

Eugen Judin

Volkskrankheit Rückenschmerz und die sogenannte Fibromyalgie

Ursachen und Therapiemöglichkeiten
aus meiner Sicht

Wenn Sie eine Kniegelenkentzündung haben, kommt es Ihnen in den Sinn, heiß zu baden? Nein? Warum nehmen dann so viele Menschen bei Entzündungen der Wirbelsäulengelenke und der Bandscheiben so leidenschaftlich und mit so wenig Erfolg heiße Bäder? Genau das wird überall empfohlen!

Kennen Sie jemanden aus Ihrem Bekanntenkreis, der ausschließlich durch Rückenschwimmen seine Rückenschmerzen verloren hat? Nein? Warum vergeuden so viele Leute ihre kostbare Zeit mit Rückenschwimmen anstatt isometrische Übungen zu machen, die sie ausheilen könnten? Auch das wird überall empfohlen!

Sie haben bestimmt schon gehört, dass die Einrenkung der Wirbelsäule mit vielen Gefahren einhergeht? Warum werden dann in Deutschland und in der ganzen Welt nach wie vor Millionen von Wirbelsäulen weiterhin so gnadenlos eingerenkt? Das wird nach wie vor überall empfohlen.

Man weiß, dass Bandscheibenoperationen sehr oft anstatt zu einer Besserung eines Wirbelsäulenleidens zu einer weiteren Verschlimmerung führen. Warum lassen sich trotzdem so viele Menschen leichtsinnig operieren, ohne dass vorher ein ernsthafter therapeutischer Versuch gemacht wird, sie ohne Operation auszukurieren? Die modernen Operationsverfahren werden überall hemmungslos propagiert!

Warum machen die Rückenpatienten so viel falsch und so wenig richtig? Ihnen fehlt es an korrekten Informationen!

Dieses Buch bietet dem Leser die Möglichkeit, sich sowohl von manchen überholten Dogmen als auch von manchen aktuellen euphorischen Versprechungen zu distanzieren und seinen eigenen Weg zu seiner Beschwerdefreiheit oder zumindest zur Linderung seiner Wirbelsäulenbeschwerden zu finden.



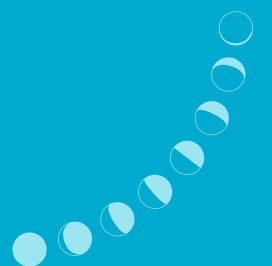
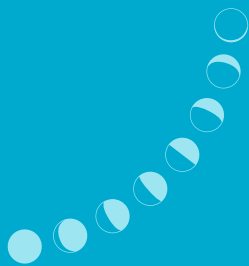
ISBN: 978-3-8334-8155-0



www.bod.de

Eugen Judin

Volkskrankheit Rückenschmerz und die sogenannte Fibromyalgie



Eugen Judin
Volkskrankheit Rückenschmerz

Eugen Judin

Volkskrankheit

Rückenschmerz

und die so genannte Fibromyalgie

Ursachen und Therapiemöglichkeiten
aus *meiner* Sicht

Bibliografische Information Der Deutschen Bibliothek
Die Deutsche Bibliothek verzeichnet diese Publikation
in der Deutschen Nationalbibliografie;
detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über
<http://dnb.ddb.de> abrufbar.

Bibliographic information published by
Die Deutsche Bibliothek
Die Deutsche Bibliothek lists this publication in the
Deutsche Nationalbibliografie;
detailed bibliographic data
are available in the Internet at <http://dnb.ddb.de>.

ISBN 978-3-8334-8155-0

Die in diesem Buch vorliegenden Informationen sind vom Autor
sorgfältig geprüft, dennoch kann keine Garantie übernommen
werden. Jegliche Haftung des Autors bzw. des Verlages ist
ausgeschlossen.

© Copyright 2006. Alle Rechte beim Autor.
Printed in Germany 2006

Eugen Judin
Facharzt für Allgemeinmedizin.
Spezielle Schmerztherapie. Akupunktur.
Gemeinschaftspraxis am Zoo-Park
Lindemannstr. 5
40237 Düsseldorf
www.docjudin.de

Herstellung und Verlag: Books on Demand GmbH, Norderstedt

Inhaltsverzeichnis

Vorwort 13

1 Vom Schmerzpatienten zum
Schmerztherapeuten 17

Erste Erfahrungen als Patient 17

Durchbruch in die Beschwerdefreiheit 18

Isometrische Übungen – meine Rettung 20

Die Gesetze der Vertebrologie (Wirbelsäulenlehre)
am eigenen Leib geprüft 21

Mein beruflicher Werdegang 22

Selbständigkeit – Liebe auf den ersten Blick 25

2 Eine konstruktive Kritik der gegenwärtigen
Situation im Gesundheitswesen und in Bezug auf die
Betreuung der Rückenschmerzpatienten 29

Chronischer Rückenschmerz – eine Plage für die
Gesellschaft und das Individuum 29

Völlige organisatorische Hilflosigkeit und

Konzeptlosigkeit der zuständigen Gremien 31

Kakophonie statt Sinfonie bei der Versorgung von
Rückenschmerzpatienten 36

Defizite in der Ärztefortbildung 44

Wenn der Arzt etwas nicht versteht, ist es eben
»psychosomatisch« 47

Heilpraktiker als letzte Hoffnung? 51

Alles ausdiskutieren – Nichts dogmatisieren 53

- Pauschalempfehlungen und falscher Sprachgebrauch sind die Grundsteine der Misere 61
- ICD 10 – ein Monster 68
- Vereinfachung oder völlige Verdummung? 69
- Was tun, damit es weniger Rückenschmerzen gibt? 71
- Konstruktive Kritik – keine Besserwisserei! 76
- Ein bisschen Spaß muss sein 78
- 3 Fallbeispiele 81**
- Man darf einiges falsch machen, aber nicht alles 82
- Nicht unabdingbare Operationen mit allen Mitteln vermeiden 88
- Optimale Therapie ist unfiziert und individuell *gleichzeitig* 91
- Ein Pechvogel namens Frau X. 93
- Muskelaufbau und Fitness als Allheilmittel? Völlig unrealistisch! 95
- Mein Nachbar Herr W. 97
- Teenager mit Rückenschmerzen – Kandidaten für die so genannte Fibromyalgie 99
- 4 Das Zauberwort heißt Kombinationstherapie 103**
- Zusammenstellung der Therapie ist eine Kunst 103
- Eine Formel des Behandlungserfolges: Alles beseitigen, was schadet und immer mit den besten Mitteln behandeln 105
- 5 Krankheitsbilder: Damit der Patient endlich versteht, was mit ihm los ist. 109**
- Verschiedene Schmerzarten: Wo kommt der Schmerz her? 109
- Die Wirbelsäulenbeschwerden 113
- Fibromyalgie: Irreführender Begriff oder ein Schritt nach vorne? 117
- Nackenschmerz – Zervikalgie 126

- Halswirbelsäulenbedingter Kopfschmerz –
vertebragene Zephalgie 128
- Syndrom der Arteria vertebralis 129
- Okzipitalneuralgie – Musculus obliquus
capitis-Syndrom 130
- Schultersteife – Periarthropathia Humeroscapularis
(PHS) 130
- Ellenbogenschmerz-Epikondylitis 131
- Schulter-Arm-Syndrom 131
- Nächtliches Kribbeln der Arme – Brachialgia
parästhetica nocturna 132
- Schmerzen zwischen den Schulterblättern –
Interskapuläres Schmerzsyndrom 133
- Schmerzen am inneren Schulterblattrand – das
kostoskapuläre Schmerzsyndrom 133
- Schmerzen am unteren Schulterblattrand – Das
subskapuläre Schmerzsyndrom 134
- Schmerzen an der vorderen Brustwand – das
Vorderthoraxwand-Syndrom 134
- Schmerzen an der seitlichen Brustwand – das
Seitenthoraxwand-Syndrom 135
- Wirbelsäulenbedingter Herzschmerz – verterbra-
gene Kardialgie 135
- Akutes und chronisches BWS-Syndrom – akute
und chronische Thorakalgie 136
- Interkostale Neuralgie 136
- Schmerzen in der Leber/Gallengegend – das verte-
bragene Syndrom des rechten Rippenbogens 137
- Hexenschuss – Lumbago 138
- Chronische Lumbalgie 138
- Die Lumboischialgie 139
- Das Musculus piriformis- Syndrom 140
- 6 Was kann die Akupunktur? 141**
- Akupunktur – muss man daran glauben? 141
- Pulver und Akupunktur – chinesischer Fluch und
Segen für die Menschheit 142

- Ost schlägt West 144
Für den Praktiker ist der Behandlungserfolg
das Wichtigste – wodurch und warum ist
zweitrangig 147
Man muss mit den Patienten reden – dabei lernt
der Arzt dazu 149
- 7** Therapeutische Lokalanästhesie (TLA) 151
»Warum helfen die Spritzen vom Orthopäden
nicht?« 151
»DAVOS«-Therapie –
Narrensicher und äußerst effektiv 154
- 8** Medikamentöse Therapie der vertebrogenen
Erkrankungen 157
Welche Medikamentengruppen stehen zu
Verfügung? 157
- 9** Was kann Manuelle Therapie? 163
Manuelle Therapie heißt Behandlung mit den
Händen 163
»Primum nil nocere« –
»Vor allem schade nicht« 164
Die besten Techniken der Manualmedizin 171
- 10** Krankengymnastik 175
Isometrische Übungen – in manchen Fällen eine
Konkurrenz zur Akupunktur 175
Übung zur Korrektur der Biomechanik der
Lendenwirbelsäule 177
Übung zur Korrektur der Biomechanik der
Halswirbelsäule 179
Übung zur Korrektur der Biomechanik der
Brustwirbelsäule 179
- 11** Wirbelsäule und Chirurgie 181
- 12** Schlusswort 187

Abkürzungen:

HWS	– Halswirbelsäule
BWS	– Brustwirbelsäule
LWS	– Lendenwirbelsäule
WBS	– Wirbelsäulenbewegungssegment
ISG	– Iliosakralgelenk
PIR	– postisometrische Relaxation
MT	– Manuelle Therapie
TLA	– therapeutische Lokalanästhesie
KG	– Krankengymnastik
NSAR	– nichtsteroidale Antirheumatika
OP	– Operation
PHS	– Periarthropathia humeroscapularis

»non intellecti nulla est curatio morbi ...« –

»eine nicht erkannte Erkrankung
kann man nicht heilen ...«

Vorwort

Warum dieses Buch, werden Sie sich sicherlich fragen. Warum schon wieder ein Buch zum Thema »Rückenschmerzen«? Gerade waren Sie im Buchladen, und da gab es sogar einen Extra-Tisch mit Büchern zu dieser Problematik. Bücher, die alle große Hilfe versprechen. Doch einige stehen inzwischen bei Ihnen selbst im Regal, sie haben sie gelesen – und geholfen haben sie Ihnen nicht. Warum also noch ein Buch über Rückenschmerzen? Weil es sich so gut verkauft?

Mein Motiv ist ein anderes. Ich möchte nicht unbedingt an der Spitze der Bestsellerliste stehen, obwohl dieses natürlich keine Schande wäre. Ich möchte auch kein Vermögen mit diesem Buch anhäufen. Ich möchte den Menschen helfen. Ich verspreche keine Wunder, aber ich zeige neue Wege auf, neue Ansätze in der Therapie und gebe eine kritische Einschätzung der gegenwärtigen Behandlungsmethoden. Dies könnte eine Hilfe bei Ihrem nächsten Arztbesuch sein, um beispielsweise einmal kritisch die Methoden Ihres behandelnden Therapeuten zu hinterfragen.

Meine Erfahrungen und mein Wissen zu diesem Thema kommen aus zwei Quellen. Zum einen war ich persönlich betroffen und litt unter starken Nackenschmerzen, zum anderen habe ich mich in der Folge seit über 20 Jahren als Arzt mit dieser Problematik beschäftigt. Ich weiß also, wovon ich rede. Ich habe mehrere tausende von Rückenschmerzpatienten in Riga und in Düsseldorf erfolgreich behandelt, ich schrieb ein Fachbuch für Ärzte zu diesem Thema und ich bildete einige hunderte Ärzte im Rahmen von Fortbildungsveranstaltungen aus.

Die gesundheitliche Katastrophe, begleitet vom Gefühl einer Hoffnungslosigkeit, die ich innerhalb von vier Wochen bei der Erstmanifestation meiner Halswirbelsäulenerkrankung erleben musste und der Wunsch dieses Erlebnis den anderen Betroffenen zu ersparen, waren die wichtigsten Gründe, warum ich diesen Patientenratgeber geschrieben habe.

Ich habe Patientenberichte, die ich als Betroffener gut einschätzen kann, in verschiedenen Variationen tausendmal gehört und ich habe mich immer wieder darin selbst erkannt. Leider wurde in vielen Fällen keine adäquate Aufklärungsarbeit, keine effiziente Therapie und keine Korrektur der Lebensgewohnheiten gemacht und die Erkrankung wurde bei sehr vielen, wenn nicht bei den meisten Patienten, chronisch. Während meiner ärztlichen Tätigkeit in Riga sowie während meiner schon zwölfjährigen ärztlichen Tätigkeit in Düsseldorf traf ich immer wieder auf Patienten, die seit Jahren und Jahrzehnten unter chronischen Kopf- und Nackenschmerzen litten und die trotz einer durchgeführten Therapie nie beschwerdefrei wurden.

Wenn ich die Defizite in der Betreuung der Patienten mit Wirbelsäulenerkrankungen sehe, kann ich mich sehr gut in die Betroffenen hineinversetzen, da ich eben weiß, wie unerträglich die Wirbelsäulenschmerzen sein können. Wenn ich pauschalisierte und irreführende Empfehlungen höre oder lese – und diese sind über Ratgeberbücher und Frauenzeitschriften ja weit verbreitet – will ich diese mit diesem Buch korrigieren aus dem Grund, weil ich es anders gelernt habe und diese falschen Empfehlungen aus meiner Erfahrung nicht bestätigen kann. Ich habe dieses Buch in erster Linie für die betroffenen Patienten als Hilfe zur Selbsthilfe geschrieben, damit sie von meiner persönlichen Erfahrung, die ich mit dieser Krankheit als Arzt und Patient gesammelt habe, profitieren. Die Meinungen der anderen Autoren, die ich sehr oft nicht nachvollziehen kann, oder die in der Literatur bestehen, werden in diesem Buch nicht aufgeführt.

Es werden nur die Therapien empfohlen, die aus *meiner* eigenen Erfahrung die effektivsten und risikoärmsten sind. Diese Therapien werden im Detail besprochen und zur Behandlung in der jeweiligen Situationen empfohlen.

Ich kenne mich mit der Organisation des Behandlungsprozesses bei vertebralem Patienten in drei Ländern – Russland, Lettland und Deutschland – aus und ich hatte die Möglichkeit, mit führenden Spezialisten auf diesem Ge-

biet zusammenzuarbeiten. Das alles gibt mir das Recht, für meine nicht unbedingt immer konventionellen Vorstellungen, mit diesem Buch zu werben. Viele meiner Vorstellungen sind nicht nur für Deutschland, sondern auch für andere Länder völlig neu, bzw. wurden in dieser Form noch nie formuliert.

Auch die Notwendigkeit von massiven personellen und organisatorischen Verbesserungen auf dem Gebiet der Rückenschmerztherapie und generell im Gesundheitswesen wurde von mir – ohne Rücksicht auf Verluste – ganz offen, so wie ich das verstehe, dargelegt. Vielleicht hat es ja irgendwann doch noch eine positive Auswirkung auf die Gesamtsituation.

Bücher zu diesem Thema gibt es zur Genüge auf dem Markt. Allerdings betrachtet jeder Autor die Problematik aus seinem eigenen Blickwinkel und bietet seine eigenen Erfahrungen und Meinungen an. Der betroffene Patient soll in der Lage sein, die grundlegenden Therapieprinzipien zu verstehen sowie Imstände sein, das Nutzen-Risiko- und Preis-Leistungs-Verhältnis einer in Frage kommenden Therapie einzuschätzen.

Ich hoffe, dass derjenige Schmerzpatient, der dieses Buch gelesen hat, seinen eigenen Weg findet mit seiner Krankheit fertig zu werden.

Eugen Judin
Düsseldorf, Mai 2006

1 Vom Schmerzpatienten zum Schmerztherapeuten

Erste Erfahrungen als Patient

Im Jahr 1981 war ich 17 Jahre alt und Medizinstudent im ersten Semester in Russland, als ich zwangsläufig die Erfahrung mit Schmerzen im Nacken-Schulter-Bereich machen musste. Ganz plötzlich, ohne erkennbare Ursache, wurde meine ganze linke Nackenseite und der Bereich oberhalb des linken Schulterblattes extrem schmerzhaft. Der Schmerz bohrte, spannte und quälte mich und ließ mir keine Minute Ruhe. Der Schmerz strahlte in den Kopf und in das linke Schultergelenk aus. Jede Minute und jede Sekunde war er da. Noch schlimmer war es, dass der Schmerz von Tag zu Tag stärker wurde. Nach einigen Tagen verlor ich den Appetit, mir war ständig übel und ich konnte nicht mehr normal schlafen. Auf mein Studium konnte ich mich nur noch mit großer Anstrengung konzentrieren. Ich hatte keine Ahnung, wo dieser Schmerz herkam, oder wie man ihn wieder wegbekommt. Ich war völlig verunsichert. Jeden, den ich darauf ansprach, wo der Schmerz herkommen könnte, zuckte nur mit den Schultern. Nach zwei Wochen hatte ich den Eindruck, dass ich nicht mehr zu den normalen Menschen gehörte, die offensichtlich keine Schmerzen haben, sondern, dass ich ein ganz anderer, ein schwer gezeichneter junger Mann und Außenseiter sei. Ich hatte das Gefühl, ganz allein zu sein und, dass die anderen Menschen es gar nicht verstehen wollten oder nicht verstehen konnten, was ich empfand. Ich ging zum Arzt. Es wurde die Diagnose einer Myositis (Muskelentzündung) gestellt und mir

wurden sechs Mikrowellenbehandlungen und ein Schmerzmittel verordnet. Geholfen hat es nicht. Die Poliklinikärztin war mit ihrem Latein am Ende, sie konnte mir nicht weiterhelfen. Das schmerzstillende Medikament beseitigte den Schmerz nur für eine kurze Zeit. Ich stellte mich auf ihren Rat hin für eine halbe Stunde unter die heiße Dusche. Für einige Minuten ging es mir auch tatsächlich besser, aber nach kurzer Zeit war der Schmerz wieder da – stärker als zuvor.

Zu dieser Zeit wohnte ich in einem Studentenwohnheim. Einer meiner Mitbewohner war ausgebildeter Masseur und kannte sich ein wenig mit dieser Problematik aus. Nach seiner Massage ging der Schmerz für kurze Zeit zurück, war aber nach etwa einer Stunde wieder da. Und sehr bald war auch seine Bereitschaft mich zu massieren am Ende.

Durchbruch in die Beschwerdefreiheit

An dieser Stelle endete der traurige Teil meiner Krankheitsgeschichte und es begann ein glücklicher. In der Ferienzeit fuhr ich zurück nach Hause zu meinen Eltern. Zum Glück stamme ich aus einer Ärztesfamilie. Meine Eltern waren an einem Institut für Ärztefortbildung in Russland, in Sibirien, beschäftigt, wo die Ärzte während einer ein- bis viermonatigen Weiterbildung die Möglichkeit hatten, ihre Kenntnisse entweder aufzufrischen oder eine neue Fachrichtung zu erlernen. Um den Stellenwert dieses Instituts einzuschätzen, muss man erwähnen, dass dieses staatliche Institut für Ärztefortbildung in Novokusnetsk die größte Einrichtung ihrer Art vom Ural bis zum Pazifik ist – und das ist immerhin eine Strecke von etwa achttausend Kilometern. Mein Vater war Dekan der chirurgischen Fakultät dieses Instituts, Professor und Lehrstuhlinhaber für Kinderchirurgie; meine Mutter war Dozentin am Lehrstuhl für Infektionskrankheiten. Ein häufiger Gast und Freund unserer Familie war Professor Kogan – ein herausragender und berühmter Neurologe. Sein Schwerpunkt lag im Bereich der Behandlung von Er-

krankungen der Wirbelsäule. Bei einem Treffen bei uns zu Hause schilderten ihm meine Eltern mein Problem. Er untersuchte mich und stellte die Diagnose: Meine Schmerzen sind durch eine Fehlfunktion meiner Wirbelsäule bedingt, durch eine falsche Biomechanik. Manche Segmente der Halswirbelsäule waren blockiert, manche waren hypermobil, also über dem Maß beweglich. Durch die falsche Biomechanik der Wirbelsäule wurden die Nerven und die anderen Strukturelemente der Wirbelsäule – Bänder, Teile der Bandscheiben, kleine Muskeln, Gefäße – gereizt. Diese Reizung wurde auf die größeren Muskeln übertragen und jetzt kamen zum einen von diesen Muskeln meine Nackenschmerzen, zum anderen ließen diese angespannten und schmerzhaften Muskeln die Wirbelsäule nicht richtig funktionieren. So formierte sich der Teufelskreis: falsche Biomechanik der Wirbelsäule – Schmerz – Muskelverspannung – falsche Biomechanik – Schmerz usw.

Prof. Kogan versuchte mir zu helfen, indem er manuell, also chiropraktisch, die blockierten Wirbel hin und her bewegte, in der Hoffnung die Blockaden zu lösen. Dafür führte er wiederholte Bewegungen mit meinem Kopf nach rechts und nach links durch. Trotz verständlicher Aufklärung wurden die Schmerzen nach seiner manuellen Behandlung aber noch schlimmer. Es wurde mir so schlecht, dass ich mich entschuldigen und mich hinlegen musste. Der Schmerz wurde nach seiner manuellen Behandlung fast unerträglich, begleitet von starker Übelkeit. Nach einer Stunde fragte Prof. Kogan nach meinem Zustand, er war katastrophal!

Und da erzählte er mir etwas, was mir ermöglichte, zumindest bis heute, meine Krankheit unter Kontrolle zu halten. Er sagte, dass es Übungen gibt, die die verspannte Muskulatur wieder elastisch machen können und mit großer Wahrscheinlichkeit auch mich beschwerdefrei machen können. Diese Übungen heißen *isometrischen Übungen*. Es war ein Schlüsselerlebnis!

Isometrische Übungen – meine Rettung

Isometrisch kommt von »Isometrie« – was »gleich bleibende Länge« bedeutet. Wenn man einen Muskel zur Anspannung bringt, ohne dass dieser Muskel dabei seine Länge ändert, dann kommt es im Anschluss an die Anspannung, ganz automatisch und ohne unseren Willen, zu einer Phase, die *postisometrische Relaxation (PIR)*, also Erschlaffung oder Entspannung, heißt. Und wenn man den Muskel mehrmals für 6-7 Sekunden in diesem isometrischen Modus zur Anspannung bringt, wird er nach jeder Anspannungsphase durch die darauf folgende postisometrische Relaxation immer elastischer. Nicht nur verspannte und verkürzte Muskeln normalisieren dabei ihren Tonus, auch die abgeschwächten Muskeln werden dabei stärker und nehmen an Volumen zu. Er zeigte mir, wie man die Übungen macht und hat mir dringend empfohlen, mit diesen zu beginnen.

Intuitiv verstand ich sofort, dass diese Übungen meine Rettung sind. Ich begann mehrmals am Tag diese Übungen auszuführen. Und in der Tat waren die Schmerzen innerhalb von einigen Tagen verschwunden. Das war wie Weihnachten und Ostern zusammen. Schmerzlos zu sein ist wirklich eine Gottesgabe, die leider nicht jeder erfährt.

Nach ein paar Wochen musste ich zurück in die Nachbarstadt Kemerowo, wo ich studierte. Zum festen Einrichtungsgegenstand unseres Studentenzimmers gehörte eine 32 kg schwere Freihantel und mein Mitbewohner und ich sowie alle unsere Besucher hielten es für eine Mannespflicht, jede freie Minute diese Hantel über den Kopf zu stemmen. Mit frischen Kräften legte ich wieder mit dieser Fitnessmaßnahme los. Und am nächsten Tag hatte ich wieder meine linksseitigen Nackenschmerzen mit der üblichen Ausstrahlung in den Kopf und in das Schultergelenk sowie starke Übelkeit. Mir wurde klar – der Auslöser meiner Nackenschmerzen waren diese Hantelübungen und meine Rettung waren die isometrischen Übungen! Ich wusste allerdings,

dass die Effizienz der »guten« Übungen den Schaden der »schlechten« Übungen nicht ausgleichen kann.

Die Gesetze der Vertebrologie (Wirbelsäulenlehre) am eigenen Leib geprüft

Innerhalb von vier Wochen erlernte ich am eigenen Leib die grundlegendsten Gesetze der *Vertebrologie* (Wirbelsäulenlehre), die ich innerhalb der nächsten 25 Jahre bei mehreren tausenden von Schmerzpatienten beobachten und bestätigen konnte:

1. Sportbeschäftigung und Fitness können in Bezug auf die Kreuz- und Nackenschmerzen sowohl rettend als auch fatal sein. Zuviel Sport kann genau so schädlich sein wie zu wenig – und umgekehrt.
2. Der Zustand des Patienten in Bezug auf seine Schmerzen ist ein Resultat der positiven und der negativen äußeren Einflüsse auf seinen Organismus und hängt zusätzlich von einer angeborenen Wirbelsäulenwiderstandsfähigkeit ab. Dieser Zustand ist immer ein wechselnder dynamischer Prozess.
3. Was zur Besserung führt, führt immer zur Besserung und was eine Verschlechterung verursacht, wird immer eine Verschlechterung hervorrufen.
4. Diese Erkrankung verläuft phasenweise, wobei nach einer schlechten Phase eine gute kommen kann (leider nicht immer) und umgekehrt.
5. Behandelt man diese Erkrankung nicht oder nicht optimal, analysiert man die möglichen Ursachen von Beschwerden nicht, werden die Beschwerden immer stärker und verschwinden nicht von alleine. Es kann dabei zu einer völligen physischen und psychischen Erschöpfung kommen.
6. Für den Patienten ist es äußerst wichtig zu wissen, was hilft und was schadet.

7. Eine starke Verschlechterung des Zustandes lässt sich mit einer rein manuellen bzw. chiropraktischen Mobilisationstechnik oder Massage oder durch die Anwendung einer Monotherapie kaum bzw. nicht schnell genug beseitigen.
8. Heiße Wasseranwendungen, die vielen Patienten eine kurzfristige Linderung bringen, verbessern den Zustand nur für eine kurze Zeit – auf Dauer verschlimmern sie ihn.
9. Rechtzeitig angewandte isometrischen Übungen stellen eine hervorragende Möglichkeit dar, die muskulär bedingten Schmerzen zu beseitigen.
10. Die reine Schmerzbekämpfung ist nicht in der Lage, eine Erstmanifestation oder eine Verschlechterung der Erkrankung zu beseitigen. Sie ist dabei wenig effizient und bringt keine dauerhafte Beschwerdefreiheit.

Mein beruflicher Werdegang

So – ungewollt – entstand Anfang der achtziger Jahre mein persönliches Interesse zu Fragestellungen der *Vertebrologie* – eines Fachgebietes, das sich mit Erkrankungen der Wirbelsäule befasst. Durch den rechtzeitigen und erfolgreichen Einsatz von Prof. Kogan und seine Aufklärung blieben mir sehr viele Probleme erspart. Hin und wieder bekomme ich meine Nackenschmerzen links. Ich weiß allerdings inzwischen, wie man sie beseitigt und wie man sie vermeidet.

Meine Eltern waren durch den Einsatz von Prof. Kogan natürlich sehr erfreut. Sie wollten ohnehin, dass ich unter seiner Ägide Neurologe mit dem Schwerpunkt »Manuelle Medizin« werde und sie baten Prof. Kogan die Rolle meines Mentors zu übernehmen. Ich las mit großem Interesse viele Bücher zum Thema Manuelle Therapie, Osteopathie und Chirotherapie. Auf Wunsch von Prof. Kogan übersetzte ich einige Bücher zu diesem Thema aus dem Englischen ins Russische und bald war ich mit dieser Materie bestens vertraut.

Im Jahr 1983 wurde mein Vortrag über die Anwendung

der postisometrischen Relaxation in der Manuellen Medizin, im Rahmen einer Studentenkonferenz in Riga in Lettland, als bester Vortrag ausgezeichnet. Im gleichen Jahr hatte ich das Glück, bei einem der wichtigsten und ehrgeizigsten Projekte von Prof. Kogan mitmachen zu dürfen. Es ging um die Organisation und Durchführung eines Ausbildungskurses zum Thema »Manuelle Diagnostik und Therapie« in Moskau. Davor hatte man in der Sowjetunion keine Manuelle Medizin unterrichtet und der Kenntnisstand der russischen Ärzte auf diesem Gebiet war sehr uneinheitlich.

Durch familiäre Kontakte in die Tschechoslowakei (der Sohn von Prof. Kogan war mit einer Slowakin verheiratet und lebte in Bratislava) hatte er die Sprache dieses Landes gelernt und machte die Bekanntschaft mit dem bedeutendsten europäischen Manualtherapeuten aus Prag – Prof. Karl Lewit. Prof. Kogan – er war ein unwahrscheinlich charismatischer und begabter Mann – war es gelungen, für den gemeinsamen Ausbildungskurs zum Thema »Vertebragene Erkrankungen und Manuelle Therapie« die führenden Spezialisten aus der Klinik von Prof. Karl Lewit zu gewinnen. Meine Eltern wussten von seinem Vorhaben und baten ihn, mich zu diesem Kurs nach Moskau mitzunehmen. Er war einverstanden. Seine Voraussetzung war, wie er scherzhaft meinte, dass ich mich als »Modell« zur Verfügung stelle.

Ich war natürlich begeistert und sagte sofort zu. Im Sommer 1983 fand dieser Ausbildungskurs in Moskau statt. Dieser Kurs war ein echtes Highlight und die Geburtsstunde der wissenschaftlich betreuten Manuellen Medizin in Russland.

So konnte ich schon als Student die grundlegenden Kompetenzfelder der Manuellen Medizin und der Vertebrologie kennenlernen. Ziemlich schnell habe ich die Handgriffe und die Zielsetzungen der Manuellen Therapie erlernt. Während meiner Famulaturzeiten hatte ich die Möglichkeit, diese Kenntnisse in der Praxis anzuwenden. Relativ schnell habe ich die Möglichkeiten, aber auch die Grenzen der Manuellen Medizin erfasst. Die Manuelle Therapie war ein Knochenjob,

eher dem Beruf eines Masseurs ähnlich als einer ärztlichen Tätigkeit. Mir wurde klar, dass ich meine medizinischen Interessen nicht nur auf die Manuelle Medizin beschränken wollte und konnte.

Im Jahr 1985 wechselte ich die Universität und setzte mein Studium in Riga in Lettland fort. Durch die große geografische Entfernung zum sibirischen Lehrstuhl für Neurologie und zu Prof. Kogan einerseits und durch mein wachsendes Interesse zu den anderen Medizingebieten, vor allem Intensiv- und Notfallmedizin andererseits, wurde mein Interesse an der Manuellen Therapie immer geringer. Zuerst als Sanitäter eines Notarztwagens und dann nach dem Abschluss des Studiums als internistischer Assistenzarzt, arbeitete ich im Unfall-Notfallkrankenhaus No. 1 in Riga.

Meine Entscheidung, mich im Bereich der Inneren Medizin statt Neurologie und Manueller Medizin weiterzubilden, fand bei meinen Eltern leider keine Unterstützung. Sie träumten weiter davon, dass ich Manualtherapeut unter der Leitung von Prof. Kogan werden würde. Ich besitze als Andenken ein signiertes Buch von ihm, wo er schreibt: »Dem lieben E. Judin, einem nicht gewordenen Manualtherapeuten, mit der Hoffnung auf die Rückkehr, und mit den besten Wünschen des Autors.« Und in der Tat, nach einigen Jahren trat ich wieder in Kontakt mit ihm und seinem Lehrstuhl. Allerdings bin ich heute noch glücklich darüber, dass ich den Beginn meiner medizinischen Weiterbildung nicht auf so ein sehr spezielles Gebiet beschränkt habe. Meine Erfahrungen, die ich in einem Akutkrankenhaus am Anfang meiner ärztlichen Tätigkeit gesammelt habe, leisten mir bis heute immer gute Dienste.

Selbständigkeit – Liebe auf den ersten Blick

Im Jahr 1990, nach unzähligen Nachtschichten in der Aufnahme und in der Abteilung der Intensivmedizin, entschloss ich mich, mich selbständig zu machen. Das war die Zeit der Perestroika. Die Eigeninitiative wurde erlaubt und nicht mehr als kriminelle Beschäftigung betrachtet. Der Unternehmergeist war von seinen Fesseln befreit. Ich wollte für mich die erklärten Menschenrechte und alle Freiheiten einsetzen und mich auch als Unternehmer erproben. Es entstanden in dieser Zeit flächendeckend die so genannten medizinischen Kooperativen, die ähnlich wie Selbstzahlerpraxen organisiert und geführt wurden.

Ich begriff sehr schnell, dass man mit Kenntnissen der Akutmedizin allein nicht weiter kommt, sondern darüber hinaus spezielle Kenntnisse braucht, um im ambulanten Bereich qualitativ und kostendeckend arbeiten zu können. Nach meiner Tätigkeit im Akutkrankenhaus wusste ich, wie man in einer lebensbedrohlichen Situation handelt. Von der ambulanten Medizin hatte ich weniger Ahnung. Ich wusste, dass ich im ambulanten Bereich ohne Kenntnisse der Neurologie, Psychiatrie und Akupunktur nicht ausreichend handlungsfähig bin. Zum Glück stand mir wieder durch die Freundschaft meiner Eltern mit Prof. Kogan die Möglichkeit offen, in seiner Klinik und unter seiner Leitung die Akupunktur, Neurologie, Psychiatrie und zum wiederholten Male die Manuelle Medizin zu erlernen. Das nahm fast ein Jahr in Anspruch. Nachdem ich eine viermonatige so genannte Spezialisierung in Neurologie, eine dreimonatige in Akupunktur und eine zweimonatige Spezialisierung in Manueller Therapie absolviert hatte, kehrte ich nach Riga zurück und organisierte im Jahr 1990 ein heilmethodisches Zentrum, in dem ich bis zu meiner Ausreise nach Deutschland im Jahr 1994 als ärztlicher Direktor fungierte. Parallel arbeitete ich in der Funktion eines Fernaspiranten unter Prof. Kogan an dem wissenschaftlichen Thema »Kombinationsanwendung

der Manuellen Therapie und Akupunktur bei schmerzhaften Syndromen der Osteochondrose der Wirbelsäule«.

Noch als Student in Riga habe ich den damaligen Lehrstuhlinhaber für Neurologie und Neurochirurgie der lettischen Medizinakademie Prof. Aide kennen gelernt. Als er während des Unterrichts erfuhr, dass ich aus Novokusnetsk käme und mich unter anderem auch für Manuelle Medizin und Wirbelsäulenerkrankungen interessiere, fragte er mich, ob mir der russische Neurochirurg Prof. Lutzik aus Novokusnetsk bekannt sei? Als Aspirant in Moskau habe er seine wissenschaftlichen Arbeiten kennen gelernt und viel aus ihnen gelernt. Ich antwortete, dass Prof. Lutzik mir nicht nur bekannt, sondern dieser sogar mein Schwiegervater sei. Ich freute mich, dass ich jetzt die Möglichkeit hatte, diese beiden bedeutenden Persönlichkeiten miteinander bekannt zu machen und somit zu ihrem wissenschaftlichen Austausch beizutragen. Prof. Aide stand mir in Riga als Berater meines Zentrums immer mit Rat und Tat zur Seite, wofür ich ihm sehr danke.

Parallel zur Patientenbehandlung führten wir in meinem medizinischen Zentrum, in Zusammenarbeit mit dem Institut für Ärztefortbildung in Novokusnetsk und mit tatkräftiger Unterstützung von Prof. Lutzik, Fortbildungskurse zum Thema Manuelle Medizin und Vertebrologie durch. Dabei wurden in Riga mehr als 250 Ärzte aus der ganzen ehemaligen Sowjetunion ausgebildet. Außerdem organisierte ich die Ausbildungskurse für Manuelle Therapie in anderen Republiken – in der Ukraine, in Russland, in Tatarien, wobei auch hunderte von Ärzten ausgebildet wurden.

Im Jahr 1993 vertiefte ich meine Akupunkturkenntnisse während eines zweieinhalb monatigen Kurses in der lettischen Akupunkturgesellschaft unter der Leitung des international bekannten Prof. Nikolaew aus Riga. Ich habe die Akupunktur selbst nie unterrichtet, sie wurde und bleibt aber bis heute meine – therapeutisch gesehene – Lieblingsdisziplin. Denn die Akupunktur erwies sich als unglaublich wirksam, nicht nur bei akuten, sondern auch bei chroni-

schen Patienten mit den verschiedensten, allerdings in der ersten Linie schmerzhaften, Rückenbeschwerden.

1994 kam ich nach Deutschland und wurde hier sehr freundlich aufgenommen. Die Gesellschaft hat es gut mit mir und meiner Familie gemeint, deshalb ist dieses Buch auch mein bescheidener Anteil, den ich an die Gesellschaft zurückgeben will.

2 Eine konstruktive Kritik der gegenwärtigen Situation im Gesundheitswesen und in Bezug auf die Betreuung der Rückenschmerzpatienten

Chronischer Rückenschmerz – eine Plage für die Gesellschaft und das Individuum

Chronischer Schmerz stellt aus ökonomischer und auch aus menschlicher Sicht eines der wichtigsten zu bekämpfenden Probleme unserer Gesellschaft dar. Dabei spielt der chronische Rückenschmerz, der ursächlich mit einer Fehlfunktion der Wirbelsäule zusammenhängt, der sog. *vertebragene* (vertebragen = wirbelsäulenbedingt) *Schmerz*, eine mit Abstand führende Rolle in der gesamten Schmerzpräsenz. Man spricht von einer Volkskrankheit – der Volkskrankheit Rückenschmerz. Zum vertebragenen Schmerz zählt aber nicht nur der Rückenschmerz. Die Wirbelsäule sorgt für verschiedene Symptomatiken inklusive Kopf- und Nackenschmerzen, Brust- und Bauchschmerzen, Schmerzen an der Leiste und im Beckenbereich sowie Schmerzen der oberen und unteren Extremitäten. Der vertebragene Schmerz trifft immer öfter jüngere Patienten, die schon am Anfang ihrer Berufskarriere gesundheitlich angeschlagen sind und im Laufe der Jahrzehnte zu Schmerzwracks werden. Solche Patienten werden mit Sicherheit frühzeitig berentet werden müssen. Ich behandelte mehrere Teenager mit stärksten Nacken-

und Kopfschmerzen, die einzig und allein mit einer falschen Funktion der Wirbelsäule zusammenhängen. Diese jungen Patienten hatten genau die gleichen Beschwerden, wie ich am Anfang meiner Erkrankung.

Die Patienten wandern von Arzt zu Arzt, vom Physiotherapeuten zum Heilpraktiker. Von allen Therapeuten wird empfohlen, heiß zu duschen, heiße Bäder zu nehmen oder im Fitnessstudio zu trainieren, was häufig nur schadet. Es ist eine Tatsache, dass sehr viele der Schmerzpatienten ärztlicherseits nicht effizient und nicht fachmännisch genug therapiert werden und deshalb mit dem chronischen Schmerz leben müssen. Die psychisch stabileren Patienten beißen die Zähne zusammen und leben mit dem Schmerz, die psychisch labileren »belästigen« die Ärzte und Psychotherapeuten weiter und werden irgendwann zu Psychosomatikern abgestempelt. Eine Schar von Psychotherapeuten sucht oft vergeblich nach psychischen Faktoren, die zur Erkrankung führen könnten. Davor wartet in der Regel der Patient monatelang und unter Schmerzen auf einen Psychotherapie-Termin. Eine genaue Eruiierung der Zahl der Betroffenen in der Bundesrepublik ist nicht möglich. Doch dabei geht es um zigmillionen von Menschen in allen Altersgruppen! Nach den Daten von unterschiedlichen statistischen Instituten kostet der chronische Rückenschmerz unsere Gesellschaft mindestens 35 Milliarden Euro pro Jahr und liegt somit auf dem 1. Platz in der Liste der kostenintensivsten Erkrankungen.

Oft wird bei chronischen Rückenschmerzen, die über kurz oder lang zu starken generalisierten Muskelverspannungen und Muskelknoten sowie zu Hautdruckschmerzhaftigkeit führen, die Diagnose der *Fibromyalgie* gestellt, einer angeblich nicht heilbaren, mysteriösen Erkrankung. Die Ursache (Ätiologie) dieses Syndroms oder dieser Erkrankung sowie die Entwicklungsmechanismen (Pathogenese) sollen völlig unklar sein. Genauso unerfreulich ist die Aussage bezüglich der Therapie. Mehr oder weniger wird den Patienten vermittelt, dass sie »unheilbar« krank seien und zukünftig

mit den Schmerzen »leben müssen«. Das stimmt allerdings überhaupt nicht! Es gibt mehrere Möglichkeiten der Vorbeugung und der Behandlung der Symptome, die unter diesem Begriff zusammengefasst sind. Darüber schreibe ich an andere Stelle noch mehr.

Völlige organisatorische Hilflosigkeit und Konzeptlosigkeit der zuständigen Gremien

Die Behandlung von der Volkskrankheit Rückenschmerz ist sehr teuer. Aber die *katastrophale Herangehensweise* bei der Behandlung kostet unsere Gesellschaft noch zusätzlich Milliarden von Euro, die man mit viel mehr Nutzen investieren oder sparen könnte.

Warum ist die Situation so verheerend? Warum wurde in diesem Land eine Krankheit zu einer Volkskrankheit?

Um diese Fragen zu beantworten, müssen zunächst einige anderen Fragen gestellt und beantwortet werden:

1. Wird die medizinische Hilfe für Rückenschmerzpatienten optimal oder nicht optimal organisiert? Verfügt Deutschland über entsprechende finanzielle Mittel, um die Versorgung der Rückenkranken optimal zu organisieren?
2. Besitzen diejenige, die für die Organisation der ambulanten Hilfe für Rückenpatienten zuständig sind, die dazu notwendigen Kenntnisse?
3. Besitzen die zuständigen Ärzte die erforderlichen Kenntnisse, um diese Krankheit erfolgreich zu behandeln?
4. Steht es fest, welche Kenntnisse der Arzt besitzen muss, um diese Krankheit erfolgreich zu behandeln?
5. Durch Ärzte welcher Fachrichtung soll die »Volkskrankheit Rückenschmerz« therapiert werden?
6. Steht es fest, welche Maßnahmen eine positive Rolle in der

Vorbeugung und in der Behandlung dieser Krankheit spielen und welche Maßnahmen eine negative oder gar keine Rolle spielen?

7. Ist die Bevölkerung zu faul, treibt sie zu wenig Sport? Fehlt der Bevölkerung die Handlungs- und Kooperationsbereitschaft?
8. Lässt sich diese Volkskrankheit nicht effizient genug behandeln oder ist sie sogar unheilbar?
9. Was ist das für ein Krankheitsbild, das man heutzutage als »Fibromyalgie« bezeichnet und als unheilbar definiert. Vielleicht ist diese Erkrankung doch nicht so mysteriös wie man annimmt?
10. Und als letztes die Kernfrage: *Warum gibt es in Deutschland so viele schmerzgeplagte Patienten? Ist das ein Resultat falscher Lebensführung der Bevölkerung und somit die Schuld der Patienten selbst, oder ist es das Resultat einer falschen medizinischen Behandlung und Organisation und somit die Schuld der Ärzteschaft bzw. der Gesundheitspolitik?*

Meine persönliche Antwort auf diese letzte Frage würde ich prozentual folgendermaßen ausdrücken: Zu 90 % ist die Ärzteschaft und Politik dafür verantwortlich, dass es so viele Schmerzpatienten gibt und nur zu etwa 10% ist das die Schuld der Patienten.

