alltag fokussiert. Vorrangige Ziele sind die Reduktion des subjektiven Beeinträchtigungserlebens und der bewegungsbezogenen Angst (fear-avoidance beliefs, Waddell, 1998).

Mittlerweile weisen diese Konzepte sehr gute Ergebnisse bei der Therapie chronischer Rückenschmerzen auf (Hildebrand, 1998; Pfingsten, 2000). Die Wiederaufnahme der normalen Alltagsfunktion stellt die bestmögliche Behandlung dar. Aktive Schmerzkontrolle statt Schmerzreduktion und Überwindung von Inaktivität statt Schonung. Wie die Daten zeigen, nur auf den ersten Blick ein inhumaner Ratschlag.