Warum drücke ich mich so direkt und für die Ärzteschaft und Gesundheitspolitik nicht gerade schmeichelhaft aus? Ich will es erklären. In Deutschland leben wir in einer reichen Gesellschaft. Der große Wohlstand dieser Gesellschaft kommt durch den Einsatz der Bevölkerung zustande. Somit haben die Bürger das Recht und den Anspruch, dass zumindest die medizinischen Behandlungsprogramme, die eine große Bedeutung haben und auch bezahlbar sind, von der Gesundheitspolitik und der Ärzteschaft umgesetzt werden. Dieses Land ist reich genug und hat auch die Mittel dazu, solche Programme zu realisieren. Doch es wird nichts getan oder es wird nicht effektiv genug getan! Dabei werden an anderer Stelle im Gesundheitswesen immense

Summen für sehr umstrittene Programme, wie z.B. die online Patienten-Verwaltung (E-Karte), Disease-Management-Programme oder durch den aufgeblähten Verwaltungsapparat der 270 Krankenkassen in den Sand gesetzt.

Früher war Deutschland so reich, dass sich das Land jede Marotte erlauben konnte. Warum sollte man für die Gesundheit nur 80 Milliarden Euro ausgeben? Machen wir doch gleich eine runde Zahl daraus, machen wir 100 Milliarden. Man warf bedenkenlos das Geld zum Fenster hinaus – es war ja genug da!

Es war wie in der berühmten Anekdote über die zwei neureichen Russen. Der Eine sagt: »Hör mal, diese Krawatte habe ich mit viel Glück für 300 Euro sehr teuer gekauft.« Der Andere antwortet: »Pech für dich mein Freund, du warst voreilig. Ich habe die gleiche Krawatte im Geschäft nebenan noch teurer gekauft – für 400 Euro!«

Jetzt sind die Zeiten in Deutschland nicht mehr so rosig, das Geld fehlt an allen Ecken und Enden. In dieser Situation muss die Gesellschaft für die Verwaltung ihres Geldes fähige Leute suchen, denen man die Finanzen anvertrauen kann. Das Geld ist noch da, zwar nicht mehr im Überfluss, aber es ist da. Es ist sicherlich nicht leicht, diese Milliarden vernünftig zu verwalten. Das muss man gelernt haben. Das muss man können. Manche Probleme sollten auch einfach aus der Vernunft heraus entschieden werden. Man kann nicht jedes Projekt exakt vorausplanen. Die Leute, die das machen, müssen allerdings als Mindestanforderung wenigstens klug und gebildet sein und viel Fingerspitzengefühl und Erfahrung mitbringen, um beurteilen zu können, welches Projekt Nutzen bringt und welches nur zu hohen Kosten führt. Außerdem sollten sie über einen gesunden Menschenverstand verfügen – was eigentlich selbstverständlich ist. Ob unsere jetzigen Gesundheitspolitiker dazu in der Lage sind, bezweifle ich stark!

Die richtungweisenden Entscheidungen im Gesundheitswesen wurden leider in den letzten Jahren von Politikern und ihren Beratern getroffen, die wie zurückgebliebene Kin-

der dastanden, genauso handelten und ganz offensichtlich unter einem erheblichen Realitätsverlust litten. Viele ihrer sowohl strategischen als auch taktischen Entscheidungen waren und sind immer noch völlig falsch! Das Problem ist nur, dass sie als Spielzeug die Gelder der Steuerzahler nehmen, auch die Gelder der unterbezahlten Ärzte und der unterversorgten Patienten. Anstatt die Politiker zur Ordnung zu rufen, schaut die Öffentlichkeit ihrem Treiben mehr oder weniger nachsichtig zu. Dumme Kinder zwar, aber halt unsere eigenen!

Ich habe vor kurzem im Fernsehen eine Reportage über Eltern gesehen, die von ihren eigenen Kindern völlig überfordert waren. Die Kinder – ihr eigenes Fleisch und Blut – wurden durch die Unfähigkeit der Eltern, die richtigen Entscheidungen zu treffen und durch das völlige Chaos in der Erziehung, zu ihren schlimmsten Peinigern. Statt von dem eigenen Kind Freude zu bekommen, bekamen diese Eltern nur Wut, Hass und Unzufriedenheit zurück. Schuld daran waren die Eltern allerdings selbst. Nicht nur ihr eigenes Leben hatten sie sich zur Hölle gemacht, sondern auch das Leben ihrer Kinder. Sie hatten die *Kontrolle* über die Kinder verloren und die Kinder verloren den *Respekt* vor den Eltern. Die Situation schien völlig ausweglos zu sein, war es allerdings zum Glück nicht. Die Rettung kam in Person einer Kinderpsychologin. Sie zeigte den Eltern auf, wie man ein Kind führen und kontrollieren muss. Und nach einer kurzen Zeit kam überraschenderweise wieder alles in Ordnung. Die Kinder begannen die Eltern zu respektieren, die Eltern hatten gelernt, die Kinder zu führen und zu kontrollieren (was die Kinder sich auch gewünscht haben) und beide Seiten genossen mit Freude ihr neues Zusammenleben.

Mit den Politikern und dem Volk sieht es meiner Meinung nach genauso aus. Die Politiker sind Abkömmlinge und Repräsentanten des Volkes, sein Fleisch und Blut. Nicht umsonst sagt man, dass ein Volk die Regierung hat, die es verdient. Allerdings, wenn die Gesellschaft sich keine Mühe gibt, ihre eigenen Politiker zu kontrollieren oder nicht weiß,

wie man das macht, dann kommt es unvermeidlich zu einer Katastrophe und die Politiker machen alles kaputt – sich selbst und die Gesellschaft!

Nehmen wir die Formel 1, wo jede Leistung nach dem erreichten Ergebnis direkt bewertet werden kann. Wie suchen sich die großen finanzstarken Autokonzerne die Partner aus? Ganz einfach – sie nehmen die Besten! Sei das der Teamchef, der Fahrer, der Ingenieur oder der Aerodynamiker. Die Motorsportleute wissen, dass vor allem die Personalentscheidung das Endergebnis bestimmt. Warum versteht das die Motorwelt und warum versteht das unsere Gesellschaft nicht?

Logisch wäre doch, dass man zuerst vernünftige und fähige Leute aussucht und dann erst spricht man mit ihnen über Geld, über Logistik und über die Ziele. Aber wem hat unsere Gesellschaft ihre Gesundheit anvertraut? Wer stellt die Mannschaft zusammen? Eine ehemalige Lehrerin! Ob das die richtige Qualifikation für dieses Amt ist, wage ich zu bezweifeln! Wie naiv muss man sein, wenn man an solche Personen hohe Anforderungen stellt und dann auf ein gutes Ergebnis hofft!

Es müssen also Entscheidungen getroffen werden, die es dem Volk erlauben, mehr Einfluss zu nehmen. Die Bürger müssen die Möglichkeit haben, nicht nur zwischen schlecht und sehr schlecht zu wählen, sondern sie müssen die Möglichkeit bekommen, bei richtungweisenden Entscheidungen und teuren Projekten in Form eines Plebiszites Einfluss zu nehmen. Nehmen wir als Beispiel die elektronische Gesundheitskarte. Wer hat eigentlich die Einführung dieser Karte beschlossen? Wer hat einen Nutzen davon? Die Patienten sicher nicht. Einige Personen aber werden schon gut daran verdienen. Hat man das Volk gefragt, ob es diese Karte überhaupt – und wenn ja – zu welchen Kosten will? Hat man darüber diskutiert? Ist das überhaupt bezahlbar und macht das überhaupt einen Sinn? Man hat Milliarden auf die Karte gesetzt ohne diejenigen zu fragen, die nachher dafür bezahlen müssen.

Das Bürgertum muss sich viel mehr mit der Frage befassen, wie man ein optimales Miteinander mit der Politik organisiert. Ohne diese Voraussetzung, ohne ausreichende Kontrolle über Politik und Politiker durch die Gesellschaft, sind alle Versuche, die soziale und finanzielle Lage des Landes zu stabilisieren, unbrauchbar. Wenn dafür konstitutionelle Änderungen gemacht werden müssen, sollen sie gemacht werden. Es gibt nichts Schlimmeres, als wenn ein Land jahrzehntelang von unfähigen Leuten regiert wird, über die sich jeder Normalbürger lustig macht oder ärgert und die man trotzdem nicht mehr los wird, obwohl sie absolut sorglos ihre wahnsinnigen Projekte durchsetzen. Wir als Bürger und Steuerzahler sollten es lernen, die Politiker im Schach zu halten und nicht umgekehrt! Sonst läuft dieses demokratische Sado-Maso-Spiel weiter – wir wählen die Politiker, um uns von ihnen quälen zu lassen.

Kakophonie statt Sinfonie bei der Versorgung von Rückenschmerzpatienten

Die Millionen von Patienten mit vertebralem Beschwerden, von jung bis alt, wenden sich in ihrer Not an die Praktischen und an die Allgemeinärzte, an Orthopäden, Neurologen, Internisten, Neurochirurgen, Rheumatologen, Psychotherapeuten, Physiotherapeuten, Chiropraktiker, Spezialisten in chinesischer Medizin, Akupunktur und in anderen Fachgebieten. Bei jedem Spezialisten bekommen die Patienten aber nur eine strikt gebietsspezifische Therapie. Dazu kommen zusätzlich kassenärztliche Einschränkungen.

Nur *einen* bestimmten Spezialisten gibt es leider nicht – den Wirbelsäulenspezialisten, der geschult ist, eine vertebrale Erkrankung *maximal effizient*, und das heißt: nicht einseitig, strikt gebietsspezifisch, sondern optimal und mit

den besten bei einer konkreten Situation in Frage kommenden Mitteln zu behandeln.

Hätte es bisher schon diesen Spezialisten gegeben, würde der chronische Rückenschmerz unsere Gesellschaft statt 35 Milliarden Euro im Jahr vielleicht nur 15 Milliarden Euro im Jahr kosten.

Bedauerlicherweise aber muss man feststellen: Ein so wichtiges Organ wie die Wirbelsäule ist auf der Strecke geblieben. Für die Wirbelsäule sind alle zuständig und gleichzeitig keiner. Praktisch in keinem Land ist die Vertebrologie (Wirbelsäulenlehre) als eine eigenständige Disziplin anerkannt! Diese Inkompetenz muss natürlich die Gesellschaft und der Einzelne teuer bezahlen.

Natürlich sind Orthopäden und Neurochirurgen auf dem Gebiet der vertebraenen Erkrankungen besser als andere Kollegen ausgebildet. Ihre chirurgischen und anatomischen Fertigkeiten im Bezug auf die Wirbelsäulenerkrankungen spielen allerdings bei den ambulanten Patienten oft keine entscheidende Rolle. Auch Orthopäden und Neurochirurgen benutzen in der Regel nur die in ihrem Fachgebiet gebräuchlichen Behandlungsmethoden. Nicht alle von ihnen sind *gleichzeitig* mit Akupunktur, Manueller Medizin, therapeutischer Lokalanästhesie und medikamentöser Schmerztherapie vertraut, obwohl sich gerade hinter diesen Gebieten enorme Behandlungsmöglichkeiten bezüglich der vertebraenen Erkrankungen verbergen. Dabei gehen sehr oft komplexe Problemeinschätzungen und Problembehandlungen verloren und der Patient wird einseitig und nicht optimal behandelt.

Es ist allerdings gängige Praxis, dass nicht nur die chirurgisch ausgebildeten Spezialisten, sondern auch Allgemeinärzte, hausärztlich tätige Internisten und praktische Ärzte mit Patienten mit vertebraenen Erkrankungen tagtäglich konfrontiert werden. Leider ist die vertebrologische Ausbildung dieser Kollegen in der Regel so lückenhaft, dass auch sie den Patienten keine adäquate Hilfeleistung anbieten können.

Um richtig zu verstehen, warum viele Ärzte bei der Behandlung von chronischen Rückenschmerzen so wenig effizient sind – und das ist eine Tatsache – muss man die Organisation der konservativen, ambulant-ärztlichen Versorgung bei wirbelsäulenkranken Kassenpatienten genauer unter die Lupe nehmen.

Die erste Anlaufstelle bei Rücken- und Nackenschmerzen soll der *Hausarzt* sein, so wollen es zumindest die Gesundheitspolitiker. Der Grund: Es sei für alle billiger und besser. Nach kurzer Behandlungszeit und nach einer Therapie, die der Hausarzt nach seiner Vorstellung und *oft ohne die notwendigen Kenntnisse* zusammenstellt und durchführt, wird im Falle anhaltender Beschwerden der Patient zu einem Orthopäden überwiesen. Oder der Hausarzt überweist den vertebra-genen Schmerzpatienten kurzerhand direkt zu einem Orthopäden. Damit spart er normalerweise seine Zeit – und somit sein Geld.

Leider geht die Tendenz bei der Versorgung der vertebra-genen Schmerzpatienten dahin, dass die Patienten von mehreren Ärzten im Rahmen einer integrierten Versorgung betreut werden sollen. Der Allgemeinarzt soll den Patienten zusammen mit anderen Spezialisten wie Orthopäde, Neurologe, Psychotherapeut, Schmerztherapeut oder Physiotherapeut behandeln. Dabei soll der Allgemeinarzt die Rolle eines »Lotsen« übernehmen. Ich stelle dieses Therapiekonzept ganz energisch in Frage, denn hier greift aus meiner Sicht die Regel: »Zu viele Köche verderben den Brei«. Der Schmerzpatient wird von einem Spezialisten zum anderen geschickt, keiner kann ihm wirklich helfen und im Endeffekt fühlt sich auch keiner für den Patienten verantwortlich.

Der Orthopäde ist nach der allgemeinen Vorstellung der Spezialist, der für die Erkrankungen des Skeletts zuständig ist. Die Orthopäden haben viel Arbeit. 200 Patientenbehandlungen pro Tag sind keine Seltenheit in einer orthopädischen Praxis.

Hier muss nun leider festgestellt werden, dass unsere Gesellschaft große Kapazitäten besitzt, die verschwenderisch

und nicht optimal genutzt werden. Die niedergelassenen orthopädischen Kollegen, die über einen sehr hohen chirurgischen Fertigungsstandard verfügen, verbringen ihre Zeit im ambulanten Bereich meistens mit dem Setzen der Voltaren- und Kortisonspritzen und dem Durchführen von Infiltrationen, die eigentlich nach einfacher Instruierung von jedem nicht chirurgisch ausgebildeten Kollegen durchgeführt werden könnten. Ihre chirurgischen Kenntnisse, die sie jahrelang im stationären Bereich gesammelt haben, ihre Fähigkeit, komplizierte Operationen durchzuführen, bleiben in der Praxis ungefragt. Und sogar die Krankheitsbilder wie Rückenschmerzen, die bei den meisten Chirurgen nur ein Gähnen hervorrufen, dürfen sie als Kassenärzte nur in einem Sparmodus behandeln. Die Orthopäden dürfen nicht alles anwenden, was bei Rückenschmerzen nötig wäre. Die niedergelassenen Orthopäden haben unglücklicherweise gar keine Chance, die vertebra genen Schmerzpatienten komplex und multimodal zu behandeln (zumindest die Kassenpatienten), weil sie über ein sehr geringes Medikamentenbudget verfügen und somit fast keine Medikamente verschreiben dürfen. Und ohne unterstützende medikamentöse Therapie kann man im Falle einer chronischen progredienten Wirbelsäulenerkrankung, zumindest am Anfang der Therapie, von keiner optimalen Qualität der Behandlung reden. Außerdem fehlt den Orthopäden, im Gegenteil zu den Allgemeinmediziner n und Internisten, die Fähigkeit, den Patienten im Ganzen mit allen seinen chronischen Krankheiten aus dem gesamten internistischen Formenkreis zu betrachten. Somit hat der Orthopäde – auch beim besten Willen – keine Möglichkeit, den schmerzgeplagten Rückenpatienten optimal zu versorgen. *Die Vermeidung der Progredienz der Erkrankung und die Induzierung einer dauerhaften Remission* rücken in weite Ferne. Deswegen sind die Praxen von Orthopäden so überfüllt, weil sie im Falle eines chronischen, schmerzhaften Prozesses oft nur eine vorübergehende Besserung erzielen können. Es ist auch hinreichend bekannt, dass Spezialisten der chirurgischen Fachrichtung

eher und schneller zu einer operativen Behandlung tendieren, als es manchmal angebracht ist. Oft werden die Indikationen zur Operation zu früh gestellt – mit allen Konsequenzen für den Patienten und für unsere Steuergelder. Operationen sind immer mit einem Risiko verbunden und Operationen sind immer teuer!

Häufig muss der Orthopäde allerdings aufgrund der Ineffizienz seiner Behandlung einen Rückenpatienten zurück zum Allgemeinmediziner schicken oder ihn zu einem Schmerztherapeuten oder Physiotherapeuten überweisen.

Die Schmerztherapeuten, die hauptsächlich aus dem Bereich Anästhesie kommen, sind für den praxistypischen »ambulant« Schmerz nur bedingt sensibilisiert. Sie sind geschult, ganz andere Schmerzarten zu bekämpfen und fachmännisch ausgebildet, ganz andere Krankheitsbilder zu behandeln. Diese Ärzte sind natürlich in ihrem Fachgebiet sehr beschlagen und jeder, der seinen Facharzt auf dem Gebiet der Anästhesiologie gemacht hat, verdient großen Respekt. Diese Ärzte kennen sich bei einer Narkose, bei der Behandlung eines akuten Schmerzes infolge eines Unfalls sehr gut aus, allerdings nicht bei der Behandlung eines chronischen Schmerzes, der von der Wirbelsäule ausgeht.

Bei allem Respekt vor dieser Berufsgruppe muss festgestellt werden: Diese Kollegen sind nicht in der Lage, ohne zusätzliche vertebrologische Ausbildung, den durchschnittlichen Patienten mit chronischen Schmerzen aus dem muskulo-skelettalen, vor allem vertebralem Bereich, adäquat zu behandeln. Und ihre Kompetenz im allgemeinmedizinischen Bereich ist mit der Kompetenz eines Allgemeinarztes im OP-Saal bei einer komplizierten Narkoseführung vergleichbar. Sie ist also kaum vorhanden. Die Anästhesisten-Schmerztherapeuten behandeln oft nach einem festen Stufenschema. Sie sind geschult, Patienten *symptomatisch* zu behandeln. Die symptomatische Therapie ist eine typische und unabdingbare Besonderheit ihres Fachbereiches. Und sehr schnell ist der Rückenpatient auf eine symptomatische, analgetische Morphintherapie eingestellt, ohne das eine The-

rapie durchgeführt wird, die die wichtigsten Mechanismen der Krankheitsentstehung und Krankheitsentwicklung beeinflusst und den Krankheitsverlauf in eine stabile Remission überleitet.

Insgesamt fehlt den Schmerztherapeuten, die hauptsächlich aus dem Bereich Anästhesie kommen, in Bezug auf chronische Rückenschmerzen eine orthopädische, allgemeinmedizinische und nichttraditionelle fernöstliche Grundkompetenz. Ohne diese Kenntnisse, ist die effiziente Therapie der vertebra-genen Erkrankungen aber nicht möglich!

Die Schmerztherapeuten bewerten es als Behandlungserfolg, wenn die vertebra-genen Schmerzen um die Hälfte weniger geworden sind. Im Falle einer vertebra-genen Erkrankung sollte aus meiner Sicht aber eine nahezu vollständige Beschwerdefreiheit angestrebt werden. Unter Kombinationstherapie, und mit Anwendung von Akupunktur als führende Therapie, ist das meistens – nicht nur in meiner Praxis – die Regel, sondern auch bei vielen anderen Kollegen, die Akupunktur und Kombinationstherapie einsetzen.

Was die *physiotherapeutische Behandlung* bringen kann, hängt meistens von sehr vielen Faktoren ab: vom Alter des Patienten, von der Kompetenz des Physiotherapeuten selbst, usw.

Es ist absolut keine Frage, zumindest für mich, dass ein sehr guter Physiotherapeut, wenn er zeitlich nicht eingeschränkt ist und viele dutzende Therapiesitzungen durchführen kann, ganz alleine, nur mit seinen Händen und mit Krankengymnastik, die meisten der *akuten* vertebra-genen Patienten ausheilen kann. Vorausgesetzt, die Physiotherapie wurde rechtzeitig durchgeführt und die Erkrankung wurde nicht chronisch. Das Problem in der heutigen Zeit der Kasernenmedizin ist nur, dass es für einen Physiotherapeuten nicht möglich ist, so viel Zeit in einen Patienten zu investieren wie es angemessen wäre. Die Zahl der Therapiesitzungen und ihre Dauer sind beschränkt, denn der niedergelassene Physiotherapeut arbeitet in einem sehr engen finanziellen Rahmen. Darüber hinaus darf er keine Medikamente an-

wenden und er darf nicht akupunktieren oder infiltrieren. Somit behandelt der Physiotherapeut extrem einseitig.

Ich glaube allerdings, dass die Physiotherapeuten im Falle einer chronischen Wirbelsäulenerkrankung nur bei sehr jungen Patienten schnelle und durchschlagende Erfolge vorweisen können. Im Falle einer fortgeschrittenen Erkrankung und im hohen Alter oder bei multimorbiden und übergewichtigen Patienten, sind sie mit ihren eingeschränkten Möglichkeiten sehr schnell am Ende.

Dem *Allgemeinarzt*, den man nach meiner Meinung abwertend auch als »Hausarzt« bezeichnet und verbale Assoziationen mit »Hausmeister« oder »Haustier« herbeiführt, wird seitens der Gesundheitsmanager die miserable Funktion als Gesundheitslotze zugeteilt. Er soll in der Hauptsache den Behandlungsprozess koordinieren. Er ist aber oft Facharzt für Innere- oder Allgemeinmedizin und hat nicht selten eine jahrelange Erfahrung in einem speziellen Gebiet der Medizin. Dem Allgemeinarzt wird also seine Fachkompetenz abgesprochen und dafür ein Zuständigkeitsbereich zugeteilt, den er oft nicht unterstützt. Die Führung und die Behandlung eines Patienten wird oberflächlich, unpersönlich und ineffizient. Es entsteht Missmut bei Arzt und Patient.

Und hier liegt nach meiner Überzeugung der Grund, warum am Ende kein gutes Ergebnis in der Therapie der Rückenschmerzen herauskommt. Man kann und darf nicht dazu gezwungen werden, irgendetwas zu koordinieren, was man grundsätzlich nicht selbst versteht. Ohne spezielle vertebrologische Kenntnisse kann – und vor allem darf – der Allgemeinarzt einem Patienten keine Therapieempfehlungen geben!

Die Allgemeinärzte sollten nach meiner Meinung bei der Behandlung von Rückenschmerzen aus ihrer Lotsenrolle in die Position eines »Kapitäns« gebracht werden. Man sieht leider allzu oft, dass der so genannte Lotse, ob aus Unkenntnis oder aus Bequemlichkeit, die vertebra-genen Schmerzpatienten einfach in die falsche Richtung lotst, oft einfach

weg von sich selbst. Und wenn wir schon bei einem maritimen Bild bleiben wollen, spielt der unglückliche Lotse in der Odyssee des armen Schmerzpatienten oft eine tragische Rolle, weil er im Grunde genommen keine Passage zum sicheren Hafen kennt und eigentlich nur einen kompletten »Schiffbruch« herbeiführen kann.

Es stellt sich also die Frage, ob unsere Gesellschaft wirklich so reich ist, dass wir es uns erlauben können, einen »Kapitän« jahrelang auszubilden (sechs Jahre Studium und fünf Jahre Facharztausbildung), um ihn danach nur noch als »Lotsen« zu beschäftigen? Der Titel Facharzt für Allgemeinmedizin, Facharzt für Innere Medizin oder auch praktizierender Arzt bedeutet doch auch, dass diese Ärzte mit häufig anzutreffenden, den so genannten »Volkskrankheiten« bestens vertraut sein müssten und das heißt, dass diese Ärzte in der Lage sein müssen, die allgemeinen Erkrankungen nicht nur zu managen, sondern auch zu behandeln.

Ein ebenso diskussionswürdiges und kontroverses Thema ist »*Rückenschmerzen und Fitness*«. Dass eine gut aufgebaute Wirbelsäulenmuskulatur einen Patienten vor der Erkrankung schützt oder beschwerdefrei machen kann, braucht nicht bewiesen werden. Das so genannte Muskelkorsett entlastet die Strukturelemente der Wirbelsäule, führt zur Reduktion des Druckes in den Bandscheiben, löst oder verhindert die Blockaden zwischen den Segmenten der Wirbelsäule, gleicht eine segmentäre Hypermobilität aus. Besorgniserregend ist allerdings die Tatsache, dass viele, auch spezialisierte Fitnessstudios, mit Trainingsgeräten eingerichtet sind, die die Knochen-Knorpelsubstanz der Wirbelsäule eher zerstören als sie durch den Muskulaturaufbau entlasten. Dabei werden die Patienten oft auch noch aufgefordert, aus der sitzenden Position mit fixiertem Becken und mit nach vorne gebeugtem Oberkörper und abgerundeter Lendenwirbelsäule, große, auf den Schultern liegende Gewichte, mit der Muskelkraft der Rückenmuskulatur hoch zu heben. Diese Übung trainiert zwar die Rückenmuskulatur, erhöht aber gleichzeitig den Druck in den Bandscheiben auf

das Maximum und führt zu dem häufigsten Entstehungsmechanismus eines Bandscheibenprolapses. Darüber hinaus sind viele chronische Schmerzpatienten gar nicht in der Lage, diese Trainingsbelastungen auszuhalten und liegen üblicherweise am nächsten Tag mit einer Verschlechterung ihres Zustandes im Bett. Viele Ärzte tendieren dazu, jedem Patienten zu raten mehr Sport zu treiben, was oft nicht machbar ist. Bei chronischen Rückenschmerzen werden auch viele andere Pauschalempfehlungen angeboten, etwa ein heißes Bad zu nehmen, regelmäßiges Rückenschwimmen, sich eine neue Matratze, einen Stuhl, oder Sitzball zu kaufen – was im besten Fall nichts bringt, im schlimmsten Fall dem Patienten aber schadet!

Defizite in der Ärztefortbildung

Die Statistiken spiegeln schonungslos das Ergebnis einer fehlerhaften Organisation der medizinischen Hilfe für Rückenranke in Deutschland wider. Jeder Therapeut behandelt zur Zeit einen Rückenpatienten so, wie er es selbst versteht, wie es ihm in Bruchstücken beigebracht wurde oder wie er es aus Büchern gelernt hat, die sich ebenfalls noch oft widersprochen haben. Es gibt viele Bücher zu diesem Thema, aber die Empfehlungen sind doch sehr fragmentiert, nicht einheitlich und meiner Meinung nach oft einfach falsch. Die so genannten Richtlinien für die Behandlung von Rückenschmerzen sind, zumindest aus meiner ärztlichen Sicht, absolut unbrauchbar.

Viele Bücher über konservative Behandlungsmöglichkeiten sind von orthopädisch-neurochirurgisch tätigen Professoren verfasst, was dazu führt, dass den konservativen Methoden zu wenig Bedeutung zugemessen wird. Viele dieser Bücher, wo auf der Titelseite ein prominenter Name steht, wurden ganz offensichtlich nicht von den Autoren selbst, sondern von ihren jungen und unerfahrenen Assistenzärzten geschrieben. Anders lassen sich die manchmal gravie-

renden faktischen Fehler nicht erklären. Das betrifft sowohl die Fachliteratur für Ärzte als auch die populären Patientenratgeber. Mich beschleicht oft das Gefühl, dass die Autoren ganz simpel von einander abschreiben. Die Empfehlungen sind immer die gleichen und das Ergebnis dieser Empfehlungen offensichtlich auch. Das Problem ist, ein entsprechendes Buch zu finden, das diese Problematik in seiner Ganzheit abhandelt.

In der Organisation der medizinischen Hilfe für Rückenranke wird den High-Care Zentren und der Hightech-Medizin zu viel Bedeutung zugemessen. Das kostet einerseits sehr viel Geld – ein Kompetenz-Zentrum (High-Care-Zentrum) oder eine Gruppe für Integrierte Versorgung (Managed-Care-Gruppe) benötigt mindestens 20 Angestellte und die entsprechenden Personalkosten kann man sich vorstellen. Andererseits führen alle diese Anglizismen zu noch mehr Unverständlichkeit. Man kann solche aufwendigen Zentren nicht in jedem Stadtteil oder in jedem Dorf betreiben. Und wenn diese Zentren weit von den Patienten entfernt sind, können die Patienten mit Ihren Schmerzen sie einfach nicht mehr erreichen. Die breite Öffentlichkeit hat davon gar nichts! Deshalb plädiere ich dafür, dass man das Basiswissen für die Behandlung von Rückenschmerzen an die Allgemeinärzte und Kinderärzte vermittelt, die den Großteil der Bevölkerung medizinisch versorgen.

Ich glaube, dass auch die Kinderärzte für die Behandlung von Rückenschmerzen noch nicht ausreichend sensibilisiert sind. Akupunktur machen sie selten, eine orthopädische Ausbildung haben sie nicht, eine therapeutische Lokalanästhesie (TLA) beherrschen sie auch kaum. Kinderärzte kennen sich mit Impfungen aus, mit Kinderkrankheiten. Aber der Rückenschmerz, der früher die Erkrankung eines erwachsenen Menschen war, ist inzwischen viel jünger geworden, befällt immer mehr Kinder und Jugendliche. Wenn diese Erkrankung aber bei einem Teenager nicht frühzeitig behandelt wird, gibt es später keinen Ausweg mehr.

Dabei sind vernünftige Lösungen in der Behandlung von chro-

nischen Wirbelsäulenpatienten nicht teuer, man muss sie nur kennen und sie richtig anwenden. Die Rückenpatienten müssen von einem Fachmann behandelt werden, der die optimale konservative Therapie zusammenstellen und durchführen kann. Einen derartigen Spezialisten, der alle Nuancen der konservativen Therapiezusammenstellung beherrscht, gibt es leider noch nicht. Ein solcher Spezialist muss erst noch geschaffen werden.

Auf dem Buchmarkt fehlt es immer noch an Büchern, die von Menschen geschrieben sind, die genügend theoretische und vor allem gute praktische Erfahrungen in den verschiedenen konservativen Therapien in der Behandlung von Rückenschmerzpatienten haben und die den Stellenwert der in Frage kommenden Therapien in einer konkreten Situation zweifelsfrei einschätzen können. Eine subjektive Einschätzung eines praktizierenden und in seiner Tätigkeit erfolgreichen Arztes, ohne im Rahmen einer » *evidence based medicine*« durchgeführten Studie, ist für die Leute aus den medizinischen »Chefetagen« erschreckenderweise absolut nutzlos und unbedeutend. Derjenige Arzt, der auf seine guten persönlichen Behandlungserfolge in der Hoffnung verweist, dass seine Empfehlungen akzeptiert werden und somit den Kranken nutzen, wird heutzutage fast wie ein irrtümlicher Medizinmann angesehen. »Woher kommen die angeblichen Erfolge?«, fragen diese Widersacher. »Wurde denn schon eine statistisch einwandfreie, doppelblind kontrollierte Studie durchgeführt? Wie sicher sind die Ergebnisse? Und wie war eigentlich das Studiendesign?«

Der Begriff *evidence based medicine*, wenn man diesen Begriff so eng und so dogmatisch versteht, ist lediglich irreführend. Das Problem ist, dass die Leute, die sich mit der Statistik und mit wissenschaftlichen Studien befassen, ebenso wie unsere selbst ernannten Medizinpäpste, von der praktischen Medizin oft keine Ahnung haben und durch ihre Empfehlungen und Handlungen der Gesellschaft und den Patienten oft nur milliardenschweren ökonomischen und millionenfachen menschlichen, gesundheitlichen Schaden beibringen.

Wenn der Arzt etwas nicht versteht, ist es eben »psychosomatisch«

In der Praxis erlebt man nicht selten, dass man den chronischen Rückenschmerzpatienten (normalerweise ist es auch ein Patient mit dem sog. Fibromyalgiesyndrom) als einen Psychosomatiker behandelt und schnell und bequem in die »Psychoecke« abschiebt.

Was bedeutet in der Medizin eine psychosomatische Störung? Das ist eine Erkrankung, die durch das Fehlen einer fassbaren Grundlage definiert ist. Wenn eine Beschwerde existiert – beispielsweise Schmerzen – und der Arzt aus irgendeinem Grund nicht versteht, woher dieser Schmerz kommt, darf er diesen Patienten ohne Wenn und Aber als Psychosomatiker einstufen. Wenn der Arzt keine vertebrologischen Kenntnisse hat, wenn er nicht weiß, durch welche Mechanismen es zu diesen Schmerzen kommen kann, wenn er nicht versteht, wie es zum Krankheitsbild einer Fibromyalgie oder zu einem ähnlichen Krankheitsbild gekommen ist, dann kann er einfach sagen, dieser Patient ist ein Psychosomatiker. Er spricht mit dem Patienten über seine Schwiegermutter, über seine Frau oder über seine schwere Kindheit. Er schickt ihn zu einem Psychotherapeuten und da macht der Patient eine Therapie – seine Schmerzen ist er aber nicht los!

Viele Ärzte neigen gerne dazu, hinter jeder belastenden Situation den Auslöser der Rückenschmerzen zu sehen. Sie sind dann davon überzeugt, dass der Rückenschmerzpatient, der soziale bzw. psychische Probleme hat, unbewusst von der Realität in die Krankheit flüchten will.

Dem Patienten gehe seine gegenwärtige berufliche oder private Frustration sprichwörtlich »an die Nieren«, er hat ein »Kreuz mit dem Kreuz« oder »eine große Last liege auf seinen Schultern«. Der Patient wolle gar nicht gesund werden, er wolle leiden. Dabei philosophiert der Arzt: »Man soll nicht die Krankheit behandeln, sondern den Patienten«. Nicht der Arzt hat wegen seiner Inkompetenz ein Problem

mit Diagnostik und Therapie, sondern der Patient habe ein Problem mit seiner Psyche. Man behandelt den Patienten also mittels einer Psychotherapie oder höchstens einer Psychopharmakotherapie, was sicherlich falsch und fatal ist. Für den Arzt ist das oft ein sehr bequemer Ausweg aus seiner Inkompetenz und ein Mittel, sein »Gesicht nicht zu verlieren«.

Dieser im vertebrologisch-schmerztherapeutischen Bereich häufig und gerne benutzter Spruch »man soll nicht die Krankheit behandeln, sondern den Patienten«, verliert damit völlig den Sinn. Wie soll man den Patienten aber behandeln, wenn man die Zusammenhänge der Symptomatiken nicht versteht und die besten Therapieformen wie Akupunktur, therapeutische Lokalanästhesie, manuelle Diagnostik und Therapie und medikamentöse Kombinationstherapie nicht beherrscht? Diese Redewendung – »behandle nicht die Krankheit, sondern den Kranken« – hat nur dann Sinn, wenn man wirklich weiß, um was für eine Krankheit es sich handelt und wenn man weiß, wie man einen *durchschnittlichen* Patienten mit dieser Krankheit behandelt. Nur dann müssen eventuell die *individuellen* Korrekturen in der Therapie dieser Krankheit gemacht werden.

Ein Beispiel dazu aus der Praxis: Ich nahm vor einiger Zeit an einem zweitägigen Seminar zum Thema »Schmerztherapie« teil. Das Seminar wurde von einem Anästhesisten und Schmerztherapeuten, der mit einer schmerztherapeutischen Praxis niedergelassen war, geleitet. Der Anästhesist sprach über die Entwicklungsmechanismen des Schmerzens und über die entsprechenden Medikamente und man merkte schnell, dass er gut informiert war. Am nächsten Tag fing er an, über Patienten zu sprechen, über Krankheitsgeschichten, über Fälle, wie er sie in seiner Praxis medikamentös behandelt. Und da war ich als Allgemeinmediziner und praktizierender Arzt, der akupunktiert, der eine therapeutische Lokalanästhesie, manuelle Therapie und Krankengymnastik in Bezug auf die von ihm beschriebenen bestimmten Krankheitsbilder anwendet, völlig geschockt! So dürftig und

wenig Erfolg versprechend war in meinen Augen seine Therapiezusammenstellung. Die anderen Kollegen saßen auch da und haben zugehört, ohne sich dabei irritiert zu fühlen. Was mich am Ende wirklich sprachlos gemacht hat, war aber ein Beispiel aus seiner Praxis. Er beschrieb den Fall einer Patientin von 120 Kilo bei einer Größe von 150 cm. Diese Patientin litt unter starken Rücken- und Knieschmerzen. Dabei hatte sie einen starken familiären Psycho-Hintergrund – der Schwiegersohn passte ihr nicht, die Tochter war unglücklich mit ihm, und mit den Enkelkindern gab es keine Möglichkeiten zu kommunizieren. Die ganze Geschichte führte der Anästhesist in Form eines Rollenspiels vor; wir sollten nun darauf reagieren.

Ich hatte allerdings früher schon mehrfach schlechte Erfahrungen mit dieser Art von Fortbildung gemacht, denn diese Rollenspiele werden immer in die Richtung gelenkt, dass man als Teilnehmer am Ende genau das sagt, was der Dozent will. Ich bin aber kein Schauspieler und kein Regisseur. Ich will während einer ärztlichen Fortbildung keine Rollen spielen oder wie ein Kind behandelt werden, ich will etwas dazu lernen!

Ich hatte noch zu gut ein anderes ausgedehntes Rollenspiel im Gedächtnis, an dem ich im Rahmen einer Fortbildungsmaßnahme teilnehmen musste. Dabei ging es auch ständig darum, mit welchen hausgemachten Kabinettstücken man einem besorgten, schmerzgeplagten Patienten beibringen könne, dass er ein Psychopath sei und eigentlich »Nichts« hat. Auch meine Polemik mit den Kollegen und mit der Seminarleiterin, die ich, fast schon verrückt von dem ganzen »Theater«, am Ende des dritten Tages angezettelt hatte und die arrogante und unhöfliche Art, jede abweichende Meinung niederzuschmettern, war noch nicht vergessen.

Und so war es auch wieder in diesem Fall. Der Dozent hatte die Geschichte so geschildert, dass wir dahinter nur die psychologische Geschichte sehen sollten, um dann wunschgemäß daraus zu schließen, dass diese Patientin unheilbar

sei. Und nur das wollte er von uns hören. Die Rückenschmerzen und die Knieschmerzen der Patientin sind unheilbar, weil sie nicht gesund sein will, weil sie leiden will.

Ich habe mich dann zu Wort gemeldet und für viel Unruhe gesorgt. Ich habe gesagt, dass ich aus meinem Alltag als Allgemeinmediziner und Schmerztherapeut solche Patienten mit diesen Rücken- und Kniebeschwerden, mit den Trigger Points und Muskelknoten reihenweise kenne, in der Regel zwanzig Patienten am Tag. Die eben geschilderte Patientin würde auch ins Bild einer Fibromyalgie passen, alle Kriterien sind erfüllt. Solche Patienten sind aber nicht unheilbar krank, sondern sie sind voll behandelbar. Diese Patientin würde ich mit einem niedrig dosierten Antiepileptikum, das man in der Schmerztherapie benutzt, behandeln. Ich würde sie akupunktieren, ich würde die Trigger Points mit einem Lokalanästhetikum infiltrieren, ich würde eventuell ein niedrig dosiertes schmerzhemmendes und entzündungshemmendes Medikament verschreiben – das wäre die Basis für meine Therapie. Ich würde eventuell in Form einer Psychotherapie mit der Patientin sprechen, das stünde aber nicht an der ersten Stelle. An erster Stelle steht die Akupunktur, dann Medikamente und Infiltration.

Ein anwesender Kollege ist daraufhin regelrecht ausgerastet. Er hat mich ausgelacht und behauptete, bei dieser Frau sei alles psychisch bedingt, sie müsse nur ein hartes Nordic-Walking-Training absolvieren. Und alles was ich vorgeschlagen hätte, habe 100%ig keine Wirksamkeit. Daraufhin habe ich den Seminarleiter gefragt, wie er denn diese Patientin in seiner Funktion als niedergelassener Schmerztherapeut behandeln würde. Die Antwort war, er würde bei dieser Patientin ausschließlich Psychotherapie machen, etwa alle zwei Wochen, aber sonst nichts, weil das alles ja nichts hilft. Daraufhin meinte ich, diese Therapie empfände ich als *inhuman*, was für eine allgemeine Heiterkeit sorgte. Dieser Dozent, der sicher ein guter Anästhesist aber ein schlechter Allgemeinmediziner und Schmerztherapeut war, hatte eben keine Kenntnisse in Akupunktur und auch keine Kenntnisse in der

Vertebrologie, daher war er so hilflos. Was er nicht kannte, lehnte er ab und nannte es einfach »Psychosomatisch.« Damit war für ihn der Fall erledigt.

Heilpraktiker als letzte Hoffnung?

Der Kreis schließt sich. Die Patienten suchen Hilfe bei den Heilpraktikern, die geschickt die Defizite der ärztlichen Versorgung nutzen und vertebralem Schmerzpatienten Akupunktur, Neuraltherapie bzw. therapeutische Lokalanästhesie und manuelle Behandlung in Form einer Kombinationstherapie anbieten. Es ist aber nicht akzeptabel und in meinen Augen sehr peinlich für die Ärzteschaft, dass die Heilpraktiker mit ihren eingeschränkten Möglichkeiten und einem sehr bescheidenen Medizinwissen nicht selten bessere Erfolgsquoten bei der Behandlung von chronischen Rückenschmerzen haben als die Ärzte.

Nicht umsonst übernehmen inzwischen viele privaten Versicherer die Behandlungskosten beim Heilpraktiker.

Ich erinnere mich an ein Gespräch mit einer Kassenpatientin, die mir eine Zuzahlung von fünf Euro pro Akupunktursitzung mit Tränen in den Augen und mit großer Empörung verweigern wollte, weil sie »schon im letzten Monat beim Heilpraktiker 700 Euro zahlen musste.« In ihrem Fall half ihr allerdings diese teure Behandlung trotz der hohen Kosten nicht. Nach meiner Therapie war sie allerdings sehr zufrieden.

Zurzeit behandle ich einen dieser Heilpraktiker. Im Gespräch mit ihm hat sich herausgestellt, dass er die therapeutische Aufteilung zwischen Ärzten und Heilpraktikern sehr klar sieht. Die Ärzte und Schulmediziner sollen sich seiner Meinung nach um den Papierkram der Patienten und der Krankenkassen kümmern. Helfen könnten sie sowieso nicht, meinte er. Die Heilpraktiker oder die Alternativmediziner dagegen sollten die Patienten behandeln, ih-

nen helfen und ihre Beschwerden beseitigen, das wäre es, was sie nämlich könnten.

Diese Vereinfachung muss man sich auf der Zunge zergehen lassen! Und dieser Heilpraktiker ist mit seinen Vorstellungen bestimmt kein Einzelfall. Denn viele Patienten denken genauso. Und das ist ein absolutes Armutszeugnis für die gesamte Ärzteschaft!

Zuerst war ich über seine ehrliche Aussage überrascht und zunächst auch leicht verärgert. Dann aber verstand ich, etwas verblüfft, dass er mit seiner Einschätzung gar nicht so falsch lag, wenn man bedenkt, unter welchen Bedingungen heutzutage die niedergelassenen Ärzte arbeiten müssen. Da bleibt wirklich wenig Zeit für die Behandlung!

Auch die Therapieerfolge bei den von Schulmedizinern austherapierten Patienten, die dieser Heilpraktiker wahrscheinlich vorweisen konnte, prägten seinen Gedankengang.

Doch seine Gefühle mir gegenüber sind zwiespältig. Ich habe vor fünf Jahren seine Frau durch Akupunktur und TLA von Rückenschmerzen befreit und sie kennt seither keine Rückenschmerzen mehr. Deswegen bringt er mir einen »gewissen« Respekt entgegen. Ich kann aber trotzdem ganz deutlich merken, dass er sich selbst für einen besseren »Therapeuten« hält – einfach aus dem Grund, *weil ... ich Arzt und Schulmediziner bin.*

Vielleicht kommt der gewisse Respekt mir gegenüber auch dadurch zustande, dass er kein »richtiger« Heilpraktiker ist, der in *jedem* Schulmediziner seinen Erzfeind sieht. Denn er ist Heilpraktiker und – Friseur! Und zwar in beiden Funktionen gleichzeitig!

Alles ausdiskutieren – Nichts dogmatisieren

Ganz generell stehen die wichtigsten Fragen der Prävention und der Behandlung von Rückenschmerzen in Deutschland immer noch in der Diskussion, bzw. muss diese Diskussion erst begonnen werden. Was hilft und was schadet ist entweder gar nicht definiert oder ist aus meiner Sicht völlig falsch definiert.

Die Therapieempfehlungen bei solchen Themen wie rücken-gerechte Sportarten, beste Behandlungsmethoden, Einrichtung des Arbeitsplatzes und der Wohnung usw. sind nicht selten sehr fragwürdig. Von vielen Autoren (jeder hält sich für einen Meinungsbildner) werden sie allerdings wie eine indiskutable Selbstverständlichkeit präsentiert.

Viele sowie diagnostische als auch therapeutische Aspekte der Behandlung der chronischen Rückenschmerzen sind noch völlig offen. Um nur einige Beispiele zu nennen:

- Soll man bei einer Verschlechterung des chronischen Nacken- oder Rückenschmerzes den Patienten schonen oder soll er so schnell wie möglich wieder körperlich aktiv werden?
- Soll man einen Patienten mit akuter Schmerzsymptomatik mit Myorelaxanten behandeln oder nicht?
- Sind alle Myorelaxanten gleich effizient oder nicht?
- Der Stellenwert der NSAR (nicht steroidale Antirheumatika) bei chronischen vertebralem Syndromen?
- Soll man Opiate in der Behandlung von chronischen Rückenschmerzen anwenden?
- Wie groß ist die Rolle des »richtigen« Sitzens und Schlafens (Stuhl, Matratze)?
- Helfen heiße Duschen und Bäder – oder schaden sie?
- Soll man den chronischen Rückenpatienten in ein Fitnessstudio schicken oder schadet das Fitnesstraining? Welche Übungen helfen und welche schaden?
- Wie empfehlenswert ist die Behandlung bei einem Chiropraktiker oder einem Manualtherapeuten? Was bringt das?

Wodurch kommt es zu einem Behandlungserfolg und wo liegen die Gefahren?

- Bei welchem Spezialisten (Allgemeinarzt, Orthopäde, Schmerztherapeut, Krankengymnast, u.a.) soll der Patient behandelt werden?
- Hilft Akupunktur oder nicht?
- Wenn die Akupunktur hilft, ist es dann eine erfolgreiche psychotherapeutische Behandlungsmethode oder übt sie eine spezifische Wirkung aus?
- Wie sollen die Akupunkturpunkte ausgewählt werden? Bestimmte Punkte bei bestimmten Krankheitsbildern oder ganz individuell für jeden Patienten individuelle Punkte?
- Welche Rolle spielen Stress und Psyche in der Entwicklung einer vertebraalen Schmerzkrankheit? Eine führende oder eine zweitrangige Rolle?

Meine persönliche Stellungnahme zu einigen Fragestellungen sieht folgendermaßen aus:

	Allgemeine Meinung	Meine Meinung
1. Akupunktur	eher positiv	unentbehrlich, das Beste, was es gibt
2. Chiropraktische Einrenkungen	nicht eindeutig	das Schlechteste, was es gibt
3. Massage	hilft gut	gut, als Einzeltherapie nicht gut genug

4. Weichteil- techniken	helfen gut	helfen gut, aber sehr zeit- u. kraftaufwendig
5. Heiße oder warme Bäder	sehr gut	das Schlimmste, was es gibt
6. Heiße Duschen	sehr gut	das Schlimmste, was es gibt
7. Entzündungs- hemmende und schmerzlindernde Mittel	nicht eindeutig	gut als Dauertherapie fast nutzlos
8. Opiate	nicht eindeutig	als Monotherapie nur selten effektiv
9. Rolle einer Matratze	wichtig	absolut unwichtig
10. Rolle eines Arbeitsstuhles, Sitzballes	wichtig	absolut unwichtig
11. Stressfaktor/ Emotionen	sehr wichtig	eher zweitrangig
12. Rücken- schwimmen	sehr gut	fast nutzlos

13. Brustschwimmen	schlecht	sehr gut (richtige Technik!)
14. Stufenlagerung bei Hexenschuss	wichtig	absolut unwichtig
15. Frühe Mobilisierung bei Hexenschuss	gut und wichtig	extrem gefährlich
16. Immobilisierung mit Rückengürtel bei Hexenschuss	eher zweitrangig	unentbehrlich
17. Heißes Bad bei Hexenschuss	gut	verheerend
18. Fitness und Gerätetraining	sehr gut	oft sehr schädlich
19. Individuelle Wirbelsäulengymnastik zuhause	eher zweitrangig	extrem wichtig, oft unentbehrlich
20. Wirbelsäulengymnastik wobei der Patient ein »Hohlkreuz« macht	seht schlecht	sehr gut

Meine in der Tabelle aufgeführten Meinungen sind ein Resultat *meiner persönlichen* Erfahrungen als Arzt und Patient sowie die Erfahrungen meiner Kollegen und meiner Patienten, die ich im Rahmen der persönlichen Kontakte über mehrere Jahre aufgenommen und analysiert habe.

Manche Therapieempfehlungen werden kontrovers diskutiert, manche werden erstaunlicherweise sofort angenommen. Darüber gibt es dann keine Diskussion mehr und sie werden in den Rang eines Dogmas erhoben.

Ein Beispiel dafür ist die Behandlung mit Wärme. Die allgemeine Meinung heißt schlicht: Wärme tut gut! Punkt. Aus. Ende der Diskussion!

Hierbei ist aber zu unterscheiden, dass es diese Anwendung in Form einer »trockenen« Wärme gibt, also als Fango, Rotlicht oder Infrarot. Und es gibt die Anwendung in Form einer »feuchten« Wärme, in Form eines heißen Bades oder einer heißen Dusche.

Wir müssen endlich damit aufhören, alles zu pauschalisieren! Die Anwendung von Wärme unterteilt sich, wie gesagt in die trockene Wärme und in die feuchte Wärme. Und die Anwendung für die Patienten unterteilt sich einerseits in einem akuten Fall, andererseits in einem chronischen Fall. Und genau das muss erst einmal differenziert betrachtet werden! Man kann nicht einfach sagen, Wärme ist gut, egal, ob trocken oder feucht oder Wärme ist schlecht, egal, ob in einem akuten oder in einem chronischen Fall.

Sprechen wir konkret von einer akuten Kniegelenkentzündung und von einer feuchten Wärme. Da werden viele Meinungen gleich sein. Denn bei einer Behandlung mit feuchter Wärme würde die Entzündung des Gelenks noch viel schlimmer werden. Diesbezüglich glaube ich, ist die Meinung ungeteilt. Kein Arzt würde bei einer Kniegelenkentzündung diese Art von Wärme empfehlen. Allerdings, wenn man von einem akuten Bandscheibenvorfall spricht oder von einer Distorsion in einem Wirbelgelenk, was immer von einer Entzündungsreaktion und Schmerzen begleitet wird,

macht man es oft genau so. Was passiert bei einem akuten Wirbelsäulensyndrom dabei?

Entweder ist der flüssige Anteil der Bandscheibe soweit nach hinten heraus gedrückt worden, dass er auf den Faserring drückt und ihn reizt und das empfindet man dann als Schmerz oder ein Teil einer Gelenkkapsel wird zwischen zwei Wirbeln zusammengequetscht, auch das führt zu einem akuten Wirbelsäulensyndrom. Beides wird immer von einer Entzündungsreaktion begleitet. Und wenn in diesem akuten Stadium der Patient sich in ein heißes Bad legt, dann kann man sich gut vorstellen, wohin das führt. Warum legt sich keiner mit einer akuten Knieschwellung in ein heißes Bad? Warum aber wird von vielen Ärzten bei einem Hexenschuss oder einem Schiefhals empfohlen, sich in ein heißes Bad zu legen oder heiß zu duschen? Dadurch werden die Entzündung und die Schwellung am Gelenk oder an der Bandscheibe noch viel stärker werden, auch die Schmerzmediatoren werden sich verstärkt bilden.

Bei einem akuten Wirbelsäulensyndrom ist feuchte Wärme absolut fatal! Trockene Wärme ist aber auch nicht immer unbedingt hilfreich.

Ich habe in meiner Praxis viele Patienten gesehen, die – im Falle vermutlich eines Bandscheibenvorfalles oder einer Gelenkdistorsion mit einer mechanischen Kompression einer Gelenkstruktur – eines Tages ein akutes Lendenwirbelsäulensyndrom entwickelt haben, denen der behandelnde Arzt empfohlen hat, heiß zu duschen oder ein heißes Bad zu nehmen. Sie haben das gemacht und sie fühlten sich in der Regel auch besser danach – die ersten zwanzig Minuten. Aber am nächsten Tag konnten sie vor lauter Schmerzen nicht mehr aufstehen.

Dieses heiße Bad ermöglicht eine gewisse Ablenkung durch die Reizung der Gesamtkörperoberfläche und der Patient distanziiert sich kurzfristig von dem Schmerzreiz. Durch diese Ganzkörperbehandlung fühlt der Patient für den Augenblick weniger Schmerzen. Allerdings bewirkt diese feuchte Wärme am pathologischen Herd nichts Gutes. Sie erregt

Mechanismen, die zu einem Fortschreiten dieses pathologischen Prozesses führen. Und am nächsten Tag hat man natürlich die klinischen Symptome. Diese Patienten dann zu behandeln – das ist nicht einfach. So sieht es dann aus mit der feuchten Wärme in einem akuten Fall, bei einem «Rückennotfall». Im chronischen Fall sieht die Anwendung von Wärme genau so aus: Es gibt Millionen von schmerzgeplagten Menschen in Deutschland und was lesen sie überall? In der Literatur, in allen Frauenzeitschriften und in der Boulevardpresse? Was lesen die Ärzte in ihrer Fachliteratur? Sie lesen, dass die Anwendung von Wärme in Form eines heißen Bades oder einer heißen Dusche bei chronischen vertebra-genen wirbelsäulenbedingten Schmerzen immer gut ist.

Wenn das kein Dogma ist, was ist es dann?

Zum Beispiel soll das auch gut sein bei Patienten mit einer so genannten Fibromyalgie. Die Anwendung von heißen Bädern ist dabei genauso schädlich wie im Falle einer akuten Erkrankung. Einen Patienten mit einer chronischen vertebra-genen Erkrankung oder einer so genannten Fibromyalgie, wobei eine Entzündungsreaktion an der Muskulatur, an den Sehnen und an den Gelenken der Wirbelsäule nachgewiesen ist, mit einer Wärmetherapie zu behandeln, ist absolut sinnlos! Und in meinen Augen sogar schädlich. Für 20 Minuten, für ein paar Stunden bringt das vielleicht eine Linderung, aber im Großen und Ganzen verschlimmert das den gesamten Krankheitsverlauf. Und dadurch kommt es zum chronischen Unterhalten der Beschwerden.

Auch die Anwendung der Wärme in einer Therme muss differenziert gesehen werden.

Es gibt möglicherweise chronische Skeletterkrankungen, bei denen Thermalbäder eventuell nützlich sein können. Aber für einen chronischen Wirbelsäulenpatienten ist das nicht gut und für den Patienten mit einer degenerativen Erkrankung des Kniegelenkes ist es das auch nicht. Für einen Patienten mit einer psoriatischen Arthritis ist es wieder etwas anderes.

Ich glaube nicht, dass Rheumabäder oder Thermalbäder eine Allzweckmedizin sind. Wenn diese Thermalbäder die Patienten ausheilen könnten oder sie für eine längere Zeit beschwerdefrei machen würden, dann würde dieses Problem nicht so im Vordergrund stehen, dann hätten wir in Deutschland nicht soviel Fibromyalgie-Patienten, Schmerzpatienten, Gelenkpatienten.

Oder wirken die Heilbäder auf die modernen Erkrankungen des Bewegungsapparates nicht so stark wie in der Zeit der Römer?

Ich habe in meiner Praxis viele Patienten betreut, die häufig Thermalbäder besuchen und trotzdem weiter ihre Beschwerden haben. Man kann von einer leichten Linderung sprechen, für einen Tag vielleicht, aber von einem Durchbruch, von einer Induktion einer Remission (beschwerdenfreie Phase einer chronischen Erkrankung), was man immer erreichen wollen müsste, davon kann keine Rede sein.

Wenn ein Patient chronische, zunehmende wirbelsäulenbedingte Schmerzen hat, muss er sich das Ziel setzen, den progredienten Verlauf der Erkrankung zu stoppen oder ihn zu stabilisieren. Und am besten muss der progrediente Verlauf regredient gemacht werden. Es muss versucht werden, dass sich die Symptomatik zurückbildet und es zu einer so genannten Remission kommt. Wenn diese Remission erreicht ist und wenn der Patient beschwerdefrei ist, dann muss versucht werden, diese Remission möglichst lange aufrecht zu erhalten. Das ist der Weg! Und wenn wir über Rheuma- und Thermalbäder sprechen, dann stelle ich ihre Wirksamkeit in Frage. Eventuell sind diese Formen für manche Patienten nützlich, aber nicht mehr. Das Positive, was man mit einem Rheumabad mit Schwefel und anderen Mikroelementen erreichen kann, das will ich gar nicht absprechen. Aber die parallele Wärmeanwendung bringt an sich eher Schaden und wie sich das Ganze insgesamt auswirkt, das weiß man nicht. Deswegen halte ich wenig von den heißen Bädern, die überall als Allheilmittel propagiert werden. Ich habe unzählige Schmerzpatienten gesehen, die täglich in der

heißen Badewanne liegen und die weiterhin ihre Beschwerden haben, sogar noch verstärkt. Sie haben ihre Linderung für eine Stunde und am nächsten Tag sind sie genau so weit, wo sie vorher waren.

Pauschalempfehlungen und falscher Sprachgebrauch sind die Grundsteine der Misere

Auch die Empfehlungen der schmerztherapeutischen Gesellschaften sind sehr schlicht und ausgesprochen dogmatisch ausgerichtet. Man beobachtet permanent, dass die führenden deutschen Schmerztherapeuten ihre Empfehlungen jedes Jahr neu sortieren. In einem Jahr wird ein bestimmtes Medikament als Allheilmittel empfohlen, im nächsten Jahr ein anderes. Da drängt sich die Frage auf, wie groß der Einfluss der Pharmaindustrie bei diesen Empfehlungen ist? Manche führende deutsche Schmerztherapeuten agieren so, als wären sie hochrangige Pharmavertreter. Mit ihrer Bereitschaft alles zu unterschreiben, was von ihnen verlangt wird – Hauptsache das »Forschungsgeld« fließt weiter – tun sie ganz bestimmt sowohl den Patienten als auch der Pharmaindustrie und der Ärzteschaft keinen Gefallen. Dieses Verhalten führt lediglich zur weiteren gesellschaftlichen Spannungen und verhindert die Ausarbeitung eines optimalen Behandlungskonzeptes bei chronischen Rückenpatienten. Und alles wird in einen Topf geworfen, so gut wie nicht differenziert. Ein Vergleich von Äpfeln mit Birnen und Bananen ist dabei gang und gäbe. Ein Medikament kann in einem bestimmten Stadium einer Krankheit gut sein, in einem anderen Stadium aber auch schlecht. Wenn ich einen Patienten mit akuten Beschwerden der Halswirbelsäule mit einem bestimmten Medikament behandle, dann ist er nach zwei Tagen beschwerdefrei und glücklich. Wenn ich das Medikament aber einem Patienten mit akuten Beschwerden an

der Lendenwirbelsäule verabreiche, dann hat er mit Sicherheit kurze Zeit später einen richtigen Bandscheibenvorfall. Deswegen sollte man nicht alles verallgemeinern!

Man kann nicht einfach sagen: Schmerzlindernde und entzündungshemmende Medikamente sind schlecht und die Muskelrelaxanten sind gut. Das ist zu einfach. Der Arzt muss wissen, in welchem Stadium und mit welcher Zielsetzung und unter welchen Zusatzbedingungen er welche Medikamente anwendet.

Vieles kommt aus Amerika. Es gibt dort die »pain clinics« und dadurch ist man auch in Europa zur Problematik des Schmerzes aufmerksamer geworden. Erst wurde in Deutschland der Begriff »Schmerztherapie« und dann die Zusatzbezeichnung »Spezielle Schmerztherapie« eingeführt. Das Problem ist aber, dass man zwar permanent seit mindestens zehn Jahren über die Problematik des chronischen Schmerzens spricht, dieser Schmerz wird allerdings sehr laienhaft unterteilt und genauso laienhaft behandelt. Wenn man einen Begriff benutzt, dann muss es auch korrekt gemacht werden.

Auf dem Buchmarkt gibt es viele Bücher zum Thema spezielle Schmerztherapie. Was allerdings soll man von einem Schmerztherapielehrbuch mit 300 Seiten erwarten, das der Behandlung von Rückenschmerzen mit fünf Seiten, und dann nahtlos der Behandlung von Hodenschmerzen mit drei Seiten Platz einräumt? Was kann man qualitativ daraus lernen? Gar nichts. Kein Arzt ist in der Lage, den Hodenschmerz effektiv und sicher zu behandeln, wenn er nur drei Seiten in einem Lehrbuch gelesen hat. Das wird jeder männliche Patient »aus dem Bauch heraus« bestätigen.

Da spricht man permanent von einem *chronischen Schmerzpatient*, aber was ist das? Der Begriff ist derart verschwommen! Und was heißt überhaupt *Schmerztherapie*? Ist dieser Begriff überhaupt anwendbar? Oder nur unter bestimmten Bedingungen anwendbar?

Natürlich muss der Arzt die Schmerzen therapieren oder wie man früher sagte, derjenige, der die Schmerzen lindert,

ist Gott ähnlich. Heutzutage muss jeder Arzt in schmerztherapeutischer Hinsicht auf seinem Gebiet tätig sein. Der Internist muss die Magenschmerzen, die Darmschmerzen lindern, der Urologe behandelt die Nierenkoliken, der Chirurg behandelt den Darmkrebs, denn überall findet man Schmerzen. Und natürlich muss man über Schmerztherapie sprechen.

Auch der Rückenschmerz hat einen großen Stellenwert. Welcher Arzt soll die vertebra-genen Rückenschmerzen behandeln? Orthopäde? Neurologe? Chirurg? Allgemeinarzt?

Ich glaube, dass für so eine Volkskrankheit, wie den nicht operationspflichtigen vertebra-genen Rückenschmerz, vor allem der Allgemeinmediziner zuständig sein muss. Der Allgemeinmediziner heißt ja auch so, weil er die allgemeinen – das heißt, häufig anzutreffende, so genannte Volkskrankheiten – behandeln muss. Der chronische vertebra-gene Rückenschmerz ist genau so eine Krankheit. Auch die Differentialdiagnostik mit anderen von Rückenschmerzen begleitenden Erkrankungen kann vor allem der Allgemeinmediziner am sichersten durchführen.

Wenn man in Deutschland an jeder Ecke und absolut un-differenziert von einem Problem des chronischen Schmerzens spricht, dann muss man sagen, dass 80 Prozent von diesem Begriff zu *einem chronischen vertebra-genen (wirbelsäulenbedingten) Schmerz* zugeteilt werden müssen. Und über diesen konkreten wirbelsäulenbedingten chronischen Schmerz muss man in erster Linie sprechen. Weil so viele kranke Menschen da sind und darunter leiden und weil diese Krankheit unsere Gesellschaft so viel kostet. Deswegen muss man damit aufhören, von einem schmerzgeplagten Deutschland zu sprechen. Das enthält in sich keine Information.

Deutschland ist vielleicht schon schmerzgeplagt, aber dieser Schmerz ist zu 80 Prozent vertebra-gen oder wirbelsäulenbedingt.

Zu den vertebra-genen Rückenschmerzpatienten würde ich alle Patienten mit einer so genannten *Fibromyalgie* zählen, dazu würde ich 50 Prozent aller Patienten mit so genannten

Spannungskopfschmerzen zählen, ein guter Teil von *Migränepatienten* wird auch vertebrogenen Ursachen der Schmerzgenese haben. Die *Migräne* wird, wie bekannt durch so genannte *Trigger-Mechanismen*, gestartet. Das kann bei einer Frau die Menstruation sein, das kann bei einem labilen Patienten Stress sein, das kann ein bestimmtes Lebensmittel sein, das kann hunderte von Ursachen haben. Und bei ca. 30 Prozent aller Migränepatienten ist der Trigger meiner Meinung nach eine falsche Biomechanik der Halswirbelsäule.

Und für diese 30 Prozent der Patienten wird Migräne durch diese Fehlfunktion der Wirbelsäule getriggert. Das heißt, der Migränefall hat eine vertebrogenen Ursache. Obwohl das eine ganz andere Erkrankung ist, hängt sie auch oft mit der Wirbelsäulendysfunktion zusammen und wird dadurch teilweise bedingt. Und das alles wirft man in den gleichen, nicht differenzierten Schmerztopf!

Spannungskopfschmerzen etwa können auch daher kommen, dass der Patient wetterfühliger ist und seine Gefäße auf einen Wetterumschwung, auf die Veränderung des atmosphärischen Drucks oder auf andere Stressfaktoren reagieren. Nach meinen Beobachtungen bei etwa 50 Prozent aller Patienten mit Spannungskopfschmerzen, ist diese Symptomatik allerdings vertebrogen bedingt. Behandelt man die Wirbelsäule, hat der Patient weniger oder gar keine Spannungskopfschmerzen mehr. Dazu muss man sagen, dass die aktuelle Klassifikation der Kopfschmerzen, ausgearbeitet von der »International Headache Society«, ein einzigartiger logistischer Unfall ist (aber das wäre ein Thema für ein anderes Buch).

Es gibt natürlich Patienten, die klassische Spannungskopfschmerzen haben, die auch nicht vertebrogen bedingt sein können. Sehr viele allerdings haben, von Ärzten unbemerkt, vertebrogenen Ursachen.

Ein großer Anteil der *Schulterschmerzen* ist ebenfalls vertebrogen bedingt. Die Gefäße, die die Muskulatur mit Blut versorgen, werden von Nerven innerviert, die nahe an der Wirbelsäule beginnen. Wenn die Bandscheibe oder die Ge-

lenke der Wirbelsäule irritiert werden, werden diese Nerven ebenfalls irritiert. Diese Irritation überträgt sich auf die Gefäße. Dadurch kommt es zu einer Minderdurchblutung im Muskel und in der Gelenkkapsel. Das führt zu einer Kapselschrumpfung und zu einer Muskelverspannung. Die Gelenke beginnen falsch zu funktionieren, nutzen sich stärker ab – und dann hat man die Arthrose. Und dann funktioniert die Erkrankung schon für sich und es hat nichts mehr mit der Wirbelsäule zu tun.

Welche Begriffe, bezogen auf den Wirbelsäulenschmerz, benutzen heute Ärzte und Patienten? Wie benutzen sie ihre Sprache, die, wie der russische Physiologe Pavlow sie nannte »das zweite Signalsystem«, das den Mensch vom Tier unterscheidet? Nicht sehr respektvoll. Wir müssen mit der Sprache viel sorgfältiger umgehen. Das wäre schon der erste Schritt in die richtige Richtung.

Beispiel »Rheuma«.

Dieser Begriff ist so alt, so schwammig und so abgenutzt! Unter dem Begriff »Rheuma« werden über 200 Krankheiten zusammengefasst. Krankheiten, die oft nichts gemeinsam haben, außer, dass man Schmerzen am Bewegungsapparat hat. Wozu soll der Begriff gut sein, wenn er nur Unklarheiten schafft? Was will man damit bezwecken, wenn man ihn immer wieder ohne jede Logik benutzt? Wenn man die Diagnose »Schmerzen am Bewegungsapparat« hört, macht das jeden aufmerksam. Doch das ist zu wenig, es ist zu wenig an Information. Das ist keine präzise Diagnose! Schmerzen können mit Entzündung einhergehen oder ohne, chronisch oder akut, progredient oder regredient sein. Die Schmerzentstehungsmechanismen können völlig verschieden sein. Wenn man allerdings die Diagnose »Rheuma« hört, dann ist alles klar. Der Patient hat eben »Rheuma« und da ist nichts mehr zu machen.

Beispiel »Nukleotomie«

Ebenfalls ein falscher Begriff. Darunter versteht man die Entfernung des Galertkerns (Nucleus pulposus) der Bandscheibe. »Tomie« heißt auf Latein allerdings »Durchschneiden«. »Entfernen« heißt «Ektomie».

Bei der Operation *entfernt* man den nucleus pulposus der Bandscheibe, man scheidet den Nucleus pulposus *nicht durch*. Man muss in diesem Fall den Terminus »Nukleektomie« benutzen. Falscher Sprachgebrauch auf höchstem ärztlichem Niveau!

Wie wollen sie von jemandem verlangen, dass er eine korrekte Indikation zur Operation stellt, wenn er sogar die Sprache falsch benutzt?

Beispiel »Hausarzt«

Der Arzt *ist* Facharzt für Allgemein oder für Innere Medizin und trotzdem ist er *kein* »Facharzt«, sondern ein »Hausarzt«. Das ist sprachlicher Unsinn!

Von dem Begriff »Primärarzt« sind die Ärzte Gott sei Dank verschont geblieben. Da wären die verbalen Assoziationen mit dem »Primat-Arzt« (Primat: biologisch hochentwickeltes Säugetier, normalerweise Menschenaffe gemeint) wahrscheinlich zu stark. Was kann man von den zuständigen Gremien überhaupt erwarten, welche organisatorische Durchbrüche, wenn sie noch nicht einmal in der Lage sind, sich korrekt auszudrücken.

Beispiel »Doppeluntersuchungen«

Unter dem Vorwand, man müsse die Doppeluntersuchungen vermeiden, verkaufte die Gesundheitspolitik der Bevölkerung die Idee der elektronischen Krankenakte. Man habe wenig Geld im Gesundheitssystem und man müsse an »Doppeluntersuchungen« sparen.

In der Wirklichkeit ist es aber so, dass es in der Medizin im eigentlichen Sinne keine »Doppeluntersuchungen«

gibt. Wenn man sogar einen und den gleichen Patienten an einem Tag von zwei verschiedenen Ärzten untersuchen lässt, kann es durchaus kommen, dass die Diagnosen und die Therapieempfehlungen verschieden sein können. Und das ist für eine nicht eindeutige Situation medizinisch gesehen fast normal. Das bedeutet aber nicht, dass einer der beiden Ärzte schlecht ist. Die Meinungen können eben einfach verschieden sein. Früher, als die technische Diagnostik noch nicht so gut war wie heutzutage, war es häufiger so, dass der Patient gleichzeitig von mehreren Ärzten der *gleichen Fachrichtung* untersucht wurde, damit sie die richtige Diagnose *gemeinsam* aufspüren und eine Behandlungsstrategie ausarbeiten könnten. Eine »Doppeluntersuchung« kann daher nicht selten für den Patienten sehr sinnvoll sein!

Eine andere, konkrete Situation. Wenn der Patient eine normale Schilddrüsenfunktion im Januar hatte, heißt es noch lange nicht, dass er im Februar keine akute Schilddrüsenentzündung mit Schilddrüsenüberfunktion entwickeln kann. Die Untersuchung der Schilddrüse im Februar, wenn der Patient klinische Symptome der Schilddrüsenüberfunktion im Februar bekommen hätte, obwohl in Januar alles mit seiner Schilddrüse in Ordnung war, wäre auch keine »Doppeluntersuchung«.

Das »Sparen« an »Doppeluntersuchungen« ist eine Milchmädchenrechnung. Man muss kein Arzt sein, um das zu verstehen. Man muss nur über einen gesunden Menschenverstand verfügen. Für das viele Geld, das die E-Karte im Jahr kosten wird, könnte man jeden Patienten zehn Mal bei den besten Spezialisten nicht nur untersuchen, sondern auch behandeln lassen, was für ihn unbestreitbar mehr Nutzen bringen würde.

Die Liste dieser sprachlichen Unfälle ist so lang, ihre Weiterführung würde hier ins Unendliche führen ...

ICD 10 – ein Monster

Wir Ärzte bzw. unsere Medizinpäpste haben uns selbst ein Monster aufgebürdet – als hätten wir zu wenig zu tun.

Es ist ein Diagnosenkatalog, genannt ICD 10 (International Classification of Diseases). Jetzt müssen wir jede Diagnose mit Hilfe dieses Kataloges kodieren. Man findet in diesem Katalog solche Diagnosen wie Wunde, Beinschmerz, Bauchschmerz, Schwindel und Taumel, Nervenparalyse usw. Sie haben alle eine Chiffrenummer und die Krankenhausärzte und die Ambulanttätigen vergeuden ihre Zeit mit diesem Kodierungswahnsinn. Wenn wir allerdings eine Diagnose medizinisch korrekt zusammenstellen wollen, finden wir in diesem Katalog nie eine passende.

Es versteht jeder Laie, dass solche *Diagnosen* lachhaft und unbrauchbar sind. Es müsste den Ärzten untersagt werden, so einen Katalog überhaupt zu benutzen. Als ich als Schulkind in die 1. Klasse ging, sagte uns die Lehrerin: »Wenn ihr Kinder irgendwas beschreiben wollt was euch gefällt, verbiete ich euch, das Wort »gut« zu benutzen. Das ist zu einfach. Ihr müsst lernen, euch genauer auszudrücken. Deswegen sagt ihr statt »gut« – »mir gefallen die Farben,« oder »diese Form ist schön«.

Ein entwickelter Menschen unterscheidet sich von einem primitiven, indem er die Dinge spezifizieren und durch den Sprachengebrauch genau definieren kann. Ich habe den Eindruck, unsere Medizinpäpste und unsere Politiker wollen uns Ärzte manchmal für dumm verkaufen.

Müssen wir denn unbedingt alles mitmachen, was die so genannten »internationalen Experten« für richtig halten oder haben wir nicht selbst ein bisschen Grips im Kopf, um Gut und Böse zu unterscheiden? Aus welchen Ländern kommen diese »Experten?« Schwierige Frage. Wenn sie alle aus einem Land stammen würden, sollte dieses Land den Namen »das Land Ahnungslos« bekommen.

Deutschland, das ist doch das Land der Logik und der

Präzision! Wie konnte es passieren, dass die deutschen Ärzte bei diesem Wahnsinnprojekt wie gelähmt mitmachen?

Und wie viel Geld hat man wohl mit der Ausarbeitung und Anpassung des ICD-Kataloges an die deutsche Sprache in den Sand gesetzt?

Vereinfachung oder völlige Verdummung?

Seit neuestem bekommen die Ärzte nicht nur in Deutschland, sondern in der ganzen Welt aus Amerika noch ein «Hilfsmittel» für die Behandlung von Rückenschmerzpatienten. Für offensichtlich leicht zurückgebliebene Ärzte, die sich schlecht ausdrücken können und schwer von Begriff sind, die vielleicht auch noch Probleme mit ihrem Gedächtnis haben, gibt es jetzt eine Möglichkeit, die Diagnose mit einer Illustration, mit einem Bildchen zu versehen. Das sind die so genannten »Flags« – »Flaggen«. Ein mir unbekannter amerikanischer »Wissenschaftler« hat sich bei nicht eindeutig ermittelbaren Umständen folgendes ausgedacht: Wenn der Arzt einen Rückenschmerzpatienten versorgt und in seiner Vorgeschichte irgendeinen klinisch wichtigen Hinweis findet (z.B. Trauma, angeborene Krankheit oder auch aus seiner persönlichen ärztlichen Sicht bedrohliche Symptome) bedeutet das; der Fall dieses Patienten muss mit einer oder mehreren »red flags« – »roten Flaggen« (zunächst einmal gedanklich) gekennzeichnet werden. Die Begründung heißt, durch dieses einheitliche System der Kennzeichnung wird eine Diagnose eindeutiger und der Arzt sieht sofort, dass er hier mehr »aufpassen« muss! Wenn der Arzt bei einem Patienten einen, aus seiner persönlichen ärztlichen Sicht, so genannten »Psycho-Hintergrund« vermutet, heißt das, hier liegt ein Fall mit »yellow flag« – mit »gelber Flagge« vor. Meint er aus dem Bauch heraus, dass der Patient zu viel vom Staat, vom Arbeitgeber oder von der Versicherung will, heißt

es: »black flag« – »schwarze Flagge«. Liegen Probleme am Arbeitsplatz vor, ein Chef der Probleme macht oder schwere Arbeitsbedingungen, dann kommt die »blaue Flagge«.

Man verkauft nun dieses System der Kennzeichnung, diese »flags«, als etwas ganz Besonderes, als etwas Wesentliches oder als etwas Entscheidendes. Geradewegs so, als ob die Ärzte diese *selbstverständlichen, banalen* Situationen nicht aus eigener, intelligenter Kraft begreifen könnten.

Ich stelle mir jetzt die Frage, welchen Nutzen so eine primitive vereinfachte Kennzeichnung bringen sollte? Ist der Arzt oder der Gutachter nicht in der Lage, mit »normalen« Worten die Situation des Patienten zu beschreiben? Braucht er dazu ein Bildchen? Muss er dafür ein kleines Fähnchen einfügen?

Die Effizienz der Behandlung hängt doch von ganz anderen speziellen Kenntnissen und Fähigkeiten des Arztes ab und nicht davon, ob er in »Flaggen« denkt!

Wie soll die Diagnose in Zukunft denn lauten? Vielleicht so: M 54.5 G. Rückenschmerz-Gesichert. Variante: Low back pain (auch eine irre Diagnose!!!). drei Rote und zwei gelbe Flaggen?

So was nennt man als höflicher Mensch kindisch und unprofessionell. Im Klartext gesprochen müsste man allerdings ganz andere Worte gebrauchen!

Wie benehmen sich nun die deutschen Rückenschmerzspezialisten in dieser zumindest für mich klaren Situation? Schlagen sie Alarm? Gehen sie auf die Barrikaden? Verlangen sie ein Verbot dieses Unsinns? Nein. Die Verblödung schreitet voran. In jedem Fachbuch steht Aufsehererregendes über diese »flags«. In jeder Fortbildung wird den Ärzten dieses System schmackhaft gemacht. Zunächst verstehen sie nicht einmal, wozu das Ganze gut sein soll. Mit der Zeit allerdings werden sie diese »Flaggengeschichte«, die dem Patienten gar nichts bringt, als eine Normalität wahrnehmen und selbst damit arbeiten. Und dann beginnt man über die Patienten »in flags« zu denken. Hat man vier »flags« abgehakt, ist der Patient fertig.

Auf diese Art und Weise wird solcher Blödsinn amtlich und für die Ärzte verbindlich. Genauso war es mit dem ICD 10. Zuerst haben die Ärzte darüber gelacht und dann war es zu spät.

Vielleicht kommt es dann auch bald dazu, dass der Arzt, der besonders gut mit diesen »flags« umgehen kann, ein rotes »Seepferdchen« an seinem Praxisschild befestigen darf?

Und der Arzt, der von diesen »flags« gar nichts hält und kein Seepferdchen auf seinem Praxisschild haben möchte, ist dann ein schlechter Arzt?

Wir Ärzte können doch nicht wie programmierte *Roboter* arbeiten, wir werden jedoch von der Politik und unseren Ärztegremien dazu gezwungen. Jetzt sind die Ärzte auf die Straße gegangen. Aber wofür kämpfen sie? Für zusätzliches Geld. Das ist doch völlig illusorisch! Das Geld, das zu teilen wäre, ist gar nicht mehr da. Man muss gegen die Leute demonstrieren, die dafür gesorgt haben, dass die Gelder verschleudert worden sind. Gegen unser Gesundheitssystem mit 270 Kassen und gegen unfähige Politiker muss man demonstrieren, die mit dem Geld nicht umgehen können!

Zusammenfassend kann man sagen, dass in der Frage, wie man einen Rückenpatienten ambulant betreut und behandelt, zurzeit ein völliges therapeutisches und organisatorisches Chaos herrscht.

Was tun, damit es weniger Rückenschmerzen gibt?

In unseren medizinischen Lexika gibt es keinen Begriff der »*Vertebrologie*«. Das ist ein Teilgebiet der Medizin, der sich mit der Diagnostik und der Behandlung von Wirbelsäulenpatienten befasst und aus dem Lateinischen übersetzt, soviel bedeutet wie »Wirbelsäulenlehre«. Daraus resultierend fehlt es an einem einheitlichen Konzept bei der Behandlung

der vertebralem Erkrankungen bei einer sehr bedeutenden Patientengruppe.

Darin sehe ich eine der wichtigsten Hürden auf dem Wege der Optimierung der medizinischen Hilfe für vertebralem Schmerzpatienten. Die betroffene Patientengruppe wird von Spezialisten aus vielen Disziplinen, wie Schmerztherapeuten, Sportmedizinern, Chiropraktikern, Spezialisten in chinesischer Medizin, Rheumatologen, Neurochirurgen und vielen anderen, oft einseitig und oberflächlich behandelt.

Besonders lückenhaft ist die Ausbildung auf dem Gebiet der Vertebrologie bei den Allgemeinen und praktischen Ärzten sowie bei den Internisten, die bei ihrer Weiterbildung nicht immer die Möglichkeit haben, sich mit diesem extrem komplizierten System der Wirbelsäule vertraut zu machen. In der täglichen Praxis müssen sie sich aber laufend mit Wirbelsäulenpatienten befassen.

Nach meiner Überzeugung und aus meiner Erfahrung ist die optimale Versorgung eines chronischen vertebralem Patienten nicht möglich, wenn der behandelnde Arzt nicht gleichzeitig über spezielle Kenntnisse in den folgenden vier Disziplinen verfügt:

1. *Akupunktur*
2. *Manuelle Diagnostik und Therapie*
3. *Therapeutische Lokalanästhesie*
4. *Medikamentöse Schmerztherapie*

Die Fachrichtung spielt hier keine ausschlaggebende Rolle. Das kann ein Allgemeinarzt, Internist, Orthopäde, Anästhesist, Radiologe oder z.B. HNO-Arzt oder Urologe sein. Diese vier oben genannten Therapieformen sollten in der Praxis aber unbedingt im Rahmen einer Kombinationstherapie benutzt werden!

Diese *Gemeinsamkeit* der verschiedenen Wissensbereiche ist vor allem durch ihre *einmalige Kombinierbarkeit und Ergänzungbarkeit*, bezogen auf die Diagnostik und Therapie der häufigsten Zivilisationskrankheit – der *biomechanischen Funktionsstörung der Wirbelsäule*, bestimmt.

Diese vier Kompetenzfelder müssen die Bausteine einer neuen Disziplin – der Vertebrologie – werden!

Der Begriff »Vertebrologie« wird gegenwärtig in Deutschland fast nicht benutzt. Bei der Eingabe dieses Suchbegriffes in die Internet-Suchmaschine Google bekam ich am 16.2.06 gerade mal 21 Hinweise. Bei der Eingabe »Bandscheibe« aber 2.300.000 Hinweise! Die Bandscheibe selbst ist aber nicht der Alleinverursacher aller vertebra-genen Probleme. Das Problemfeld ist die Wirbelsäule im Ganzen. Warum wurde das Organ »Herz« zu einem Kompetenzfeld namens Kardiologie mit 2 500.000 Hinweisen in der Suchmaschine und hat seinen eigenen Fachmann, den Kardiologen, der über *alle* diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten Bescheid weiß? Warum wurde das Organ Wirbelsäule nicht zu einem Kompetenzfeld und bekam keinen eigenen, konservativ therapierenden und operativ therapierenden Fachmann, sondern wird von dutzenden Spezialisten aus verschiedenen Grenzbereichen betreut?

Wenn die Ärzteschaft auf dem Gebiet der Wirbelsäulenerkrankungen effizient sein will, muss ein unifiziertes, ein einheitliches Behandlungs- und Vorbeugungskonzept erarbeitet werden.

Unter unifiziertem Konzept in der Behandlung der Wirbelsäulenerkrankungen verstehe ich auf keinem Fall die Einhaltung einer starren Richtlinie, die der Arzt in seiner Praxis zu erfüllen hat und die, wie viele andere Richtlinien, von Bürokraten ausgeht, deren Fachkompetenz man getrost in Frage stellen kann.

Unifiziert oder einheitlich muss der Kenntnisstand eines Arztes sein, der den vertebra-genen Schmerzpatienten behandelt. Der Patient muss dabei nicht mittels einer guten Methode, wie Akupunktur oder medikamentöse Therapie oder therapeutische Lokalanästhesie, sondern mittels einer optimalen Behandlungsmethode oder durch eine *Kombination der am besten geeigneten Methoden* behandelt werden. Nur dann kann die Therapie maximal effizient sein!

Die Einführung und das Benutzen des neuen Begriffes wäre keine künstliche Ausgliederung eines Wissensbereiches, sondern eher eine sinnvolle Zusammenfügung von verschiedenen konservativen diagnostischen und therapeutischen Kompetenzfeldern mit dem Ziel, den Patienten mit wirbelsäulenbedingten Beschwerden die bestmögliche Hilfe zu gewährleisten.

Somit ist der erste Schritt bei der Optimierung der Therapie der Rückenschmerzen die Akzeptanz der Tatsache, dass ohne fundierte Kenntnisse in den vier oben genannten Bereichen keine qualifizierte konservative Hilfeleistung im Falle einer vertebraalen Erkrankung möglich ist. Zu den offenen Fragen muss eine breite Diskussion geführt werden (meine Meinung ist bekannt). Zumindest aber müssen viele dogmatische Empfehlungen auf den Prüfstand.

Wenn ein Chirurg eine Operation plant, warum ist jeder Schritt vorher von ihm so klar definiert? Warum weiß er, was er machen und was er nicht machen darf? Das Ergebnis der Operation wird seine Effizienz zeigen. In einer ambulanten konservativ ausgelegten Praxis ist das nicht so nachvollziehbar, der Arzt ist an seinem Ergebnis nicht zwangsläufig interessiert. Wenn er den Patienten ausheilt, dann kommt der nicht mehr und er kann ihn die restlichen drei Quartale des Jahres nicht mehr abrechnen. Wenn er ihn aber schlecht behandelt, dann muss der Patient wieder kommen, jedes Quartal! Darum ist dieser Weg in finanzieller Hinsicht viel interessanter. Ich möchte natürlich nicht unterstellen, dass manche Ärzte nicht effizient behandeln wollen, auf keinen Fall, aber diese Sachlage gibt einem schon zu denken ...

Meine konkreten Vorschläge zur Organisation- und Therapieoptimierung bei der »Volkskrankheit Rückenschmerz« sind folgende:

1. Es muss überlegt werden, ob eine Zusatzbezeichnung »Vertebrologie« eingeführt werden sollte. Diese Zusatzbezeichnung wäre in ihrer Relevanz und Bedeutsamkeit (ökonomisch und menschlich betrachtet) allen aktuellen Zusatzbezeichnungen überlegen. Derjenige Arzt, der über diese Zu-

satzbezeichnung verfügt, sollte fundierte Kenntnisse in der Diagnostik und in der Therapie der Wirbelsäulenerkrankungen haben. In Bezug auf die Therapie sollte er über ausreichende Kenntnisse in den vier oben genannten Therapiemethoden verfügen. Diesem Spezialisten muss die Möglichkeit gegeben werden, die vertebralem Schmerzpatienten multimodal zu behandeln. Er muss über die Möglichkeit verfügen, sowohl die in der speziellen Schmerztherapie üblichen Medikamente als auch Akupunktur, therapeutische Lokalanästhesie und Manuelle Medizin im Rahmen einer Kombinationstherapie anzuwenden. Diese Tätigkeit soll extra budgetiert und eventuell ergebnisorientiert honoriert werden.

2. Vor allem die Allgemeinärzte sollten aktiv dazu gebracht werden, diese Zusatzbezeichnung und die notwendigen Kenntnisse in den vier oben genannten Therapiemethoden zu erwerben. Nur dann kann man radikale Verbesserungen und Einsparungen im Bezug auf die »Volkskrankheit Rückenschmerz« erzielen und die Gesamtzahl der Betroffenen deutlich reduzieren.
3. Während des Studiums sollte den Studenten die Möglichkeit gegeben werden, die oben genannten Kompetenzfelder detailliert, sowohl in ihrer Ganzheit als auch in ihrer Kombinierbarkeit in Bezug auf die vertebralem Erkrankungen im Rahmen eines speziellen Kurses namens *Vertebrologie* kennen zu lernen, weil die Auseinandersetzung mit der »Volkskrankheit Rückenschmerz« für die meisten dieser Studenten später permanent auf der Tagesordnung stehen wird. Und man kann nur dann Freude an der Arbeit im allgemeinmedizinischen Bereich haben, wenn man weiß, wie man solche Patienten nicht einfach nur betreut, sondern optimal und mit bestmöglichem Ergebnis behandelt.

Konstruktive Kritik – keine Besserwisserei!

Der Leser wird sich jetzt vielleicht eine Frage stellen, warum der Autor das alles in einem Patientenratgeber über Rückenschmerzen geschrieben hat. Die Ursachen und die Therapiemöglichkeiten aus seiner Sicht, ebenso wie die schonungslose Kritik am gegenwärtigen Behandlungsstand und die verhängnisvolle Rolle der Gesundheitspolitik. Warum veröffentlicht er seine Meinung nicht in einer ärztlichen Fachzeitschrift?

Nun – ich habe es einige Male versucht! Und ich habe höfliche und wirklich nette Briefe zurückbekommen, zusammen mit meinen eingereichten Manuskripten. Man antwortete mir, dass meine konzeptionellen Argumente sehr interessant seien, allerdings zur allgemeinen Ausrichtung der Zeitschrift bedauerlicherweise nicht passen würden. Darüber hinaus schrieb mir der Redakteur einer führenden Fachzeitschrift sehr offen und ehrlich, dass er mir auch keine andere Zeitschrift empfehlen und nennen könnte, welche meine Überlegungen in dieser Form veröffentlichen würde. Seitdem mache ich keine derartigen Versuche mehr und versuche jetzt auf diesem Wege mir Gehör zu verschaffen. Denn mein Anliegen ist nicht nur ein persönliches, es ist auch wichtig für die Gesellschaft in der ich lebe und wichtig für uns alle, für unser Gemeinwohl.

Es mag sein, dass manche Kollegen sagen werden, der Autor dieses Buches habe zu dick aufgetragen, die Gesamtsituation sei doch gar nicht so schlimm. Die Patientenversorgung ist gut organisiert, sagen sie, und die chronischen Rückenpatienten werden von verantwortungsbewussten, gut ausgebildeten Ärzten behandelt. Unsere Politiker sind auch besorgt und kümmern sich Tag und Nacht mit allen ihnen zur Verfügung stehenden Mitteln um das Wohl des Volkes. Nun gut, wir haben Meinungsfreiheit und jeder darf seine Meinung äußern.

Doch meinen Kontrahenten erwidere ich: Sehen Sie sich

die Statistiken an. Sehen Sie sich an, wie viele Milliarden der Rückenschmerz die Gesellschaft kostet. Sehen Sie sich an, wie viele Millionen von Rückenschmerzpatienten in Deutschland seit Jahren keine Lebensqualität mehr haben. Und Sie werden feststellen müssen: Die Situation *ist* katastrophal!

Damit meine kritische Äußerungen aber nicht als Besserwisserei abgetan werden, die zu keinem positiven Einfluss auf die erbärmliche Gesamtsituation in der Behandlung von schmerzgeplagten Rückenpatienten in Deutschland führen werden, möchte ich an dieser Stelle erwähnen, dass ich zu diesem Thema ein Fachbuch für Ärzte geschrieben habe. Somit kann ich es mir leisten kritisch zu sein, ohne dass ich mit dem Vorwurf konfrontiert werden muss, eine nutzlose Kritik voran zu treiben. Meine Kritik ist konstruktiv und dient dazu, den vertebrogenen Schmerzpatienten bessere Hilfe zu ermöglichen. Im Jahr 2006 wird mein Buch »Praktische Vertebrologie und Vertebrotherapie für den Allgemeinarzt« im Uni-Med Verlag AG Bremen erscheinen. Dieses Buch erhält gerade den letzten Schliff und ist schon bestellbar. In diesem Fachbuch habe ich in der Hoffnung meine Erfahrungen zusammengefasst, dass die interessierten Kollegen mit Hilfe dieses Buches ihren Kenntnisstand verbessern werden und die eine oder andere Behandlungssituation neu überlegt werden kann.

Mein Anliegen ist auch ein persönliches, denn ich als niedergelassener Allgemeinmediziner will zwar kein »Gott in Weiß« sein, aber ich möchte auch kein Arzt »mit dem roten Seepferdchen auf dem Praxisschild« sein, der immer wieder »von oben« idiotische Vorgaben und Richtlinien bekommt und sie ausführen muss.

Tausende deutsche Ärzte wollten verständlicherweise unter aktuellen organisatorischen Rahmenbedingungen keine ärztliche Tätigkeit in Deutschland aufnehmen oder weiterführen und wanderten aus.

Dieser Weg steht für mich nicht zur Diskussion. Ich habe schon zwei Emigrationen (in Lettland und in Deutschland)

durchgemacht. Und meine Abenteuerlust ist schon »nicht mehr das, was sie einmal war«.

Mit diesem Buch will ich erreichen, dass der Alltag sowohl der Ärzte als auch der Patienten in *diesem* Land besser wird.

Ein bisschen Spaß muss sein

Ich hoffe, dass die Leser dieses Buches mein Anliegen richtig verstehen werden.

Viel Kritik, die ich in diesem Abschnitt geübt habe, soll dazu dienen, unsere medizinischen ärztlichen Gremien, die Gesundheitspolitiker sowie Ärzte und Patienten in gewisser Weise wach zu rütteln. Oder wird es bald zu der folgenden Situation kommen?

Wir schreiben das Jahr 2016. Der Patient kommt zum Chirurgen. In einer Hand hat er seine elektronische Gesundheitskarte, in der anderen einige kleine bunte Flaggen. »Guten Tag, Herr Doktor.« sagt er. »Mein hausärztlich tätiger Gesundheitscoach hat mich zu Ihnen geschickt. Hier ist meine elektronische Gesundheitskarte.«

Der Chirurg nimmt die E-Karte. »Gut,« antwortet er. »Dann wollen wir erstmal nachschauen, was sie haben.« Er steckt die E-Karte in seinen Kartenterminal. »Ah ja, ihr persönlicher Gesundheitslotse hat alles gut dokumentiert. Die Diagnose und die durchgeführten Therapien, alles dabei. Kein Wunder, er hat doch drei E-Seepferdchen auf seinem elektronischen Praxisschild! So, was haben sie denn? Ah ja, die Diagnose: M.54.5.G Rückenschmerz gesichert. Variante: low back pain. Three red- and two yellow- flags! Ah ja. Nicht mal eine black flag! Klarer Fall. Gehen wir weiter zur Therapie. Konservative Therapie – ohne Erfolg. Schade, schade! Was hat man da alles gemacht! Heiße Bäder, Nordic Walking, Einrenkungen, Psychotherapie, Morphium. Alles erfolglos! Schade, schade! Oh, ihr Gesundheitslotse hat sogar bewirkt, dass ihre Krankenkasse die Heilpraktikerko-

sten übernommen hat! Er hat sozusagen den »dreißigjährigen Papierkrieg« gegen ihre Krankenkasse gewonnen! Hat die Kasse in die Knie gezwungen! Hochachtung! Das ist doch nicht verwunderlich bei seiner Qualifikation! Hat leider auch nichts genutzt. Tja, die Operation scheint unvermeidbar zu sein. Morgen früh operieren wir sie! Alles klar? Oder haben sie noch Fragen?»

Der Patient reagiert ziemlich verblüfft. »Vielleicht wollen sie mich vor der Operation noch mal untersuchen, Herr Doktor, oder?«

»Wozu denn?« Jetzt ist der Chirurg erstaunt. »Wozu soll eine Doppeluntersuchung gut sein? Das bringt doch nur zusätzliche Kosten! Wir müssen sparen! Es ist zu wenig Geld da im Gesundheitssektor. Außerdem führt unsere Klinik sowieso nur eine Operation durch – die »Nukleotomie«. Wir sind ein »Nukleotomie-High-Care-Center«, wenn Sie verstehen, was das heißt und wir machen pro Jahr nachgewiesenerweise 5.000 Nukleotomien! Wir machen nichts anderes! Und was interessant ist, die Operationen werden von Robotern durchgeführt!

Wenn ihr Gesundheitscoach nicht gewusst hätte, welche Operation er durchführen lassen will, hätte er sie nicht zu uns geschickt, sondern in ein anderes High-Care-Center. Zum Beispiel in das »Künstliche Bandscheiben-High-Care-Center«, auch sehr effektiv!

Aber sie brauchen vor der Operation keine Angst zu haben! Sie haben einen guten Case-Manager! Er hat sie in das richtige High-Care-Centrum geschickt. Er weiß schon Bescheid, ihr medizinischer Hauslotse! Er hat ja auch drei Seepferdchen auf seinem E-Schild!

Entspannen sie sich. Alles wird gut! Zur Entspannung wiederholen sie halblaut und immer wieder die Worte »Ich bin ein warmer Ozean ...«

3 Fallbeispiele

Als ich im März 2006 mit dem Manuskript dieses Buches beschäftigt war, habe ich mich entschlossen, ausgewählte Fallbeispiele darzustellen, die meine Sichtweise noch einmal untermauern sollen.

Als Präambel möchte ich ein Zitat der bekannten deutschen Schmerzforscher R. Saller und D. Hallenbrecht aus dem Jahr 1991 voranstellen.

»Sorgfältige Kasuistiken und zahlreichere Beobachtungen sind durchaus wesentliche Bestandteile einer realitätsgerechten klinischen Forschung. Nicht selten werden wichtige Probleme oder auch Einzelheiten der therapeutischen Praxis überhaupt erst in detaillierten Beschreibungen einzelner Patienten angemessen dargestellt. Eine alleinige Berücksichtigung kontrollierter klinischer Studien könnte zu einer eingeschränkten Sichtweise und einer fragmentarischen Praxis führen. Die Anwendung auch der gesichertsten Therapien besitzt in der Behandlung des einzelnen Patienten »experimentellen« Charakter. Dieses therapeutische »Experiment« muss jedoch mit größtmöglichen Kenntnissen vorbereitet und durchgeführt werden.«

Diese Aussage unterstütze ich voll und ganz. Sie wird niemals – solange eine Arzt-Patient-Beziehung existiert – ihre Aktualität verlieren.

Man darf einiges falsch machen, aber nicht alles

Ein in Deutschland lebender und tätiger Brite, Manager eines weltberühmten Transportunternehmens, kam zu mir mit folgenden Beschwerden: Schmerzen und Beklemmungen im Brustkorb, Atemnot, besonders in der Nacht. Ein freundlicher, sportlicher und schlanker Herr Anfang 40.

Er hatte diese Beschwerden periodisch wiederkehrend und zunehmend seit ca. drei Jahren. Nach seiner Aussage wurden bei ihm mindesten fünf Belastungs-EKGs und andere kardiologische Untersuchungen durchgeführt. Eine Herzerkrankung konnte ausgeschlossen werden. Der neue Patient erzählte, dass er regelmäßig Badminton und Golf spiele sowie jogge. Die Belastungen könne er gut vertragen, kardiologisch war alles in Ordnung. Er treibe gerne Sport und lebe gesundheitsbewusst. Der Berufsstress hielt sich im Rahmen.

Ich merkte gleich, dass er nicht der Typ war, der gerne zum Arzt geht und jammert.

Sein Leidensdruck war allerdings groß genug, um ihn jetzt zum Arztbesuch zu zwingen. Zwar benahm er sich äußerst britisch, man konnte trotzdem merken, dass er sich völlig aus der Bahn geworfen fühlte. Auch die Unsicherheit, was mit ihm los sei, beunruhigte ihn sehr.

Ich habe ihn untersucht und kam zu dem Schluss, dass eine Dysfunktion der Brustwirbelsäule die wahrscheinlichste Ursache seiner Brustbeklemmungen und Atemnotanfälle war. Bei dieser Diagnose helfen normalerweise paravertebrale Weichtelinfiltrationen mit einem Lokalanästhetikum und Akupunktur sehr schnell und zuverlässig. Zur Sicherheit und in Anbetracht seiner nächtlichen Anfälle, habe ich ihm eine sechswöchige Therapie mit einem niedrigdosierten Medikament empfohlen, das die Empfindlichkeit des Nervensystems herabsetzt und gleichzeitig leicht schlafanstossend wirkt. Nach zwei, drei Therapiesitzungen war sein Zustand deutlich verbessert, er hatte seltener Brustbeklem-

mungen und Atemnot und wenn er sie hatte, dann lange nicht so intensiv wie früher.

Die Beschwerden aus dem Brustwirbelsäulenbereich hatten sich gebessert, der Patient war aber leider nicht ganz glücklich. Denn jetzt klagte er über Schmerzen an der Lendenwirbelsäule und im Nackenbereich. Als die Beklemmungen und Atemnotanfälle noch sehr stark waren, hatte er diese LWS- und HWS-Beschwerden zunächst ignoriert.

Ich begann, den LWS- und HWS-Bereich im gleichen Modus zu therapieren und erwartete auch schnell eine Besserung, die bei diesen Beschwerden bei der Therapie mit Akupunktur und einem Lokalanästhetikum schnell auftreten sollte. Es war jedoch leider nicht der Fall. Nach insgesamt sechs Sitzungen waren insbesondere die LWS-Schmerzen, die jetzt im Vordergrund standen, nicht besser geworden. Der Patient wollte mir gerne etwas Positives über seinen Zustand berichten und ich merkte, wie er sich wand, aber es gab nichts Positives zu sagen, denn auch seine BWS-Schmerzen waren wieder schlimmer geworden.

Jetzt musste ich mir selbst einige Fragen stellen.

Ich begann nach den Ursachen zu forschen, warum eine Therapie, die bei klassischen Beschwerden normalerweise wie eine Bombe anschlägt, bei diesem Patienten keine Wirkung zeigt. Ich begann also den Patienten eingehender zu befragen. Im Gespräch stellte sich heraus, dass er seit ca. drei Jahren einen Physiotherapeuten besucht, der ihn massiert und am Ende jeder Massagensitzung seine Brustwirbelsäule einrenkt. Dabei »knackt« es laut und vernehmlich, wie er berichtete und es geht ihm danach auch für einige Zeit besser. Doch dann kommen die Beschwerden zurück. Ich fragte, wie oft er beim Physiotherapeuten innerhalb dieser drei Jahre eingerenkt worden war. Mehr als hundert Mal, war die Antwort.

Mir wurde klar, dass er höchstwahrscheinlich eine generalisierte Wirbelsäuleninstabilität entwickelt hatte, als Folge dieser dreijährigen, wie er sagte, mehr als hundertmal durchgeführten Einrenkungen. Es gibt auch einen passenden Be-

griff, der diese Situation beschreibt. Man nennt diese Situation »Manipulomanie«. Dabei kommt der Patient zum Chiropraktiker zuerst selten, dann immer öfter, weil die Verbesserungen zeitlich immer kürzer und Rezidive seiner Erkrankung immer häufiger werden. Und am Ende hat er keine gute Phasen mehr, sondern eine durchgehende chronische, extrem ausgeprägte Schmerzsymptomatik. Weiter erzählte er, dass er seit ca. acht Wochen ein Fitnessstudio besucht, wo er an Geräten trainiert. Er habe mittlerweile das Gefühl, dieses Gerätetraining bekomme ihm nicht gut. Allerdings könne er nicht verstehen, warum er das Training nicht vertrage. Die Mitarbeiter des Fitnessstudios wären seiner Meinung nach gut informierte Fachleute, die ihn ausführlich und gut beraten hätten. Das Fitnesszentrum war mit neuen, schönen und aufwendigen Geräten eingerichtet und machte insgesamt einen soliden Eindruck. Als ich ihn darum bat, die Übungen zu zeigen, verstand ich sofort, dass er prinzipiell ein falsches Programm absolviert. Seine hypermobile und instabile Wirbelsäule war gar nicht in der Lage, diese Übungen auszuführen. Ich konnte das gut bewerten, da ich ungefähr ein Jahr mit einem Fitnesscenter kooperiert hatte und mich mit den Möglichkeiten und den Problemen des Gerätetrainings gut auskenne.

Weiter erzählte er, dass er jeden Abend auf Anraten seines Physiotherapeuten ein heißes Bad zur Muskelentspannung nähme. Das klang meiner Meinung nach auch nicht gut. Ich stellte ihm die Frage, ob er im Falle einer akuten Kniegelenkentzündung mit Schwellung, Rötung und Schmerzen auch ein heißes Bad nehmen würde? Er war verblüfft und sagte natürlich – Nein. Ich zeigte ihm auf, dass seine Wirbelsäule, zumindest mehrere kleine Wirbelsäulengelenke, seit drei Jahren stark gereizt, wenn nicht gar richtig entzündet sind. Dass er keine starke Schwellung und Rötung an der Brustwirbelsäule sieht, hängt damit zusammen, dass diese Gelenke klein sind und nicht so stark anschwellen können wie z.B. ein Kniegelenk. Dafür sind sie sehr zahlreich und wenn sie durch ungünstige äußere Einflüsse gereizt werden,

sorgen sie für eine extreme, generalisierte Schmerzhaftigkeit.

Ich erklärte ihm, dass die Wärmeanwendung in seinem Fall mit der Wärmeanwendung im Fall einer Kniegelenkentzündung völlig vergleichbar ist und für die entzündeten Strukturelemente seiner Wirbelsäule genauso fatal ist.

Permanent höre ich von Patienten mit einem Bandscheibenschaden oder mit einer Arthrose der Wirbelsäulengelenke, dass Ärzte oder Bekannte ihnen bei jeglicher Verschlechterung ihrer Rückenschmerzen oder auch im Fall einer Erstmanifestation dringend empfehlen, heiße Bäder zu nehmen. Bei der Analyse des Krankheitsverlaufs wird schnell klar, dass diese Anwendungen zu einer Progredienz der Symptomatik und zu immer neuen Beschwerden führen. Unglücklicherweise ist es in der Tat so, dass ein heißes Bad als eine gewisse Ablenkung zu einer auf Minuten bis Stunden begrenzten Beschwerdefreiheit führt. Am nächsten Tag hat der Patient allerdings mehr Beschwerden als am Tag zuvor.

Der Ernst der Lage wurde dem Patienten klar. Er gab in diesem Moment seine Rolle als erfolgreicher Sportler und Manager auf, der Badminton und Golf spielt und immer locker bleibt auf und sagte sehr besorgt, dass er schon seit Wochen weder Badminton spielen noch joggen könne, auch sein Kleinkind könne er nicht auf den Arm nehmen.

Ihm wurde klar, wohin er sich mit seinem Therapiekonzept aus Massage und Einrenkungen der Wirbelsäule sowie dem Gerätetraining und den Wärmeanwendungen gebracht hatte.

Er verstand, dass er gesundheitlich am Abgrund stand und auf dem besten Weg war, ein gesundheitliches Wrack zu werden. Andererseits war er aber sichtlich erleichtert, als er die Gründe seiner Problematik verstanden hatte.

Ich riet ihm: a. keine Einrenkungen mehr machen zu lassen; b. kein Fitnessstudio mehr zu besuchen und c. keine heißen Wasseranwendungen mehr zu machen. Ich zeigte ihm die isometrischen Übungen für den HWS- und LWS-Bereich,

die auch den BWS-Bereich positiv beeinflussen. Wir waren uns einig, die Therapie aus Akupunktur und TLA weiter fortzusetzen. Und nach weiteren zehn Sitzungen war der Patient fast beschwerdefrei.

Zusammenfassend kann man seine Krankengeschichte so schildern: Durch seine engagierte Sportaktivität, vor allem Golf- und Badmintonspiel, hat der schlanke, zierlich gebaute Patient sein konstitutionell schwaches Rückgrat überlastet. Die Bewegungen mit großer Amplitude in seiner bindegewebsschwachen, anfällig für Distorsionen und tendenziell hypermobilen Wirbelsäule, haben zu den ersten Symptomen, also Schmerzen, Brustbeklemmungen, Atemnotanfällen geführt. Er ging zum Physiotherapeuten, der ihn nach allen Regeln der Kunst behandelt hatte, die er während seiner Ausbildung erlernt hatte. Die Durchführung von Manipulationen, die Handgriffe, die die physiologische Bewegungsamplitude in einem Gelenk überschreiten, gehören leider nach wie vor zum Standardausbildungsprogramm für Manuelle Therapie und Chiropraktik. Der Physiotherapeut renkte ihn mehrmals ein und seine angeborene und durch Sport erworbene *Hypermobilität* der Wirbelsäule wurde in eine noch gefährlichere *Instabilität* umgewandelt. Die Beschwerden nahmen unter seiner Therapie die ganze Zeit logischerweise kontinuierlich zu. Außerdem hat er ihm den falschen Rat gegeben, heiße Wasseranwendungen zu machen, was die Entzündungsreaktion an den Wirbelsäulengelenken verstärkt hat. Dazu kamen Beschwerden von HWS- und LWS-Bereichen, da die Wirbelsäule ein kompliziertes, einheitliches System ist, das auf Störungen in einem Bereich mit Störungen in einem anderen Bereich reagiert.

Den Rest bekam der Patient durch sein Gerätetraining im Fitnessstudio, was er gar nicht vertragen konnte, weil die Biomechanik der Wirbelsäule zu diesem Zeitpunkt schon zu stark aus dem Gleichgewicht gebracht worden war. Dieses Training verschlimmerte noch mehr die schon vorhandene Symptomatik.

Welche Rückschlüsse erlaubt uns dieser Fall? Im Prinzip die gleichen, die ich selbst als Patient machen musste.

1. Schädigende Einflüsse auf die Wirbelsäule müssen (am besten noch vor dem Therapiebeginn) eruiert, analysiert und nach Möglichkeit ausgeschaltet werden. Sonst zeigt sogar die optimalste Therapie keine Wirkung. Scheinbar ungefährliche Einflüsse wie Physiotherapie oder Fitness können den Krankheitsverlauf entscheidend verschlimmern. Zumindest vermeidbare, schädigende Einflüsse sollen ausgeschaltet werden. (Viele äußere, schädigende Einflüsse wie schlechte Stadtluft, Stress, langes Sitzen am Arbeitsplatz usw. sind leider oft unvermeidbar.)
2. Bei Sportbetätigung sollen die Sportarten auf
 - a) diejenige mit positiven Einfluss auf die Wirbelsäule
 - b) indifferente oder fast indifferente und
 - c) diejenige mit schädigendem Einfluss auf die Wirbelsäule unterteilt werden.
3. Bei chronischen Wirbelsäulensyndromen mit einer Entzündungsreaktion an den Strukturelementen der Wirbelsäule oder, wenn diese Entzündungsreaktion zumindest nicht ausgeschlossen werden kann, sollen heiße Wasseranwendungen und generell Wärme vermieden werden.

Wirbelsäule und äußere Einflüsse:

1. *Stark schädigende, vermeidbare Einflüsse*
 - a) Manipulationen und Einrenkungen der Wirbelsäule
 - b) Sportarten wie Golf, Tennis, Squash
 - c) Gerätetraining mit Vorbeugung der Wirbelsäule nach vorne, besonders bei LWS-Problematik
 - d) Gerätetraining mit den Händen über dem Kopf, bei HWS-Problematik
 - e) Heiße Bäder, besonders im Falle einer Entzündung der Wirbelgelenke (Spondyloarthrose)

- f) Dehnen der Wirbelsäule mit großer Amplitude, besonders mit Beugung der Wirbelsäule
2. *Indifferente oder fast indifferente Einflüsse*
- a) Jogging, Walking, Rückenschwimmen, Radfahren, Spaziergehen
 - b) Autogenes Training, Biofeedbacktherapie, progressive Muskelrelaxation nach Jakobsen, Hypnose, Aromatherapie, Edelsteintherapie usw.
 - c) Qualität der Matratze, des Arbeitsstuhls usw.
3. *Positive Einflüsse*
- a) Isometrische Übungen
 - b) Manuelle Behandlung (Massage, Weichteltechniken mit Anwendung der postisometrischen Relaxation)
 - c) Akupunktur
 - d) Therapeutische Lokalanästhesie (in seltenen Fällen als Ultima ratio mit Kortisonzusatz)
 - e) Hochdosiertes Vitamin B12
 - f) Gerätetraining, wie Ruderzug u.ä.

Nicht unabdingbare Operationen mit allen Mitteln vermeiden

Noch eine konkrete Situation. Die Friseurin meiner Ehefrau bekam während ihrer Schwangerschaft heftige Kreuzschmerzen, die nach der Entbindung in ihrer Intensität noch zugenommen haben.

Die Schmerzen strahlten in beide Oberschenkel aus. Sie hatte Schwierigkeiten beim Gehen und bei der Hausarbeit. Eine orthopädische und physiotherapeutische Behandlung war erfolglos. Es wurden orthopädischerseits MRT-Bilder angefertigt, welche deutliche Bandscheibenschäden im Sinne von Protrusionen und Prolapsen, gezeigt haben.

Der Orthopäde und Physiotherapeut rieten der Patientin

zu einer Operation. Sie lehnte diese ab und kam in unsere Praxis, zuerst zu meiner Frau, die sie weiter an mich verwies.

Ich begann, die Patientin mit Akupunktur und paravertebralen Infiltrationen zu behandeln und nach vier, fünf Sitzungen war sie zu 80 Prozent beschwerdefrei. Nach zehn Sitzungen und nachdem sie mit isometrischen Übungen begonnen hatte, war sie zu 100 Prozent beschwerdefrei.

Was zeigt uns dieses Beispiel? Nicht nur die orthopädisch-physiotherapeutische Therapiezusammensetzung war inadäquat, vor allem, weil sie die Akupunktur und TLA nicht beinhaltete. Auch der Vorschlag, die Patientin zu operieren, war falsch. Sie brauchte keine Operation. Durch ihre Operation würde ihre zarte Wirbelsäule noch weiter geschwächt.

Natürlich handelten der Orthopäde und der Physiotherapeut im besten Glauben und wollten dieser Patientin durch ihre Empfehlung der operativen Therapie helfen. Leider haben sie die ungeschriebene Regel verletzt, die besagt, dass vor der Operation zuerst alle möglichen konservativen Mittel ausgeschöpft werden müssen. Akupunktur gehört ohne jeden Zweifel zu diesen Mitteln oder hätte in diesem Fall dazu gehören müssen.

Ich würde sogar behaupten, wenn eine Akupunktur-Serie aus zehn Sitzungen, kombiniert mit anderen Therapien, dem Patienten keine Linderung bringen würde, sollte ihm der Arzt empfehlen, sein Glück bei einem anderen Akupunktur- und bei ausbleibendem Erfolg beim dritten Akupunktur-Arzt zu versuchen. Viele Kollegen stellen diese, auf die Wirbelsäule gerichteten Therapien, auf verschiedene Art und Weise zusammen und führen sie verschieden durch. Nur nach mehrfachen, erfolglosen Versuchen bei mehreren Ärzten sollte man erst beim Fehlen einer absoluten OP-Indikation über eine operative Behandlung überhaupt nachdenken. Im Fall unserer Bekannten wurde nicht nur kein Versuch unternommen, eine Kombinationstherapie mit Einbeziehung der Akupunktur durchzuführen, sondern sie bekam – therapeutisch gesehen – praktisch gar nichts.

Die Orthopäden und Neurochirurgen machen heutzutage seltener als früher diese berühmt-berüchtigten Operationen, die die Wirbelsäule regelrecht und für immer demolieren. Sie werben allerdings unermüdlich für eine mikrochirurgische, nach ihren Worten fast »unbedenkliche«, operative Therapie – bei fast jedem chronischen, wirbelsäulenbedingten Schmerz. Dabei verschweigen sie die Tatsache, dass auch die endoskopischen mikrochirurgischen Operationen mit vielen Problemen während und nach der Operation befasst sein können.

Noch vor kurzen las ich in einem Buch, geschrieben von einem führenden deutschen Orthopäden (oder wahrscheinlich eher von seinen Assistenzärzten), dass heutzutage der Patient vor Operationen an der Wirbelsäule »gar keine Angst zu haben braucht«, so sicher und problemlos seien sie inzwischen geworden (es ging um ein minimalinvasives OP-Verfahren).

Bei so viel Naivität kann man sich nur an den Kopf fassen! Wusste der Chirurg nicht, dass jede Operation an der Wirbelsäule schief gehen und grundsätzlich die Wirbelsäulenfunktion für immer negativ beeinflussen kann? Dass man sich vor jeder Operation Sorgen machen muss und sich mehrmals überlegen muss, ob die OP wirklich unvermeidbar ist? Sogar eine technisch einwandfrei durchgeführte Operation kann zu einer Narbenbildung im Operationsbereich und dadurch zu einer starken Nervenreizung mit Schmerzen und anderen Symptomen führen. Und das ist keineswegs eine Seltenheit. Durch das Entfernen sogar nur einer Bandscheibe (nicht zu sprechen von früheren Operationsverfahren, bei denen der Zugang zur Bandscheibe mit dem Entfernen von Teilen mehrerer Wirbel auf mehreren Ebenen zusammenhing) verändert sich die ganze Biomechanik der Wirbelsäule, was zur weiteren Entwicklung der Symptomatik führen kann. Im negativen Fall geht es dann dem Patienten schlechter als vor der Operation.

Fazit: Ohne eine konservative Kombinationstherapie, die die effizientesten Mittel wie Akupunktur, therapeutische Lo-

kalanästhesie, Medikamente, individuell ausgewählte isometrische Übungen, Massage mit Elementen der Mobilisierung und postisometrischer Relaxation beinhaltet, darf keinem Patienten eine Operation vorgeschlagen werden.

Im Falle einer Therapieresistenz müssen die Symptome von einem anderen Arzt mit den gleichen therapeutischen Mittel behandelt werden. Die Nutzung der gleichen Therapiemethoden schließt nicht aus, dass diese bei ihrer Anwendung durch einen anderen Spezialisten eine bessere Wirkung zeigen können. Wenn die Akupunkturbehandlung oder jegliche andere Therapie nur von einem Arzt ohne Erfolg durchgeführt worden ist, heißt das noch lange nicht, dass sie in diesem Fall immer unwirksam sein wird.

Optimale Therapie ist unifiziert und individuell *gleichzeitig*

Der Ehemann einer guten Bekannten, die unsere Patienten pflegerisch betreut, wandte sich an mich mit plötzlich aufgetretenen Kreuzschmerzen mit Ausstrahlung in das rechte Bein bis zum Fuß. Radiologisch fand man bei ihm einen sekvestrierten Bandscheibenprolaps der vorletzten Bandscheibe mit Kontakt zu einer Nervenwurzel. Der Schmerz war sehr stark. So stark, dass der Patient nachts nicht schlafen und kaum gehen konnte. Der Neurochirurg und der Orthopäde rieten zu einer operativen Entfernung der Bandscheibe. Der Patient lehnte die Operation ab und kam zu mir. Verständlicherweise wollte er zunächst alle konservativen Therapien ausprobieren. Ich habe ihn untersucht und stellte fest, dass glücklicherweise keine Zeichen einer groben Wurzelkompression vorlagen. Die Kraft im Fuß und die Reflexe waren unauffällig. Somit bestand auch in seinem Fall keine absolute OP-Indikation.

Ich begann ihn nach gewohntem Plan zu therapieren.

Akupunktur, paravertebrale Lokalanästhetikainfiltratio-

nen, schmerzlindernde, gegen Entzündung wirkende und die Empfindlichkeit von Nerven herabsetzende Medikamente, hochdosierte Vitamin B 12 Injektionen. Es zeigte sich unmittelbar eine leichte Besserung, die konstant blieb, allerdings nach vier Akupunktursitzungen keine weitere positive Entwicklung mehr zeigte.

Nach sieben Akupunktursitzungen und anderen Therapien war die Schmerzintensität ungefähr wie nach den ersten vier Sitzungen. Ich begann mir die Frage zu stellen, woran das liegen könnte. Ich untersuchte ihn noch einmal gründlich und stellte fest, dass er eine Muskelanspannung und Verkürzung eines tief im Gesäß liegenden Muskels hatte, der auf Latein *Musculus-piriformis* heißt. Dieser Muskel liegt unter dem großen Gesäßmuskel direkt auf dem Ischiasnerv und drückt bei einer Verkürzung und Anspannung auf den Ischias-Nerv. Glücklicherweise kenne ich eine Kombination der Akupunkturpunkte, dessen Anwendung bis jetzt immer dieses Muskelproblem beseitigte. Mein Plan ging auf. Nachdem ich diese spezifischen Punkte 2-3 Mal genadelt hatte, zeigte sich eine weitere, zunehmende Besserung. Ich forderte den Patienten auf, zuhause das Training mit isometrischen Übungen aufzunehmen, was er gerne machte. Nach 14 Akupunktursitzungen und sechs Wochen war er beschwerdefrei. Innerhalb von zwei Wochen konnte man schon deutlich merken, wie stark sich der Zustand seiner paravertebralen Muskulatur gebessert hatte.

Fazit: Im Falle dieses Patienten war die OP-Indikation ebenfalls zu früh gestellt. In seinem Fall wurden unverständlicherweise vor dem OP-Vorschlag überhaupt keine konservativen Maßnahmen durchgeführt.

Seine Schmerzsymptomatik hing nicht nur mit dem großen sequestrierten Bandscheibenvorfall zusammen. Teilweise war die Symptomatik durch die Anspannung eines Muskels bestimmt, der durch die Reizung des Ischiasnervs die ähnlichen Symptome wie bei einem Bandscheibenschaden lieferte. Hätte man die Bandscheibe entfernt, wäre dieser Patient mit Sicherheit nicht beschwerdefrei geworden. Die An-

spannung und Verkürzung des Musculus- piriformis hätte an Intensität mit Sicherheit mit der Zeit zugenommen und die Beschwerden wären gleich geblieben oder sogar schlimmer geworden. Dieser Patient hätte dann zur Gruppe der so genannten Postdiskotomie-Syndrom-Patienten gehört, die von einer OP nicht profitiert, sondern das Gegenteil erreicht haben.

Ein Pechvogel namens Frau X.

Jeder niedergelassene Arzt hat ganz spezielle Patienten, denen immer etwas passiert, die wahrscheinlich unter keinem guten Stern geboren sind, die richtige Unglücksraben sind.

Frau X. ist so eine Patientin. In ihrem Leben ging immer alles schief. Sie hatte stets einen schrecklichen Chef, der sie mobbte, sie hatte immer einen Freund, der sie schon bald wieder verließ. Wenn sie eine Erkrankung hatte, egal welcher Art, war sie stets therapieresistent. Und wenn sie zum Skifahren fuhr, brach sie sich mit Sicherheit einen Arm.

Im letzten Jahr hatte sie sich beim Skilaufen den einen Oberarm gebrochen und in diesem Jahr den anderen.

Ich habe allerdings Frau X. im letzten Jahr erfolgreich mit Akupunktur und TLA bei Schultersteife behandelt. Davor war sie monatelang erfolglos in physiotherapeutischer und orthopädischer Behandlung, von der kein gutes Ergebnis zu sehen war. Nach 15 Therapiesitzungen, die ich in acht Wochen durchgeführt hatte, war sie damals beschwerdefrei geworden und konnte den Arm völlig frei bewegen.

Vor zwei Monaten kam sie wieder mit den gleichen Beschwerden, nur jetzt auf der anderen Seite. Diesmal wartete sie nicht so lange, sie kam zu mir vier Wochen nach dem Bruch und bat mich um die gleiche Therapie wie im letzten Jahr. Sie hatte stärkste Schmerzen und konnte den Arm praktisch nicht bewegen. Ich begann die Behandlung. Am Anfang war sie absolut hilflos. Wenn sie während einer Akupunktursitzung ihren Arm umplatzen wollte, mus-

ste sie mich darum bitten, ihr zu helfen. Schritt für Schritt begann es besser zu werden. Ich habe akupunktiert und Trigger-Points an ihrem Schulterblatt mit einem Lokalanästhetikum infiltriert, außerdem verschrieb ich ihr ein extrem niedrig dosiertes Medikament, ein so genanntes Antiepileptikum, das die Empfindlichkeit des Nervensystems herabsetzt. Nach jeder Therapiesitzung ging es ein wenig besser und diese Besserungen summierten sich langsam zu einem grundsätzlich besseren Zustand.

Die ganze Zeit war Frau X. in orthopädischer Behandlung, die daraus bestand, dass man Elektrotherapie machte, wobei ihr Zustand nach jeder Sitzung immer schlimmer wurde. Zusätzlich erhielt sie Krankengymnastik, wobei auch hier jede Therapiesitzung zum gleichen Ergebnis führte. Sie wurde mit den gleichen Therapien und von den gleichen Leuten wie im letzten Jahr behandelt, wobei es am Ende nach einigen Monaten zur Schultersteife kam.

Sie war allerdings auch so ungeschickt, dass sie ihnen bei jedem Treffen erzählte, wie gut ich ihr immer helfe, bis eines schönen Tages der Orthopäde davon genug hatte, wütend wurde und ihr sagte, dass Akupunktur rausgeworfenes Geld sei und ihr niemals helfen würde. Die Patientin wiederholte stur, dass die Akupunktur ihr im letzten Jahr geholfen habe und ihr auch in diesem Jahr hilft.

Nach etwa acht Sitzungen war ihr Zustand bestimmt um 70 Prozent gebessert. Der Restschmerz und die restliche Bewegungsumfangeinschränkung blieben logischerweise noch. Es war zeitlich noch zu früh, um eine völlige Beschwerdefreiheit zu erwarten. Doch der Orthopäde meinte, dass er mit dem Zustand der Patientin nicht zufrieden sei. Sie habe noch zu viel Schmerzen und sie könne auch noch nicht arbeiten. Er meinte, dass die Halswirbelsäule auch eine Mitschuld dafür trage. Mit diesen Worten hat er die Halswirbelsäule dieses zierlichen Pechvogels gewaltsam eingerenkt! Das Ergebnis war, dass sie jetzt zusätzlich zu ihren Schulterschmerzen eine Woche lang schreckliche Nackenschmerzen

hatte. Für den Arm hat das natürlich auch nichts Positives gebracht.

Aber genug gelästert. Die Patientin war nach 15 Sitzungen nahezu beschwerdefrei und konnte wieder in ihrem Beruf als Architektin arbeiten. Dabei musste sie die ganze Zeit unterwegs sein und verschiedene Baustellen betreuen, auf Gerüste steigen oder in Gräben springen. Das konnte sie jetzt ohne weiteres wieder machen.

Was zeigt uns dieser Fall?

Der beschriebene Orthopäde war der Akupunktur und den anderen sinnvollen Therapien gegenüber extrem ablehnend, wenn nicht feindlich, eingestellt. Und aus meiner Erfahrung kann ich inzwischen davon ausgehen, dass der beschriebene Orthopäde kein Einzelfall ist. Er hat die Patientin inadäquat und erfolglos behandelt, alle Normen der Berufsethik verletzt und in seiner Sturheit und Arroganz ganz offensichtliche Dinge nicht sehen wollte.

Ich glaube, aus ihm könnte ein bedeutender Politiker oder ein führender »Gesundheitsökonom« werden!

Muskelaufbau und Fitness als Allheilmittel? Völlig unrealistisch!

Eine andere Patientin von mir bekam bei ihren Rückenschmerzen und einer Hüftendoprothese-Operation den Rat eines Orthopäden, ins Fitnessstudio zu gehen und dort an Geräten zu trainieren. Der Aufmerksamkeit des Orthopäden war es entgangen, dass die Dame schwerst krank war, ein kortisonpflichtiges Asthma bronchiale hatte und bis vor kurzem eine mehrmonatige Chemotherapie bei Lymphknotenkrebs bekommen hatte. Ich war sprachlos. Die Patientin konnte nichts Schwereres als einen Löffel heben! Vielleicht ist es von den Orthopäden einfach zu viel verlangt, dass sie bei ihrer Arbeitsbelastung auch noch Fragen zu allgemeinmedizinischen Erkrankungen stellen?

Überall und zu jeder Zeit wird Fitness als universales Allheilmittel gepriesen. Natürlich, die Fitnessstudiobetreiber wollen auch etwas am Fitnessboom verdienen, das ist ja keine Schande. Dabei lassen sie auch die kooperierenden Ärzte nicht im Stich und die Ärzte gehen schon manche Kompromisse ein. Alles was nicht schadet, darf gemacht werden. Man muss nur sachlich bleiben und die Grenzen der Fitness erkennen können. Man darf nicht übersehen, dass es um leidende Menschen geht und das Fitnessstudio keine medizinische Einrichtung ist.

Die Trainer, die in einem Fitnessstudio arbeiten, machen immer einen guten, flotten Eindruck, sie sind gesund und jung. Von der Medizin haben sie allerdings keine Ahnung. Oder noch schlimmer – sie glauben an die medizinische Effizienz mancher Fitnessgeräte, die unbestreitbar für die Gesundheit schädlich sind. Vor einigen Jahren arbeitete ich ebenfalls mit einem Fitnesszentrum zusammen. Manche Fitnessgeräte waren gut, die anderen schlecht. Dabei habe ich auch Geräte gesehen, die jeden Gesunden zum Kranken machen konnten. Meine Versuche dagegen zu argumentieren waren fehlgeschlagen und auf taube Ohren gestoßen. Das Fitnessgeschäft lief exzellent. Außerdem ließ die festgefahrene Routine keine Änderungen zu. Das ist wie bei einem Öltanker, der sich aus voller Fahrt auch nur noch ganz langsam stoppen lässt.

Es gibt in der Tat manche Patienten, die durch ein ausgewogenes Fitnessprogramm sehr viele Rückenprobleme auskuriert haben. Ich bin mir allerdings sicher, dass sie das gleiche Ergebnis auch mit isometrischen Übungen, die sie zuhause machen könnten, erreichen würden.

Es gibt natürlich Menschen, die auf gemeinsames Gerätetraining im Kreise Gleichgesinnter Wert legen, aber das muss jeder für sich selbst entscheiden.

Mein Nachbar Herr W.

Wir haben einen tollen Nachbarn, Herrn W.. Wir kennen uns schon seit mehr als zehn Jahren. Acht Jahre davon wohnten wir Tür an Tür. Er ist schon 85, aber geistig und körperlich noch sehr guter Dinge. Nur auf die Frage, ob er Lust zu irgendwas hätte, antwortet er immer, dass er Lust eigentlich immer habe, aber er könne leider nicht mehr. Ansonsten aber sei alles in Ordnung. Gegenüber meiner Frau äußere ich dann ab und an die Vermutung, dass Herr W. bestimmt so gut erhalten sei, weil er nie verheiratet war, was immer für Heiterkeit sorgt. Herr W. ist sehr schlagfertig und hat viel Humor. Als ich ihm sagte, dass ich über seinen Fall in meinem zukünftigen Buch schreiben will, sagte er sofort: »Aber Vorsicht!!! Nicht, dass danach die Leute vor meiner Tür Schlange stehen!!!«

Seit zehn Jahren spielt er die Rolle eines guten Geistes in unserem Leben. Als ich ihm das einmal sagte, erwiderte er sofort: »Ich bin doch eher ein altes Gespenst!«

Unzählige Male hat er uns privat und auch in der Praxis geholfen. Während einer Kernsanierung unserer neuen Praxis hielt er immer die Handwerker im Schach. Seine Berichte waren immer knapp und informativ. »Der Elektriker hat heute zwischen 10 Uhr 30 und 11 Uhr 20 im Erdgeschoss auf dem Stuhl gesessen und hat die Zeitung gelesen. Der Installateur hat heute gut gearbeitet. Hat keine Minute gesessen usw.« Kurzum – auf den Mann ist Verlass!

Vor einem halben Jahr beschwerte er sich, dass er starke Schmerzen beim Treppensteigen habe. Kniearthrose war der Grund. Ich habe sofort vorgeschlagen, ihn zu akupunktieren. Wir kamen gut voran und ich hatte ein gutes Gefühl. Die Therapie begann Wirkung zu zeigen, er konnte schon bald wieder besser die Treppe hinauf und herunter steigen. Nach der 7. – 8. Sitzung kehrten die Beschwerden allerdings wieder zurück und nach zehn Sitzungen waren wir fast wieder dort, wo wir begonnen haben. Das war für mich absolut unerwartet und natürlich sehr peinlich. Meine Behandlung

klappte bei Kniebeschwerden normalerweise ausgezeichnet! Und ausgerechnet bei diesem Mann, dem ich so verbunden war, hatte meine Therapie nicht angeschlagen!

Glücklicherweise erinnerte ich mich an ein Gespräch mit ihm. Nach unserem Umzug hatte mir der gute Mann vorgeschlagen, unseren Keller in Ordnung zu bringen. Und nach dieser schweren Arbeit sagte er zu mir: »Ich gehe jetzt nach Hause und nehme ein schönes, heißes Bad.« Das war mir in Erinnerung geblieben. Ich habe ihn also gefragt, ob er jeden Tag ein heißes Bad nehme, weil das für seine Knie nicht sehr vorteilhaft sein könnte. Und er sagte, ja in der Tat, das würde er regelmäßig machen. Das untermauerte natürlich meine These, dass dies für die Gelenke nicht gut sein kann. Er quälte sich mit seinen Knien herum und das ging schon seit Jahren so, vielleicht aus diesem Grund? Jedenfalls führte ich das Fehlen einer positiven Antwort auf meine Akupunktur, die normalerweise hilft, auf seine Vorliebe zu diesen heißen Bädern zurück. Deshalb habe ich ihn gebeten darauf zu verzichten und sich abends einfach ganz normal zu duschen, ohne dass er eine halbe Stunde im heißen Wasser ist. Ich habe ihm vorgeschlagen, aus Interesse am Resultat noch sechs Sitzungen auf meine Rechnung zu machen. Diesen Mann wollte ich auf jeden Fall beschwerdefrei bekommen. Herr W. hat also mit den heißen Bädern aufgehört, hat sich auf das Duschen beschränkt und nach sechs Sitzungen war er beschwerdefrei! Und das ist er nun seit über einem halben Jahr.

Darüber hinaus sagte er mir, dass seine Kreuzschmerzen, die er immer im Hintergrund hatte, ebenfalls weggegangen seien. Sie waren nicht stark und er hat sich nie beklagt, er spürte sie allerdings früher und jetzt nicht mehr. Dabei habe ich keine Akupunkturpunkte genadelt, die für Rückenschmerzen gut sind, ich habe nur die Knie behandelt.

Wie kann ich diesen Fall zusammenfassen?

Mein guter Bekannte Herr W. hat natürlich mit seinen 85 Jahren Kniearthrose. Seine Vorliebe für heiße Wasseranwendungen hatte die Entzündungsreaktion an seinen Knien ir-

gendwann verstärkt und er bekam mehr Beschwerden. Außerdem reizten diese Wärmeanwendungen seine Wirbelgelenke und er hatte mäßige, aber permanente Kreuzschmerzen. Die positive Wirkung der Akupunkturbehandlung war durch die weiteren Anwendungen der feuchten Wärme völlig aufgehoben worden. Sobald wir nur einen schädigenden Faktor ausgeschaltet hatten, begann die Therapie zu wirken, die Selbstheilungsprozesse wurden nicht mehr gestört und der Patient verabschiedete sich nicht nur von seinen Hauptbeschwerden, sondern auch von ein paar anderen.

Ich war am Ende sehr zufrieden und glücklich, Herr W. logischerweise auch. Er kann bis jetzt die Treppe schmerzfrei hinauf und hinunter steigen. Wie immer hatte er einen Spruch auf Lager. »Sie sind ein Scharnier, Mensch!« (was er auch darunter verstand), sagte er zu mir, »habe ich doch immer gesagt!!«

Teenager mit Rückenschmerzen – Kandidaten für die so genannte Fibromyalgie

Vor kurzen war ein 12-jähriges Mädchen mit ihrer Mutter in meine Praxis gekommen. Das Mädchen hatte permanente Kopfschmerzen, migräneartig, begleitet von Übelkeit und Erbrechen. Sie konnte wegen der Schmerzen kaum in die Schule gehen und auch kaum ihre Hausaufgaben machen. Ihre Mutter sagte, sie seien schon bei mehreren Ärzten gewesen. Man stellte überall die Diagnose einer Migräne und empfahl eine Bedarfstherapie mit Paracetamol. »Sie haben halt ein Migränekind,« hatte der Kinderarzt die Mutter getröstet. Da die Tochter aber weiterhin tägliche Kopfschmerzen hatte und das Paracetamol auch nicht mehr half, wollten die beiden die Situation nicht mehr akzeptieren und suchten verständlicherweise weiter nach Hilfe.

Ich habe das Mädchen untersucht und kam zu dem Schluss, dass sie nicht eine, sondern vier Erkrankungen hatte: Migräneartige Kopfschmerzen, Spannungskopfschmerzen, eine Dysfunktion der Halswirbelsäule, das so genannte HWS-Syndrom, begleitet von massiven Muskelverspannungen der Nackenmuskulatur und das so genannte BWS-Syndrom, mit massiven Muskulaturverspannungen zwischen und an den Schulterblättern.

Mir war sofort klar, bevor die Hals- und Brustwirbelsäule nicht in Ordnung gebracht wird, gehen die Kopfschmerzen niemals weg, denn die werden durch die Wirbelsäulendysfunktion provoziert und unterhalten. Zwar war das Mädchen in der Tat ein Migränekind, jedoch hat man bei ihr die Bedeutsamkeit der Wirbelsäulendysfunktion und die Trigger-Rolle dieser Dysfunktion beim Starten der Migräne und des Spannungskopfschmerzes nicht erkannt.

Ich begann, sie zu akupunktieren und die Nacken- und die Brustwirbelsäulenmuskulatur mit einem Lokalanästhetikum zu infiltrieren. Außerdem bekam sie von mir ein Medikament zur Muskulaturentspannung. Ich zeigte ihr die isometrischen Übungen und übte sie mit ihr ein, bis sie diese ohne Fehler beherrschte. Ich habe sie aufgeklärt, was passieren würde, wenn sie die Übungen nicht machte – das wäre der kürzeste Weg zu einem Schmerzwrack, zu dem sie mit zwölf Jahren fast geworden ist. Die Therapie ging mühselig voran, das Mädchen hatte noch lange ihre Beschwerden. Aber am Ende der Therapie, nach 5-6 Wochen, nach etwa zehn Akupunktursitzung, war sie fast beschwerdefrei. Die Migräne zeigte sich noch ab und zu, allerdings viel seltener und lange nicht so intensiv wie früher. Spannungskopfschmerzen und Wirbelsäulenbeschwerden hatte sie keine mehr. Wir haben somit eine Remission der Erkrankung erwirkt. Wie dauerhaft diese Remission bleibt, wird von ihr und von mehreren äußeren negativen und positiven Einflüssen abhängen. Die Wirbelsäulenproblematik wird dieses Kind vermutlich sein ganzes Leben begleiten. Die Neigung

zu solchen Problemen – Kopf- und Wirbelsäulenschmerzen – liegt in der Familie. Wenn sie allerdings konsequent die isometrische Übungen weiter macht, bei Bedarf als eine unterstützende Option ein Muskelrelaxant einnimmt und ein Gleichgewicht zwischen Belastung und Belastbarkeit ihrer Wirbelsäule findet, wird sie relativ beschwerdearm bleiben.

Nach drei Monaten habe ich sie im Rahmen einer Kontrolle noch einmal gesehen. Der Zustand war nach wie vor gut.

Fazit: Diese Mädchen hatte das Riesenglück gehabt, frühzeitig aufgeklärt und optimal behandelt worden zu sein. Keine physiotherapeutisch-krankengymnastische »Rückenschule« alleine, ohne Akupunktur, Medikamente und TLA, hätte dabei geholfen.

Weder eine »orthopädische« Behandlung aus Einrenkungen und Spritzen noch eine »neurologische« Migräneprophylaxe wären in diesem Fall effizient.

Auch keine »psychotherapeutische« Ursachenforschung und keine »Stressbewältigungsmaßnahmen« würden sie gesund machen.

Und vor allem würden Ihre Beschwerden von solchen Behauptungen, wie »Was wollen Sie, Sie haben ein Migränekind«, niemals weggehen. Es würde ihr genauso schlecht gehen, über Wochen, Monate und Jahre. Dazu würden immer neue Symptome kommen – Kreuzschmerzen, Armschmerzen, Oberschenkelschmerzen. Dann hätte sie so viel von der Resistenz ihres Nervensystems eingebüsst, dass sie Schwächeanfälle, Angst und Erschöpfungszustände bekommen hätte.

Wenn sie nicht zu mir oder zu anderen, ähnlich denkenden Ärzten gekommen wäre, würde aus ihr mit Sicherheit mit 25 Jahren ein Schmerzwrack geworden sein, eine so genannte Fibromyalgiepatientin.

Als logische Schlussfolgerung zu diesem Fall: Auch Kinderärzte sollten für die Rückenproblematik sensibilisiert werden. Sie sollten diese Patienten auch behandeln können, nicht

einfach weiter zum Orthopäden, Neurologen oder Physiotherapeuten schicken, sonst wird es für solche Teenager mit 18 Jahren zu spät. Man muss um das Endergebnis bemüht sein.

4 Das Zauberwort heißt Kombinationstherapie

Zusammenstellung der Therapie ist eine Kunst

Wie schon oben erwähnt wurde, bin ich absolut davon überzeugt, dass die Behandlung eines chronischen, vertebra- gen Schmerzpatienten multimodal und in Form einer Kombinationstherapie durchgeführt werden muss.

Die Kombination der Therapien und die Festlegung, welche Therapieform eine Schlüsselrolle und welche eine unterstützende Rolle spielen wird sowie die Intensität mit der diese Therapieformen ausgeübt werden, ist ein kreativer Behandlungsprozess, der an manch andere kreative Prozesse wie z.B. an den Vorgang des Kochens erinnert. Das leckere Gericht, das der Arzt dabei kocht, heißt »Beschwerdefreiheit und Wiederherstellung der Lebensqualität des Patienten«. So wie man beim Kochen die Rohprodukte kombiniert, sie entsprechend behandelt und anschließend in Form eines köstlichen Gerichts serviert, genau so soll man beim Behandlungsprozess im Falle einer chronischen Wirbelsäulenerkrankung die zusammen passenden und sich ergänzenden Behandlungsmethoden anwenden, die einen verbesserten oder einen beschwerdefreien Zustand des Patienten erzielen sollen. Um hochwertig zu kochen, muss als Mindestanforderung die gute Qualität der Lebensmittel gewährleistet sein. Um effizient behandeln zu können, muss man als Mindestanforderung spezielle Kenntnisse in den vier oben genannten Therapieformen haben. Es gibt allerdings Köche,

die es immer wieder schaffen, gute Lebensmittel beim Kochen zu verderben. Und genau so gibt es solche Ärzte. Der gute Koch und der gute Arzt ist das Resultat eines angeborenen Talents und einer fundierten Ausbildung. Verfügt man allerdings über keine Lebensmittel oder über keine speziellen Kenntnisse, dann kann man weder kochen noch behandeln. Ein leckeres Fleischgericht ohne Salz und Pfeffer zu kochen ist genau so unmöglich, wie im Falle einer lang andauernden Rückenschmerzproblematik ohne Akupunktur und Lokalanästhetikatherapie einen Schmerzpatienten dauerhaft beschwerdefrei zu machen.

Der erfahrene Arzt kann sicherlich in manchen Fällen auch durch die Anwendung von nur einer Therapieform einen Behandlungserfolg erzielen. Die Kombinationstherapie ist nach meiner Überzeugung aber immer im Vorteil und spart viel Zeit. Klar aber ist – wenn der Arzt gar keine notwendigen Kenntnisse hat oder nur oberflächliche – dann ist er völlig hilflos.

Ein anderes Beispiel: Um ein Formel-1 Rennen zu gewinnen, braucht man einen Fahrer mit großem fahrerischem Können, einen guten Motor, eine aerodynamische Karosserie und die richtigen Reifen. Wenn nur eine Komponente falsch ausgewählt wurde, macht diese das ganze Paket zunichte. Je anspruchsvoller das Ziel (im Fall des Motorsports der Weltmeistertitel, in unserem Fall die Beseitigung von ausgeprägten, eventuell bedingt therapierbaren Beschwerden), desto sorgfältiger muss das ganze Konzept abgestimmt sein.

Man kann ein Orthopäde sein mit goldenem Kopf, goldenen Händen und goldenem Herzen, der die Wirbelsäule wie seine eigene Westentasche kennt. Wenn dieser Orthopäde die Akupunktur nicht beherrscht, ist eine komplette Heilung eines chronischen Wirbelsäulenpatienten (Fibromyalgiepatienten) fast ausgeschlossen. Das ist genauso illusorisch, als wenn Michael Schumacher mit einem Fiat Panda Formel-1 Weltmeister werden wollte.

Ich glaube, dass der Bereich der sozialen Gesundheit, der

sich mit der »Volkskrankheit Rückenschmerz« beschäftigt, für unsere Gesellschaft so wichtig ist, dass sich nicht nur die Pharmaindustrie oder private Veranstalter, sondern auch staatlich unterstützte Gremien um die Organisation der Fortbildungsmaßnahmen für niedergelassene Ärzte kümmern sollten, um das Erlernen von grundlegenden Prinzipien der Behandlung von vertebralem Schmerzpatienten zu ermöglichen.

Man hört ja immer wieder den schönen Satz, man solle nicht die Krankheit behandeln, man soll den Patienten behandeln. Diese Aussage ist vollkommener Unsinn in Bezug auf unsere Realität! Das kann sich nur ein Arzt erlauben, der wirklich weiß, wie man zunächst die Erkrankung behandeln soll. Und wenn er weiß, wie man die Erkrankung behandeln soll, dann kann er improvisieren, die eine oder andere Methode mehr in den Vordergrund bringen, eine Methode aus dem Therapieplan ausgliedern oder den therapeutischen Modus ganz ändern. Er kann Therapien kombinieren, so wie ein Koch es mit den Gewürzen macht, damit es zu einer neuen Geschmacksrichtung kommt. Aber wenn man keine Instrumente in der Hand hat, dann kann man auch nicht improvisieren.

Eine Formel des Behandlungserfolges: Alles beseitigen, was schadet und immer mit den besten Mitteln behandeln

Falls sich eine vertebrale Erkrankung schon manifestiert hat, ist mit weiteren Rezidiven zu rechnen, wenn keine situationsbezogenen Korrekturen gemacht werden.

In der überwiegenden Zahl der Fälle ist die Ursache einer Verschlechterung oder einer Erstmanifestation sowie der chronischen vertebralem Beschwerden ein gestörtes Gleichgewicht zwischen einer auf die Wirbelsäule gerichteten Belastung und einer Belastbarkeit der Wirbelsäule. Dabei muss

therapeutisch entweder die Belastbarkeit erhöht werden oder die Aktivitäten des Patienten angepasst werden – oder beides.

Man muss nicht nur die Symptome der Krankheit analysieren, sondern auch das ganze Umfeld des Patienten: Arbeitsbedingungen, familiäres Umfeld, Hobbys, sportliche Betätigungen. Der Arzt und der Patient müssen gemeinsam nach den Ursachen einer Erstmanifestation oder Verschlechterung forschen, weil sich der entscheidende Therapieerfolg nicht selten durch Veranlassung einfachster Maßnahmen erzielen lässt wie z.B. durch ärztliche Instruierung des Patienten bezüglich der richtigen Körperlage und Haltungshygiene, der physischen Aktivitäten, wirbelsäulenstabilisierender Gymnastik, usw..

Im Prinzip handelt es sich um einfache Sachen, die aber ernst genommen werden müssen.

Wenn man alles ignoriert was Verbesserungen bringt und die Therapiemöglichkeiten nicht nutzt, wenn man Patienten Empfehlungen gibt, von denen sie nicht profitieren, sondern umgekehrt, dann bleibt das ganze Problem bestehen.

Die Zusammenstellung der Therapie bei chronischen oder akuten Rückenschmerzen ist ein Prozess, der mit einer künstlerischen Tätigkeit zu vergleichen ist. Genauso wie die Malerei und Bildhauerei eine Kunst ist, genauso ist der Behandlungsprozess eine Kunst. Der eine Künstler macht es so, der andere macht es anders. In der Kunst muss es gefallen und in der Medizin muss es helfen – das ist das Entscheidende! Die Anwendung muss effizient sein und sie muss nebenwirkungsarm sein. Auf welche Therapieform der Arzt mehr Akzente setzt und auf welche weniger, das bestimmt er aus seiner Erfahrung heraus, aus seiner Kompetenz und seinem Fingerspitzengefühl. Michelangelo sagte einmal über die Kunst der Bildhauerei: »Ich nehme den Hammer und schlage alles weg, was nicht dazu gehört!« Genauso muss der Arzt bei der Behandlung von chronischen Rückenpatienten mit der Anwendung der einen oder der anderen Therapieform ein Symptom nach dem anderen beseitigen. Dabei

macht er das auf seine eigene Weise. Und im Falle einer erfolgreichen Behandlung ist das Ergebnis eine künstlerische Leistung, die in einer gewissen Weise auch einzigartig ist.

Wenn mir der Leser noch einen Vergleich erlaubt, so möchte ich behaupten, dass eine gewisse Ähnlichkeit in der Tätigkeit des auf dem Gebiet der Vertebrologie agierenden Arztes und der eines Fußballtrainers zu finden ist. Der Arzt und der Trainer sind immer auf der Suche nach einer erfolgreichen Kombination der Therapien bzw. der Kombination von Spielern, die eine überzeugende Leistung bringen können. Ein guter Arzt und ein guter Trainer sind verpflichtet, das Beste aus der Situation herauszuholen und gerade auch deswegen sind sie oft in der Lage, anscheinend Unmögliches zu erreichen. Ein gutes Beispiel für einen Trainer mit Fingerspitzengefühl ist Otto Rehhagel, der mit seinem Talent unglaubliche Dinge zustande gebracht hat. Stimmen die Therapien bzw. einzelne Spieler aber nicht überein, kommt es zu einer totaler Frustration aller Beteiligten. Falsche Handlungen führen zu katastrophalen Ergebnissen und es ist schwierig bis unmöglich sich zu rechtfertigen. Die ärztliche Tätigkeit und die Arbeit eines Fußballtrainers ist eine klare und ehrliche Auseinandersetzung mit einem schwierigen Problem, wobei nur die Leistung zählt. Das »sich herausreden« bei einem Misserfolg, wie »ich habe doch alles richtig gemacht«, interessiert keinen und kommt beim Publikum immer schlecht an. Ist die richtige Kombination gefunden, dann macht es Spaß, die Ergebnisse weiter zu vervollständigen und der Trainer oder der Arzt genießen den Erfolg.

Beide, Trainer und Arzt, sollten eiserne Nerven haben und sich nicht durch Zwischenfälle aus dem Konzept bringen lassen. Die eine oder die andere Situation, die sich während der Therapie oder Fußballturniers zeigt, darf nicht als Katastrophe oder als Enderfolg empfunden, sondern muss präzise und ruhig analysiert werden. Nur die am Ende der Therapie bzw. am Ende der Saison erreichte Leistung zählt.

5 Krankheitsbilder: Damit der Patient endlich versteht, was mit ihm los ist.

Verschiedene Schmerzarten: Wo kommt der Schmerz her?

Die »International Association for Study of Pain (IASP)« definiert Schmerz als »ein unangenehmes Sinnes- oder Gefühlserlebnis, das mit einer aktuellen oder drohenden Gewebeschädigung einhergeht oder mit Begriffen einer solchen Schädigung beschrieben wird«.

Es gibt eine andere Schmerzdefinition: »Schmerz ist das, was der Betroffene als Schmerz erfährt und beschreibt und durch verbales und nonverbales Verhalten ausdrückt.«

Die wirbelsäulenbedingten Schmerzen können in so genannte *nozizeptive- und neuropatische* Schmerzen unterteilt werden. Die *nozizeptiven* Schmerzen werden mit der Reizung der Nozizeptoren (der freien Schmerzfühler) im Faserring der Bandscheibe, in den Gelenkkapseln der Wirbelsäulengelenke, im Bandapparat, in den Muskeln und in der Haut in Verbindung gebracht. Klinisch wird der nozizeptive Schmerz als schneidend, stechend, reißend charakterisiert. Man spricht von einem »hellen«, »somatischen« Schmerz.

Bei *neuropatischen* Schmerzen kommt es zur Schmerzwahrnehmung ohne Erregung von Nozizeptoren. Die *neuropatischen* Schmerzen kommen durch direkte Schädigung der Nerven zustande. Dabei entstehen Schmerzen unmittelbar im peripheren oder zentralen Schmerzleitungssystem selbst. Bei Schädigung von peripheren Nervenfasern spricht man

von einem peripheren neuropathischen Schmerz, bei Schädigung von zentralen Bahnen von einem zentralen neuropathischen Schmerz. Der neuropathische Schmerz ist oft dumpf, tiefliegend, brennend.

In der letzten Zeit hat sich der Begriff »Mixed-Pain« etabliert – ein Schmerz, der Elemente der oben genannten Hauptschmerztypen beinhaltet. Bei einer Wirbelsäulenerkrankung beobachtet man normalerweise diese Schmerzart.

Durch das afferente (zum Zentrum führende) Schmerzleitungssystem (A-Delta und C- Nervenfasern) gelangen die Schmerzimpulse zuerst in das Hinterhorn des Rückenmarks und danach, synaptisch umgeschaltet, zu kortikalen (in der Gehirnrinde) und subkortikalen Schmerzanalysatoren des Gehirns. Die A-Delta-Fasern leiten einen »hellen«, stechenden Schmerz weiter. Die C-Fasern leiten einen dumpfen, breitflächigen, brennenden, »vegetativen« Schmerz. Er ist quälend, nicht auszuhalten, wird von Symptomen der Reizung des Vegetativums – Übelkeit, Speichelfluss oder Mundtrockenheit, Angst und Panik – begleitet.

Den wirbelsäulenbedingten Schmerz kann man somit in einen nozizeptiven somatischen (A-Delta-Faserschmerz) und in einen neuropathischen vegetativen (C-Faserschmerz) unterteilen.

Eine Form des neuropathischen Schmerzes mit *einschießendem Charakter* bezeichnet man als *neuralgische Form* der neuropathischen Schmerzen.

In der Praxis beobachtet man oft die Situation, dass der vertebrale Schmerz zuerst nur selten *rezidivierend* auftritt, dann werden die beschwerdefreien Intervalle immer kürzer und die Rezidive immer häufiger und letztendlich bekommt der Schmerz einen chronischen Charakter. Dauern die Schmerzen länger als sechs Monate, bezeichnet man sie als *chronisch*.

Danach nimmt die Intensität der Beschwerden kontinuierlich zu. Es kommt zu immer neuen Symptomen. Die Krankheit nimmt einen *chronisch-rezidivierenden progredienten* Verlauf. Auf dem *Hintergrund der chronischen Schmerzen* und an-

derer Beschwerden beobachtet man *Schmerzspitzen* und *zeitlich begrenzte Verschlechterungen*.

Die wirbelsäulenbedingten Schmerzen können in *lokale* und *übertragene* Schmerzen unterteilt werden. Dabei liegen *die lokalen* Schmerzen unmittelbar nahe am Erkrankungs-herd – der Wirbelsäule. *Übertragene* Schmerzen werden von den geschädigten Wirbelsäulenstrukturen durch die Nervenbahnen weiter geleitet, etwa in den Kopf, in den Arm, in das Bein, in den Bauch oder in die Brustwand.

Übertragene vertebrale Schmerzen können auch in die Schmerzen mit *Kompression einer Spinalnervwurzel (radikuläre Schmerzen)* und diejenigen *ohne Kompression einer Spinalnervwurzel (pseudoradikuläre Schmerzen)* unterteilt werden.

Für eine Spinalnervwurzelkompression ist ein starker, stromartiger, stichtartiger oder permanenter Schmerz typisch. Wobei der einschießende, stromartige Charakter des Schmerzes das wichtigste Merkmal ist.

Die Schmerzen ohne Spinalnervwurzelkompression können zwar auch sehr ausgeprägt sein, sind glücklicherweise aber weniger intensiv als Schmerzen bei Nervenwurzelkompression.

Alle wirbelsäulenbedingten Symptomatiken kann man in *primäre* und *sekundäre* unterteilen.

Primäre Symptomatiken hängen unmittelbar mit der Wirbelsäule zusammen, etwa Schädigungen von Eigenstrukturen der Wirbelsäule, wie Bandscheiben, Gelenke, kleine Muskel, Wirbelsäulenkörper und führen direkt zu verschiedenen Symptomen, den Schmerzen, Kribbeln, Bewegungsumfangseinschränkung usw..

Bei einer *sekundären* Symptomatik beobachtet man Symptome, die zwar nicht direkt mit der Wirbelsäule zusammen hängen, allerdings ursächlich wirbelsäulenbedingt sind.

Dabei führt eine Wirbelsäulenschädigung zur Entwicklung der sekundären Störungen in den fern von der Wirbelsäule liegenden Geweben. Eine Bandscheibenerkrankung etwa kann zu einer Verspannung und Stoffwechselstörung eines weit von der Wirbelsäule liegenden Muskels führen. Entweder schmerzt

dann der Muskel selbst, wenn sich in ihm eine so genannte Myogelose oder ein Trigger Point – Muskelanteile mit stark gestörtem Stoffwechsel bzw. Entzündungsreaktion – befinden. Oder es drückt ein sekundär verkürzter und angespannter Muskel auf einen Nerv oder auf ein Bündel von Nerven, was auch im Rahmen eines so genannten Tunnel-Syndroms zu Schmerzen führt. Die Muskeln selbst können somit für lokale oder übertragene Schmerzen sorgen.

Ein Paradebeispiel einer sekundären Wirbelsäulensymptomatik ist die so genannte »Fibromyalgie-Krankheit« oder »Fibromyalgie-Syndrom«, wobei die sekundären, wirbelsäulenbedingten Durchblutungs- und Stoffwechselstörungen der Weichteile, also Haut, Subkutis, Muskeln, Bänder zu massiven Ganzkörperschmerzen führen und das Krankheitsbild bestimmen. Somit wird ein therapeutischer Einfluss auf die für die Schmerzen ursächlich wichtige Wirbelsäulenstrukturen, ohne dass man die sekundären Schmerzepizentren beeinflusst, nur wenig Erfolg haben. Das erklärt eine oft zu beobachtende Ineffizienz, der sehr aufwendigen und präzisen CT-gesteuerten Therapien wie Laser, TLA, Kriotherapie (Therapie mit Kälte), von *primären Schmerzcentren* der Wirbelsäule.

Wenn wir ein so genanntes Fibromyalgiesyndrom ansprechen, das durch multiple schmerzhafte Muskelverspannungen und Muskelknoten charakterisiert ist, wird es ganz klar, dass ohne angemessene Beeinflussung der *sekundären Schmerzcentren* keine nennenswerte Besserung erwartet werden kann.

Die Wirbelsäulenbeschwerden

Hier möchte ich die Symptomatiken auflisten, die mit der Wirbelsäule primär oder sekundär im Zusammenhang stehen könnten.

Symptomatiken, die HWS bedingt sein könnten:

1. Lokale HWS-Schmerzen, oft begleitet von Übelkeit, Angst, Schlafstörung, psychischer Erschöpfung
2. Schmerzen am Hinterkopf (dumpf oder brennend), mit oder ohne Ausstrahlung in das Auge
3. Ohrgeräusch
4. Flimmern vor den Augen
5. Schmerzen am Schultergelenk
6. Schmerzen am Schulterblatt
7. Schmerzen zwischen den Schulterblättern und entlang der Wirbelsäule
8. Schmerzen in der Herzgegend
9. Schmerzen am Ellenbogen
10. Schmerzen an der Hand, eventuell mit Handschwellung und Rötung
11. Kribbeln an den Händen und Armen, besonders nachts
12. Schwindelsymptomatik

Diese Symptomatiken können mit einer *Schädigung der folgenden Strukturen* im Zusammenhang stehen:

1. Bandscheiben der Halswirbelsäule
2. HWS-Wirbelsäulengelenke
3. Nacken- und Schulterblattmuskulaturverspannung, mit oder ohne direkter Nervenquetschung
4. Schultergelenk

Symptomatiken, die BWS bedingt sein könnten:

1. Lokale BWS-Schmerzen zwischen den Schulterblättern, eventuell verstärkt beim Atmen
2. Schmerzen am Schultergelenk
3. Schmerzen am Schulterblatt

4. Schmerzen zwischen den Schulterblättern und entlang der Wirbelsäule
5. Schmerzen und Brennen hinter dem Brustbein (ähnlich wie bei Speiseröhrentzündung)
6. Schmerzen in der Herzgegend
7. Schmerzen in der Leber/Gallenblasengegend (untere Rippen rechts)
8. Schmerzen im Ober- und Mittelbauch, ringartig
9. Schmerzen im Nierenlager

Diese Symptomatiken können mit einer *Schädigung der folgenden Strukturen* im Zusammenhang stehen:

1. Bandscheiben der Brustwirbelsäule
2. BWS-Wirbelsäulengelenke
3. Nacken-, Schulterblatt- und Brustwandmuskulaturverspannung mit oder ohne direkter Nervenquetschung
4. Schultergelenk
5. Gelenk zwischen einer Rippe und der Wirbelsäule

Symptomatiken, die LWS bedingt sein könnten:

1. Lokale LWS- und Kreuz-Schmerzen mittig, rechts oder links
2. Schmerzen im Nierenlager beidseits, rechts oder links
3. Schmerzen am Gesäß mit oder ohne Ausstrahlung ins Bein, eventuell Verstärkung beim Gehen
4. Schmerzen am Oberschenkel entlang dem Ischiasnerv
5. Schmerzen und Kribbeln seitlich am Oberschenkel
6. Schmerzen an der Wade und im Bereich des Kniegelenks
7. Schmerzen im Bein von der LWS bis zur Ferse oder dem Fuß
8. Schmerzen in der Leiste
9. Schmerzen in der Höhe des Bauchnabels, eventuell ringförmig
10. Schmerzen und Brennen im Unterbauch, in der Blasengegend

Diese Symptomatiken können mit einer *Schädigung der folgenden Strukturen* im Zusammenhang stehen:

1. Bandscheiben der Lendenwirbelsäule

2. LWS-Wirbelsäulengelenke
3. Beckenmuskulaturverspannung mit oder ohne direkter Ischias-Nerv-Quetschung
4. Kreuz-Darmbeingelenk
5. Hüftgelenk

Wie man sieht, können manche Symptomatiken durch Störungen in verschiedenen Wirbelsäulenetagen bedingt sein.

*Nicht selten haben die Patienten in der Tat eine biomechanische Störung **aller drei Wirbelsäulenetagen** und daraus resultierend **alle** oben aufgeführten Symptomatiken.*

Bei Schmerzen an den großen Gelenken sollte eine Differenzialdiagnostik mit reinen Gelenkerkrankungen durchgeführt werden.

Besonders bei Schmerzen an der oberen oder unteren Extremität oder im Bereich des Brustkorbes sollen eine oder mehrere Ursachen des Schmerzes eruiert und nach ihrer Wichtigkeit aufgelistet werden.

In der Praxis beobachtet man oft Patienten, die mehrere Schmerzzentren haben und denen tatsächlich der ganze Körper weh tut. Nicht selten hat der Patient folgende Beschwerden: Starke permanente Kopfschmerzen an der Schädeldecke und an den Schläfen, rezidivierende halbseitige Kopfschmerzen mit Übelkeit, Erbrechen, Licht- und Lärmempfindlichkeit, Schmerzen am Hinterkopf mit Ausstrahlung in das Schultergelenk und entlang des Armes, Schmerzen zwischen den Schulterblättern, eingeschlafene Hände in der Nacht, Schmerzen am Brustbein, Schmerzen in der Herzgegend, usw. nach unten entlang der Wirbelsäule bis zu den Füßen.

Der betroffene Patient kann 16 oder 86 Jahre alt sein. In Falle eines jüngeren Patienten ist die Gefahr groß, dass nach Angabe aller Schmerzorte, der Arzt zu dem Entschluss kommt, der Patient wäre ein Psychosomatiker, dem »alles weh tut«. Manche jüngere Leute haben große Hemmungen so viele Schmerzorte zu benennen, es ist ihnen peinlich. In Wirklichkeit ist die Situation klar und einfach. Der Patient hat mehrere Erkrankungen, die sich durch verschiedene

Schmerzen manifestieren (wobei in diesem Fall eine Wirbelsäulenerkrankung eine führende Rolle spielt). Bei diesem Patienten beispielsweise handelt es sich mit Sicherheit um folgende Erkrankungen: Spannungskopfschmerz, Migräne, chronisches lokales HWS-Schmerzsyndrom, vertebrogenes Zervikobrachialgie (Schmerzen im Nacken mit Ausstrahlung in den Arm), vertebrogenes Thorakalgie (Brustschmerzen) und andere lendenwirbelsäulenbedingte Symptome.

Oft wird in solchen Fällen die Diagnose einer so genannten Fibromyalgie gestellt, einer vermeintlich »mystischen«, »geheimnisvollen« und »unheilbaren« Erkrankung. Die Ärzte ignorieren dabei die Tatsache, dass eine breite Schmerzausstrahlung, besonders in chronischen Fällen und bei Schädigungen in allen drei Wirbelsäulenetagen, eine der wichtigsten Charakteristiken der wirbelsäuleassoziierten Schmerzen ist.

Schmerzprovozierende Faktoren können Sitzen, Gehen, Liegen, Stehen, private und berufliche Tätigkeiten, psychische Faktoren, Wetterabhängigkeit sein.

Die Dauer der Schmerzen ist eine der wichtigsten Charakteristiken.

Es ist leider auch eine typische Situation, dass die Wirbelsäulenschmerzen ohne Behandlung oder bei falscher Behandlung nicht verschwinden, sondern persistieren, rezidivieren, stärker werden und das Leben des Patienten letztendlich unerträglich machen.

Die andauernden Schmerzen führen oft zu einer psychopathologischen Persönlichkeitsveränderung, was beim Fehlen eines anatomischen Substrates, zu einer falschen Diagnose, einer Psychosomatose führen kann.

Sehr viele langandauernde Schmerzen kann man allerdings durch eine Kombinationsbehandlung vollkommen beseitigen. Man weiß durch viele Beispiele und ich kann das persönlich nur bestätigen, dass eine erfolgreiche Akupunkturtherapie, mit und sogar ohne Unterstützung der anderen therapeutischen Möglichkeiten, viele jahrelang von Schmerzen geplagte Patienten beschwerdefrei machen kann.

Die Akupunkturbehandlung stellt bei chronischen vertebra- gen Schmerzsyndromen einen Bestandteil einer Kombinationsthe- rapie da, und ist aus meiner Sicht, der wichtigste und ein absolut unersetzlicher Bestandteil. Dabei soll die Akupunktur nicht als letztes Mittel, sondern immer als Mittel der Wahl betrachtet wer- den.

Der Charakter des Schmerzverlaufes (zunehmend-progre- dient oder abnehmend-regredient) ist noch eine weitere wich- tige Schmerzcharakteristik.

Dort, wo sich die Progredienz der Schmerzen zeigt, ist be- sonderes therapeutisches Engagement geboten. Dann bilden sich die progredienten Schmerzen ohne Behandlung nur ex- trem selten spontan zurück.

Fibromyalgie: Irreführender Begriff oder ein Schritt nach vorne?

Viele vertebra- ge Schmerzpatienten mit chronischen aus- geprägten Nacken- und Kreuzschmerzen werden unter der Diagnose »Fibromyalgie« behandelt.

Das Krankheitsbild Fibromyalgie kommt aus Amerika, die diagnostischen Kriterien wurden von der amerikani- schen rheumatologischen Gesellschaft festgelegt. Die Krite- rien einer Fibromyalgieerkrankung sind: Druckschmerzhaftig- keit bei elf von achtzehn Punkten am Rumpf und an den Extremitäten, psychische Niedergeschlagenheit des Patien- ten, ein dreimonatiges Beschwerdebild. Wenn ich chronische vertebra- ge und insbesondere weibliche übergewichtige Schmerzpatienten untersuche, dann erfüllen 60 Prozent aller Patienten diese Kriterien. Fast alle von ihnen haben Druck- schmerzhaftigkeit im Nackenbereich, am Trapezes-Muskel, an der Beckenmuskulatur sowie an den Hüft-, Knie- und Ellenbogengelenken.

Wenn man diese Kriterien anwendet, dann hat in Deutsch- land jede Familie einen Fibromyalgie-Patienten! Die Ursache

dieser Krankheit soll unklar und die Krankheit selbst unheilbar sein. Als einzige Therapie wird die Behandlung mit Antidepressiva empfohlen. Das sind die Eckdaten für diese geheimnisvolle Erkrankung! Unglaublich aber wahr!

Was diese Diagnose betrifft, so bleiben für mich sehr viele Fragen offen.

Das Bestehen der Fibromyalgie-Krankheit selbst ist genauso fragwürdig, wie die grundsätzliche Notwendigkeit der Benutzung des Begriffes, der so amorph ist, dass er praktisch keine brauchbaren Informationen zur allgemeinen Situation des Patienten liefert.

Wozu stellt man überhaupt eine Diagnose in der Medizin? Eine Diagnose stellt man, damit die Informationen bezüglich der gesundheitlichen Probleme des Patienten in einer schriftlichen Form zusammengefasst werden. Diese Zusammenfassung soll nach Möglichkeit die Informationen zu den Krankheitsursachen, zu den Hauptsymptomen der Erkrankung, zum Verlauf der Erkrankung, zur Prognose der Erkrankung beinhalten. Die therapeutischen Maßnahmen richten sich nach der Diagnose. Die gut formulierte Diagnose erlaubt sowohl dem behandelnden Arzt als auch den Kollegen, die den Patienten mitversorgen, eine schnelle und für den Patienten oft lebenswichtige Orientierung bei seinen gesundheitlichen Problemen. Wenn der Patient seine Diagnose kennt, kann er sich in Bezug auf seine Krankheit im Internet oder anderswo informieren. Welche Informationen liefert uns nun die Diagnose »Fibromyalgie«?

Die *Diagnose »Fibromyalgie«* zeigt uns auf, dass die *Ursachen* der Erkrankung unklar sind. Das ist allerdings bei der überwiegenden Zahl der vertebrogenen Schmerzpatienten falsch! Das Wort »Fibromyalgie« liefert auch keine konkreten Informationen zu den *Symptomen* der Erkrankung, außer dass der Patient Schmerzen, Muskelverspannungen und hypochondrische Beschwerden hat. Man weiß gar nicht, wo der Patient seine Schmerzen hat – im oberen oder im unteren Körperbereich. Er kann die berühmt-berüchtigte Schmerzhaftigkeit sowohl im Nacken und in dem Schultergürtel als

auch im unteren Rückenbereich und an den Beinen haben. Die Diagnose »Fibromyalgie« gibt keine Aussage zum *Verlauf* der Erkrankung – progredient, regredient, chronisch, chronisch-rezidivierend usw.. Die Hauptquelle der Desinformation liefert das Wort »Fibromyalgie« allerdings zur *Therapie und zur Prognose* der Erkrankung.

Ich kann es einfach nicht glauben, mit welcher Leichtigkeit die Fibromyalgie-Päpste sich erlauben, aus einer Volkskrankheit ein unheilbares Leiden zu machen. Wenn sie nicht wissen, wie man solche Patienten behandelt oder wenn sie aus zeitlichen oder ökonomischen Gründen diese Erkrankung nicht in den Griff bekommen können, dann darf man doch nicht behaupten, diese Erkrankung sei unheilbar. Ich habe hunderte, wenn nicht tausende Patienten mit allen Symptomen, der so genannten Fibromyalgie behandelt. Mit großem Erfolg! Und ich bin kein Wunderheiler. Andere Ärzte, die eine ähnliche Ausbildung genossen haben wie ich, die die gleichen Therapievorstellungen haben wie ich, können genauso gute Behandlungserfolge präsentieren.

Was wird so ein Schmerzpatient empfinden, wenn er erfährt, dass seine Schmerzen unheilbar sind? Für mich ist das verantwortungslose Benutzen des Begriffs »Fibromyalgie« genauso vereinfachend wie unethisch.

Ich lehne nicht ab, dass für ein bestimmtes Krankheitsbild eine grob orientierende, zusammenfassende Bezeichnung genutzt werden sollte wie z.B. HWS-Syndrom, LWS-Syndrom oder Lumbago. Schlecht ist im Falle der Fibromyalgie-Diagnose nicht das Benutzen dieses Begriffs selbst, der doch eine grob orientierende Information zur Gesamtsituation des Patienten liefert, sondern, dass die Ursprünge und die Prognose der Fibromyalgie absolut falsch bewertet werden.

Trotzdem ist ein Schritt, wenn auch in die falsche Richtung, besser als gar keiner. Das heißt, man muss die Aufmerksamkeit auf dieses Krankheitsbild lenken. Dieses Krankheitsbild ist erschreckend häufig anzutreffen. Nicht nur in Deutschland, sondern überall auf der Welt. Es sind genau

diese Schmerzpatienten, über die man immer spricht, wenn von einem schmerzgeplagten Deutschland die Rede ist. Die Annahme, diese Erkrankung habe einen unklaren Ursprung, die Gründe der Fibromyalgie seien nicht geklärt und sie sei nicht therapierbar sind allerdings nicht wahrheitsgemäß.

Meiner Meinung nach wurden die Ursachen dieser Krankheit bisher völlig verkannt. Ich betrachte die Fibromyalgie als *eine vertebrale, eine wirbelsäulenbedingte Erkrankung*.

Was passiert dabei an der Wirbelsäule? Es beginnt mit einer *Fehlfunktion der Wirbelsäule*. Dafür gibt es tausende von Ursachen; genetisch bedingte, zuviel Sport getrieben, zu wenig Sport getrieben, ungünstiges Klima, zu kalt, zu heiß, zu schwache Muskeln, viel Stress, falsches Sitzen. Die Ursachen sind sehr breit gefächert.

Durch diese Fehlfunktion werden nun die Nerven, die die Bandscheiben, kleine Muskeln und die Gelenke der Wirbelsäule innervieren, gereizt. Dadurch beginnen die Wirbelsäulensegmente pathologisch zu funktionieren – *die Biomechanik der Wirbelsäule ist gestört*: Manche Segmente sind blockiert, sie verursachen Beschwerden. Die anderen Segmente übernehmen kompensatorisch ihre biomechanische Funktion und werden überlastet. Mit der Zeit werden sie hypermobil. Die Blockaden und die Hypermobilität machen die falsche Biomechanik aus. Die falsche Biomechanik führt zur *Reizung der multiplen Nervenendungen*. Durch die Nervenstränge wird nun diese Reizung weitergeleitet und gelangt in die Gefäße und in die Weichteile – Haut, Muskulatur, Bandapparat. Alle diese Strukturen werden mit den Nerven innerviert, die alle nah an der Wirbelsäule beginnen.

Sowohl die Elemente der Wirbelsäule als auch die Gefäße und die Weichteile, die weit von der Wirbelsäule liegen, werden mit den gleichen Nerven innerviert. Die Reizung einer Wirbelsäulenstruktur wird weitergeleitet.

Die Gefäße antworten auf den aus der Wirbelsäule kommenden Reiz mit einem Spasmus. Das wiederum führt zu einer Minderdurchblutung in den Weichteilen. Über kurz oder lang werden die Stoffwechselprozesse in der Muskulatur,

der Haut und dem Bandapparat gestört. Das führt zu einer chronischen Entzündungsreaktion bis zu lokalen, unter dem Mikroskop nachweisbaren Nekrosen. Wenn man eine Fehlfunktion im Halswirbelsäulenbereich hat, bekommt man eine *Muskelverspannung im Nackenbereich* und im *Schulterbereich*. Wenn man das gleiche im Brustwirbelsäulenbereich hat, bekommt man Probleme nahe der Wirbelsäule, im Brustbereich. Der Schmerz strahlt oft auch nach vorne, was der Patient als *Herzschmerzen* empfindet. Wenn der Schmerz nach rechts ausstrahlt, glaubt der Patient, er habe eine *Leber- oder Gallenerkrankung*. Wenn der Schmerz sehr massiv wird und der Patient keine Luft mehr bekommt, denkt er, er habe eine *Lungenerkrankung*. Hat er die gleiche Fehlfunktion im Lendenwirbelsäulenbereich, bekommt er über kurz oder lang schmerzhaft *Muskelknoten in der Beckenmuskulatur* und in der *Beinmuskulatur*. Die ähnlichen Prozesse einer Stoffwechselstörung beobachtet man auch in der *Haut*. So wird auch die Haut schmerzhaft und druckempfindlich.

Der Schmerzreiz beginnt oft zentral an der Wirbelsäule, die man sich als »Hauptbahnhof« vorstellen kann. Dann fährt er, quasi wie mit einer S-Bahn, auf den Nerven- Schienen zu einer peripheren Struktur, z.B. zu einem Muskel oder zu einem Gefäß. Hier steigt der Schmerzreiz aus der S-Bahn aus und macht Halt. Er kann hier bleiben und zu lokalen Schmerzen und Funktionsstörungen dieser Struktur führen. Wenn die erste Haltestelle ein Muskel (z.B. am Schulterblatt oder im Becken) ist, wird er schmerzhaft angespannt; das Gefäß antwortet mit einem Spasmus und das von ihm mit Blut versorgte Areal bekommt weniger Blut. Damit könnte es nun für den Schmerz »Schluss mit der Reiselust« sein und der Patient bekäme nur lokale Beschwerden in einem Körperteil. Bleibt der Schmerz aber weiter »reiselustig«, »fährt« er mit der gleichen S-Bahn-Linie von dieser Station weiter zur *nächsten* peripheren Station. Der Schmerz strahlt dann etwa aus einem angespannten Schulterblattmuskel weiter in den Arm und in die Hand aus. Die befallene Struktur wird somit zu einem *sekundären Schmerzzentrum*. Hier kann

der Schmerz auch auf einer anderen anatomischen Struktur Halt machen und zu neuen Beschwerden führen. Er kann zurück zur ersten Station oder zum Hauptbahnhof zurückkehren und dann wieder woanders »hinfahren« usw.. Je größer die Anzahl der betroffenen peripheren Strukturen ist, desto diffuser ist der Schmerz. Am Ende hat man fast den *Ganzkörperschmerz*, der dann einer so genannten Fibromyalgie entspricht. Aber der erste Ausgangspunkt ist in der Regel die Wirbelsäule.

Die Kollegen aus Amerika haben sich geeinigt, dass dieses Krankheitsbild eine bis jetzt unbekannte Krankheit sei. Denn die Ursachen dafür seien unbekannt, ebenso die Behandlungsmöglichkeiten. So entstand der Fibromyalgie-Mythos.

Dass es so ein Krankheitsbild gibt, ist eine Tatsache. Diese Patienten machen den größten Teil des Schmerzkrankheitsgutes in Deutschland aus. Deshalb muss man unbedingt über dieses Thema sprechen. Man muss nur die Sache korrekt definieren und nicht komplizierter machen als sie ist. Fibromyalgie ist ein Begriff, der vielleicht eine Existenzberechtigung hat, aber man muss ihn mit den richtigen Inhalten füllen. Es ist ein Krankheitsbild, das man extrem oft sieht. Man muss lernen, diese so genannten Fibromyalgie-Patienten zu behandeln. Und man muss damit aufhören, diese Patienten zu verängstigen!

Ich behandle Fibromyalgie zumindest im Beckenbereich folgendermaßen, für den Nackenbereich habe ich eine andere Methode. Ich führe eine Folge von Nadeln sowohl in diese Fibromyalgie-Knoten als auch in die anderen in Frage kommenden Akupunkturpunkte. Nach 15 Sitzungen gibt der Patient keine Druckschmerzhaftigkeit mehr an. Ich will nicht behaupten, dass ich weiß, warum das so ist, ob die Nadeln den Stoffwechselprozess anregen oder ob ein Blutfluss angeregt wird, ob Energie fließt. Ich weiß nicht warum, aber meine Methode funktioniert und die Patienten sind beschwerdefrei. Die Fibromyalgie ist geheilt! Das ist das Entscheidende! Deswegen kann ich nicht nachvollziehen, dass diese Krankheit unheilbar sein soll. Wenn man paral-

lel auch noch infiltriert oder medikamentiert, dann ist der Erfolg meist noch größer und noch schneller zu erreichen. Manuelle Medizin ist dagegen kaum wirksam und kaum nötig.

Es gibt Kollegen, die bei Fibromyalgie operieren und die Tender Points herausschneiden. Das wäre ihrer Meinung nach eine chirurgische Möglichkeit der Behandlung und nach ihren Aussagen eine wirksame Therapiemöglichkeit. Diese chirurgische Behandlung ist natürlich kostenintensiv, das ist eine Operation immer. Wenn ich dagegen mit Akupunktur zu einem guten Ergebnis komme, brauche ich nicht zu operieren und es ist für den Patienten vermutlich viel billiger. Aber die Meinungen gehen da sehr weit auseinander. Viele denken wie ich, aber viele denken sehr strikt, denken wie die Amerikaner. Doch nicht alles, was aus Amerika kommt, ist immer gut und richtig.

Vor einiger Zeit fand ich einen Artikel in einer Fachzeitschrift für Allgemeinmediziner zu diesem Thema: »Fibromyalgie – die vier Säulen der Therapie«.

Welche Säulen sollen das sein? Welche Säulen wurden hier aufgeführt?

1. *Aufklärung und Anleitung zur Selbsthilfe.* Was heißt das? Der Patient wird aufgeklärt, dass seine Krankheit unheilbar ist und die Gründe, die dazu geführt haben, unklar sind. Als Selbsthilfe werden warme Bäder empfohlen, Wärme, Wärme, Wärme, dazu vielleicht noch ein bisschen autogenes Training, aber das bringt nichts! Bei dieser falschen Biomechanik der Wirbelsäule und bei der Entzündung, die in der Haut, in den Muskeln steckt, kann autogenes Training nicht helfen. Das ist also die erste unbrauchbare Säule, die können wir schon mal knicken!
2. *Physikalische Therapie:* Darunter versteht man eine Elektrophysiotherapie, doch das nützt gar nichts! Wärmetherapie, bringt auch nichts, Mikrowelle ebenfalls nicht, alles absolut nutzlos. Die zweite Säule können wir also ebenso knicken!
3. *Medikamentöse Behandlung:* Welche Medikamente werden empfohlen? Einzig und alleine Psychopharmaka! Das ist

besser als gar nichts, aber absolut unzureichend! Der Patient kann sich damit von seinem Schmerzerlebnis distanzieren, mehr jedoch nicht. Die dritte Säule wackelt also ebenfalls heftig.

4. *Psychotherapeutische Maßnahmen*: Was soll ein Psychotherapeut bei einer falschen Biomechanik und Entzündung der Weichteile machen? Er kann dem Patienten ein bisschen Mut zusprechen, kann ihm erzählen, dass die Krankheit nicht lebensbedrohlich ist. Aber er wird es nicht schaffen, dass der Patient nachts wieder schmerzfrei schlafen kann, dass er wieder arbeiten kann. Bei diesem Krankheitsbild kann man die Psychotherapie vergessen. Also ist auch die vierte Säule eingestürzt.

Und solche Empfehlungen findet man in jedem Buch, in jeder Fachzeitschrift!

Da wird nicht über Akupunktur gesprochen, da steht nichts über die Lokalanästhesie und die empfohlenen Medikamente werden falsch angesetzt.

Meiner Meinung nach müsste das Krankheitsbild einer »Fibromyalgie« als »**vertebragene (wirbelsäulenbedingte) disseminierte (generalisierte) Weichteildystrophie**« definiert werden. Die Weichteile (Haut, Bänder, Muskeln), die primär durch eine vertebrale bedingte Stoffwechselstörung pathologische Eigenschaften im Sinne einer Entzündungsreaktion und Dystrophie entwickelt haben, werden mit der Zeit selbst zu *sekundären Schmerzzentren*. Eine schmerzbedingte Reizung des Vegetativums führt zu Erschöpfungszuständen, Schlafstörungen, Depressionen.

Die Diagnose müsste mit Informationen zu den Hauptsymptomen ergänzt werden; z.B. Zervikobrachialgie, Lumboschialgie, Musculus piriformis-syndrom, Beckenmuskulatur-Myogelosen, Dermatopathie usw. und anschließend mit der Charakteristik des Verlaufes der Erkrankung. Ergänzt wird die Diagnose durch Daten der technischen und manuellen Untersuchungen. So stellt man die Diagnose im Falle einer vertebrale Erkrankung.

Und was sieht man oft in der Praxis? Der Patient wird von

einem »fibromyalgiebewussten« Arzt aufgeklärt. »Wissen Sie – Sie haben Fibromyalgie! Wie kann man Ihnen helfen? Leider gar nicht! Diese Erkrankung ist in der Regel therapieresistent! Aber zumindest wissen sie jetzt ihre Diagnose! Bei dieser Krankheit spielt die Psyche eine wichtige, vielleicht entscheidende Rolle. Versuchen Sie, einen Termin bei einem Psychotherapeuten zu bekommen. Er wird mit ihnen eine Gesprächstherapie durchführen und bringt ihnen bei, wie sie mit dieser Krankheit umgehen können. Außerdem muss bei Ihnen auch eine frühkindliche psychogene Störung ausgeschlossen werden. Oder ich kann Ihnen probatorisch ein Antidepressivum verschreiben ...«

Weil es so – leicht überspitzt – in der Praxis leider oft abläuft, machen nicht nur mich, sondern auch viele andere Kollegen, die die so genannten Fibromyalgiepatienten mit großem Erfolg, mittels Akupunktur, multimodaler Schmerztherapie und therapeutischer Lokalanästhesie behandeln, sehr unzufrieden.

Allerdings bahnt sich das korrekte Herangehen zur Behandlung dieser Krankheit nur sehr mühselig an.

Denn die Ärzte, die im Bereich der praktischen Medizin tätig sind und Fibromyalgie-Patienten den ganzen Tag behandeln, haben nicht so viel Zeit und oft wenig Lust, wissenschaftliche Diskussionen in der Presse und auf Kongressen mit denjenigen Kollegen zu führen, die sich – ungeachtet die Tatsache, dass sie keinem einzigen Patienten helfen können, weil sie die notwendigen Untersuchungsmethoden und Therapien nicht beherrschen – zu Meinungsbildnern in Bezug auf dieses Krankheitsbild zählen.

Leider ist in diesem Falle mal wieder der Patient der Leidtragende.

Nackenschmerz – Zervikalgie

Der Schmerz ist praktisch ein konstantes und meistens führendes Symptom verschiedener Wirbelsäulensyndrome. Unter einem Syndrom versteht man eine Kombination von Symptomen, z.B. ist das berühmte berüchtigte HWS-Syndrom eine Kombination aus Symptomen wie Ruhenschmerz, Bewegungsumfangseinschränkung, eventuell Bewegungsschmerz und anderen. Man merkt also gleich, dass der Begriff HWS-Syndrom extrem amorph und weitläufig ist.

Jeder Betroffene, der vertebrale Nackenschmerzen hat, gehört wahrscheinlich zur größten Patientenvereinigung der Welt – so verbreitet ist inzwischen diese Beschwerde. Der Nackenschmerz ist oft das erste Symptom, in einer langen Kette der Patientenbeschwerden – Kopfschmerzen, Schulterschmerzen, Armschmerzen und Schmerzen zwischen den Schulterblättern.

Der Nackenschmerz ist das Symptom, aus welchem sich die anderen Symptome entwickeln. Die Schmerzen werden oft von Symptomen begleitet wie Übelkeit, Angst, Erschöpfung, Schwindel, Schlaflosigkeit, depressive Verstimmung. Je länger die Nackenschmerzen bestehen, desto größer ist die Wahrscheinlichkeit, dass die Symptome einer Schädigung der psycho-emotionalen Sphäre dazukommen. Bei weit fortgeschrittenen Erkrankungen beschweren sich die Patienten fast mehr über ihre psychischen Störungen als über ihre Schmerzen.

Dieses Syndrom gehört zu den häufigsten Krankheitsbildern in der allgemeinen und orthopädischen Praxis und stellt regelrecht ein »Volksleiden« dar. Dabei klagen die Patienten vor allem über Schmerzen verschiedener Intensität, lokalisiert im Bereich der Halswirbelsäule und des Hinterkopfes. Oft charakterisieren die Patienten die Schmerzen als »Muskelverspannungen«.

Die vertebrale Zervikalgie (Nackenschmerz) ist fast immer Ausdruck einer biomechanischen Störung in den anatomischen Strukturen der Wirbelsäule. Manche Autoren füh-

ren die Zervikalschmerzen eher auf die Diskoordination im Gelenk- und Muskelapparat der Wirbelsäule zurück und erklären die lokalen Nackenschmerzen durch Wirbelblockierungen oder Wirbelluxationen. Anderen vertreten eine diskogene Theorie und geben in der Pathogenese der Zervikalgie der Bandscheibe die führende Rolle.

Ich würde grundsätzlich *vier Varianten* der vertebra-genen Schmerzentstehung differenzieren:

1. Diskopathie (Bandscheibenerkrankung)
2. Spondylopathie (Osteoporose)
3. Spondyloarthropathie (Arthrose der Wirbelgelenke)
4. Myodystonie (falscher Muskeltonus)

Die Schmerzintensität bewegt sich von unbedeutenden Schmerzen nach einer bestimmten Tätigkeit wie z.B. Computerarbeit, Bügeln oder Nähen bis zu unerträglichem Leiden, das keine Lebensqualität und Lebensfreude mehr erlaubt. Eine persistierende Zervikalgie mündet häufig in eine Depression, die zur Chronifizierung des Leidens beiträgt. Oft haben die Schmerzen einen »vegetativen«, schwer auszuhaltenden, vernichtenden Charakter und werden von anderen vegetativen Erscheinungen begleitet – Übelkeit, Angst, Panik.

Die vertebra-gene Zervikalgie sowie andere reflektorische Syndrome können akut, chronisch (ständige Schmerzen mehr als sechs Monate), rezidivierend (Verschlechterungen nach einem schmerzfreiem Intervall) oder chronisch-rezidivierend (Verschlechterungen ohne Beschwerdefreiheit) sein.

Die Nackenschmerzen, die nach einer bestimmten Tätigkeit auftreten, sind Hinweis auf eine Diskrepanz zwischen den Reservemöglichkeiten der Wirbelsäule und der der Wirbelsäule zugemuteten Belastung. In dieser Situation ist entweder die Stärkung der Wirbelsäule durch die Krankengymnastik oder andere Therapien oder die Aufgabe dieser bestimmten Tätigkeit zu empfehlen.

Die Situationen, die zu den Schmerzen führen, sind deswegen unbedingt zu ermitteln, weil sie oft leicht zu vermei-

den sind – z.B. bestimmte Sportarten, falsche gymnastische Übungen, usw..

Die Behandlung wird auf das Durchbrechen des Circulus vitiosus (Teufelskreis), Schmerz-Muskelverspannung – Blockade der einen und kompensatorische Hypermobilität der anderen Wirbelsäulensegmente – falsche Biomechanik der Wirbelsäule – Schmerz, gerichtet.

Nicht auskurierte Fälle können sich chronifizieren. Dabei ist oft eine ständige Progredienz der Beschwerden mit einer Erweiterung des Schmerzausstrahlungsareals sowie mit dem Entstehen der neuen Symptomatik zu beobachten, gefolgt von psychovegetativer Erschöpfung und Arbeitsunfähigkeit.

Halswirbelsäulenbedingter Kopfschmerz – vertebrale Zephalgie

Eine Irradiation der Schmerzen bei Zervikalgie in den Kopf, insbesondere in den Hinterkopf oder weiter nach vorne in den Augenbereich, ist sehr oft zu beobachten.

Die anatomischen Ursachen die dazu führen sind verschieden:

Spastische Veränderungen der Nackenmuskulatur, Reizung der Gefäße und der Nerven, Blockaden zwischen den Wirbeln sowie Instabilitäten der WBS.

Kopfschmerzen können bei gestörter Biomechanik der Halswirbelsäule sehr oft auch im Rahmen eines A.vertebralis-Syndroms auftreten. Die Differenzialdiagnose soll vor allem bei primären Kopfschmerzen wie Spannungskopfschmerz und Migräne durchgeführt werden.

Die halswirbelsäulenbedingten Kopfschmerzen können ein- oder beidseitig auftreten und haben normalerweise einen bohrenden, brennenden, dumpfen Charakter.

Die Nackenmuskulatur ist oft stark verspannt oder erschlaft, die Schädel-fixationspunkte der Nackenmuskulatur

sind druckdolent. *Die Kopfschmerzen stehen mit den Nackenschmerzen im Zusammenhang.* Eine Verstärkung der Nackenschmerzen führt zur Verstärkung der Kopf- und Hinterkopfschmerzen. Die Behandlung ist auf die betroffene HWS gerichtet.

Syndrom der Arteria vertebralis

Das A.vertebralis-Syndrom wird sowohl von den Kopfschmerzen als auch von den anderen Beschwerden charakterisiert. Die Symptome sind folgende:

Kopf- und Nackenschmerzen mit charakteristischer Ausstrahlung der Schmerzen aus dem Hinterkopfbereich nach vorn ins Auge, in die Stirn, und in die Schläfe. Kopfschmerzen sind das häufigste Symptom des Syndroms und sind fast bei allen Patienten vorhanden. Die Kopfschmerzen werden seitens der Patienten als dumpf, bohrend, pochend, schwererträglich, und quälend charakterisiert.

Gleichgewichts- und Hörstörungen: Eine Gangstörung zeigt sich meistens Anfallsweise, kann aber permanent bestehen. Hörstörungen sind etwas seltener als Gleichgewichtsstörungen anzutreffen. Sie zeigen sich als Ohrgeräusche, Pfeifen, Rauschen, Klingen. Während einer Verschlechterung der Krankheit nehmen diese Symptome zu.

Symptome der degenerativen Schädigung der Zervikalsegmente: Schmerzhaft Kontraktur der Nackenmuskulatur, »das Knacken« der Wirbelsäule.

Visusstörungen: Lichtscheu, Sehunschärfe, Flimmern vor den Augen.

Psychopathologische Störungen: Emotionale Labilität, Angst- und Unruhesymptomatik, Verschlechterungen des Leidens durch Stresssituationen.

Okzipitalneuralgie – Musculus obliquus capitis-Syndrom

Dieses Syndrom wird zu den so genannten Tunnelsyndromen gezählt. Eine Anspannung des M.obliquus capitis kann infolge verschiedener degenerativer Wirbelsäulenprozesse zustande kommen. Dabei drückt der M.obliquus capitis auf die A.vertebralis und den N.occipitalis major, was zu klinischen Erscheinungen des Syndroms der A.vertebralis und zur Neuropathie des N.occipitalis major führt. *Irritation und Neuropathie des N.occipitalis major werden durch starke brennende Schmerzen im Hinterkopfbereich charakterisiert.*

Therapeutisch kommen hier die Infiltrationen des M.obliquus capitis und die Blockade der A.vertebralis mit einem Lokalanästhetikum, die manuelle Behandlung sowie Myotonolytika in Frage.

Schultersteife – Periarthropathia Humeroscapularis (PHS)

Das ist ein Sammelbegriff für Schulterschmerzen und Bewegungsumfangseinschränkungen des Schultergelenkes.

Es ist eine klinische Diagnose, die nicht immer einer aufwendigen radiologischen und arthroskopischen Abklärung bedarf. Sogar grobe Strukturveränderungen des Schultergelenkes können völlig asymptomatisch sein. Umgekehrt gehen starke Schmerzen und eine Bewegungsumfangseinschränkung des Schultergelenkes nicht immer mit fassbaren anatomischen Änderungen einher.

Unbehandelt können die Schmerzen persistieren oder verschwinden, regredient oder progredient sein. Langjährige Schmerzen führen nicht selten zur Kontraktur des Schultergelenkes. Der Patient vermeidet den Arm zu belasten, im Extremfall legt der Patient den Arm in die Tasche, da-

mit dieser ihn nicht stört. So entwickelt sich das »frozen shoulder«-Syndrom.

Therapeutisch sind hier die Manuelle Therapie, Akupunktur (auch als Ohrakupunktur), myorelaxierende Pharmakotherapie und analgetische Therapie besonders als Komplexbehandlung wirksam.

Ellenbogenschmerz-Epikondylitis

Ist oft vertebragen bedingt. Dabei kann sich das Schmerzsyndrom nur auf dem Boden einer reflektorischen Schmerzübertragung aus den betroffenen Wirbelsäulensegmenten formieren. Am meisten sind dafür die unteren Zervikalsegmente verantwortlich.

Berufliche oder sportliche Armüberbeanspruchung lässt sich dabei zwar oft, doch durchaus nicht immer, eruieren. In der Terminologie der Sportmedizin benutzt man bei Ellenbogenschmerzen die nicht unbedingt zutreffenden Begriffe »Tennisellenbogen« und »Golferellenbogen«.

Die Patienten beklagen sowohl Ruheschmerzen als auch die Verstärkung der Schmerzen bei manuellen Tätigkeiten – Faustballen, Tassehalten, Gewichtstragen, Bügeln, usw.. Die Intensität der Schmerzen ist sehr variabel – von unbedeutend bis unerträglich.

Aurikuloakupunktur mit Dauernadeln und Ganzkörperakupunktur eventuell mit Verstärkung durch NSAR-Therapie und Lokalanästhetikainfiltrationen bringen oft gute Ergebnisse.

Schulter-Arm-Syndrom

Diagnosehinweisend sind die Schulterschmerzen begleitet von Handschwellung, Handzyanose und brennenden Handschmerzen.

Dieses Syndrom bedarf einer breiten Komplextherapie aus Myotonolytika, Schmerzbehandlung mit Antiepileptika, NSAR, Akupunktur und eventuell Manueller Therapie.

Nächtliches Kribbeln der Arme – Brachialgia parästhetica nocturna

Dies ist eines der häufigsten Syndrome bei degenerativen zervikalen Wirbelsäulenschädigungen. Hierbei handelt es sich um das in der Nacht auftretende Gefühl der eingeschlafenen, geschwollenen und kraftlosen Arme. Dadurch werden die Patienten wach, oft müssen sie aufstehen und die Arme massieren. Meist sind Frauen davon betroffen. Die Intensität des Syndroms variiert erheblich, von leicht unangenehmen Beschwerden bis hin zu massiven Schlafstörungen.

Bei den meisten Patienten lassen sich die Symptome der HWS-Schädigung feststellen, wie Nacken-, Schulter-, Kopfschmerzen, »Knacken in der Wirbelsäule«, usw..

Die Symptomatik dieses Syndroms darf nicht automatisch nur mit dem so genannten Karpalltunnelsyndrom assoziiert werden, für welches eine Quetschung von Nervensträngen des Unterarmes typisch ist.

Beim nächtlichen Kribbeln der Arme wird oft ohne jegliche Kompression der Tonus der Handgefäße durch eine pathologische reflektorische Impulsation aus den zervikalen Wirbelsäulesegmenten geändert, was zur klinischen Manifestation führt.

Durch eine nächtliche Ruheposition der Arme und eine mögliche nichtoptimale Kopfposition, kommt es zur Verstärkung solcher pathologischen Impulsation aus der Wirbelsäule und zu einer Reizung von Unterarmnerven mit einer Störung des Armblutflusses. Das erklärt das häufige Fehlschlagen der chirurgischen Intervention bei der Fehl-

diagnose eines Karpalltunnel-Syndroms, wobei der Chirurg oft ohne Notwendigkeit die Nervenstränge des Unterarmes freilegt.

Schmerzen zwischen den Schulterblättern – Interskapuläres Schmerzsyndrom

Über Schmerzen zwischen den Schulterblättern klagen die Patienten sehr oft. Dabei charakterisieren sie den Schmerz oft als bohrend, dumpf oder schneidend, als das Gefühl, man habe einen Nagel zwischen den Schulterblättern.

Pathogenetisch können zwei Mechanismen unterschieden werden. Bei der ersten Variante irradiieren die Schmerzen aus den betroffenen *HWS-Segmenten* durch die Nervenbahnen nach unten. Bei der zweiten Variante kommt dieses Syndrom bei pathobiomechanischen Störungen im *Brustwirbelsäulenbereich* vor. Die Differentialdiagnostik ist dabei nicht immer einfach.

Schmerzen am inneren Schulterblattrand – das kostoskapuläre Schmerzsyndrom

Dieses Syndrom wird durch Schmerzen am inneren Schulterblattrand charakterisiert und ist vor allem mit myodystonischen Änderungen assoziiert. Die Schmerzintensität variiert erheblich, von unbedeutsam bis fast unerträglich.

Der Schmerz wird am häufigsten als bohrend, dumpf, tief liegend charakterisiert.

Die Beschwerden sind fast immer einseitig. Der Schmerz kann in den Kopf oder in die Schulter irradiieren. Bei der manuellen Stimulation der druckdolenten Punkte irradiiert

der Schmerz in verschiedenen Richtungen, am häufigsten aber in den Hinterkopf. Das Syndrom ist sehr oft mit dem Spasmus des M.levator scapulae assoziiert.

Therapeutisch kommen vor allem Myotonolytika und Lokalanästhetikainfiltrationen in Frage. Die NSAR-Behandlung ist wenig effektiv.

Schmerzen am unteren Schulterblattrand – Das subskapuläre Schmerzsyndrom

Dieses Syndrom ist durch häufig vorkommende myodystonische Veränderungen der M.infraspinatus, M.teres major und minor charakterisiert. Dabei findet sich eine massive Druckschmerzhaftigkeit im subscapulären Bereich. Das Mittel der Wahl in der Behandlung ist die Lokalanästhetikainfiltrationstherapie.

Schmerzen an der vorderen Brustwand – das Vorderthoraxwand-Syndrom

Das Vorderthoraxwand-Syndrom ist eines der häufigsten klinischen Symptome bei den degenerativen Erkrankungen der Hals- und Brustwirbelsäule.

Dieses Syndrom kommt bei älteren und bei jüngeren Patienten vor.

Dabei können die druckschmerzhaften Bereiche sich ein- oder beidseitig manifestieren. Bei einseitiger Lokalisation ist die linksseitige Erscheinung eindeutig häufiger anzutreffen.

Bei vorgeschädigtem Herz ist die linksthorakale Manifestation besonders oft anzutreffen.

Dieses Syndrom ist fast immer mit den anderen Wirbelsäulensyndromen assoziiert und kommt fast nie als alleinige Manifestation der degenerativen vertebrae Störungen

vor. Am häufigsten ist die Assoziation mit dem Zervikalsyndrom zu beobachten.

Die Akupunkturbehandlung ist eine sehr viel versprechende Behandlungsmöglichkeit. Auch die Infiltrationsbehandlung mit einem Lokalanästhetikum kommt in Frage.

Schmerzen an der seitlichen Brustwand – das Seitenthoraxwand-Syndrom

Das Seitenthoraxwand-Syndrom ist dem Vorderwandsyndrom ähnlich. Die lokale Gewebedruckschmerzhaftigkeit ist dabei im seitlichen Brustwandbereich zu finden. Als therapeutische Maßnahme sind hier Myotonolytika sowie Akupunktur gefragt. Subkutane Lokalanästhetikainjektionen im Bereich der seitlichen Brustwand können ebenfalls angewandt werden.

Wirbelsäulenbedingter Herzschmerz – verterbragene Kardialgie

Die Symptomatik ist auch hier dem eines linksseitigen Vorderwandsyndroms ähnlich – linksthorakale mäßig ausgeprägte Schmerzen in der Herzgegend. Viele Autoren erwähnen die Möglichkeit einer Herzschädigung durch eine chronische Erkrankung der Hals- oder Brustwirbelsäule.

Allerdings benutzt man den Terminus *vertebragene Kardialgie* für die Beschreibung von *wirbelsäulenbedingten Schmerzen* in der Herzgegend.

Akutes und chronisches BWS-Syndrom – akute und chronische Thorakalgie

Schmerzen im Brustkorb und sogar in der Brustwirbelsäule können häufig auf eine isolierte HWS-Schädigung zurückgeführt werden, ohne dass die Brustwirbelsäule einen dystrophischen Schaden aufweist.

Solche Syndrome, wie Interskapuläres Schmerzsyndrom, Vorder- und Seitenthoraxwand-Syndrom, Supra- und Subskapuläres Schmerzsyndrom, Periarthropathia humeroscapularis, vertebrale Kardialgie, kommen sowohl bei HWS- als auch bei der BWS-Problematik vor.

Sehr oft bekommen ältere Osteoporosepatienten mit Rückenschmerzen und mit dem »Rundrücken« lediglich eine Osteoporosetherapie, ohne dass andere Behandlungsmethoden angewandt werden. Die Effizienz einer reinen Osteoporosetherapie ist in den meisten Fällen unzureichend.

Interkostale Neuralgie

Dies ist ein Schmerzsyndrom, das extrem oft und in jedem Alter vorkommt. Dabei klagt der Patient über akut aufgetretene schneidende, meist *einseitige Schmerzen in der Brustwand, die sich beim tiefen Ein- oder Ausatmen praktisch immer verstärken.* Therapeutisch wäre eine Kombination eines Lokalanästhetikums und eines NSAR-Preparates am sinnvollsten.

Schmerzen in der Leber/Gallengegend – das vertebrales Syndrom des rechten Rippenbogens

Dies ist auch ein sehr häufiges Syndrom und wird durch *Schmerzen im rechten Rippenbogen* gekennzeichnet. Patienten mit rechtsseitigen Oberbauchschmerzen sind in der Praxis extrem oft anzutreffen.

Schmerzen in der Lebergegend können von einer Gastritis, einer Duodenitis, einer Lebererkrankung sowie Gallenblasenerkrankung kommen. Beim Ausschluss der oben genannten Erkrankungen wird oft die Diagnose einer so genannten nichtulzerösen Dyspepsie oder – wenn sich die Ursache nicht finden lässt – einer psychosomatischen Erkrankung gestellt.

Ein Kollege sagte mir einmal schlicht und einfach: »Bei Bauchschmerzen mache ich eine Gastro- und eine Koloskopie. Liegt kein pathologischer Befund vor, behandle ich diesen Patienten mit Psychopharmaka.« Er meinte das bitter ernst und fairerweise gesagt, war er mit seinem Konzept nicht selten erfolgreich.

Manche allgemeinmedizinisch-internistischen Kollegen vergessen allerdings, dass die rechtsseitigen Oberbauchschmerzen nicht nur »internistischen« Ursprungs, sondern auch »orthopädischen«, das heißt »vertebralen« Ursprungs sein können. *Die Patienten lenken die Aufmerksamkeit des Arztes nur selten darauf, dass sie die Schmerzen nicht nur im rechten Oberbauch, sondern auch im Bereich der unteren Rippen und an der Brustwirbelsäule haben.*

Die Effizienz einer auf die Wirbelsäule gerichteten Therapie mit einem NSAR, einer Lokalanästhetikainfiltrationstherapie, Akupunktur, einem Myotonolytikum ist auch diagnostisch beweisend.

Hexenschuss – Lumbago

Lumbago wird durch akut aufgetretene stärkste LWS-Schmerzen mit Muskelkontraktur und LWS-Bewegungsumfangseinschränkung und Einschränkung der lokomotorischen Funktion charakterisiert. Ein Verhebetauma ist eindeutig die führende Ursache einer Lumbago.

Beim Heben schwerer Lasten erhöht sich der intradiskale Druck (Druck in der Bandscheibe) mehrfach, was zu einer Ausdehnung und Reizung der hinteren Anteile des Faserringes führt. Diese Struktur ist reichlich innerviert und überträgt den Reiz auf die paravertebrale Muskulatur, die sich reflektorisch zusammenzieht. Nicht selten kommt es zu einem Lumbago durch eine Distorsion an einem Wirbelgelenk. Therapeutisch benutzt man Akupunktur, NSAR, TLA.

Heiße Bäder sollten vermieden werden. Es muss unbedingt eine Immobilisation des LWS-Bereiches mit einem Rückenwickel erfolgen.

Chronische Lumbalgie

Dies ist eines der häufigsten vertebra-genen Syndrome überhaupt. Die LWS-Schmerzen, die seit mehr als sechs Monaten vom Patienten registriert werden, sind dafür typisch. Die Intensität der Schmerzen ist stark variabel – von unbedeutend bis extrem. Wenn die Lumbago meistens mit den *Diskopathien (Bandscheibenerkrankungen)* zusammenhängt, kommt chronische Lumbalgie auch sehr oft bei *Spondyloarthrose der Wirbelgelenke* oder auch bei *Myodystonie* und Muskelschwäche der LWS mit daraus resultierender LWS-Überlastung und »Signalschmerzen« vor. Chronische Lumbalgie infolge deformierender Spondyloarthrose bezeichnet man als »Faccettensyndrom«.

Chronische LWS-Schmerzen können auch mit dystrophischen Prozessen in *den kräftigen Bändern*, die die Wirbelsäule mit dem Becken verbinden, zusammenhängen. Sie werden

oft durch massive sekundäre Myogelosen im Bereich des Beckenkammes ergänzt. Wirbelsäulenfehlhaltungen, wie abgeflachte Lordose der LWS oder Hyperlordose, spielen auch eine relevante Rolle für das Entstehen des Syndroms.

Eine Hyperlordose erhöht die Belastung der Intervertebralgelenke, eine abgeflachte Lordose führt zur Überlastung der Bandscheiben.

Die Lumboischialgie

Sie wird durch Schmerzen im Lendenwirbelsäulenbereich mit Irradiation ins Bein charakterisiert. Die Ausstrahlungsfläche bewegt sich von den oberen Oberschenkelpartien bis zur Ferse und bis zum Fuß. Je weiter nach unten die Schmerzen ausstrahlen, desto massiver sind die Ursachen, die dazu geführt haben. Früher oder später folgt der lang bestehenden Lumboischialgie eine *Stoffwechselstörung in den Weichteilen der unteren Extremität*. Wenn lokale akute Schmerzsyndrome gut auf die Therapie mit NSAR und Myotonolytika bei obligater Immobilisation und Schonung des betroffenen Wirbelsäulenabschnitts mit elastischem Gürtel ansprechen, reagieren die chronischen Lumboischialgien am besten auf eine Akupunkturbehandlung.

Bei Durchführung einer Serie von Akupunktursitzungen kann man sehen, wie sich die Beinschmerzen transformieren und zuerst aus den fern liegenden Beinabschnitten (Fuß, Wade) und dann aus den zentralen (Oberschenkel, Gesäß) verschwinden.

Der Schmerz kann aus *Elementen der Bandscheibe*, aus dem *Kreuz-Beingelenk (Iliosakralgelenk)*, aus *großen Bändern des Beckens* und der Lendenwirbelsäule und aus den *dystonischen Muskeln* des Beckens und der Wirbelsäule kommen. Eines der klassischen Muskelsyndrome, das sich durch die Lumboischialgie manifestiert, ist das M.piriformis Syndrom.

Das Musculus piriformis- Syndrom

Sehr oft liegen einer Lumboischialgie – Schmerzen im Kreuz mit Ausstrahlung ins Bein – verschiedene Mechanismen zugrunde. Ca. 25 Prozent aller Lumboischialgien werden durch das Syndrom des M.piriformis bedingt oder begleitet. *Da bei drückt der angespannte und verkürzte M.piriformis auf den Ischiasserv, der sich in einem direkten Kontakt mit diesem Muskel befindet.* Klinische Hinweise auf diesen Mechanismus der lumboischialgischen Schmerzen sind lokale Druckschmerzhaftigkeit im Punkt der Projektion des M.piriformis in der Mitte des Gesäßes sowie Verstärkung der Schmerzen nach Gehstrecken von 200-500 Metern.

Dieses Syndrom ist auch eine klassische Indikation für eine Akupunkturbehandlung.

Dabei hängt der Erfolg einer Therapie hauptsächlich davon ab, ob der Therapeut den Punkt »Gallenblase 30« mit einer langer Nadel genadelt hat oder nicht.

Bei Fällen der Lumboischialgie, wo das M.piriformis-Syndrom nicht im Vordergrund steht, ist die Nadelung dieses Punktes Gb-30 nicht zwingend.

In der Praxis wird im Falle eines M.piriformis-Syndroms oft die Fehldiagnose einer Coxarthrose (wenn sie auch parallel »stumm« vorliegen kann) mit daraus resultierender unwirksamer operativer Behandlung gestellt.

6 Was kann die Akupunktur?

Akupunktur – muss man daran glauben?

Ich werde oft von meinen Patienten gefragt, ob sie selbst auch an die Akupunktur glauben müssen, damit sie ihnen hilft. Ich muss in diesen Momenten immer schmunzeln.

Wenn denn alles so einfach wäre: Nur fest an etwas glauben – schon hast du, was du willst!

Leider ist die Sache nicht ganz so einfach.

Nein, mit dem Glauben hat die Akupunkturwirksamkeit überhaupt nichts zu tun. Die Akupunktur funktioniert oder funktioniert nicht – unabhängig von unserem Willen. Ich habe viele Patienten behandelt, die nicht geglaubt haben, dass die Akupunktur ihnen helfen würde. Und sie hat ihnen trotzdem geholfen. Die gegenteilige Situation ist auch schon vorgekommen – allerdings viel seltener.

Mit Sicherheit aber kann man sagen, dass die Wirkungsmechanismen der Akupunktur heute immer noch völlig unklar sind. Alle Behandlungseffekte der Akupunktur nur auf die Freisetzung von schmerzlindernden Substanzen – Endorphinen und Enkephalinen – zurückzuführen, wäre nicht richtig und zu vereinfacht gewesen. Auch die 5.000 Jahre alten chinesischen Wirkungstheorien, die zwar historisch und philosophisch sehr interessant sind, dürfen ebenso nicht als einzige Möglichkeit angenommen werden. Zudem sind diese Theorien bei näherer Betrachtung äußerst widersprüchlich.

Als Arzt erlebe ich trotzdem täglich die Faszination der geheimnisvollen Heilung in Fällen, wo aus anatomischer Sicht ganz offensichtlich keine Heilung möglich wäre.

Die hohe Effizienz der Akupunktur in der Behandlung von Rückenschmerzen wurde auch von vielen anderen Ärz-

ten mehrmals bestätigt. Manche Ärzte vertreten streng die chinesischen »energetischen« Positionen, die anderen benutzen Akupunktur als angewandte Behandlungsmethode, als Triggerpunktakupunktur. Wer und was in der Behandlung mehr Nutzen bringt, bleibt noch offen.

Pulver und Akupunktur – chinesischer Fluch und Segen für die Menschheit

In der letzten Zeit beschweren sich viele Europäer, dass die Chinesen ohne Erlaubnis und ohne dafür zu bezahlen die besten westlichen Technologien verwenden. Dieses Pech hatten früher allerdings die Chinesen selbst. Als sie Akupunktur, Schießpulver, Papier und vieles andere entdeckt haben, gab es noch kein Patentamt und die Europäer betrieben damals das, was die Chinesen heute machen – Technologie-diebstahl. Inzwischen steht es wohl Eins zu Eins. Wenn man allerdings bedenkt, was die Chinesen für die Entwicklung der Menschheit geleistet haben – sprich die Entdeckung des Pulvers, des Papiers, des Tees, der Akupunktur, des Raketenprinzips – dann kommt einer »freundlichen« Übernahme der Magnetschwebbahn-Technologie eigentlich keine besondere Bedeutung mehr zu.

Aber Spaß bei Seite. *Es gibt keine andere Behandlungsmethode, die in der Therapie der Rückenschmerzen solche Bedeutsamkeit hat wie die Akupunktur.*

Diese Schlussfolgerung mache ich aufgrund meiner eigenen, mehr als 17-jährigen Akupunkturerfahrungen bei Patienten mit einer Pathologie der Wirbelsäule.

Die Betrachtung der Akupunktur als reine Schmerzbe-kämpfungsmethode – was leider oft zu hören ist – ist nicht richtig. Die Akupunkturwirkungsmechanismen sind zwar vollkommen unbekannt, haben aber nichts mit einer symptomatischen Schmerztherapie gemeinsam.

Keine Schmerztherapie, auch nicht die Anwendung von

Morphinen, kann auf Dauer die Progredienz der weit fortgeschrittenen Wirbelsäulenschmerzsymptomatik stoppen und eine dauerhafte Beschwerdefreiheit hervorrufen. Das kann jeder Kollege, der ein wenig sein Beratungsfeld betrachtet, bestätigen. Die Akupunktur aber macht die Induktion einer langfristigen Remission möglich und dies erstaunlicherweise häufig ohne unterstützende Maßnahmen wie Massage, Krankengymnastik oder Lokalanästhetika und medikamentöse Therapie.

Akupunktur soll nun keineswegs als ein Mittel betrachtet werden, dass im Widerspruch zur westlichen Medizin steht. Akupunktur muss in ein modernes Behandlungskonzept integriert werden.

Dabei spielt sie manchmal eine führende und manchmal eine unterstützende Rolle. Es wäre absurd, eine Lungenentzündung mit Akupunktur zu behandeln, da uns heute Antibiotika zur Verfügung stehen. Genauso absurd wäre es, einen Patienten mit progredienten Rückenschmerzen mit NSAR zu behandeln, wenn wir über die Akupunkturbehandlung verfügen.

Bei vielen Erkrankungen muss die Akupunktur ihren Stellenwert noch finden. In der Therapie der Rückenschmerzen steht sie, zumindest für mich, an erster Stelle.

In meiner 17-jährigen Akupunkturpraxis beobachtete ich einige Tausende Rückenschmerzpatienten, bei denen Akupunktur zu einem durchschlagenden Erfolg geführt hatte – nachdem alle erdenklichen schulmedizinischen Methoden ausprobiert worden waren und sich als ineffektiv erwiesen hatten. Akupunktur muss allerdings rechtzeitig bzw. frühzeitig eingesetzt werden, um die Chronifizierung einer Erstmanifestation, einer Verschlechterung oder eines Rezidives der vertebra-genen Erkrankung zu verhindern. Leider wird Akupunktur heutzutage zu spät und sehr oft als letzte Therapiemöglichkeit angewendet.

Besonders bei progredienten Rückenschmerzen ist die Akupunktur absolut unabdingbar!

In diesen Fällen muss sie das Rückgrat der Therapie wer-

den und in Kombination mit anderen Mitteln angewendet werden. Besonders in den Fällen, bei denen andere Möglichkeiten nicht genutzt werden können und bei der Behandlung Übergewichtiger und multimorbider Patienten ist sie das Mittel der Wahl.

Zusammen mit Wirbelsäulengymnastik ist die Akupunktur in der Lage, Rückenschmerzen vollkommen zu beseitigen.

Ost schlägt West

In der Praxis erlebt man nicht selten, dass der Arzt von Schmerzpatienten durch die Angabe immer neuer Schmerzlokalisationen regelrecht unter Druck gesetzt wird. Wenn der Arzt mit der Wirbelsäulenproblematik nicht vertraut ist, wird er bald dazu neigen, den Patienten als Hypochonder einzustufen, dem »alles wehtut«.

In der Tat ist die Situation selten so verfahren wie es zunächst aussieht. Man kann normalerweise alle vertebrale Symptome (Einzelbeschwerden) problemlos in Syndrome (einen Beschwerdekomples) klassifizieren und dann einzeln, eines nach dem anderen, behandeln. Diese Syndrome kann man auch nach allen Regeln der westlichen Medizin behandeln. In vielen Fällen ist der westliche Arzt aber schnell mit seinem Latein am Ende.

Aus der Sicht eines chinesischen Arztes würden aber alle Symptomatiken ganz anders bewertet. Er würde die Beschwerden fernöstlichen Diagnosen zuordnen, die mit Anatomie nichts zu tun haben und für einen Europäer ziemlich ungewöhnlich klingen. Die chinesischen Diagnosen reflektieren eine ganz andere Sichtweise. Das höchste Ziel der chinesischen Medizin ist es, die Beschwerden zu beseitigen. Den Ursachen, die zu diesen Beschwerden geführt haben bzw. den unmittelbaren anatomischen Ursachen wird keine Bedeutung beigemessen. Natürlich betreiben auch die chinesischen Ärzte eine Ursachenforschung, allerdings auf

einer viel tieferen, philosophischen, fernöstlichen Grundlagen. Glücklicherweise funktionieren in der Praxis die, auf den ersten Blick sehr widersprüchlich erscheinenden, chinesischen Theorien und Diagnosen unerwartet gut und eine Therapiemethode wie Akupunktur hilft dort, wo aus materialistisch-logisch-anatomischer Sicht keine Besserung möglich wäre, z.B. bei ausgeprägten Bandscheibenvorfällen mit Nervenquetschung oder bei weit fortgeschrittenen Arthrosen und bei »Totalschaden« der großen Gelenke.

Bei Patienten mit Übergewicht ist die Akupunkturbehandlung aus meiner Sicht die beste und oft *die einzige konservative Therapiemöglichkeit* in der Behandlung der weit fortgeschrittenen Wirbelsäulesyndrome. Sie ist die Therapie, die oft eine Regredienz oder das Verschwinden der Symptomatik ermöglicht.

Bei übergewichtigen Patienten, besonders in der zweiten Lebenshälfte, können viele Therapiemöglichkeiten nicht angewendet werden. Krankengymnastik zum Beispiel, führt oft nur zur Zunahme der Beschwerden.

Die schmerz- und entzündungshemmenden Mittel sind oft wegen Magenerkrankungen sowie Bluthochdruck und Herz- und Niereninsuffizienz, die im hohen Alter nicht selten zu beobachten sind, nicht anzuwenden. Die Manuelle Therapie ist bei älteren, übergewichtigen und oft an Osteoporose leidenden Patienten nur selten effektiv und auch nicht unproblematisch.

Die Lokalanästhetikatherapie, Myotonolytika, Massagen können sicherlich angewandt werden, sind allerdings bei vielen Patienten mit langjährigen Schmerzen auf Dauer nicht immer erfolgreich.

Einen jungen Patienten mit leichten Nackenschmerzen oder LWS-Schmerzen sollte man dazu bringen, dass er begreift, dass er sich selbst am besten helfen kann. Junge Leute mit Wirbelsäulenschmerzen müssen vor allem lernen, ihren Rücken zu stärken. Ihnen stehen noch alle Optionen offen, vor allem beim Sport und in der Krankengymnastik. Dabei müs-

sen sie natürlich aufpassen, dass sie keine wirbelsäulenschädigende Übungen machen.

Bei älteren und übergewichtigen Rückenschmerzpatienten ist Akupunktur das Mittel der Wahl. Außerdem verbessert sie in der Regel auch den Allgemeinzustand der Patienten.

Akupunktur ist ein faszinierendes Wissensgebiet, in dem alles noch völlig offen ist.

Wie Akupunktur funktioniert, weiß ich nicht. Ich kann, wie jeder kritisch denkender Arzt, auch nicht sagen, was die Akupunktur prinzipiell bewirkt. Es passiert dabei soviel im Körper und man kann sicherlich nicht alles auf die Ausschüttung von Endorphinen zurückführen. Ich bin allerdings absolut davon überzeugt, dass Akupunktur eine extrem wirksame ganzheitliche Behandlungsmethode ist – und auf keinen Fall eine reine Schmerztherapie, wie man sie oft so unwissend und verharmlosend einstuft.

Die Akupunktur wirkt auf den Körper wie ein Hammer Schlag – aber im positiven Sinne! Besonders in chronischen Fällen kann sie sehr gut helfen. Oft empfinden allerdings die Patienten den Umschlag von Krankheit auf Gesundheit sehr stark. In etwa 20 Prozent der Fälle und besonders bei sehr ausgeprägten progredienten Schmerzen und anderen Beschwerden empfinden die Patienten diesen Übergang erstmals auch als kurzfristige Verschlechterung. Die Patienten sind am Zittern, sie haben Schüttelfrost sowie starke Unruhe. Diese Wahrnehmung ist allerdings nur kurzfristig, dauert etwa zwölf Stunden, einen Tag oder eine Nacht. Und am nächsten Tag geht es dem Patienten schon viel besser. Man ist »über den Berg«.

Für den Praktiker ist der Behandlungserfolg das Wichtigste – wodurch und warum ist zweitrangig

Mein Konzept für die Akupunkturbehandlung von Wirbelsäulenerkrankungen habe ich nicht aus der Luft gegriffen. Ich habe gesehen, wie man die Nadeln bei Rückenschmerzen ansetzt und auch mit Kollegen und Patienten darüber gesprochen. Zusammenfassend kann man sagen: Diejenigen Akupunkteure, die bei Rückenschmerzen ganz einfache Schemen anwenden, die haben viel Erfolg. Diejenigen aber, die bei einem Patienten ungeheuer viel herumprobieren, die sich den Kopf zerbrechen und versuchen, alles auf die chinesische Art auszuführen, die versuchen, die »Lebensenergie« nach ihren nicht immer ganz genauen Vorstellungen zu manipulieren, haben normalerweise keinen Erfolg. Ich habe sehr viele Kollegen kennen gelernt, die Akupunktur angewandt haben und es dann wieder bleiben lassen, weil sie keine einzige Besserung durch ihre Behandlung gesehen haben. Woran das liegt, kann ich nicht beurteilen. Spielt vielleicht auch die Energetik, die Aura oder auch die Persönlichkeit des Akupunkteurs eine Rolle? Ich weiß es nicht, aber die Antworten auf diese Fragen würden mich sehr interessieren.

Bei vielen Erkrankungen bzw. bei bestimmten Schmerzsyndromen benutze ich festgelegte Punkte nahezu als »Fertigrezept« und habe hundertprozentigen, dauerhaften Erfolg.

Hinzufügen muss ich, dass ich von der chinesischen Philosophie absolut fasziniert bin. Ich habe die chinesische Philosophie kennen und lieben gelernt. Wenn ich zurück blicke, so habe ich in Bezug auf die Akupunktur insgesamt über sechs Monate auf der Schulbank gesessen und gelernt. Jeden Tag acht Stunden, sechs Tage pro Woche, drei Monate in Russland und zweieinhalb in Lettland. Vier Stunden Vorlesungen, vier Stunden praktische Übungen. So habe ich die Akupunktur von der Pike auf gelernt. Dazu kamen 200 Stun-

den der Akupunkturausbildung in Deutschland. Meine russischen, chinesischen, lettischen und deutschen Lehrer lehrten mich, dass ich bei jedem Patienten eine chinesische Diagnose stellen muss, dass ich verstehen muss, in welchem Kanal welche Energieverhältnisse herrschen, ob zuviel oder zuwenig Yang oder Yin. Es gab dann mehrere Möglichkeiten einer energetischen Regulierung. Ich erhielt Ratschläge für einfache sowie für komplizierte Fälle. Während meiner Ausbildung habe ich jeden Meridian mit seinem Verlauf und jeden Akupunkturpunkt mit allen seinen Funktionen gelernt.

Wenn ich das jetzt anders mache und die Akupunktur nach einem festem Schema anwende, dann rührt das von den Erfahrungen und von meinem Anliegen als praktischer Arzt, die Patienten beschwerdefrei zu machen. Für mich persönlich wäre es vielleicht viel interessanter, verschiedene Punktkombinationen auszuprobieren, aber das kann ich dem Patienten nicht zumuten, wenn ich zu 99 Prozent weiß, wie ich ihm am sichersten helfen kann. Das schränkt mich stark ein, aber ich bin kein Wissenschaftler, sondern ein praktizierender Arzt und ich mache ohne zwingende Notwendigkeit keine Experimente. Aus diesem Grund wollte ich niemals in der klinischen Forschung arbeiten. Für mich ist es unvorstellbar, wie man ein Patientenkollektiv mit einem guten Medikament und das andere mit einem Placebo behandeln kann. Die Placebo-Patienten würden mir zu sehr Leid tun. Irgendwann stößt jeder klinisch tätige Wissenschaftler an die ethischen Grenzen. Selbstverständlich variiere ich schon mal bei der Akupunkturanwendung im Rahmen eines »Kleinexperimentes«, aber nur, wenn ich es für richtig halte und wenn ich es vor mir verantworten kann!

Vielleicht muss ich für andere Erkrankungen, die ich seltener in meiner Praxis sehe, noch nach den wirksamsten Punkten suchen, aber meine Schwerpunkte liegen eben woanders. Man kann nicht in jedem Wirkungsbereich gleich effizient sein. Ich bin mir jedoch sicher, dass die wirksamsten Punkte relativ sicher für viele ganz konkrete »westliche« Erkrankungen oder Beschwerdebilder definierbar sind.

Man muss mit den Patienten reden – dabei lernt der Arzt dazu

Etwa zwei bis drei Monate nachdem ich meine praktische Tätigkeit begonnen hatte, erzählte mir ein Patient, ein junger Mann Mitte dreißig, dass er vor zehn Jahren bei einem Akupunkteur aufgrund seiner Kopfschmerzen behandelt worden war, und dass dieser Therapeut ihn ausschließlich mit Akupunktur beschwerdefrei bekommen hat. Seitdem hatte er keine Kopfschmerzen mehr gehabt. Ich habe ihn gefragt, welche Punkte der Kollege genadelt hatte und er hat mir die Punkte gezeigt, hier und hier, zwei drei Punkte am Kopf, zwei Punkte am Unterarm, ein Punkt am Kniegelenk. Ich fragte weiter, ob der Kollege immer die gleichen Punkte akupunktiert habe. Die Antwort war »Ja, immer die gleichen Punkte, zehn Sitzungen hintereinander.« Für mich, der gerade einen dreimonatigen Crash-Kurs in chinesischer Philosophie und Akupunktur absolviert hatte, war das eine katastrophale Nachricht. Denn das stellte die ganze Theorie, die ich gelernt hatte, auf den Kopf. Aber seine Erfahrung ist mir stark in Erinnerung geblieben und ich habe diese Punktombination mit Erfolg gegen Kopfschmerzen übernommen. Mit der Zeit habe ich meine Punkte auch für die Behandlung von Rückenschmerzen gefunden. Später dann auch die Punkte für den Knie- und Schulterschmerz. Das ist natürlich nichts Weltbewegendes. Jeder der sich lang genug mit Akupunktur auskennt, kennt die Punkte, die gegen Rückenschmerz, Nackenschmerz usw. gut sind, aber die Ausbildung und Anleitung zum Nutzen dieser Punkte ist doch sehr kontrovers. Darüber muss man noch viel diskutieren, ebenso wie wir in unserer modernen Gesellschaft das über 5.000 Jahre alte Wissen aus China nutzen und weiter ausbauen müssen.

Der Arzt kann nur zufrieden sein, wenn der Patient zufrieden ist. Und der Patient ist nur zufrieden, wenn er beschwerdefrei ist. Wie der Arzt das macht, das ist dem Patienten

egal. Ob er das streng nach der chinesischen Theorie oder in einer modernen Variante macht – Hauptsache es hilft!

Hier darf man keinen Arzt dazu zwingen, nach einer unumstößlichen Richtlinie zu handeln.

7 Therapeutische Lokalanästhesie (TLA)

»Warum helfen die Spritzen vom Orthopäden nicht?«

»Warum helfen die Spritzen vom Orthopäden nicht und ihre Spritzen helfen?«, fragte mich einmal eine Patientin. Sie war eine liebe, allerdings eine wenig gebildete Frau, die ihre Frage auf diese schlichte Weise formulierte. Ich war damals nicht in der Lage, ihr sofort eine vernünftige Antwort zu geben und sagte ehrlich, dass ich es nicht wisse. Man könnte ihr allerdings folgendes antworten.

Die therapeutische Lokalanästhesie wird im ambulanten Bereich sehr uneinheitlich und insgesamt zu selten durchgeführt, was in meinen Augen sehr viele Probleme aufwirft.

Die niedergelassenen Orthopäden verwenden sehr gerne anspruchsvolle Blockaden und Infiltrationen, die zum einen nicht selten unnötig kompliziert sind, zum anderen oft eine teure Ausstattung erfordern, zum dritten durch ihre Kompliziertheit oft wenig effizient sind und zum vierten durch fast ständige Kortisonbeimischung für viele Patienten nicht ungefährlich sind.

Noch vor kurzem las ich einen Artikel über die Effizienz der tiefen Blockaden, die nah an der Wirbelsäule liegende Nervenwurzeln beeinflussen. Diese Blockaden wurden bei der so genannten Lumboischialgie (Schmerzen im Kreuz mit Ausstrahlung ins Bein) durchgeführt. Dabei fiel die Meinung des Autors ganz eindeutig aus: Diese technisch komplizierten Blockaden sind bei diesem Symptom fast nutzlos! Genau diese Blockaden aber gehören zu den bevorzugten

Methoden einer orthopädischen Praxis. Dass die Meinung des englischen Kollegen so ausgefallen ist, wundert mich nicht im Geringsten. Das wäre eigentlich auch die passende Antwort auf die Frage meiner Patientin gewesen.

Oft nutzen die Orthopäden und Radiologen eine CT und MRT-Technik, um die zu infiltrierenden Strukturen sichtbar zu machen. Manche dieser Anwendungen werden mit sehr großer Präzision akribisch gestaltet. Leider verspricht diese Genauigkeit nicht immer eine 100-prozentige Behandlungseffizienz im Sinne des Ausschaltens des Schmerzreizes, da die für die Schmerzen verantwortlichen Strukturen sich entweder nicht immer eindeutig feststellen lassen oder der Schmerzreiz gleichzeitig aus mehreren Schmerzzentren kommt. Oft ist es nicht möglich, im Rahmen einer einzigen Therapiesitzung jedes dieser Schmerzzentren einzeln auszuschalten. Darüber hinaus ist diese Therapieform (CT gesteuerte Infiltration) sehr kosten- und zeitaufwendig.

Oft, wenn nicht gar in der Regel, wird bei einer therapeutischen Lokalanästhesie von orthopädischen Kollegen eine Beimischung von Kortison angewandt. Der Orthopäde oder der Radiologe versuchen auf bestimmte anatomische Strukturen, die für die Schmerzentstehung relevant sein könnten, mit dieser Mischung aus Kortison und einem Lokalanästhetikum einen therapeutischen Einfluss zu nehmen. Man erwartet eine Rückbildung der Entzündung und Gewebeswellung nah am Erkrankungsherd. Das kann ein Wirbelsäulengelenk, eine Bandscheibe oder ein Bereich an der Nervenwurzel sein. Leider besitzt das Kortison parallel zu seiner guten antiinflammatorischen (antientzündlichen) Potenz eine Reihe von negativen Eigenschaften, die nicht selten lokale und generalisierte Komplikationen hervorrufen. Als lokale Komplikation können Gewebeverhärtungen und Gewebedystrophien genannt werden. Dabei verlieren das Binde- und das Muskelgewebe sowie die Haut ihre Elastizität und Plastizität, werden brüchig und weniger reißfest. Es kann im Extremfall auch zu einer Narbenbildung im Infiltrationsbereich kommen. Als generalisierte Komplikation

einer Kortisontherapie können eine Hüftkopfnekrose, eine Verschlechterung oder Induktion von Diabetes mellitus, eine Gewichtszunahme, Akne und anderes aufgezählt werden. Somit ist die unkritische Kortisonanwendung in Fällen, wo sie nicht unbedingt notwendig ist, strikt zu vermeiden! Vor allem muss die Kortisontherapie nicht als erstes Mittel im Falle einer akuten muskuloskelettalen Erkrankung, sondern als Ultima Ratio (eine nicht zu vermeidende Notwendigkeit) angewandt werden.

Es ist fast bedauerlich, dass ein Patient durch rasche Kortisonanwendung relativ schnell (allerdings oft nur kurzfristig) beschwerdefrei gemacht werden kann. Die Schmerzen kommen nicht selten nach einiger Zeit zurück und sind dann durch eine entstandene lokale Gewebedystrophie noch schwerer zu therapieren. Je häufiger man Kortison spritzt, desto wahrscheinlicher sind lokale Gewebedystrophien zu erwarten. Die schmerzfreien Phasen werden immer kürzer. Die unkritische und leichtsinnige Kortisonanwendung ist mit der Anwendung einer anderen, bei den niedergelassenen orthopädischen Kollegen beliebten Behandlungsmethode, vergleichbar, nämlich mit der leichtsinnigen manualmedizinischen Einrenkung (Manipulation). Wobei die ersten guten Ergebnisse sehr oft von Rezidiven von Schmerzen und anderen Symptomen begleitet werden, allerdings in einer verstärkten Ausprägung.

Problematisch ist auch, dass es nicht immer möglich ist, die für die Schmerzen verantwortliche Struktur mit letzter Sicherheit zu verifizieren. Die Schmerzen kommen von mehreren, vielleicht von Dutzend verschiedener Stellen. Jede dieser Schmerzstellen zu infiltrieren ist aber technisch und zeitlich nicht möglich.

Die tiefen Injektionen an den Gelenken und Bandscheiben der Wirbelsäule, die der Orthopäde, Neurochirurg oder Radiologe setzt, sind auch leider relativ schmerzhaft. Zusammenfassend lässt sich feststellen: Die von orthopädisch-neurochirurgisch-radiologisch tätigen Kollegen angewandten Infiltrationen und Blockaden sind teuer, oft zu aufwen-

dig, schmerzhaft und in ihrer Kompliziertheit oft überflüssig. Obwohl sehr anspruchsvoll, sind sie den einfacheren Infiltrationen, die leichter durchführbar und von praktisch keinen Komplikationen begleitet werden, unterlegen.

Der Allgemeinmediziner benutzt dagegen, wenn überhaupt, in der Regel nur die einfachsten Formen der therapeutischen Lokalanästhesie in Form von intrakutanen (Quaddeln) und subkutanen Infiltrationen. Dabei wird das Lokalanästhetikum in die Haut und unter die Haut gespritzt. Die Wirksamkeit dieser Anwendungen in Bezug auf die wirbelsäulenbedingten Schmerzen ist gering. Die intramuskulären Infiltrationen und Nervenblockaden, die ein viel höheres Behandlungspotenzial haben, werden nur selten angewendet. Die intrakutanen und subkutanen Infiltrationen schalten nur die Schmerzreize aus, die aus der Haut kommen. Die meisten Schmerzen hängen allerdings mit pathologisch veränderten Muskeln, mit dem Bandapparat oder den Gelenken zusammen.

Über die Durchführung der TLA bei Rückenschmerzen in der ambulanten Praxis kann man somit sagen, dass der goldene Mittelweg bei dieser Methode noch nicht gefunden ist.

»DAVOS«-Therapie – Narrensicher und äußerst effektiv

TLA ist eine Methode, die in jeder allgemeinmedizinischen Praxis mit sehr viel Erfolg durchgeführt werden kann. Diese Methode ist nebenwirkungsarm, allergische Reaktionen sind eine Seltenheit. In meiner mehrjährigen Tätigkeit habe ich höchstens zwei, drei allergische Reaktionen erlebt. Das kann man mit den Nebenwirkungen der Chiropraktik nicht vergleichen. Man muss diese Therapiemethode allerdings beherrschen. Die Stellen, die infiltriert werden sollen, muss man kennen, damit die Behandlung nebenwirkungsarm und effizient bleibt. Für die Ärzteschaft ist es sehr bitter, dass die

Heilpraktiker, die oft wenig Ahnung von Medizin haben, nicht selten mehr Erfolg bei der Behandlung von vertebra- gen Erkrankungen vorweisen können als die Ärzte selbst.

Es gibt ohne Frage viele Patienten, die die Ärzteschaft aufgegeben hat und denen der Heilpraktiker helfen konnte. Das ist die bittere Realität. Die Heilpraktiker nehmen sich für ihre Patienten Zeit, machen Akupunktur, kennen sich mit der chinesischen Medizin und Philosophie aus, setzen mit großem Erfolg die TLA ein. Sie benutzen Lokalanästhetika sowohl im Rahmen einer so genannten Neuraltherapie als auch im Rahmen einer klassischen TLA. Die Neuraltherapie wurde in Düsseldorf von Dr. Hunecke entwickelt. Ihm war aufgefallen, dass er bei einem Patienten mit einer Narbe am linken Kniegelenk durch die Unterspritzung dieser Narbe die hartnäckigen Schmerzen im Nacken auf der anderen Seite beseitigen konnte. Das hat ihn zu dem Schluss geführt, dass die Narben am Körper, oder andere pathologischen Herde, wie z.B. vereiterte Mandeln, dem Patienten Beschwerden zufügen, die fern von diesem Herd liegen. Er hat also damit begonnen, diese Narben zu unterspritzen und es *Neuraltherapie* genannt. Die Neuraltherapie hat mit der therapeutischen Lokalanästhesie, außer dass man den gleichen Wirkungsstoff benutzt, nichts zu tun. Der Arzt, der die therapeutische Lokalanästhesie durchführt, hat klare anatomische Vorstellungen. Wenn er einen Trigger Point infiltriert, dann weiß er, was er damit erreichen kann. Wenn er einen Nerv mit diesem Lokalanästhetikum unempfindlich macht, dann weiß er, was für ein Nerv das ist. Der Heilpraktiker dagegen sucht oft nach vereiterten Zähnen, Mandeln oder Narben und unterspritzt diese in der Hoffnung, dass fern von diesem Herd vorhandene Symptome verschwinden. Nur sind die Heilpraktiker inzwischen so schlau geworden, dass sie auch dort spritzen, wo es weh tut. Im Scherz sagt man inzwischen »Davos-Therapie«, man spritzt *da, wo es schmerzt*. Das ist eine sehr einfache Behandlung, aber äußerst wirksam. Meine Frau (wir arbeiten zusammen in unserer Gemeinschaftspraxis am Zoo-Park in

Düsseldorf) erzählte mir, dass zu ihr einmal ein schwarzafrikanischer Asylant kam und sie darum bat, ihm eine Spritze zu geben, aber nur »dorthin, wo es weh tut«. Und er zeigte ihr die Stelle. Seit Jahren hatte er Probleme mit seiner Schulter. Ein Orthopäde hatte ihn mehrmals gespritzt, überall, aber nicht dort, »wo es weh tat«. Und er weigerte sich, dort zu spritzen »wo es weh tat«. Der Patient konnte einfach nicht verstehen, warum der Orthopäde dort spritzte, wo er keine Schmerzen hatte. Deswegen wollte der Patient nicht mehr zu ihm gehen. Ganz unrecht hatte er mit seiner Vorstellung auch nicht. Meine Frau spritzte ihn also so, wie er es wollte dort, »wo es weh tat« und nach der fünften Spritze war er beschwerdefrei. Manchmal weiß der Patient eben besser Bescheid als der Arzt. Er spürt intuitiv, was ihm helfen könnte.

Für die Ärzteschaft ist es ziemlich bitter, dass die Heilpraktiker so einen immensen Zulauf haben. Diese Problematik, also der Trend zum Heilpraktiker, müsste die Ärzteschaft alarmieren und sie müsste sich fragen, wie man dem entgegensteuern könnte.

Unsere Medizinpápste oder diejenigen, die sich für solche halten, müssten sich Gedanken über den Fortschritt machen oder zumindest ihm nicht im Wege stehen. Sie müssten damit aufhören, therapeutisches Herangehen bei vertebrogenen Beschwerden nach dem Motto zu verallgemeinern: Muskelrelaxanten sind gut, Opiate sind gut und Akupunktur ist eine Schmerzbekämpfungsmethode. Jede Behandlungsmethode hat in einer *konkreten* Situation ihren Stellenwert.

8 Medikamentöse Therapie der vertebra- genen Erkrankungen

Welche Medikamentengruppen stehen zu Verfügung?

Die bei Rückenschmerzen in Frage kommenden Medikamente kann man in folgende Gruppen einteilen:

Analgetika

nicht steroidale Antireumatika (NSAR)
schwache Opioide: Tramadol, Tilidin, Codein
starke Opioide: Morphin, Fentanyl, usw.

Entzündungshemmende und antiödematöse Mittel

NSAR
Kortikosteroiden

Myotonolytika (Muskulaturentspannende Mittel)

mit sedierender Wirkung (Tetrazepam, Baclofen, Flupirtin-Katadolon®)
ohne sedierende Wirkung (Methocarbamol-Ortoton®, Prindolmesilat- Myoson®, Tolperison-Mydocalm®)

Psychopharmaka

tri- und tetrazyklische Antidepressiva (Amitriptylin, Trimipramin, Doxepin)

Antikonvulsiva (Carbamazepin, Gabapentin, Valproinsäure, Pregabalin – Lyrica®)
Neuroleptika (Levomepromazin, Prometazin, Fluspirilen)
Sedativa (Diazepam, Fenazepam, usw.)

Analgetika

Nicht steroidale Antireumatika (NSAR) wirken nicht nur gegen *Schmerzen*, sondern auch gegen *Entzündung* und *Gewebeschwellung*.

Meiner Meinung nach hat diese Medikamentengruppe bei Wirbelsäulenerkrankungen ihren Stellenwert nur in akuten Situationen, bei der Erstmanifestation oder bei der Verschlechterung des Rückenschmerzes. In einem chronischen Stadium der Erkrankung ist diese Medikamentengruppe fast nutzlos.

In der Regel sollen NSAR bei einem Rezidiv oder einer Verschlechterung der vertebra-genen Erkrankung nach einer, maximal nach zwei Wochen der Behandlung, bei fehlender Stabilisation oder Remission abgesetzt werden, weil eine weitere Therapie sinnlos ist. Schluckt der Schmerzpatient weiter sein Voltaren, bekommt er davon nur Magenschmerzen. Das ist das Endergebnis der NSAR-Therapie bei chronischen Rückenschmerzen.

Trotzdem gehören die NSAR bei der Behandlung einer *Verschlechterung* oder einer *Erstmanifestation* der vertebra-genen Erkrankung sogar als Monotherapie zu den wirksamen und gut geprüften Mitteln. Die Kunst des Arztes besteht darin, die richtige Dosierung und die richtige Dauer der Behandlung zu finden und die Effizienz dieser Monotherapie vorherzusehen.

Hier möchte ich einmal die Aufmerksamkeit des Lesers darauf lenken, dass jede Behandlungsmethode bei *akutem* vertebra-genen Schmerzsyndrom *immer* mit einer *Immobilisation der betroffenen Region* einhergehen muss. Die Immobilisation eines Wirbelsäulenabschnittes bei akuten Schmerzen ist per se eine der besten Therapien.

Besonders gefährlich ist die massive schmerzlindernde und myorelaxierende Therapie ohne Immobilisation des betroffenen Wirbelsäulenbereiches (insbesondere des LWS-Bereiches) und ohne Gewährleistung für den Patienten durch körperliche Schonung einer belastungsfreien Phase. Die Meinung mancher Kollegen, dass man einen körperlich arbeitenden Patienten mit einem Rezidiv des LWS-Syndroms zwecks »Vermeidung der Chronifizierung« (!) unter einer Analgetika- und Myorelaxantentherapie weiterarbeiten lassen soll, halte ich persönlich für falsch. Sehr häufig ist das der kürzeste Weg in den OP-Saal.

Wichtig ist, dass jede Verschlechterung besonders des LWS-Schmerzes völlig auskuriert wird. Dabei darf man nicht voreilig sein und überstürzt handeln.

Schwache Opiode, wie z.B. Tramadol, Codein oder Tilidin können bei stark ausgeprägter Schmerzsymptomatik, bei Verschlechterung oder Erstmanifestation eingesetzt werden. Auch bei chronischen Rückenschmerzen hat diese Medikamentengruppe ihren Stellenwert.

Starke Opiode, wie Morphin, Fentanyl und andere sollen vor allem dann eingesetzt werden, wenn die vertebrale Schmerzsyndrome mit massiven Nervenkompressionen oder Tumoren der Wirbelsäule assoziiert sind. Jeder Schmerz, auch der vertebrale Schmerz, der sich mit anderen Mitteln nicht behandeln lässt, soll mit Opiaten behandelt werden. Allerdings sollte man bei chronischen Rückenschmerzen die anderen Therapien nicht vergessen.

Entzündungshemmende und abschwellende Mittel

Sehr oft werden die dystrophischen Prozesse der Wirbelsäule, besonders in der Phase einer Verschlechterung oder Erstmanifestation, von einer lokalen Entzündung und Ödembildung begleitet.

Eine Beseitigung der paravertebralen Entzündung und der Ödeme führt zu einer schnelleren Linderung der Beschwerden und Regredienz der Symptomatik.

Die hohe Effizienz der *NSAR-Gruppe* kann das am besten beweisen. Dabei sind die antiödematösen und antiinflammatorischen Eigenschaften der NSAR nicht weniger wichtig als die direkte analgetische Wirkung.

Auch *Kortikoide* können sich bei vorsichtiger Anwendung *im Einzelfall* sehr vorteilhaft auf den Krankheitsverlauf auswirken. Allerdings soll nicht vergessen werden, dass nicht die Schnelligkeit einer Remissionsinduktion, sondern die Dauerhaftigkeit dieser Remission für die Patienten entscheidend ist.

Myotonolytika

Myotonolytika sind eine der wichtigsten Medikamentengruppen bei der Behandlung von vertebrogenen Erkrankungen, da fast alle Rückenschmerzen zwangsläufig mit mehr oder weniger ausgeprägten Myodystonien verbunden sind.

Zu den sedierenden Myorelaxanten werden Tetrazepam (Musaril®), Baclofen, Flupirtin (Katadolon®) gezählt.

Zu den nichtsedierenden – Metocarbamol (Ortoton®), Tolperison (Mydokalm®), Pridinolmesilat (Myoson®).

Meine persönlichen Favoriten sind dabei Ortoton® und Myoson®. Besonders im Fall der relevanten Verspannungen der Nackenmuskulatur wirken sie hervorragend und sind nicht selten in der Lage, den Teufelskreis auch als Monotherapie zu durchbrechen.

Man muss allerdings wissen, dass bei einer massiven muskeler schlaffenden und muskelentspannenden Therapie besonders bei akutem LWS-Syndrom, *ohne dass die Immobilisation der Wirbelsäule sichergestellt ist*, eine Beschleunigung und weitere Progredienz der Schmerzsymptomatik fast vorprogrammiert ist.

Patienten reagieren extrem unterschiedlich auf Myotonolytika. Bei einem könnte eine mittlere Dosierung zu einer starken allgemeinen Schwäche bis Benommenheit führen,

andere Patienten brauchen dagegen maximale Dosierungen. Es ist wichtig, erst mit einer kleineren Dosierung anzufangen. Manche Patienten kommen mit minimalen Dosierungen sehr gut zurecht.

Psychopharmaka

Psychische Störungen können eine Begleitreaktion, eine eigenständige Parallelerkrankung oder die Ursache der vertebra-genen Symptomatik darstellen.

Es wurde schon oben erwähnt, dass eine große Gefahr darin zu sehen ist, dass Patienten mit Depressionen und Hypochondrien, die sich aufgrund der vertebra-genen Schmerzsymptomatik entwickelt haben, oft als Psychosomatiker eingestuft werden und mit der Diagnose einer Psychosomatose nur eine auf die Psyche ausgerichtete Therapie bekommen.

Reine Psychopharmaka sollten auf keinen Fall als Grundmedikation bei Patienten mit vertebra-genen Erkrankungen (einschließlich sog. Fibromyalgie), sondern lediglich als eines der vielen Bestandteile der Therapie benutzt werden.

Die Dosierungen der Antidepressiva im Falle einer chronischen Schmerzkrankheit sollen deutlich niedriger sein als bei Behandlung einer Depression. Viele *Antidepressiva* haben zudem eine deutlich schmerzlindernde Wirkung. Solche *Neuroleptika* wie Prometazin und Levomepromazin haben auch eine direkte schmerzlindernde Wirkung. Bei stark agitierten, unruhigen und erschöpften Patienten kann man mit Erfolg auch die sedierende Myotonolytika (z.B. Tetrazepam) benutzen.

Eine Sonderstellung in der Behandlung von vertebra-genen Syndromen mit Schmerzen, Parästhesien und psychischer Erschöpfung nehmen die *Antikonvulsiva* ein.

Medikamente wie Carbamazepin oder Gabapentin, Valproinsäure oder Pregabalin (Lyrica®) haben sowohl eine

antidepressive als auch eine hervorragende schmerzlindernde Wirkung. Bei neuropatischen Schmerzen, inklusive ihrer neuralgischen Form mit einschließenden stromartigen Schmerzen, sind sie bekanntlich sogar den Opiaten überlegen. Deswegen ist es in chronisch vertebralem bedingten Schmerzfällen immer hilfreich, diese Medikamentengruppe in die Kombinationstherapie für 6-8 Wochen einzubinden.

Die Dosierung soll dabei individuell austitriert werden. Eine einmalige Medikamentengabe am Abend soll favorisiert werden. Die Antikonvulsiva kann man mit gutem Erfolg mit Antidepressiva, besonders in Fällen mit neuropatischen Schmerzen von brennendem Charakter, kombinieren.

Bei medikamentöser Therapie der chronischen vertebralem Schmerzpatienten sollten vor allem andere Behandlungsmittel wie Akupunktur, TLA, manuelle Medizin und KG nicht vergessen werden.

9 Was kann Manuelle Therapie?

Manuelle Therapie heißt Behandlung mit den Händen

Die manuelle Therapie ist ein wichtiger Bestandteil einer therapeutischen Behandlung von wirbelsäulenbedingten Schmerzen. Es ist jedoch nicht der wichtigste Bestandteil!

Der Begriff kommt aus dem Griechischen von »Manus« und bedeutet »Hand«. Manuelle Therapie heißt also »die Behandlung mit den Händen«. Diese Therapiemethode ist genau so alt wie die Menschheit selbst. Schon zu Urzeiten haben die Menschen gemerkt, dass bei einer Prellung eine anschließende Massage an der betroffenen Stelle zu einer Linderung führt.

In Europa gab es schon im Mittelalter die so genannten »Knochensetzer«, Leute, die nach einem Bruch die Knochen wieder richten konnten. Irgendwann hat sich diese Branche weiter umstrukturiert und die Chiropraktiker begannen nicht nur Knochenbrüche, sondern auch andere Erkrankungen zu behandeln. Die Chiropraktiker in Europa beschäftigten sich mit Patienten mit chronischen Rückenleiden und Gelenkschmerzen. Dabei haben sie immer versucht, die Wirbelsäule zu richten und alle »Knochen an die richtige Stelle zu setzen«. Dabei benutzten sie solche »radikalen« Behandlungsmethoden wie z.B. den manipulativen Schlag oder Stoß oder den manipulativen Ruck. Manche dieser gefährlichen Techniken sind glücklicherweise mittlerweile fast verschwunden, andere werden leider von deutschen und anderen europäischen Chiropraktikern genauso wie vor 200 Jahren weiter praktiziert.

Pauschal ausgedrückt arbeiten die Chiropraktiker mit kräf-

tigen Methoden, die auch mit großen Krafteinwirkungen zusammenhängen. Die Osteopathen, die eine andere Richtung der manuellen Medizin vertreten, arbeiten viel sanfter, diffiziler. Die Ausbildung in Amerika dauert alleine vier bis fünf Jahre. Von der Ausbildungsdauer und vom Status ist das in etwa mit dem Beruf des Arztes vergleichbar.

Den Begriff »Manuelle Therapie« sollte man in seiner Übersetzung als »Behandlung mit den Händen« verstehen. Dazu sollte man alle manuellen Therapiemethoden wie klassische Massage, Akupressur, Shiatsu-Massage, meridianale Massage, muskelrelaxierende Techniken wie postisometrische Relaxation (PIR), Mobilisationen mit Massageelementen und andere manuelle Behandlungsmethoden zählen.

Die Einschränkung der Manuellen Medizin oder Chiropraktik, wie sie in Deutschland häufiger genannt wird, nur auf die Beseitigung der Wirbelblockierungen durch mobilisierende und manipulative Handgriffe, wäre einseitig und unkorrekt.

Will ein Therapeut mit seinen Händen dem Kranken Linderung verschaffen, sollte er offensichtlich immer die effektivste und risikoärmste Behandlung auswählen.

»Primum nil nocere« –

»Vor allem schade nicht«

Genau wie die Vorstellungen in Bezug auf die Ursachen der Rückenschmerzen, unterlagen auch die Vorstellungen und Konzepte der manuellen Medizin in den letzten 50 Jahren einer entscheidenden Änderung.

Von einer »blinden« Methode, bei der die Ursachen der Erkrankung unklar waren (die Ursachen der Lumboischialgie, Lumbago und Zervikobrachialgie – mag es heute auch paradox klingen – führte man auf Entzündungen und Infektionen zurück), entwickelte sich die Manuelle Medizin zu

einer Methode, die auf die Ursachen der Beschwerden eingeht.

Eine ursächliche Behandlung der vertebralem Erkrankungen und ihrer Manifestationen bedeutet den Teufelskreis:

Schmerz – Myodystonie (Verspannung/Erschlappung) – Störung der Biomechanik der Wirbelsäule (Blockaden/Hypermobilitäten)-Schmerz zu durchbrechen.

Veraltete Methoden wie primitive Einrenkungen, die den Patienten Schaden bringen können, wurden zunehmend durch neue Techniken ersetzt.

Die breite Nutzung von Muskeltechniken wie PIR (postisometrische Relaxation) und risikoarmen Einwirkungen ist eine Tendenz der letzten 30 Jahre. Hier haben die Vorstellungen und Behandlungskonzepte der Spezialisten der tschechoslowakischen Schule der Manuellen Medizin eine entscheidende Rolle gespielt (Lewit, Janda u.a.).

Der gut ausgebildete Manualtherapeut arbeitet heutzutage mehr mit der Muskulatur als er direkt an den Wirbelsäulensegmenten manipuliert.

Fälschlicherweise wird oft die Blockade zwischen zwei Wirbeln als direkte Indikation zur Deblockierung betrachtet. *Es bestehen Blockaden, die zu einem konkreten Entwicklungspunkt der Erkrankung durchaus positive Bedeutung haben und deren Lösung zur Verschlechterung des Krankheitsbildes führen kann.*

Leider gibt es noch Manualtherapeuten, die meinen, jede Blockade müsse durch eine Mobilisation oder Manipulation gelöst werden.

Früher nannte man die Manuelle Medizin in Deutschland einfach »Chiropraktik« und jeder Orthopäde und Heilpraktiker renkte einfach die Wirbelsäulen ein. *Das wird auch heute noch flächendeckend gemacht – und das ist eine Katastrophe großen Ausmaßes!*

Wenn der Chiropraktiker die Wirbelsäule einrenkt, eine so genannte »Manipulation« durchführt, ist das ein Handgriff, der das physiologische Bewegungsmuster eines Gelenkes

überschreitet. Das führt unvermeidbar zu einer Überbeanspruchung des Kapselapparates eines Wirbelsäulengelenkes. Zwar kann der Chiropraktiker durch diese starke Einrenkung die Wirbel für eine kurze Zeit deblockieren, aber unvermeidbar werden die Wirbel diese Blockade wieder entwickeln, weil die Wirbel alleine nicht ineinander wachsen können – diese Blockaden sind nämlich *muskulär* bedingt. Wenn man den Muskeltonus nicht normalisiert und die anderen Behandlungsmethoden nicht anwendet, die grundsätzlich einen Einfluss auf die ganze Biomechanik haben, kann man durch die manuelle Einrenkung recht wenig erreichen.

In vielen medizinischen Fachzeitschriften liest man immer wieder, dass man bei den Anwendungen von Manipulationen *vorsichtig (!)* sein soll. Das ist völliger Unsinn, denn wie kann man vorsichtig sein, wenn man die Bewegungsamplitude eines Gelenkes ganz bewußt überschreitet? Deshalb lehne ich die Manipulation als Therapiemethode konsequent ab und rate jedem Patienten, der einen Manualtherapeuten aufsucht, zu fragen, ob er Manipulationen vornimmt. Wenn der Therapeut seine Frage bejaht, muss es dem Patienten klar sein, dass sein physiologischer Bewegungsumfang bewusst und mit allen Konsequenzen überschritten wird.

Wie wird nun eine derartige Manipulation an der Wirbelsäule vorgenommen? Man bringt ein Wirbelsäulengelenk zu einer Vorspannung, alle physiologischen Amplituden sind in diesem Gelenk durch die Handlungen des Therapeuten ausgeschöpft. Aus dieser Situation macht man die Manipulation, die den Bewegungsumfang dieses Wirbelsäulengelenkes überschreitet. Wird das auf Dauer gemacht, dann ist das der schnellste Weg zu chronischen Disfunktionen der Gelenke der Wirbelsäule.

Eine Manipulation kann allerdings nicht selten die Verhältnisse zwischen dem Galertkern und dem Faserring in einer Bandscheibe verbessern. Auch deswegen hat sich diese Methodik so lange gehalten und manche Patienten mögen durchaus kurzfri-

stig davon profitieren. Stellt man allerdings alle Pros und Contras gegenüber, stößt man schnell an die Grenzen dieser Behandlungsmethodik.

Die Beschwerden kommen nach einer Manipulation in der Regel nach einiger Zeit verstärkt zurück. Dadurch gehen die Patienten wieder zu ihrem Chiropraktiker und lassen sich wieder einrecken, nur werden die Zwischenräume immer kürzer. Man spricht von einer *Manipulomanie*. Die Patienten werden von ihrem Therapeuten abhängig, sie geben sich schon bald damit zufrieden, wenn es ihnen nach der Einreckung ein paar Stunden besser geht. Auf Dauer verschlimmert sich jedoch das ganze Krankheitsbild. Als Folge sieht man die Zunahme eines Schmerzsyndroms oder es manifestieren sich zusätzliche Syndrome, die früher nicht da waren. Die Wirbelsäule wird immer instabiler. Dabei freut sich mancher Chiropraktiker, dass sich »die Blockaden immer leichter einrenken lassen«. Jeder, der sich oft einrecken lässt, entwickelt unvermeidbar eine *generalisierte Instabilität* der Wirbelsäule. Und wenn die Wirbelsäule komplett instabil ist, lässt sich die Schmerzsymptomatik kaum noch behandeln. Therapeutisch gesehen sind Manipulationen nur im Einzelfall als Ausnahme indiziert.

Im *akuten* Fall bieten sich sehr gute medikamentöse und Lokalanästhetikainfiltrations-Behandlungsmethoden an. Man braucht keine risikoreichen Manipulationen und Einrenkungen, um die Schmerzen zu lindern. In den *chronischen* Fällen führen die wiederholten Manipulationen nur zur *Lockerung der Kapsel der Wirbelgelenke* und zur *weiteren Instabilität der Wirbelsäulensegmente* und müssen auf Dauer nicht als Behandlungsmethode, sondern als das Gegenteil betrachtet werden.

Bei jedem Ausbildungskurs für Chirotherapie (Manuelle Therapie) – auch heute noch – wird der Arzt aber *aufgefordert*, diese Manipulation zu erlernen. Das ist ungemein gefährlich!

Als Komplikation einer Manipulation kann man eine Gefäßdissektion (Auseinandergehen von Gefäßschichten), ei-

nen Tinnitus oder eine Fraktur des Wirbelkörpers bekommen. Diese schlimmen Nebenwirkungen sieht man nicht oft, aber es gibt sie. Eine Verstärkung des Schmerzsyndroms sieht man dagegen regelmäßig. Einem Therapeuten, der dogmatisch eine Methode einsetzt, die man im 19. Jahrhundert benutzt hat, ohne irgendwelche Modifikationen vorzunehmen, gehört eigentlich das Handwerk gelegt!

Deswegen haben wir in Deutschland so viele Schmerzpatienten. Deswegen kostet diese Erkrankung die Gesellschaft etwa 35 Milliarden Euro im Jahr. Wenn die Orthopäden und die Chiropraktiker ihre Sache gut gemacht hätten, gäbe es diese Patienten nicht. Ein Indiz also, dass ihr ganzer Behandlungsprozess falsch ausgerichtet war und ist.

Es muss deutlich gesagt werden, dass die Manuelle Medizin nicht bei jedem Patienten mit einer vertebra-genen Erkrankung ein Mittel der Wahl ist. So sind z.B. bei älteren Patienten mit Osteoporose sogar leichte Mobilisationen contraindiziert.

Bei übergewichtigen Patienten lassen sich nur wenige bestimmte Techniken anwenden.

In solchen Fällen gebe ich der Akupunkturbehandlung, eventuell in Kombination mit medikamentöser Behandlung, eindeutig den Vorrang.

Die Manualtherapie muss dort eingesetzt werden, wo sie aus klinischer Sicht erfolgreich sein kann und nicht bei einer »Blockade«. Eine Ausnahme ist der Fall der Blockade des Iliosakralgelenkes (Kreuzdarmbeingelenk) und des oberen Kopfgelenkes (Zwischen dem Schädel und dem 1. Wirbel). Bei Blockaden dieser Gelenke, die sich durch bestimmte Beschwerden manifestiert haben, kann man innerhalb von Minuten durch eine Mobilisation im beschleunigten Rhythmus eine Wiederherstellung der normalen Beweglichkeit erwirken, ohne dass die anderen Segmente der Wirbelsäule negativ beeinflusst werden.

Der Stellenwert der Manuellen Therapie bei der Behandlung von Rückenschmerzen lässt sich also nicht so leicht festlegen.

Wenn ich z.B. die Rolle der Akupunktur, der TLA und zum größten Teil die Rolle der medikamentösen Therapie in der Behandlung der Rückenschmerzen und anderen wirbelsäulenbedingten Symptomen als unverzichtbar definieren würde, könnte ich das bezüglich der MT nicht behaupten. Obwohl das nicht bedeutet, dass ich MT als Behandlungsmethode ablehne oder für unwichtig halte. Manuelle Therapie kann in manchen Situationen unumgänglich sein. Etwa, wenn der Patient panische Angst vor Akupunktur und Spritzen hat und gleichzeitig ein starker Allergiker ist. Oder er hat eine ausgeprägte Beweglichkeitseinschränkung und Muskelkontraktur eines großen Gelenkes, die ohne manuelle Therapie nicht zu beseitigen ist. In dieser Situation bekommt die Manuelle Therapie natürlich den Vorzug.

Manuelle Therapie muss in der Praxis nicht zwangsläufig im Vordergrund stehen, wenn sie für den Arzt durch kräftesparendere Maßnahmen und für den Patienten durch preiswertere und effizientere Maßnahmen ersetzt werden kann. Viele diagnostische Methoden wie z.B. Testung der Blockaden in allen Wirbelsäulensegmenten oder das aufwendige Muskelkrafttesten, die der Manualtherapeut heutzutage bei schmerzgeplagten Patienten ohne Notwendigkeit durchführt, halte ich für überflüssig, weil sie in meinen Augen für die Erarbeitung eines sinnvollen Behandlungskonzeptes völlig unwichtig sind. Wozu sollte ich nach einer Blockade suchen, wenn ich sie gar nicht direkt beseitigen will? Wenn ich es allerdings schaffe, den normalen Tonus der Muskulatur wieder herzustellen, geht die Blockade von alleine weg. Und wenn nicht, ist es auch in Ordnung. Hauptsache der Patient ist beschwerdefrei. Ob er dabei Blockaden hat oder nicht, spielt für mich keine Rolle. Wie ich schon oben geschrieben habe, scheint mir die Anwendung der manuellen Behandlung als Monotherapie eines chronischen Rückenschmerzes sehr kräfteraubend für den Arzt und wenig effizient für den Patienten zu sein.

Manuelle Mobilisationen und Manipulationen sind auch nicht in der Lage, den Muskeltonus zu normalisieren. Nur

mit PIR-Anwendung lässt sich die Muskulatur positiv beeinflussen. Die PIR-Anwendung ist allerdings eine therapeutische Grenzmethodik zwischen isometrischen Rückengymnastik und Manueller Therapie.

Manuelle Behandlung ist Handarbeit, allerdings für den Arzt sehr zeitaufwendig und deswegen sehr teuer. Sie bedarf eines ständigen Kontaktes zwischen Arzt und Patient. Wenn sie nicht auf die Schnelle gemacht wird, braucht eine Therapiesitzung viel Zeit. Zuerst muss die Wirbelsäule durch Massage und Weichteiltechniken vorbereitet werden, dann kann man gezielt mobilisieren, mit PIR-Anwendung oder ohne. Dabei wird der Patient viel Geld für diese Therapie zahlen müssen, die nicht unbedingt die wirksamste ist.

Nach mehreren Therapiesitzungen wird – wenn überhaupt – der gleiche Effekt erreicht sein, den man auch mit preiswerteren und schnelleren Mitteln hätte erwirken können. Eine wohltuende Wirkung der Akupunktur auf den ganzen Organismus kann sogar eine sehr qualitative Massage nicht erreichen.

Zusammenfassend scheint es mir nicht sehr vernünftig zu sein, die Rückenschmerzen rein manuell (Massage, Akupressur, Weichteiltechniken, PIR, usw.) zu behandeln. Insbesondere gilt das für chronische Fälle oder das so genannte Fibromyalgie-Syndrom. In diesen Fällen wird die Manuelle Therapie als Monotherapie ganz eindeutig ineffizient sein.

Was ich allerdings als großen Vorteil der Manuellen Therapie betrachte, ist die Tatsache, dass besonders dieses Kompetenzfeld sich mit einer allgemeinen Syndromologie der Wirbelsäulenerkrankungen und Methodik der Untersuchung der Wirbelsäulenpatienten beschäftigt.

Jeder, der die Wirbelsäule therapiert, muss mit Manueller Medizin und ihren diagnostisch-therapeutischen Möglichkeiten vertraut sein. Gut informiert zu sein bedeutet aber noch lange nicht, dass man alles, was MT in ihrem Arsenal besitzt, zwangsläufig auch anwenden muss. Besonders, wenn man über bessere Therapiemöglichkeiten oder über die Möglichkeiten der Kombinationstherapie Bescheid weiß.

In den Bereich der Manuellen Medizin gehören heute die stabilisierenden Methoden, die viel wichtiger als eine kurzfristige Wiederherstellung einer Segmentmobilität sind.

»*Stabilisation geht vor Mobilisation*« müsste von jedem Manualtherapeuten als Regel ohne Ausnahme eingehalten werden.

Die besten Techniken der Manualmedizin

Ich kann in diesem Buch nicht alle Handgriffe der Manuellen Medizin aufzählen, das würde schnell den Rahmen sprengen. Ich würde jedoch versuchen, auf die zentralen Punkte einzugehen. Alle Handgriffe der Manuellen Medizin werden in Mobilisation, Manipulation und Weichteiltechniken unterteilt. Manipulation lehne ich ab, weil sie zu gefährlich ist. Die reine Mobilisationstechnik ist lediglich eine mechanische Einwirkung auf die Wirbelsegmente ohne eine Normalisierung des Muskeltonus. *Wenn die MT in Frage kommt, favorisiere ich die mobilisierenden Techniken mit Anwendung der postisometrischen Relaxation.*

Das Wirkungsprinzip der PIR basiert auf der physiologischen Grundlage, dass ein Muskel, der ohne eine Änderung seiner Länge für ca. 7-8 Sekunden angespannt wird (isometrische Anspannungsphase), sich nach dieser Anspannungsphase wieder automatisch entspannt (postisometrische Relaxationsphase).

Diesen Effekt nutzt man bei einer Muskel- oder einer Muskelgruppenverspannung zur Normalisierung des Muskeltonus. Mittels der PIR können auch die blockierten Bewegungsrichtungen wieder deblockiert werden.

Man lässt den Patienten eine Bewegung mit seinem Kopf, einer Extremität oder einem anderen Körperteil in eine bestimmte Richtung gegen den Widerstand des Arztes, ausüben.

Manche Autoren empfehlen ein minimales Druck/Widerstand-Verhältnis. Ich bin der Meinung, dass eine mindestens 30-prozentige Kraftanwendung seitens der Patienten zwecks Beseitigung der Myogelosen und Muskelkräftigung erzielt werden muss.

Die Intensität der Muskeldehnung während der darauffolgenden Phase der postisometrischen Relaxation ist vom Krankheitsbild abhängig. Etwa bei der Periarthropathia humeroscapularis, muss die Muskeldehnung mit einer maximalen – vom Patienten tolerierten – Bewegungsamplitude und Schmerzintensität durchgeführt werden. Dabei erreicht man den normalen Bewegungsumfang im Schultergelenk nur durch eine aktive, energische Muskeldehnung.

Hier muss ein Rhythmus gefunden werden, der für beide, Patient und Arzt angenehm ist.

Die Anspannungsphase dauert ca. 6-7 Sekunden. Die Phase der postisometrischen Relaxation und der Muskeldehnung dauert in etwa doppelt so lang. Mit einer Zunahme der Muskulaturstärke kann man die Länge und Intensität der isometrischen Anspannungsphase vergrößern.

PIR ist eine der Methoden, die gleichzeitig eine Beseitigung der Myodystonien, Kräftigung der Muskulatur und somit Stabilisierung der Wirbelsäule sowie Deblockierung der WBS, erlaubt.

Deswegen ist der Manualtherapeut, der heutzutage wenig damit arbeitet, nur »einrenkt« und »die Wirbel an ihren richtigen Stellen aufstellt«, hoffnungslos überholt.

Dem Patienten, der in einer manualmedizinischen Behandlung steht, möchte ich zum Schluss einige Tipps geben.

1. Sich niemals einrenken lassen. Vor allem nicht an der Hals- und Brustwirbelsäule.
2. An der Lendenwirbelsäule können die Einrenkungen bei einer absoluten Therapieresistenz im Falle einer Bandscheibenerkrankung und als letzte Hoffnung, eine Operation zu vermeiden, ausprobiert werden.
3. Den Therapeuten nach Durchführung der Technik der PIR fragen.

4. Lassen sie sich eher massieren oder den Therapeuten muskulaturkräftigende Übungen mit ihnen durchführen.

Die vorteilhaftesten Techniken der manuellen Medizin sind die Mobilisationen mit PIR-Anwendung und die Mobilisationen mit Massagenelementen.

10 Krankengymnastik

Isometrische Übungen – in manchen Fällen eine Konkurrenz zur Akupunktur

Es ist bekannt, dass eine gute paravertebrale Muskulatur, die die Wirbelsäule wie ein Korsett umschließt, die Schmerzsymptomatik nahezu bei allen Bandscheiben- oder Wirbelgelenkerkrankungen durch die Entlastung dieser Strukturelemente aufheben kann.

Vor vielen Jahren lernte ich einen älteren Mann kennen. Er war Englischlehrer in Russland und ich nahm Privatunterricht bei ihm. Er war eine der willensstärksten und charismatischsten Persönlichkeiten, die ich jemals kennen gelernt habe. Als Abkömmling einer wohlhabenden Familie, die nach der Oktoberrevolution Russland verlassen musste, ist er in China groß geworden und arbeitete dort bei einer englischen Ölfirma. Nach dem 2. Weltkrieg war seine Mutter von dem Sieg der Sowjets und der Alliierten über den Faschismus so beeindruckt, dass sie sich begeistert entschloss, in die Sowjetunion zurückzukehren. Dass diese Entscheidung ein großer Fehler war, verstand die Familie – wie mir der ältere Mann erzählte – eine Minute nachdem sie russischen Boden betraten. Sie wurden verhaftet und landeten in einem Lager.

Nach der Freilassung arbeitete er als Englischlehrer. Seine Englischkenntnisse machten ihn bei Kindern der sowjetischen Nomenklatur sehr gefragt. So konnte er in der Sowjetunion überleben und weiteren Verhaftungen entgehen. Als ich ihn kennen lernte, war er mit seinen 75 Jahren noch sehr kräftig und vital. Als etwa der Reißverschluss meiner Jacke hakte und ich ihn, jung und nicht ganz unsportlich kräf-

temäßig nicht aufbekam, half er mir mit bemerkenswerten Leichtigkeit.

Als wir uns mit meinem Bekannten über die Möglichkeiten der isometrischen Übungen unterhielten, fragte er mich, ob ich Lust hätte den Tonus seiner Rückenmuskulatur einzuschätzen. Er kenne sich nämlich mit der isometrischen Gymnastik gut aus. Ich legte meine Hand auf seine Rückenmuskulatur und fühlte zwei elastische, stahlharte und unglaublich durchtrainierte Muskelstränge. Er war 75 und hatte die Muskulatur eines 20 jährigen Athleten! Er bemerkte meine Anerkennung und war sichtlich zufrieden. In jungen Jahren sagte er, sei er Sportler gewesen. Durch ein Sporttrauma (es kam wahrscheinlich zu einem heftigen Bandscheibenvorfall) bekam er Rückenschmerzen, die so stark waren, dass er nicht mehr Gehen konnte. Mehrere Monate lag er im Bett und magerte dadurch stark ab.

Irgendwann erzählte ihm jemand von den isometrischen Übungen. Er begann langsam zu trainieren. Zuerst wenige Minuten am Tag. Danach immer mehr. Am Ende machte er die Übungen vier bis fünf Stunden am Tag über mehrere Monate und wurde dadurch völlig beschwerdefrei.

Er meinte, dass der heutige Zustand seiner Rückenmuskulatur das Ergebnis seiner monatelang dauernden isometrischen Gymnastik sei, die er vor 50 Jahren mehrere Stunden am Tag gemacht habe. Seitdem habe er sein ganzes Leben keine Rückenschmerzen mehr gehabt.

Seit diesem Gespräch weiß ich, dass man von diesen isometrischen Übungen *nie zu viel* machen kann. Je mehr Zeit man in die Gymnastik investiert (wie der Fall zeigt, am besten fünf Stunden am Tag), desto länger hält das Ergebnis.

Krankengymnastische Übungen bei vertebra-genen Erkrankungen sollen zwei Ziele verfolgen:

1. Normalisierung des Muskeltonuses und Aufbau des Muskelkorsetts zwecks Entlastung und Stabilisation der Wirbelsäule (*Autostabilisation*).
2. Positive biomechanisch begründete Beeinflussung der Bandscheiben, Bänder und Gelenke der Wirbelsäule mittels ge-

sundheitsfördernder aktiver Bewegungen in den Wirbelsäulenbewegungssegmenten (*Automobilisation*).

Am effektivsten ist es, wenn die besten Seiten beider Methoden in einer Übung kombiniert werden. Somit wird die Zahl der verschiedenen Übungen komprimiert.

Die Zahl der Übungen, die gemacht werden sollen, soll meiner Meinung nach minimal sein. Das erlaubt eine bessere Konzentration auf die korrekte Durchführung, was bei einer großen Zahl der durchzuführenden Übungen unabwendbar verloren ginge.

Der Patient soll nur wenige, maximal 4-5 Übungen machen, diese aber 100-prozentig richtig und voll konzentriert.

Die Wirbelsäulengymnastik sollte zu einem obligaten Gesundheitsprogramm jedes kultivierten Menschen gehören. Eine Patientin von mir hat sehr treffend bemerkt, dass die wirbelsäulestabilisierenden Übungen für sie jetzt zur gleichen Gewohnheit geworden seien wie Zähneputzen. Sie kann sich ihren Tagesablauf ohne diese Übungen nicht mehr vorstellen. Bei dieser Patientin wohl gemerkt, führte eine wiederholte und falsche chiropraktische »Einrenkungsbehandlung« beim Tinnitus zur Progredienz des Tinnitus und zu einem anderen vertebralem Symptom – zu Nackenschmerzen.

Ich beschreibe hier nur wenige Übungen, die sich in meiner Praxis als die effektivsten bewährt haben.

Übung zur Korrektur der Biomechanik der Lendenwirbelsäule

Mittels dieser Übung kann man verschiedene pathobiomechanische Störungen wie Blockaden und Hypermobilitäten der WBS sowie regionale Myodystonie effektiv beseitigen.

Der Patient steht an der Wand. Mit der linken Hand stützt er sich an der Wand zwecks Balancekontrolle. Die rechte Hand liegt mit dem Handrücken auf der paravertebralen

Muskulatur der Lendenwirbelsäule am Übergang zum Kreuz. Der Patient hebt das gestreckte linke Bein hoch, bis er eine Anspannung der linksseitigen paravertebralen Lendenmuskulatur spürt.

Er konzentriert sich auf dieser Muskelanspannung, die er ca. zehn Sekunden anhält, indem er bis zehn zählt. Dann stellt er das linke Bein zurück. Er verschiebt jetzt die rechte Hand etwas nach rechts, bis er die rechtsseitige paravertebrale Lendenmuskulatur erreicht. Analog hebt er jetzt das rechte Bein hoch und konzentriert sich auf die Anspannung der rechtsseitigen paravertebralen Muskulatur, die er mit der Rückseite der Hand kontrolliert. Diese Anspannung wird ebenfalls ca. zehn Sekunden angehalten. Am Anfang sind zehn Wiederholungen pro Seite zu empfehlen.

Bei guter Verträglichkeit kann man diese Übung mehrmals am Tag und mit sehr vielen Wiederholungen durchführen. Bei dieser Übung werden zum einen die Muskeln gestärkt und zum zweiten führen die wiederholten Bewegungen in den Segmenten der Lendenwirbelsäule zur Beseitigung der intervertebralen Blockaden.

Alternativ kann der Patient mit dem Bein Schwenkbewegungen nach hinten machen. Durchschnittlich 40 Mal. Dann das Gleiche mit dem anderen Bein. Die Kontrolle der Muskelkontraktion auf der Seite der Bewegung erfolgt ebenfalls mit dem Handrücken.

In vielen Fällen einer Bandscheibenprotrusion im LWS-Bereich, wenn die flüssigen Anteile der Bandscheibe nach hinten rausgedrückt worden sind, lassen die wiederholten Streckungs-Mobilisationen im LWS-Bereich die Anteile des Nucleus pulposus auf seine richtige Stelle zurückbringen.

Dabei funktioniert biomechanisch gesehen der Mechanismus, der zu einer Bandscheibenprotrusion führenden wichtigsten Mechanismus – nämlich Beugung der LWS – gegenständig ist.

Diese Übung ist aus meiner Sicht auch bei den Patienten mit einem so genannten Hohlkreuz nicht contraindiziert. Die Patienten kommen gut zurecht und profitieren davon.

Übung zur Korrektur der Biomechanik der Halswirbelsäule

Der Patient drückt mit seinen auf dem Hinterkopf liegenden Händen nach vorne und mit dem Kopf nach hinten. Dabei werden die hinteren Muskeln der Halswirbelsäule angespannt. Nach zehn Sekunden folgt eine Entspannungsphase. Dieses wiederholt der Patient ca. zehn Mal. Danach werden in gleicher Weise die seitliche Halsmuskulatur der linken und dann der rechten Seite und anschließend die vorderen Halsmuskeln trainiert.

Übung zur Korrektur der Biomechanik der Brustwirbelsäule

Der Patient befindet sich auf dem Boden im Vierfüßlerstand.

Er führt jetzt die Kyphosierung der Wirbelsäule (Katzenbuckel) langsam durch, indem er die Bauchmuskulatur anspannt. Der Kopf und das Becken bewegen sich zueinander. Der Patient fixiert diese Position für zehn Sekunden. Es ist extrem wichtig, diese erreichte Position mit der Muskulaturanspannung zu halten. Der Patient konzentriert sich auf die angespannte Bauchmuskulatur.

Danach führt er die Rückbewegung zum Erreichen der Mittelposition langsam durch. In der Mittelposition fixiert er die Wirbelsäule erneut auch für zehn Sekunden, damit er sich auf das Durchführen der Bewegung in eine entgegengesetzte Richtung konzentrieren und sich nach der durchgeführten starken Muskelanspannung erholen kann.

Jetzt führt er langsam die Lordosierung der Wirbelsäule durch. Nach Erreichen der maximalen Lordosierung fixiert der Patient diese Position ebenfalls für zehn Sekunden. Der Patient konzentriert sich dabei auf die angespannte hintere Rückenstreckermuskulatur.

Danach kehrt der Patient die Mittelposition zurück, die er wieder zehn Sekunden anhält und sich erholt.

Daraufhin wird aus der neutralen Position eine Seitenbeugung der Wirbelsäule nach links durchgeführt. Der Patient bewirkt eine Bewegung, indem der Kopf und das Becken eine seitliche Bewegung zu einander machen. Diese maximale Seitenbeugung wird für zehn Sekunden angehalten. Der Patient konzentriert sich auf die angespannte seitliche Körpermuskulatur links.

Der Patient kehrt erneut langsam die mittlere Position zurück und nach zehn Sekunden pausieren erfolgt die analoge Seitenbeugung nach rechts.

Optimal ist es, wenn der Patient während der Phasen der Muskulaturanspannung ausatmet. In der mittleren Position atmet er ein.

Mögliche Fehler bei der Durchführung dieser Übung:

1. Die Bewegungen werden zu schnell durchgeführt, ohne dass die Punkte der maximalen Bewegungsamplitude erreicht und fixiert werden. Dabei fehlen die muskulaturverstärkenden und muskeltonusnormalisierenden Komponenten.
2. Der Patient führt die Bewegungen ohne den richtigen zehnssekündigen Rhythmus aus. Es müssen nicht unbedingt zehn Sekunden, sondern können auch fünf oder 15 Sekunden sein. Man sollte jedoch die Übungen unbedingt in einem gleich bleibenden Rhythmus durchführen.
3. Der Patient trainiert zu selten und zu wenig, was zu keiner Stabilisierung führen kann. Es sollen mindestens 30 Minuten am Tag investiert werden, um einen Effekt zu erreichen.
4. Der Patient passt auf seine Atmung nicht auf und atmet beispielsweise während der Muskulaturanspannung ein, anstatt auszuatmen.

11 Wirbelsäule und Chirurgie

Wirbelsäulenchirurgie und chirurgische Eingriffe aufgrund vertebralegener Beschwerden sind zwei verschiedene Paar Schuhe.

Zur Wirbelsäulenchirurgie können Bandscheibenoperationen, Operationen bei Spinalkanalenge, die Wirbelsäule stabilisierenden Operationen und viele andere zählen.

Die Relevanz der Wirbelsäulenchirurgie selbst darf man selbstverständlich nicht über- oder unterbewerten. Wirbelsäulenbrüche mit Rückenmark- oder Nervenquetschung, Instabilitäten der Wirbelsäule, Tumore, massive Bandscheibenprolapse mit Quetschung des Rückenmarks und Nervenstränge mit Blasen- und Darmstörungen; vieles kann nur durch chirurgische Intervention behoben werden. Hier ist ein konservativ behandelnder Arzt nicht gefragt.

Allerdings hat chirurgische Intervention an der Wirbelsäule klare Grenzen und darf nicht unkritisch ohne 100-prozentige Indikation angesetzt werden.

Besonders früher operierten Chirurgen und Orthopäden die Bandscheiben bei jeder Gelegenheit. Man operierte damals in der Regel aus dem hinteren Zugang. Dabei entfernte der Chirurg auf dem Wege zur Bandscheibe im großen Stil Teile der Wirbel, verletzte Muskulatur und Bandapparat der Wirbelsäule. Dies alleine führte in der Folge fast immer zu massiven Problemen.

Es ist ein offenes Geheimnis, dass Bandscheibenoperationen häufig ohne jegliche Indikation und technisch rücksichtslos durchgeführt wurden und viele Patienten kränker gemacht wurden als sie davor waren.

Die Eingriffe und die Zugänge sind heutzutage schonender geworden. Die Indikationsstellung zur Operation wird aber heute immer noch sehr großzügig gestellt. Man argu-

mentiert, dass es unter der Anwendung der schonenderen OP-Verfahren, der minimalinvasiven »Schlüssellochchirurgie«, kaum mehr zu Komplikationen kommen kann. Aber das ist nicht richtig! Auch diese Operationen dürfen erst dann angewandt werden, wenn die konservativen Möglichkeiten sich *mehrfach* als ineffizient erwiesen haben.

Insgesamt kann man gesundheitsschädigende chirurgische Eingriffe, wie folgt unterteilen:

1. Die Operation wird bei 100-prozentiger Indikation durchgeführt, schlägt technisch fehl. Obwohl die schuldige Bandscheibe entfernt oder der Spinalkanal erweitert ist, kommt es aufgrund von technischen Fehlern, Komplikationen oder Traumatisierung während der Operation nicht zur Beschwerdefreiheit. Der Patient hat weiter die gleichen oder durch die Operation bedingte, neu aufgetretenen Beschwerden.
2. Die Operation wird technisch einwandfrei und erfolgreich durchgeführt, wobei die konservativen Methoden ebenfalls zu einer Beschwerdefreiheit hätten führen können. Der Patient ist unmittelbar nach der OP beschwerdefrei. Die OP vermindert trotzdem die Belastbarkeit und Stabilität der Wirbelsäule und kann kurz- oder langfristig zu Beschwerden führen.
3. Die Operation an der Wirbelsäule wird bei falscher Indikationsstellung durchgeführt. Man operiert beispielsweise bei Ischiasbeschwerden an der Bandscheibe; der Patient hat allerdings Schmerzen im Bein, die von einer anderen anatomischen Struktur kommen, etwa vom Kreuzdarmbein-gelenk oder vom angespannten Musculus piriformis. Man operiert bei einer Spinalkanalenge, erweitert den Spinalkanal, verletzt dabei massiv Knochen und Gelenksubstanz der Wirbelsäule. Die Beschwerden gehen nicht weg, weil sie hauptsächlich nicht mit der Spinalkanalenge, sondern mit einer Arthrose der Wirbelgelenke oder mit Bandscheibenschädigungen zusammenhängen. Dazu kommen neue Beschwerden durch die unnötige Traumatisierung der Wirbelsäule und durch die Operation. Nicht selten entfernt man auch die »falsche« Bandscheibe.

Viele Patienten werden bei übertragenen vertebralem Beschwerden allerdings an weit von der Wirbelsäule entfernten Strukturen unnötig operiert.

Beim BWS-Syndrom wird bei Frauen mit großer Oberweite, statt Infiltrationen der paravertebralen Muskulatur, absolut sinnlos eine Brustverkleinerung vorgenommen. Es gibt viele Frauen mit kleiner Oberweite, die genau die gleichen Symptome haben. Beide Gruppen kann man wunderbar konservativ behandeln – mit »Spritzen« und Akupunktur.

Bei eingeschlafenen Händen und bei der falschen Diagnose eines Karpal-Tunnel-Syndroms legt man unnötig die Nerven am Unterarm frei, statt am Schulterblatt die Triggerpoints in den Muskeln zu infiltrieren und die Hals- und Brustwirbelsäule mit anderen Mitteln konservativ zu therapieren.

Man schneidet die Trigger-points und Akupunkturpunkte an Armen und Beinen bei so genannter Fibromyalgie heraus, anstatt sie zu infiltrieren und zu Akupunktieren, was oft auch ohne Operation absolute Beschwerdefreiheit mit sich bringt.

Man operiert oft unnötig am Schultergelenk, statt die Halswirbelsäule zu therapieren.

Die Strukturen, die dabei chirurgisch korrigiert werden, haben oft entweder gar nichts mit der Symptomatik zu tun oder sie sind zwar auch betroffen, spielen aber keine entscheidende Rolle im Beschwerdebild.

Dazu kann ich ein Fallbeispiel anführen:

Vor kurzem behandelte ich einen multimorbiden (an mehreren Erkrankungen leidenden) Patienten. Seit 30 Jahren »dokterte« man schon an seinem Herzen herum; Bypässe, Herzkatheteruntersuchungen und Herzkatheterbehandlungen, usw.. Er hatte das ganze Programm schon durchgemacht. Ein sehr geduldiger und gebildeter Mann, der sich mit viel Humor und viel Mut seiner Erkrankung widersetzte. Er hat eine schwere Herz-, Nieren- und Lungeninsuffizienz und seit Jahren heftige progrediente Kreuzschmer-

zen. Noch ein Gesundheitsrisiko kommt dazu – er ist ein Privatpatient. Wegen seinen Kreuzschmerzen konnte er immer weniger Gehen. Etwa sechs Monate bevor er zu mir kam, stellte man ihm die Diagnose einer Spinalkanalstenose. Zu dem Zeitpunkt konnte er keine 100 Meter ohne Schmerzen zurücklegen und schaffte es nicht einmal mehr bis zur ersten Bank im Park.

Er lies sich seine Spinalkanalstenose operieren. Über seine orthopädische Behandlung sprach dieser Privatpatient wie immer mit sanftem Humor. »Der Professor S. sprach vor der Operation sehr wenig. Lediglich nach der Untersuchung sagte er: ›Sie haben zwei Unruheherde. Einer davon muss weg.‹ Über den zweiten hat er aber nichts gesagt. Professor S. ist eben ein sehr beschäftigter Mann, er hat viele Patienten aus Dubai und viele andere Verpflichtungen. Er spricht sehr wenig.«

Nachdem sich der Zustand sechs Monate nach der Operation stabilisiert hatte und einer der beiden »Unruheherde « weg war, hatte er die gleichen, weiterhin zunehmenden Beschwerden wie vor der Operation und konnte noch immer keine 100 Meter weit gehen.

Ich begann ihn zu akupunktieren, zu infiltrieren. Dazu spritzte ich Vitamin B 12 i/m. Nach zehn Therapiesitzungen zeigte sich eine leichte Besserung, die ich nicht sicher beurteilen konnte, weil er anschließend mit seiner Frau für acht Wochen wegflog. Doch nach seiner Rückkehr erzählte er mir, dass er mittlerweile bis zu einem Kilometer relativ schmerzfrei gehen könne und die Kreuzschmerzen insgesamt deutlich weniger geworden waren.

Fazit: Mein Patient hatte nicht zwei, sondern 20 »Unruheherde « in sich. Seine ganze Wirbelsäule, mit allen Knochen, Gelenken, Bandscheiben und Muskeln war, ist und bleibt zerstört. Die Spinalkanalstenose, wegen der ihm der wortkarge Professor S. die halbe Wirbelsäule weggemeißelt hat, spielte bei seinem Beschwerdebild fast keine oder auf jeden Fall keine führende Rolle. Wenn man ihm »chirurgisch«

hätte helfen wollen, hätte man ihm die »ganze« Wirbelsäule, und nicht nur »ein Stück« davon wegmeißeln müssen.

Bei solchen Patienten ist auch die CT- oder MRT- kontrollierte »Präzision« ganz fehl am Platz. Man kann mit chirurgischen mikrotherapeutischen oder konventionellen Angriffen nichts erreichen, weil ein kompletter Wirbelsäulenabschnitt unwiderruflich zerstört ist. Es lässt sich praktisch nicht feststellen, welche Strukturen die Schuld für die Hauptbeschwerden tragen. In solchen Fällen soll die Therapie genauso diffus, unspezifisch und – wenn man will – ganzheitlich sein. Sobald man ihn »unspezifisch« mit einfachen, aber wirksamen Mitteln behandelt hatte, zeigte sich eine Besserung, die meiner Meinung nach viel schneller aufgetreten wäre, hätte seine Wirbelsäule nicht ein halbes Jahr zuvor diesen operativen schädigenden Einfluss erfahren.

Somit noch einmal die Mahnung an alle Patienten: Bevor Sie sich von »wortkargen« und »sehr beschäftigten« Professoren operieren lassen, probieren Sie es zunächst auf eine sanftere Weise aus.

Leider ist die Situation heute so, dass viele, wenig gebildete Heilpraktiker Rückenbeschwerden besser behandeln können als Universitätsprofessoren, die zwar in komplizierten Situationen unbestritten über eine sehr hohe Fachkompetenz verfügen, bei einer Bagatellerkrankung jedoch oft scheitern. Sie sind einfach überqualifiziert. Die Hoffnung eines Patienten, dass der chirurgisch agierende Professor bei seinen chronischen Rückenschmerzen effizienter sein wird als jeder andere, geht oft nicht in Erfüllung.

Der Patient muss sich im Klaren sein, dass in einer nicht ganz eindeutigen Situation der Chirurg immer zu einer Operation raten wird. Die Chirurgen leiden nicht so selten an einem krankhaften Tatendrang, sie glauben ohne Wenn und Aber an sich selbst und an die heilende Kraft des Skalpels. Die Denkweise eines Chirurgen unterscheidet sich von der Denkweise eines Kollegen aus dem konservativen Bereich ganz radikal. Abwartendes Verhalten und konservative Therapien werden von Chirurgen in Bezug auf vertebrale Be-

schwerden oft zu früh aus dem Weg geräumt. Seien Sie also vorsichtig und nicht voreilig!

Nicht selten werden allerdings Chirurgen selbst von Schmerzpatienten, die auf einer Operation bestehen, unter Druck gesetzt. Sie führen dann die Operation durch, die eigentlich durch eine adequate konservative Therapie vermieden werden konnte.

Viele Patienten mit vertebralem Symptomen werden umsonst operiert. Das ist Fakt. Früher hat man bei Bandscheibenvorfällen noch rücksichtloser und häufiger operiert, inzwischen hat man aber erkannt, dass dies mehr schadet als nutzt. Die Chirurgen halten sich heutzutage etwas zurück, weil die chirurgischen Ergebnisse oftmals verheerend waren. Dafür wird jetzt mit neuartigen Methoden geworben. Bevor die Chirurgen zugeben, dass auch diese minimalinvasiven Operationen gar nicht so unbedenklich sind, werden wohl noch Jahrzehnte vergehen müssen.

Die chirurgische Invasion an der Wirbelsäule sollte deshalb immer als letztes Mittel betrachtet werden.

Wenn der Patient ein Feigling ist, kann das oft seine Rettung sein. Ist er mutig und lässt die Operation durchführen, wird das für ihn oft zum Verhängnis.

12 Schlusswort

»Schmerzgeplagtes Deutschland« und »Volkskrankheit Rückenschmerz«. Diese beiden Begriffe decken sich meiner Meinung nach bis zu einem Anteil von nahezu 80 Prozent!

Doch wo liegen die Ursachen für diese Plage? Warum sind die Probleme in der Versorgung der Schmerzpatienten in Deutschland nicht zu beseitigen? Warum ist die Lage ökonomisch und menschlich gesehen nach wie vor so katastrophal?

Ich will noch einmal versuchen, die Situation zu strukturieren und das Hauptproblem beim Namen nennen:

Die Relevanz der Wirbelsäulenerkrankungen im allgemeinen Schmerzpatientengut sowie der vertebrale Anteil von nicht vertebrale Erkrankungen (Migräne, Spannungskopfschmerz, Arterielle Hypertonie, Schultergelenkarthrose, Depression, Psycho-vegetative Erschöpfung, Schlafstörung u.a.), wurde nicht erkannt bzw. falsch und als zu unbedeutend eingeschätzt.

Die Ursachen, die zu dieser Situation führten, kann man in organisatorische und in therapeutische Ursachen unterteilen.

Organisatorische Ursachen einer milliardenschweren, ökonomischen Katastrophe:

1. Man hat das Hauptproblem nicht eingekreist,
2. weil man es nicht erkannt hat,
3. weil man es nicht richtig benannt hat,
4. weil man die Sprache nicht korrekt gebraucht hat,
5. weil die Ärzteschaft nicht richtig analysiert, was sie sagt und was sie macht.
6. Deswegen kann man keinen Handlungsplan ausarbeiten,
7. deswegen kann man keinen Zuständigen benennen,

8. deswegen kann man keinen Fachmann auf diesem Gebiet ausbilden,
9. deswegen kann man keine relevanten, flächendeckenden Erfolge erzielen.

Die Verantwortung dafür muss eindeutig die Ärzteschaft übernehmen. Von einzelnen Patienten oder Selbsthilfegruppen kann man nicht verlangen, eigenständig Ordnung in die Sache zu bringen. Dazu haben sie nicht die notwendigen Kenntnisse. Die Patienten machen in der Regel das, was ihnen der Arzt sagt. Man hat nicht erkannt, dass ein »schmerzgeplagtes Deutschland« und die »Volkskrankheit Rückenschmerz« fast Synonyme sind. Und der Rückenschmerz ist eine Erkrankung der Wirbelsäule.

Das heißt: Ein schmerzgeplagtes Deutschland ist das Ergebnis einer suboptimalen Betreuung von Patienten mit Wirbelsäulenerkrankungen.

Man hat nicht erkannt, dass für eines der wichtigsten Organe unseres Körpers – die Wirbelsäule – ein Spezialist zuständig sein muss, der *alle* Nuancen der konservativen Therapie und Diagnostik beherrscht.

Dieser Spezialist muss nicht unbedingt ein niedergelassener Orthopäde sein, der ein Hüft- oder Kniegelenk transplantieren kann. Er muss auch kein Chirurg sein. Das wäre für ihn eine Zeit- und für die Gesellschaft eine Geldverschwendung. Derjenige, der operieren kann, muss sein Geld im OP-Saal verdienen. Er muss meiner Meinung nach, auch mehr verdienen als ein konservativ behandelnder Arzt. Ich sage immer wieder, dass man den Chirurgen Denkmäler zu Lebzeiten aufstellen sollte – so hart und selbstlos arbeiten sie.

Der Chirurg aber soll seinem Handwerk treu bleiben. Es ist nicht realistisch, dass ein Chirurg gleichzeitig auch Akupunktur, Medikamente, Manuelle Therapie und Allgemeinmedizin beherrscht. Ohne diese Kenntnisse jedoch ist eine optimale konservative Wirbelsäulentherapie gar nicht denkbar. Genauso wie ein Kardiologe und ein Kardiochirurg (zwar

für das gleiche Organ zuständig) auf verschiedenen Gebieten agieren, sollte es eine ähnliche Arbeitsteilung bei Wirbelsäulenerkrankungen geben. Es muss ein konservativ und ein operativ behandelnder Kollege jeweils für seinen Arbeitsanteil zuständig sein. Die Indikationen zur Operation würden somit viel sorgfältiger gestellt werden. Und es würden nicht so viele Patienten mit dem so genannten »Postdiskotomie-Syndrom« herumlaufen, die mit ihrer Gesundheit dafür zahlen mussten, dass heutzutage keine Logik in der Wirbelsäulenthherapie zu finden ist. Das würde auch unsere Steuern senken und viel Patientenkummer ersparen.

So wie in der *Kardiologie* jede Therapiemethode auf die Waagschale gelegt wird, so muss es in der *Vertebrologie* auch werden. Jede einzelne Therapie- oder Vorbeugungsmassnahme muss abgewogen werden. Es darf keine Frage dogmatisiert werden. *Das muss allerdings ganz gezielt in Bezug auf die vertebrale Erkrankung und nicht im Fall eines »Schmerzpatienten« gemacht werden.*

Die Zahl der Patienten, die die katastrophale Versorgung der vertebrale Erkrankungen mit ihrer Gesundheit bezahlen, muss unbedingt gesenkt werden. Die vorherrschende Situation bedarf eindeutig einer Änderung, da die gegenwärtige Situation und die Ausgaben an Steuergeldern in Höhe von mindestens 35 Milliarden Euro pro Jahr für eine einzige Erkrankung ganz klar die Effizienz der aktuellen Vorbeugungs- und Therapiemaßnahmen zeigt. Diese Effizienz ist gleich Null!

Auch solche Krankheitsbilder wie Migräne, Spannungskopfschmerz, Blutdruckschwankungen oder Reizdarm können nicht allein durch Trigger-Faktoren (provozierende Faktoren, Auslöser) wie Stress, Alkohol oder Menstruation ausgelöst werden, sondern auch durch eine Parallelerkrankung wie eine Wirbelsäulendysfunktion. *Behandelt man die Wirbelsäule adäquat, bilden sich viele Schmerzsymptommatiken zurück, die eigenständige Hintergründe haben.* Bei sehr vielen Kopfschmerz- oder Bauchschmerzpatienten ist nämlich die Wirbelsäule für die Symptomatik mitverantwortlich.

Therapeutische Ursachen einer mehrfachen menschlichen Gesundheitskatastrophe sind folgende:

1. Es fehlt an einem unifizierten Therapiekonzept bei der Behandlung von Wirbelsäulenerkrankungen.
2. Therapien werden normalerweise als Monotherapien angewendet und sind in chronischen Fällen ineffizient.
3. Der Stellenwert der einzelnen in Frage kommenden Therapien ist entweder nicht eruiert oder häufig falsch eingeschätzt.
4. Die Anwendung einer konkreten Therapieform ist nicht unifiziert (wann, bei wem und wie).
5. Akupunktur wird immer noch nicht als Mittel der Wahl, sondern als eine »second line« Therapie oder als reine Schmerztherapie eingestuft.
6. Chiropraktiker dürfen nach wie vor manipulieren, was die Gelenke der Wirbelsäule demoliert.
7. Physikalische Therapien wie z.B. feuchte Wärme werden dogmatisch als Allzweckmittel propagiert, was im Falle einer begleitenden Gelenkentzündung oft jede sinnvolle Therapie unwirksam macht und die Induktion einer spontanen Remission verhindert.
8. Fitness- und Gerätetraining als Muskelaufbaumaßnahme werden als Allheilmittel propagiert. Oft bringen sie nur Gesundheitsschäden durch eine parallele negative Beeinflussung der Strukturelemente der Wirbelsäule wie Bandscheiben und Gelenke mit sich.
9. Die sinnvollen isometrischen Übungen mit einer Streckung der Wirbelsäule werden dogmatisch als »gefährlich« eingestuft. (Auf keinen Fall Hohlkreuz machen!!!)
10. Es werden Maßnahmen empfohlen, die keine Wirkung zeigen wie z.B. Rückenschwimmen, wobei sich die Wirbelsäule in einer ungünstigen Beugeposition befindet.
11. Als »Vermeidung der Chronifizierung« wird ärztlicherseits unerklärlicherweise eine frühe Mobilisierung von Patienten mit akutem LWS-Schmerzsyndrom empfohlen, was oft nur Probleme mit sich bringt und die akuten Beschwerden chronisch werden lässt.

12. Es fehlt an einem konservativ therapeutierenden Wirbelsäulen-Spezialisten, der sich mit einem Kompetenzfeld namens »Vertebrologie« befasst und alle Feinheiten der Diagnostik und Therapie beherrscht.
13. Therapieempfehlungen für chronische Rückenschmerzen werden in der Regel von Schmerztherapeuten mit intensivmedizinischer Ausbildung ausgearbeitet, die auf dem Gebiet der Vertebrologie unzureichende Kenntnisse besitzen.
14. Schmerztherapie und Rückenschmerztherapie werden pauschalisiert durchgeführt.
15. Die Indikation zu einer operativen Behandlung wird häufig auch in der Annahme zu leichtsinnig gestellt, dass moderne »Schlüssellochchirurgie« unbedenklich sei.
16. Die modernen minimalinvasiven Operationsverfahren werden hemmungslos propagiert, ohne dass man den Patienten über durchaus reale Risiken im Detail aufklärt.

Im Vokabular der Schmerzmedizin gib es den Begriff »chronische Schmerzkrankheit«. Das ist per Definition der Zustand, in dem der Schmerz seine Signalfunktion verloren hat und zu einer selbständigen Erkrankung geworden ist.

Nach allen Regeln der schmerztherapeutischen Kunst müsste man diese chronische Schmerzkrankheit symptomatisch nach einem Stufenschema behandeln.

Wenn wir das allerdings auf einen Rückenpatienten übertragen, werden wir feststellen, dass in vielen Fällen der vertebrale Erkrankung der Schmerz auch nach Jahren und Jahrzehnten seine Signalfunktion nicht verloren hat. Denn der Schmerz sagt und signalisiert dem Patienten: Hör auf mit Rückenschwimmen und heißen Bädern, hör auf mit Einrenkungen, Voltaren, Morphium und Kortisonspritzen. Lass dich mit Akupunktur, TLA, anderen Medikamenten, manuellen Weichteiltechniken und Wirbelsäulengymnastik behandeln.

Behandelt man einen chronischen Patienten konsequent genug und vermeidet die schädigenden Einflüsse, dann wird er zwangsläufig beschwerdefrei. Der Schmerz hat seine Signalfunktion richtig ausgeführt.

Unterdrückt man den Schmerz bei chronischen Rückenschmerzen mit Opioiden als Monotherapie, behandelt man den Patienten nicht optimal, üben die schädigenden Einflüsse ihre negative Wirkung weiter aus, bleibt die Situation unverändert bestehen. Solange bis der Patient das verstanden hat.

Eugen Judin
Düsseldorf, Mai 2006

Autor:

Eugen Judin ist Facharzt für Allgemeinmedizin mit Zusatzqualifikationen Spezielle Schmerztherapie und Akupunktur.

Seit 1994 lebt und arbeitet er in Düsseldorf, seit 2000 als niedergelassener Arzt.

Schon in seiner Studienzeit, und weiterhin nach dem Abschluss des Medizinstudiums in Riga im Jahr 1987, beschäftigte er sich schwerpunktmäßig mit den Fragestellungen der *Vertebrologie* – des Kompetenzfeldes, das sich mit Wirbelsäulenerkrankungen befasst.

Dieser Patientenratgeber ist das Resultat seiner 25 jährigen Erfahrung in der Behandlung der Wirbelsäulenerkrankungen, die er als Betroffener und als Arzt gesammelt hat, und spiegelt seine durchaus unkonventionelle Sichtweise, bezüglich der Organisation und Inhalte der medizinischen Hilfe für Rückenschmerzpatienten in Deutschland, wieder.

Anregungen und Kommentare werden dankend aufgenommen.

Kontakt:

Gemeinschaftspraxis E. und T. Judin
Lindemannstr. 5
40237 Düsseldorf

Infoband: 0211 - 863 999 07
Fax: 0211- 863 999 08
Anmeldung: 0211 - 136 555 7
Internet: www.docjudin.de

